

RELAÇÃO ENTRE GASTOS E A INFRAESTRUTURA BÁSICA DE SAÚDE NOS MUNICÍ-
PIOS DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO¹

*RELATION BETWEEN EXPENDITURES AND THE BASIC CARE INFRASTRUCTURE IN THE
MUNICIPALITIES OF THE STATE OF ESPÍRITO SANTO: AN EXPLORATORY STUDY*

Helder Kiyoshi Kashiwakura

Doutor em Ciências Contábeis (UnB)

Universidade de Brasília (UnB)

hkiyoshi@yahoo.com.br

Andréa de Oliveira Gonçalves

Doutora em Integração da América Latina (USP)

Universidade de Brasília (UnB)

andreagon@unb.br

RESUMO

Objetivo: Este estudo tem como objetivo principal caracterizar a relação entre os recursos financeiros e a composição da infraestrutura básica local de saúde nos municípios.

Fundamento: O trabalho enfatiza aspectos de governança, de que somente o aumento de gastos públicos não é suficiente para a melhoria dos resultados, devido à dificuldade de encontrar relações consistentes entre gastos e resultados onde a governança é deficiente.

Método: Busca-se identificar o comportamento dos gastos ao longo de tempo pelos governos municipais na saúde, no período de 2002 a 2016. Descreve-se a composição da infraestrutura básica local de saúde e a sua relação com os recursos financeiros alocados, por meio da análise de correspondência.

Resultados: Verifica-se, de certa forma, evidências de instabilidade das políticas executadas no orçamento com a saúde nos municípios do Estado. Com relação à infraestrutura básica de saúde e sua relação com gastos, pode-se inferir que no Estado do ES as UBS mais bem avaliadas são aquelas que se situam em municípios mais populosos, que, de maneira geral, possuem maior capacidade de atendimento e melhor infraestrutura, onde os gastos per capita são maiores. Os resultados corroboram outros trabalhos, que enfatizam o papel da boa governança para obtenção de resultados desejáveis.

Contribuições: Este estudo contribui, a partir do entendimento das relações entre infraestrutura e gastos públicos, para a melhoria da tomada de decisões dos gestores públicos, para o processo de avaliação quanto ao planejamento e à execução das políticas públicas no país.

¹ Artigo recebido em: 16/04/2021. Revisado por pares em: 08/10/2021. Reformulado em: 14/11/2022. Recomendado para publicação: 20/06/2023 por Lidiane Nazaré da Silva Dias (Editora Adjunta). Publicado em: 16/08/2023. Organização responsável pelo periódico: UFPB

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Gastos Públicos em Saúde. Infraestrutura da Atenção Básica. Política Pública de Saúde.

ABSTRACT

Objective: This study has as main objective to characterize the relation between financial resources and the composition of the basic care infrastructure in the municipalities.

Background: The work emphasizes aspects of governance, of which the increase in public spending alone is not sufficient to improve results, due to the difficulty of finding consistent relations between expenditures and results where governance is deficient.

Method: It seeks to identify the behavior of spending over time by municipal governments in health, from 2002 to 2016. The composition of the basic local health infrastructure and its relationship with the allocated financial resources is described, through correspondence analysis.

Results: There is evidence, to a certain extent, of instability in policies implemented in the health budget in the municipalities of the State of Espírito Santo. Regarding basic health infrastructure and its relationship with spending variables, it can be inferred that in the State of Espírito Santo the best evaluated UBS are those located in more populous municipalities, which, in general, have UBS with higher service capacity and better infrastructure, where per capita spending is higher. The results corroborate other studies, which emphasize the role of good governance in obtaining desirable results.

Contributions: This study contributes, based on the understanding of the relationship between infrastructure and public spending, to improve the decision making of public managers, to the evaluation process regarding planning and to execution of public policies in the country.

Keywords: Primary Health Care. Public Health Expenditures. Basic Care Infrastructure. Public Health Policy.

1 INTRODUÇÃO

Uma das principais preocupações relacionadas a gestão pública é como alocar os escassos recursos públicos na prestação de serviços de maneira eficiente, eficaz e efetiva, fazendo com que o interesse não se restrinja apenas a modificações no estado de saúde da população, mas também como os recursos foram utilizados para alcançar tais modificações.

Ao se abordar o serviço de saúde prestado no âmbito dos municípios, a *atenção básica* é a prioridade, onde o principal tipo de estabelecimento é a Unidade Básica de Saúde (UBS), capacitadas a resolver cerca de 85% dos problemas de saúde da comunidade (Brasil, 2008).

Os governos locais assumiram a gestão da atenção básica a saúde, contudo não há garantias intrínsecas na gestão municipal para que esta promova responsabilidade, eficiência, acesso universal e equidade. Assim, a qualidade da ação dos governos depende em grande medida dos incentivos e dos controles a que estão submetidos. Além do poder do Ministério da Saúde de indução sobre as decisões dos governos locais, destaca-se existência de instrumentos de controle e fiscalização disponíveis para eleitores, representantes dos usuários e da sociedade civil (Arretche, 2003; Varela; Farina, 2007).

Questão importante é saber se os recursos disponibilizados refletem a infraestrutura disponibilizada para os usuários. Infraestrutura aqui trata dos recursos humanos, instalações e equipamentos, representando a capacidade de um sistema que possibilita a oferta de serviços na Atenção Básica (AB). Assim, para que seja realizada análise da infraestrutura de saúde é necessário se estabelecer uma tipologia das Unidades Básicas de Saúde (UBS), de acordo com as características e os serviços disponibilizados. Sendo que uma das formas de se analisar essas relações é verificar como se estrutura a composição dos equipamentos básicos de saúde locais diante dos recursos disponibi-

lizados. Nos últimos anos, mesmo com todo esse o esforço e avanço na oferta dos serviços, a sua operação ainda não é satisfatória, dado que há algumas ineficiências, como o desperdício de recursos para a prestação de serviços, a subutilização dos leitos hospitalares e o gasto pouco eficaz dos recursos públicos. Guerra (2013) afirma que 30% de todo o dinheiro investido é consumido com desperdícios, retrabalho, ineficiência e processos excessivamente complexos. Os dados do IBGE em 2015, apontaram que as pessoas que pela primeira vez ao procurar os serviços alegaram que não havia médico atendendo (38,8%) e 32,7% informaram não ter conseguido vaga ou senha para atendimento. Desse modo, vê-se que, apesar de um grande esforço, os sistemas de saúde ainda necessitam de aprimoramentos e de adequações na gestão e no controle dos recursos, principalmente aqueles destinados à infraestrutura de saúde para a atenção básica.

Tendo em vista que o objetivo primordial do processo orçamentário é estimar receitas e fixar despesas para períodos de tempo futuros, muitas das informações necessárias para elaborar essas previsões sejam baseadas em cenários esperados, gerando estimativas dependentes do comportamento incerto de outros processos complexos sujeitos ao impacto de inúmeros fatores (probabilísticos ou não). Na prática, as estimativas orçamentárias são sujeitas ao risco e à incerteza, tendo em vista que as previsões orçamentárias são feitas com base em informações complexas e incompletas, que fazem produzir consequências importantes e inesperadas para o processo como um todo (Barcelos, 2012).

Nesse aspecto, este estudo tem como objetivo principal caracterizar a relação entre os recursos financeiros e a composição da infraestrutura básica local de saúde nos municípios do Estado do Espírito Santo, haja vista que trata de um estudo exploratório.

Para isso, busca-se identificar a composição dos recursos financeiros alocados pelos governos municipais na saúde, no período de 2002 a 2016, verificando o comportamento dos gastos ao longo de tempo. Descreve-se a composição da infraestrutura básica local de saúde e a sua relação com os recursos financeiros alocados.

A hipótese diretriz é a de que o *maior dispêndio de recursos financeiros nos municípios leva a uma melhor infraestrutura dos equipamentos locais de saúde*.

É importante mencionar a importância do trabalho de Giovanella *et al.* (2015), que estabeleceu uma tipologia da infraestrutura de saúde dos municípios brasileiros, cuja metodologia é utilizada neste trabalho para obtenção da tipologia da infraestrutura.

Ressalta-se que esta pesquisa, de natureza exploratória, preenche uma lacuna teórica que vai além do trabalho citado, ao abordar a relação com os gastos alocados na atenção básica em saúde. Assim, este trabalho inova no campo das finanças públicas e, conseqüentemente na contabilidade, ao tratar de duas dimensões de variáveis: infraestrutura e gastos públicos, ao buscar o entendimento da relação entre os gastos efetuados e a infraestrutura disponibilizada para a prestação dos serviços de saúde. É neste contexto, que os resultados obtidos neste artigo tornam-se relevantes por inspirar pesquisas aprofundadas acerca da qualidade do gasto público. Também é possível ampliar a discussão acerca dos mecanismos de governança dos recursos públicos, ao sugerir novas maneiras de se analisar os recursos orçamentários alocados na atenção básica.

Em termos de análise sob a perspectiva da governança, Starfield (2002, 2005), Atun (2004), Kringos (2010), entre outros, realizaram trabalhos que mostram a importância da infraestrutura para a prestação de serviços; no entanto, não tratam empiricamente de alocação de gastos ou do relacionamento da infraestrutura com os gastos realizados, o que demonstra o avanço e a importância deste estudo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Atenção Primária/Básica à Saúde

Almeida e Macinko (2006) afirmam que o principal objetivo da atenção primária seria o de porta de entrada no sistema de saúde, sobretudo nos países mais ricos, numa perspectiva de racionalizar custos e diminuir a sobreutilização dos serviços especializados e mais caros, ou seja, o acesso dos usuários aos serviços especializados e hospitalares só seria garantido a partir de uma referência formal do nível básico, exceto em casos de urgência ou emergência.

Para Giovanella *et al.* (2015), independentemente das variações conceituais e de escopo das ações desenvolvidas na atenção primária, percebe-se que há um consenso de que as ações de APS são destinadas a resolver grande parte dos problemas de saúde da população em geral e são desenvolvidas em serviços de saúde ambulatoriais não especializados, organizados para ofertar ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), na Conferência de Alma-Ata (OMS/UNICEF, 1979), definiram a atenção básica (AB), ou primária (APS), como cuidados essenciais e universalmente acessíveis, na comunidade, a indivíduos e a famílias, com um custo suportável para a população. Atun (2004), também, constatou que sistemas de saúde em países de baixa renda, com forte orientação para cuidados básicos, tendem a ser mais pró-pobres, equitativos e acessíveis. Conforme o autor, no nível operacional, a maioria dos estudos que comparam os serviços que podem ser prestados como de AB aos serviços especializados mostra que o uso de médicos de cuidados básicos reduz os custos e aumenta a satisfação do paciente, sem efeitos adversos na qualidade dos cuidados ou nos resultados do paciente.

No mesmo sentido, Filmer *et al.* (1997) afirmam que, em sete de dez casos analisados, o quintil mais pobre beneficia-se, proporcionalmente, mais das instalações de nível inferior do que dos hospitais, ao passo que o quintil mais rico beneficia-se, proporcionalmente, mais dos gastos hospitalares. Assim, estudos recentes tendem a confirmar descobertas anteriores sobre o impacto distributivo de gastos de nível mais baixo *versus* cuidados hospitalares, não porque aqueles são sempre fortemente pró-pobres, mas porque os gastos hospitalares são quase sempre fortemente pró-ricos (Filmer, Hammer & Pritchett, 1997).

2.2 A Infraestrutura da Atenção Básica

A infraestrutura é formada por recursos humanos, instalações e equipamentos, representando a capacidade de um sistema que possibilita a oferta de serviços na AB. A estrutura é, assim, o elemento capacitador do sistema. Kringos *et al.* (2010) destacam que, quando a AB dispõe, de maneira coordenada e contínua, e com aplicação eficiente de recursos, de infraestrutura adequada para facilitar o acesso ao diversificado escopo de serviços, tais serviços contribuem para a equidade em saúde.

De acordo com Kringos *et al.* (2010), em outra forma de abordagem, a estrutura de um sistema de atenção primária seria descrita por sua governança, pelas condições econômicas e pelo desenvolvimento da força de trabalho. O processo de um sistema de atenção primária seria definido por acesso, abrangência, continuidade e coordenação dos cuidados. O resultado seria descrito por qualidade e eficiência de atendimento.

No Brasil, principalmente a partir de 2000, diferentes iniciativas de avaliação da APS vêm sendo implantadas com a expansão da rede de serviços, entre as quais a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), de 2005 (Brasil, 2005), posteriormente adaptada para Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), para autoavaliação das equipes de atenção básica (Giovanella *et al.*, 2015).

Conforme Moura *et al.* (2010), no entanto, o fato de poucos estudos abordarem a avaliação da estrutura, considerando os componentes estrutura física, equipamentos e recursos humanos,

dificulta qualquer tarefa de comparação dos achados. Tal argumento vem reforçar a importância da contribuição desta pesquisa e corroborar a dificuldade de se encontrar parâmetros de análise.

2.3 Alocação de Recursos Financeiros e a Governança na Saúde

O sistema de saúde brasileiro adotou uma forma mista de alocação orçamentária aos municípios, em que uma parte do orçamento é transferido, principalmente, por repasses diretos ao Fundo Municipal de Saúde, a outra parte é paga diretamente aos estabelecimentos prestadores de serviço, conforme sua produção e obedecendo aos valores da tabela padronizada de procedimentos do SUS, e uma terceira fonte de recursos provém da aplicação direta municipal de um percentual mínimo de seus recursos próprios (Soares *et al.*, 2016).

De acordo com os artigos 195 e 198 da CF/88, o financiamento do SUS é uma responsabilidade comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. As fontes de financiamento do setor público municipal de saúde são, basicamente, recursos oriundos das transferências do Fundo Nacional de Saúde e recursos orçamentários próprios¹.

Após um período de constantes alterações nas fontes de recursos, ao final do ano 2000, foi introduzida uma importante alteração na forma de financiamento global do sistema de saúde. A EC n.º 29 alterou a CF/88 e acrescentou artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde, vinculando recursos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios para serem gastos, obrigatoriamente, em ações e serviços públicos de saúde. A aprovação da EC n.º 29 previu que o orçamento federal para a saúde passaria a ter reajustes automáticos segundo a variação do valor nominal do PIB. Além disso, vinculava recursos estaduais e municipais para a saúde, estabelecendo um percentual mínimo dos recursos próprios desses níveis de governo (Malik, 2002). Especificamente sobre o financiamento na esfera municipal, a parte transferida a esses entes deve obedecer ao art. 35 da Lei n.º 8.080/1990, que estabeleceu critérios a serem observados na distribuição dos recursos.

Assim, o planejamento das despesas de saúde deve ser realizado segundo critérios legais estabelecidos, um requisito de governança ainda mais importante quando se trata de recursos orçamentários. A maior proporção das ações e das despesas de saúde é realizada nos municípios, por ser o ente responsável pelas ações e pelos serviços públicos de saúde na AB, o que faz com que grande parte dos orçamentos federal e estaduais seja destinada a esses entes subnacionais.

Observe-se que, enquanto os governos municipais, principalmente os de pequeno porte, gastam a maior parte dos seus orçamentos de saúde com AB, os governos estaduais, pelo fato de esse tipo de serviço ser exercido nos municípios, gastam uma proporção baixa e decrescente. A proporção de orçamento federal está associada a transferências para os municípios, uma vez que o MS não tem, praticamente, responsabilidade na prestação de serviços de AB (Gragnotati *et al.*, 2013).

Esse cenário tem demonstrado uma tendência de ampliação da responsabilidade do município na execução e no financiamento da política de saúde (Mendes & Santos, 2000), em que os recursos transferidos pela União representam montantes significativos para municípios menores, que possuem pouca arrecadação com tributos. Esses municípios dependem, praticamente, recursos oriundos de transferências federais destinados à APS. Assim, a maior parte dos recursos aplicados pela União financia a prestação de serviços pelos municípios na área da saúde, o que representa uma fonte expressiva de recursos para eles, já que a forma de distribuição dos recursos depende da condição de gestão do município (Varela & Farina, 2007).

É necessário, no entanto, ressaltar que, de acordo com Newdick (2005), os recursos são limitados, assim nem tudo que é desejado pode ser realizado, o que faz com que recursos usados em uma prioridade não possam ser utilizados em outra (por exemplo, alta complexidade em lugar de

atenção básica), e que leva os tomadores de decisão a fazerem escolhas, muitas vezes difíceis, especialmente na área de saúde. Para Maynard e Bloor (1998), o problema central da economia para a sociedade é como conciliar o conflito entre as pessoas com desejos virtualmente ilimitados de bens e serviços e a escassez de recursos (mão de obra, maquinaria e matérias-primas) com que esses bens e serviços podem ser, respectivamente, produzidos e prestados.

Assim, mesmo que se conhecesse exatamente quais políticas são eficazes para garantir o melhor nível de saúde à população, não seria possível implementar todas elas, tendo em vista que as necessidades de saúde não são finitas, e os recursos para atendê-las são limitados. É necessário observar que as necessidades de saúde da população são sempre maiores do que a disponibilidade de recursos, obrigando os formuladores de políticas e gestores a realizarem escolhas sobre como e onde aplicar os recursos disponibilizados (Newdick, 2005; Ferraz & Vieira, 2009).

Diante desses aspectos, -por mais recursos que sejam destinados à saúde, nunca será possível atender todas as necessidades da população nesse âmbito, esteja ela em um país economicamente desenvolvido ou em um país em desenvolvimento, como o Brasil. Sempre haverá a necessidade de se fazer escolhas (Maynard & Bloor, 1998; Ferraz & Vieira, 2009).

Por outro lado, os resultados de pesquisas têm demonstrado que o impacto do gasto público nos resultados está relacionado com a governança. -O papel da boa governança como chave para a eficácia do desenvolvimento tem sido enfatizado nos últimos anos, devendo-se observar que a alocação de recursos públicos para os bens e serviços adequados pode não levar a resultados desejáveis se as instituições orçamentárias (que envolvem formulação, execução e monitoramento) não funcionarem de acordo com os princípios de governança recomendados (World Bank, 2003). É por isso que a má gestão orçamentária tem sido apontada, reiteradamente, como uma das principais razões pelas quais os governos dos países em desenvolvimento apresentam dificuldades em traduzir os gastos públicos em serviços efetivos.

Pesquisas apontam que nem sempre as relações entre gastos e resultados são plenamente evidentes nos países em desenvolvimento. Filmer et al. (1997) reiteram que a forte correlação entre o aumento das despesas de APS e os melhores resultados de saúde, indicada em dados internacionais sistemáticos, não se verifica em países que ainda não atingiram a maturidade no contexto da governança, devido à dificuldade inerente à desagregação das intervenções socioeconômicas e do sistema de saúde.

3 CENÁRIO DO ESTUDO E PERCURSO METODOLÓGICO

De acordo com o censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o estado do Espírito Santo (ES), localizada na região Sudeste do Brasil, apresentava uma população de 3.514.952 habitantes, com distribuição desigual entre os 78 municípios. Dessa população geral, 83,40% equivale à população urbana e 16,60% compreende a rural (IBGE, 2010).

Dos 78 municípios do estado, somente 11,54% apresentavam uma população maior que 100 mil habitantes, 2,56% entre 50 e 100 mil habitantes, 33,33% situam-se na faixa de 20 a 50 mil habitantes e 52,56% possuem menos de 20 mil habitantes, o que representa mais da metade dos municípios. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no estado é de 0,80, ocupando a sétima posição no ranking nacional. Entretanto, exhibe desigualdades regionais relevantes, incompatíveis com o atual padrão de desenvolvimento econômico do estado (Garcia *et al.*, 2014).

No atendimento à Atenção Básica, o Estado do Espírito Santo possuía, em 2014, 785 Unidades Básicas de Saúde (UBS) em atividade e 152 estavam em construção. O modelo tecnoassistencial que orienta esse nível de atenção é a Estratégia Saúde da Família, que em 2011, estava implantada em 75 municípios, totalizando 567 equipes, com uma abrangência populacional de 51,64% (Garcia *et al.*, 2014).

Em relação aos tipos de unidades de saúde, conforme observado na *tabela 1*, 75,2% são Centros de saúde/*Unidades Básicas de Saúde* (UBS), 12,8% são postos avançados, 7,1% são postos de saúde e 4,9% são compostos por outros tipos de unidade. São consideradas Centro de Saúde/UBS as unidades que apresentam atendimento, programado ou não, de Atenção Básica prestada de forma permanente por profissional médico ou especialistas da área (Brasil, 2011).

Tabela 1- Unidades Básicas de Saúde no Estado do Espírito Santo

Tipo de Unidade de Saúde	Quant.	%
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	581	75,2
Posto Avançado	99	12,8
Posto de Saúde	55	7,1
Outros	38	4,9
Total	773	100

Fonte: Banco de Dados PMAQ-AB, 1º ciclo - 2012.

O Estado do Espírito Santo possui 78 municípios, onde foram analisados dados de 395 Unidades Básicas de Saúde (UBS). São utilizados dados relativos à execução orçamentária da despesa, para atendimento da Atenção Básica nos municípios, bem como dados sobre a infraestrutura básica de saúde nos municípios.

Assim, o objeto de análise são as Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas nos municípios do Estado do Espírito Santo. A escolha da unidade da federação se deu em decorrência da organização e disponibilidade dos dados, bem como a quantidade de UBS.

3.1 Dados sobre Gastos na Atenção Básica

O marco temporal considerado para levantamento dos dados sobre execução orçamentária foi de 15 (quinze) anos, de 2002 a 2016. Como informação básica de gasto foi utilizada a *despesa orçamentária realizada pelos municípios* na Subfunção 301 (Atenção Básica), para cada município, que se encontra registrado no banco de dados do SIOPS (Sistema de Informações **sobre Orçamentos Públicos em Saúde, do DATASUS**), na fase de despesa liquidada, na classificação funcional da despesa (Brasil, 2016), conforme Quadro 1. Esses dados foram extraídos por meio do módulo “Dados Informados pela União Estados e Distrito Federal e Municípios”, opção “Histórico da despesa por subfunção, consolidada por pasta, estágio de despesa”.

Quadro 1 - Função Saúde

Função	Subfunções
10 - Saúde	301 - Atenção Básica 302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial 303 - Suporte Profilático e Terapêutico 304 - Vigilância Sanitária 305 - Vigilância Epidemiológica 306 - Alimentação e Nutrição

Fonte: Elaborado pelo autor.

Ressalta-se que foram eliminados 8 municípios: 1 município por falta de dados orçamentário (Pinheiros) e 7 municípios, por falta de dados de UBS, conforme Quadro 2.

Quadro 2- Municípios com ausência de dados de Infraestrutura (UBS)

Código	Nome	Motivo Exclusão
320410	Pinheiros	Falta dados orçamentários
320016	Água Doce do Norte	
320020	Alegre	
320035	Alto Rio Novo	
320170	Conceição do Castelo	Falta dados UBS
320334	Marechal Floriano	
320450	Santa Leopoldina	
320470	São Gabriel da Palha	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Foram obtidos valores de gastos per capita para cada montante de gasto anual nos municípios, dividindo-se as despesas liquidadas pela União em cada município pelo número de habitantes, obtidos do censo de 2010, bem como os valores anuais estimados, disponibilizados pelo IBGE. Os gastos per capita foram atualizados monetariamente pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo, medido pelo IBGE), tomando-se por base o ano de 2017.

3.2 Dados sobre Infraestrutura da Atenção Básica

Utiliza-se o banco de dados sobre as Unidades Básicas de Saúde (UBS), disponibilizado pelo PMAQ-ABⁱⁱ, para todo o país. Sendo que para o 1º ciclo existiam relacionados aos municípios brasileiros, informações sobre 38.812 UBS ativas no país, em 5.543 municípios, no ano de 2012 (Giovanella *et al.*, 2015). A base de dados sobre o PMAQ é de livre acesso, com microdados do 1º, 2º e 3º ciclos disponíveis em: <<http://dab.saude.gov.br/>>.

O PMAQ-AB, com o objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorarem a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde (DAB, 2017). O principal objetivo do programa, no entanto, é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica (Brasil, 2011; Giovanella *et al.*, 2015).

3.2.1 Tipologia das Unidades Básicas de Saúde

Na análise da composição dos equipamentos básicos de saúde locais foi necessário o estabelecimento de uma classificação para a infraestrutura disponibilizada, que é a sua tipologia. Para o estabelecimento dessa tipologia para a infraestrutura de saúde dos municípios, esta pesquisa utiliza como base os parâmetros do trabalho de Giovanella *et al.* (2015), *Tipologia Das Unidades Básicas de Saúde Brasileira*, por meio de dados das UBS, referente ao (PMAQ-AB).

Giovanella *et al.* (2015) realizaram esse estudo com objetivo de construir uma tipologia, a partir de características estruturais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras, que pudesse auxiliar na tomada de decisão e orientar as ações governamentais com potencial de mudança na estrutura e qualidade da oferta dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) em todo o país (Giovanella *et al.*, 2015). Fez-se uso de um check list de itens que foram verificados nas UBS para a avaliação das condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos, em que as dimensões observadas foram: (1) - modalidade de UBS e profissionais da equipe; (2) - sinalização externa da UBS; (3) - acessibilidade à UBS; (4) - identificação visual das ações e dos serviços ofertados; (5) - horário de funcionamento; (6) - características estruturais e ambiência;

(7) - infraestrutura da unidade de saúde (tipo e número de dependências); (8) - reforma, ampliação e reparos; (9) - equipamentos, materiais e insumos para a atenção à saúde; (10) - equipamentos de TIC e telessaúde; e (11) - veículo na UBS.

A partir da análise do instrumento e das frequências simples de todas as 500 variáveis para a construção do modelo, foram selecionadas 29 variáveis do módulo 1 – o instrumento completo com a especificação de todas as 500 variáveis encontra-se definido no instrumento de avaliação externa do Saúde Mais Perto de Você – acesso e qualidade (BRASIL, 2013).

Assim, para essa análise, foi calculado o *score final* para cada UBS e a sua tipologia (Giovanella *et al.*, 2015). Porém, devido às limitações deste trabalho, atém-se ao 2º ciclo (2014). Com base no valor do *score final* (EF), as UBS foram agrupadas em cinco tipos: - tipo 1- reprovado, com EF < 0,250; - tipo 2- rudimentar, com EF de 0,250 a 0,499; - tipo 3- restrita, com EF de 0,500 a 0,749; - tipo 4- regular, com EF de 0,750 a 0,999; e- tipo 5, padrão de referência, com *score final* igual a 1, conforme o trabalho citado.

Quadro 3 - Características para cada tipologia de UBS

Tipologias	Características
1 - Reprovado	Ausência de estrutura de serviço de saúde. São UBS que não cumprem requisitos mínimos para prestar qualquer atendimento e serem consideradas uma unidade de saúde. São UBS que, por suas precárias condições de infraestrutura, deveriam ser fechadas ou interditadas até sua completa reforma, não devendo estar registradas no CNES como UBS independente.
2 - Rudimentar	Importante insuficiência de equipes, do elenco de profissionais, de serviços disponíveis e de equipamentos e insumos. São UBS que sequer realizam atendimento ao grupo materno-infantil e tampouco poderiam ser consideradas prestadoras de uma atenção primária seletiva.
3 - Restrita	Insuficiência de equipamentos e de equipe de saúde. São UBS que necessitam, principalmente, de investimentos em infraestrutura geral e para a prestação de serviços de saúde bucal.
4 - Regular	São UBS com equipes de saúde da família e saúde bucal que, com baixo investimento para a melhoria da infraestrutura de equipamentos e insumos, alcançariam o padrão de referência. Possuem dificuldade de acesso à internet, que pode requerer investimentos do setor de telecomunicações.
5 - Padrão de Referência	Dispõem de condições elementares para funcionamento e prestação de escopo de ações em atenção básica. Funcionam 5 ou mais dias na semana, em 2 ou 3 turnos de atendimento, e ofertam consultas médicas, enfermagem e odontologia.

Fonte: Elaborado pelos autores, com base em Giovanella *et al.* (2015).

3.3 Dados Utilizados na Análise da Relação entre Infraestrutura e os Recursos Financeiros

Para análise das relações entre as categorias de variáveis, foi realizada a análise de correspondência (AC) entre pares de variáveis: tipologia das UBS x Gasto médio per capita do município; Tipologia das UBS x População do município e Tipologia das UBS x População do município por UBS.

As categorias das variáveis analisadas encontram-se discriminadas na Tabela 2, tendo sido definidas do seguinte modo: a categorias, exceto a Tipologia das UBS (Baseada em Giovanella *et al.*, 2015) e População (Baseada no IBGEⁱⁱⁱ), foram definidas levando-se em consideração a amplitude entre o menor e o maior valor, buscando-se dividir, na medida do possível, em intervalos equidistantes.

Tabela 2- Categorias de Variáveis Analisadas

Variáveis	Tipologia das UBS	Variação do Gasto (2010-2016)	Gasto Médio (2010-2016) (R\$)
Categorias	1- Reprovado	0-De -100% a -50%	0- Até 5 milhões
	2- Rudimentar	1- De -50% a 0%	1- De 5 a 10 milhões
	3- Restrita	2- De 0% a 50%	2- De 10 a 20 milhões
	4- Regular	3- De 50% a 100%	3- De 20 a 30 milhões
	5- Padrão de Referência	4- Mais de 100%	4- Mais de 30 milhões
Variáveis	Gasto médio (2010-2016) por UBS (R\$)	Gasto Per Capita Médio (2010-2016) (R\$)	População
Categorias	0- Até 1 milhão ⁽¹⁾	0- Até 200	0- Até 5 mil
	1- De 1 a 1.5 milhões	1- De 200 a 400	1- De 5 a 10 mil
	2- De 1.5 a 2 milhões	2- De 400 a 600	2- De 10 a 20 mil
	3- De 2 a 2.5 milhões	3- Mais de 600	3- De 20 a 50 mil
	4- De 2 a 2.5 milhões		4- De 50 a 100 mil
	5- Mais de 2.5 milhões		5- De 100 a 500 mil
			6- Mais de 500 mil

Fonte: Elaborado pelo autor. Nota: (1) Foi utilizada esta faixa de categoria por existir poucas UBS situadas em municípios com gasto médio abaixo de R\$ 500.000,00 por UBS (somente 14).

Foram realizados testes chi-quadrado para testar a normalidade das distribuições conjuntas das categorias de gasto per capita, variação do gasto e população pela tipologia.

Tabela 3- Teste Chi-quadrado

Variáveis	Pearson Chi2	p-valor	Inércia Total
Gasto médio por UBS	36,06	0,0028	0,0925
Gasto médio per capita	49,48	0	0,1269
Variação do Gasto	31,93	0,0102	0,0819
Gasto médio do município (2010-2016)	118,68	0	0,3043
População Total	81,2	0	0,2082
População por UBS	57,19	0	0,1466

Fonte: Elaborado pelo autor.

O desejável para validar a análise seria um p-valor abaixo de 0.05, ou ao menos 0.1. Como se pode perceber, foi rejeitada a hipótese de normalidade da distribuição para todas as categorias, com exceção da variação do gasto, mas ainda assim por uma margem de apenas 0.0002.

Verificou-se, portanto, ao aplicar o teste de normalidade, que as amostras das variações anuais dos gastos municipais não representam curvas normais, indicando a característica *leptocúrtica* para todos os exercícios com relação à distribuição de frequência das variações anuais da execução orçamentária na subfunção Atenção Básica. De acordo com Field (2009), distribuições *leptocúrticas* são relativamente finas e parecem bem pontiagudas. Valores positivos da curtose indicam uma distribuição pontiaguda e valores negativos indicam uma posição achatada (Carvalho, 2017).

No quadro 4 são apresentadas as variáveis utilizadas nas relações estudadas na Análise de Correspondência.

Quadro 4 - Variáveis Utilizadas nas Análises

Tipo de Análise	Tipo de variável	Identificação	Significado	Origem
Análise de Correspondência	Infraestrutura da AB	Tipologia	Categorias de escore final das UBS	Dados da Pesquisa
	População	popCat	categorias de População do município (2010)	IBGE
	Variáveis sobre gasto	GasmedpcCa	Categorias de Gasto per capita médio (2010-2016) na Atenção Básica	SIOPS
		PoppubsCat	Categorias da população atendida por UBS.	
Comparação entre o ES e os demais Estados	Infraestrutura da AB	Escore_final	escore final das UBS	Dados da pesquisa
		Variáveis sobre gasto	Desp_tot	despesa total em saúde
	Atbas_fed		despesa com atenção básica federal	
	Atbas_tot		despesa total com atenção básica	
	Tot_fed		despesa federal total em saúde	
	Sócio-econômica	Pib_cpt	PIB <i>per capita</i> do município	DATASUS
		Idhm_2010	IDHM do município em 2010	Região e Redes ⁽¹⁾

Fonte: Elaborado pelo autor. Notas: As variáveis *de gasto* foram obtidas pela divisão do valor anual de cada município corrigido pelo IPCA, base dez. 2017, pela população (IBGE), sendo valores per capita. (1) www.resbr.net.br/.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Infraestrutura Básica de Saúde

De acordo com a metodologia proposta (Giovannella *et al.*, 2015), foram analisadas 395 UBS no Estado do Espírito Santo.

Verifica-se que a maioria está classificada nas tipologias 3 (162 UBS, com 41,54%) e 4 (124 UBS, com 31,79%). Somente 4 UBS se classificaram como tipologia 1, e 16 UBS se classificaram com tipologia 5, conforme Tabela 4 abaixo.

Tabela 4- Tipologia das UBS (2º ciclo)

Tipologia	Classificação	Quantidade	%
1	Reprovado	2	0,51%
2	Rudimentar	86	22,05%
3	Restrita	162	41,54%
4	Regular	124	31,79%
5	Padrão de Referência	16	4,10%

Fonte: Elaborado pelo autor.

Ao se transpor as UBS para os municípios (utilizando-se média das tipologias), pode-se observar, conforme a Tabela 5, que não há nenhum município classificado nas tipologias 1 e 5. Verifica-se, portanto, que 13 municípios ficam classificados nas tipologias 2; 46 municípios na tipologia 3 e 11 municípios classificados na tipologia 4.

Tabela 5- Tipologia por Município (2º ciclo)

Tipologia	Quantidade	%
1	0	0%
2	13	18%
3	46	66%
4	11	16%
5	0	0%
Total	70	100%

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.2 Análise do Comportamento dos Gastos com Saúde nos Municípios do Estado do Espírito Santo

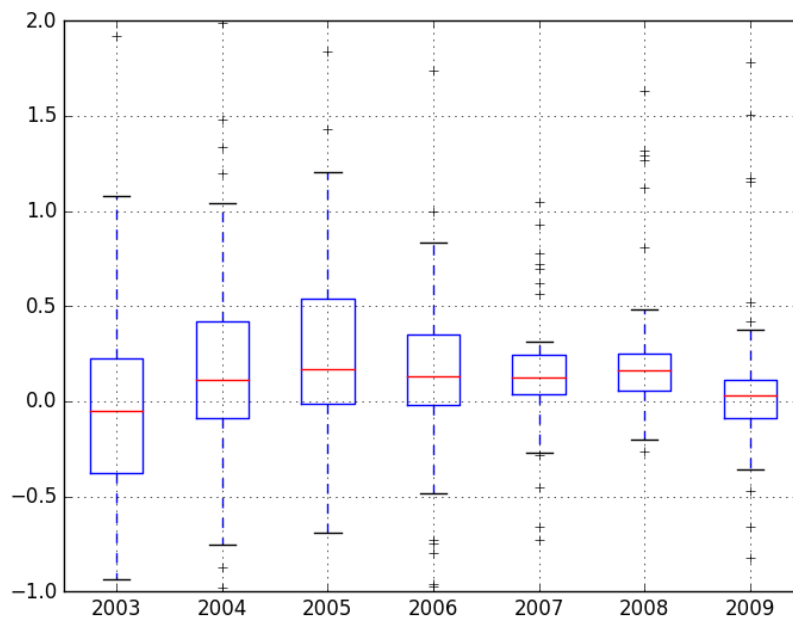
Nesta seção, objetivou-se identificar a composição dos recursos financeiros alocados nos municípios do Estado do Espírito Santo, para a área de saúde no período de 2002 a 2016, verificando como os gastos em saúde se comportaram com relação à Teoria do Equilíbrio Pontuado (TEP).

Após serem obtidos dados de execução das despesas descentralizadas para a Atenção Básica em cada município, foi aplicada a técnica denominada *boxplot* (Field, 2009), com objetivo de verificar a existência de interrupções de equilíbrio nas variações dos gastos anuais, durante o período analisado, para cada exercício.

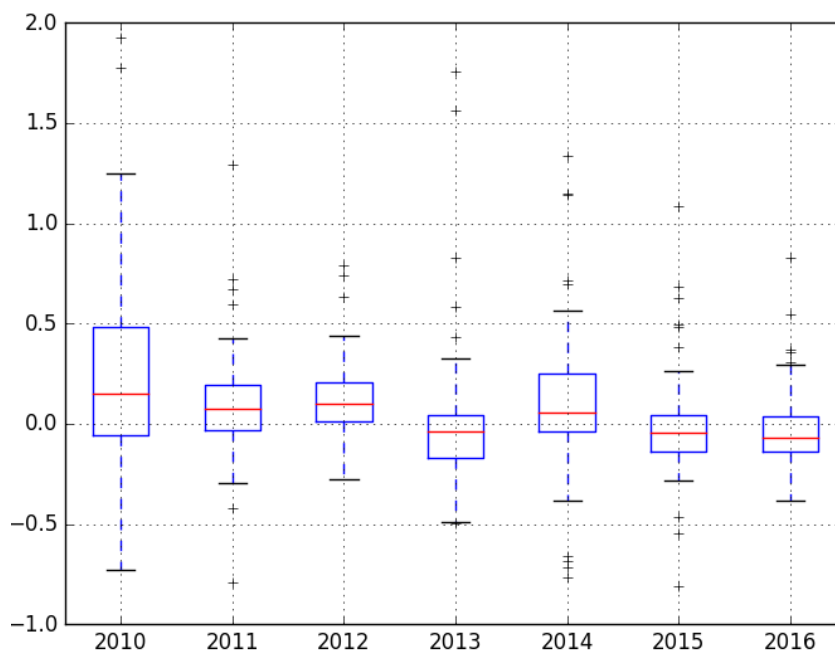
Foram analisadas as distribuições de frequência das variações orçamentárias da União, descentralizados para os municípios do Estado do Espírito Santo, na Subfunção Atenção Básica, no período de 2002 a 2016.

A identificação da interrupção do equilíbrio por meio dos casos atípicos pode ser visualizada nos gráficos de *boxplot*. Para verificar o comportamento da variação dos gastos da União na Atenção Básica nos municípios do Estado do Espírito Santo, entre 2002 e 2016, elaborou-se diagramas *boxplot* para verificar a existência de variações atípicas que apresentaram um grande afastamento das demais variações observadas (*outliers*, casos atípicos), que caracterizam interrupção do equilíbrio. Para elaboração dos gráficos *boxplot* foi utilizado o software Python.

O *boxplot* identifica os *outliers* quando o valor da observação é maior do que o limite superior ou menor do que o limite inferior. O diagrama de *boxplot* permite visualizar as variações ordenadas de um conjunto de dados observados. Os limites da caixa são formados pelos quartis inferior e superior do conjunto, de modo que a caixa mostra 50% das variações situados no meio do conjunto de valores (denominado intervalo interquartilico). A reta horizontal no interior da caixa representa a mediana do conjunto. Por sua vez, as linhas que conectam a base inferior e superior da caixa (bigodes) representam os valores que estão nos primeiro e último quartil do conjunto. Quando os valores máximos e mínimos do conjunto não forem os limites das linhas, estes são considerados *outliers* e representados por cruces (Field, 2009; Carvalho, 2017).

Gráfico 1- *Boxplot* do crescimento dos gastos entre 2003 a 2009

Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos dados do SIOPS.

Gráfico 2- *Boxplot* do crescimento dos gastos entre 2010 a 2016

Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos dados do SIOPS.

Pode se observar que ao longo dos anos fica evidenciada a existência de interrupções do equilíbrio, e que essas interrupções também são independentes do aumento ou da diminuição do valor total executado pelo orçamento.

Observa-se, portanto, que, conforme demonstrado nos gráficos 1 e 2, há mudanças abruptas na execução orçamentária nos municípios do Estado do Espírito Santo, conforme demonstrado pelos *outliers*.

Há vários motivos para que ocorram interrupções no equilíbrio. De acordo com Carvalho (2017), a análise das variações bruscas por ano de governo pode demonstrar a frequência dessas ocorrências com o primeiro ano de governo (troca de chefe do executivo), o segundo ano de go-

verno (início da aplicação de Plano Plurianual (PPA) do novo mandato de governo), o terceiro ano de governo (consolidação das políticas estabelecidas pelo governo corrente) e o quarto ano de governo (ano de eleições para troca ou manutenção do governo corrente e último ano do mandato). Esses fatores fazem com que a execução orçamentária possa estar sujeita a interrupções de equilíbrio em qualquer exercício ao longo do tempo, podendo variar entre as funções, subfunções ou entes recebedores dos recursos descentralizados.

Fatores como a mudança de governo, lideranças do executivo, empreendedores políticos, estrutura do legislativo e crise econômica tendem a coincidir com a interrupção do equilíbrio na execução das funções orçamentárias, corroborando com as circunstâncias teóricas descritas tanto por Baumgartner (1993), True *et al.* (2007), como por Kingdon (1995).

Outro aspecto importante, é que ao impor ganhos e perdas aos distintos atores, a continuidade das instituições (de suas funções) depende não apenas de relativa estabilidade ambiental, mas também de uma periódica renegociação acerca de como os resultados gerados a partir dela serão repartidos. Nesse sentido, a permanência de um regime de regras não é uma questão simplesmente de autorreforço ou mesmo de retornos crescentes de poder. Além disso, a manutenção dessas regras depende da ativa formação e da adequada manutenção das diferentes coalizões de atores que proveem a sustentação do regime institucional no transcorrer do tempo (Barcelos, 2012), como é o caso das políticas públicas de saúde.

No âmbito da execução orçamentária, observa-se instabilidade das instituições orçamentárias em nosso país, que envolve alterações na legislação, maneiras de interpretação, bem como mudanças de interpretação pelos vários atores institucionais (órgãos de controle (tribunais de contas), órgãos do governo (Ministério da Saúde e secretarias de saúde), conselhos de saúde), instituições de pesquisa, organizações profissionais, bem como atores privados envolvidos.

De acordo com Wildavsky (1961), embora o orçamento público no Brasil tenha algumas limitações e imposições de aplicações mínimas, a configuração institucional de utilização dos recursos públicos se dá em processos de negociações ao longo do tempo. Dessa forma, a rigidez na execução orçamentária, por meio da legislação nacional, é o instrumento de negociação social adotado no Brasil para utilização dos recursos públicos (Carvalho, 2017). Porém, os motivos que fazem com que o orçamento seja alterado de uma característica de incrementalismo para pontuações ou interrupções são as mais diversas, que podem ser originadas da própria capacidade de arrecadação, deficiências na organização administrativa, bem como fatores da agenda política.

Com relação ao montante de gastos, observa-se, por meio da Tabela 6, que entre os anos de 2002 e 2008 houve um acréscimo significativo de gasto na Atenção Básica no Estado do Espírito Santo, quando se analisa os municípios em conjunto, com percentual de 188,49%. Ressalta-se que no ano de 2005 o acréscimo foi de 41,57%. Cabe investigar, no entanto, se tais alterações são reflexo da Emenda Constitucional 19/2000, ao determinar montante de gastos mínimos na Saúde, pelas três esferas de poder.

Tabela 6- Valor Total Gasto nos Municípios do Estado do Espírito Santo

Ano	Valor (R\$)	Variação %
2002	232.911.568,96	
2003	258.292.840,15	10,90%
2004	287.218.100,80	11,20%
2005	406.615.245,81	41,57%
2006	449.781.176,02	10,62%
2007	557.506.890,75	23,95%
2008	671.932.212,97	20,52%
2009	667.466.730,35	-0,66%
2010	690.862.539,48	3,51%
2011	770.156.694,70	11,48%
2012	848.796.761,97	10,21%
2013	798.370.971,82	-5,94%
2014	868.976.658,00	8,84%
2015	782.495.855,78	-9,95%
2016	724.687.538,58	-7,39%

Fonte: Elaborado pelo autor, com dados do SIOPS. Corrigido pelo IPCA.

4.3 Relação entre Infraestrutura e a Alocação dos Recursos Financeiros

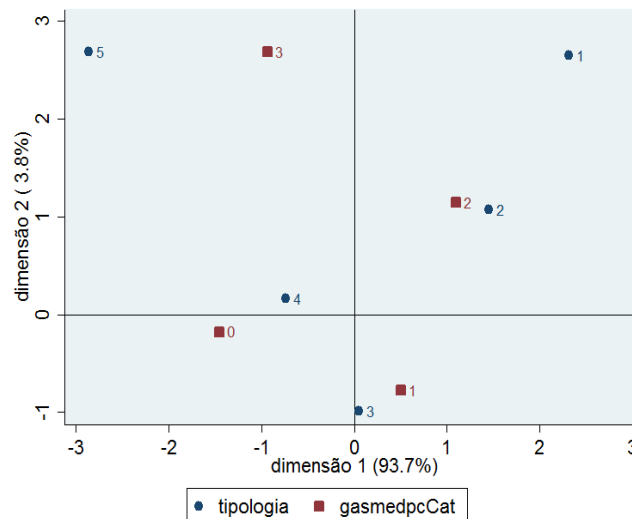
Nesta seção, objetivou-se: descrever a composição da infraestrutura básica local de saúde nos municípios do Estado do Espírito Santo; e caracterizar a relação entre a alocação dos recursos financeiros e a composição da infraestrutura básica local de saúde nos municípios do Estado do Espírito Santo.

Como técnica de análise, aplicou-se a *Análise de Correspondência Múltipla*, utilizando-se o software Stata©/SE 13.0 for Windows© (STATACORP, 2013). As dimensões demarcadas na amostra de correspondência, de acordo com Greenacre (2007), são os fatores extraídos dos dados que melhor explicam a variação encontrada na amostra. Sendo a primeira dimensão a horizontal e a segunda a vertical. O percentual demarcado ao lado da dimensão é a porcentagem da variação total dos dados expressos por aquela dimensão.

Foram realizadas comparações entre os pares de variáveis constantes da tabela 2, no entanto, foi possível verificar relações somente nos pares de variáveis apresentados nos gráficos 3 a 5, identificadas no quadro 4.

Os pares de variáveis que apresentaram os resultados mais claros foram: Tipologia das UBS x Gasto médio per capita do município; Tipologia das UBSx População do Município e Tipologia das UBS x População do Município por UBS.

Gráfico 3- Tipologia das UBS x Gasto Médio Per Capita



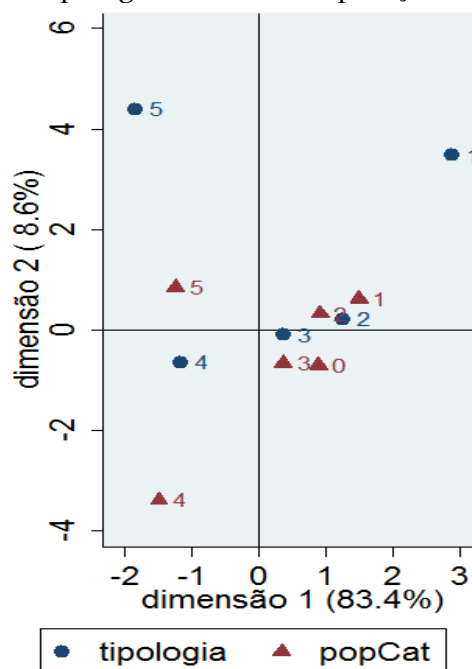
Fonte: Elaborado pelo autor.

Tipologia: Tipologia das UBS.

GasmedpcCat: Categorias de Gasto médio per capita (2010-2016).

A dimensão 1 explica 93,7% da variação original dos dados. Nesse caso, a interpretação do gráfico é melhor expressa na distância horizontal. Verifica-se a existência de municípios com gasto per capita de categoria 0 (Até R\$ 200,00) e tipologia de UBS 4 (Regular) e 5 (Padrão de Referência), enquanto a tipologia 1 (Reprovado) se situa mais próximo de gasto per capita na categoria 2 (Entre R\$ 400,00 e R\$ 600,00). UBS com tipologia 2 (Rudimentar) situa-se entre categoria de gasto 1 (De R\$ 400,00 a R\$ 600,00) e 3 (Mais de R\$ 600,00). A categoria de gasto per capita 3 (Mais de R\$ 600,00) mostra que pode haver influência do gasto per capita na tipologia, ao ficar próximo da tipologia 4 (Regular), horizontalmente. Essa relação significa que *municípios mais populosos* tendem a apresentar gasto per capita menor e melhor tipologia de UBS.

Gráfico 4- Tipologia das UBS x População do Município



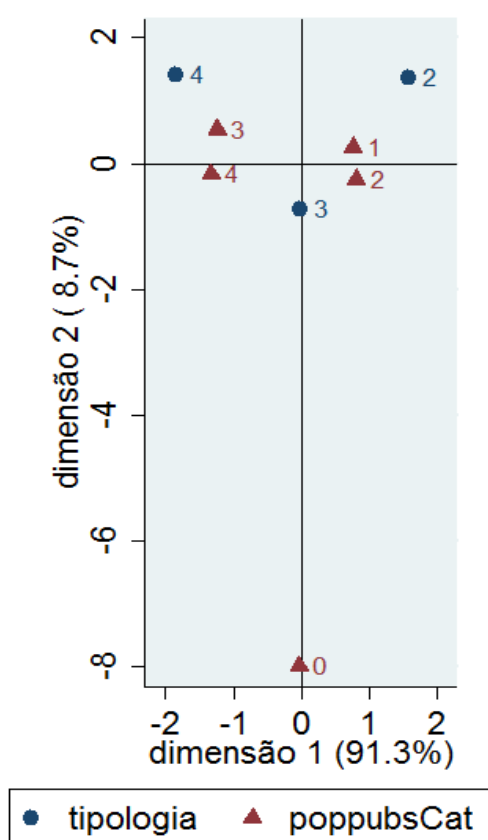
Fonte: Elaborado pelo autor.

Tipologia: Tipologia das UBS.
popCat: População do município (2010).

Neste gráfico, a dimensão 1 explica 83,4 % da variação original dos dados, o que faz com que a distância horizontal expresse melhor a relação entre as variáveis. Neste gráfico, as UBS com tipologias melhores (4- Regular e 5- Padrão de Referência), estão localizadas em municípios mais populosos (4- De 50.000 a 100.000 hab. e 5- De 100.000 a 500.000 hab.), enquanto as UBS com tipologias inferiores (1- Reprovado e 2- Rudimentar) estão localizadas em municípios menos populosos (0- Até 5.000 hab. e 1- De 5.000 a 10.000 hab.).

Ao se analisar as correspondências do gráfico 3 e do gráfico 4, pode se verificar que municípios mais populosos possuem gasto per capita menor, com maior número de UBS na tipologia 5 (Padrão de Referência), sendo o inverso também verdadeiro.

Gráfico 5- Município por Tipologia de UBS x População do Município por UBS



Fonte: Elaborado pelo autor.
Tipologia: Tipologia das UBS.
PoppubsCat = Categorias da população por UBS.

A análise de correspondência deste gráfico foi realizada com dados consolidados por município, o que mostra somente municípios apresentando média de tipologias de UBS de 2 (Rudimentar) a 4 (Regular). A dimensão 1 explica 91,3 % da variação original dos dados, o que faz com que a distância horizontal expresse melhor a relação entre as variáveis. Este gráfico demonstra que municípios menos populosos (Categorias 1- De 5 a 10.000 hab. e 2- De 10.000a 20.000 hab.) possuem maior número de UBS classificadas na Tipologia 2 (Rudimentar), enquanto municípios mais populosos possuem UBS classificadas na tipologia 4 (Regular).

Ao se fazer análise dos gráficos 3, 4 e 5, em conjunto, entre Tipologia de UBS, gasto per capita do município e gasto médio do município, pode se inferir que no Estado do Espírito Santo as UBS mais bem avaliadas são aquelas que consomem mais recursos e se situam em municípios mais populosos, onde o gasto per capita é menor. Esta constatação permite-nos inferir que os municípios maiores, de maneira geral, possuem UBS maiores e com melhores condições.

Com relação ao gasto por tipologia, a Tabela 7 mostra que o gasto *per capita* das UBS classificadas nas tipologias 4 (Regular) e 5 (Padrão de Referência) é menor.

Tabela 7- Participação do Gasto Total por Tipologia de UBS

Tipologia UBS	Quant. UBS	Gasto Total/Ano	Gasto Médio/UBS	Gasto per Capita	% do Gasto Total	Pop. Atendida	% Pop. Atend.
1- Reprovado	2	3.621.857	1.810.928	398,93	0,49%	10.576	0,31%
2- Rudimentar	86	143.283.242	1.666.084	366,18	19,27%	415.838	12,33%
3- Restrita	162	317.601.248	1.960.501	308,18	42,72%	1.307.952	38,79%
4- Regular	124	251.726.541	2.030.052	290,36	33,86%	1.443.561	42,81%
5- Padrão de Referência	16	27.205.629	1.700.351	247,76	3,66%	194.045	5,75%
Total	390	743.438.518				3.371.973	100%

Fonte: Elaborado pelo autor.

Diante do que foi constatado, não há uma resposta simples para a hipótese diretriz colocada - *O maior dispêndio de recursos leva a uma melhor infraestrutura*. Observa-se que as UBS com tipologias 4 (Regular) e 5 (Padrão de Referência), apresentam gasto per capita menor.

De acordo com os dados da Tabela 7, pode se verificar que as UBS classificadas nas tipologias 4 (Regular) e 5 (Padrão de Referência) são mais eficientes também quando se analisa a proporção da população atendida. Observa-se que a tipologia 4 (Regular), possui participação de gasto de 33,86%, atendendo 42,81% da população. A tipologia 5 (Padrão de Referência), possui participação de gasto de 3,66%, atendendo 5,75% da população.

É importante salientar, contudo, que da amostra final de UBS, nos municípios do Estado do Espírito Santo, há somente 2 UBS na tipologia 1 (0,51%) e 16 UBS tipologia 5 (4,10%), com maior presença de UBS tipo 3 (162, com 41,5%) e 4 (124, com 31,8%).

A seguir, compara-se o desempenho do Estado do Espírito Santo em relação ao restante do País.

Quadro 5 - Variáveis Utilizadas na Análise entre o Espírito Santo e demais Estados

Tipo de variável	Identificação	Significado
Infraestrutura da AB	Escore_final	escore final das UBS
Variáveis de gasto	Desp_tot	despesa total em saúde
	Atbas_fed	despesa com atenção básica federal
	Atbas_tot	despesa total com atenção básica
	Tot_fed	despesa federal total em saúde
Sócio-econômica	Pib_cpt	PIB <i>per capita</i> do município
	Idhm_2010	IDHM do município em 2010

Fonte: Elaborado pelo autor. Notas: As *variáveis de gasto* foram obtidas pela divisão do valor anual de cada município, corrigido pelo IPCA, base dez. 2017, pela população (IBGE) - valores per capita. (1) www.resbr.net.br/.

Tabela 8 - Infraestrutura e Gastos em Saúde – Comparativo entre Espírito Santo e demais Estados

Unidade Análise	Tipo de variável						
	Infra-estrutura	Gastos do município (R\$)				Sócio-econômica	
Variável	Escore_final	Atbas_fed	Atbas_tot	Tot_fed	Desp_tot	Pib_Cpt (R\$)	Idhm_2010
Brasil	0,84	132	306	236	683	21421	0,64
ES	0,79	110	363	199	735	42807	0,69
Ordem*	4º	5º	18º	6º	16º	25º	20º

Fonte: Elaborado pelo autor. Notas: Os gastos são calculados pela média dos gastos municipais, per capita, em 2014, atualizados pelo IPCA, base dez. 2017. (*) Ordem do Estado: do menor para o maior. O DF foi excluído por não constar no SIOPS o seu detalhamento por município.

Ao se comparar a média das variáveis nos municípios do Estado do Espírito Santo, verifica-se que é o quarto Estado com a menor escore de infraestrutura na AB, sendo o 14º em ordem de gasto na atenção básica, sendo o 25º pior em ordem de PIB e o 20º pior em ordem de IDHM 2010, todos do menor para o maior e per capita. Observa-se, assim, que as variáveis relativas a gasto total na Atenção Básica, PIB e IDHM não se refletem na infraestrutura da AB, pois o Espírito Santo é o 4º pior Estado em ordem de infraestrutura, ou seja existem somente 3 estados com médias menores o que o Estado, sendo que o Espírito Santo é o 2º Estado com maior PIB per capita, atrás somente do Rio de Janeiro. O mesmo ocorre, embora em menor escala, quando se compara com os gastos municipais, a média do Estado é a 9ª maior em despesa total com atenção básica e é a 11ª maior em despesa total em saúde.

É importante sublinhar que, diferentemente do que o senso comum aponta, a principal questão não parece ser a falta de recursos. De acordo com o Banco Mundial (World Bank, 2003), somente o aumento de gastos públicos não é suficiente para a melhoria dos resultados apresentados nos serviços de saúde, já que é difícil encontrar relações consistentes entre aumento nos gastos e resultados que demonstrem a importância de se alocar mais recursos para indivíduos de baixa renda. Em geral, os países que gastam mais recursos em saúde têm menor mortalidade infantil, mas essa associação é impulsionada, em grande parte, pelo fato de que os gastos públicos aumentam com a renda.

Os resultados da pesquisa corroboram os resultados dos trabalhos (World Bank, 2003 e Filmer et al., 1997), que enfatizam o papel da boa governança como chave para a eficácia do desenvolvimento, ao observarem que a alocação de recursos públicos para os bens e serviços adequados pode não levar a resultados desejáveis se as instituições orçamentárias não funcionarem de acordo com os princípios de governança recomendados. Os autores citados apontam, ainda, que, além da dificuldade de se estabelecer relações entre gastos e resultados nos países em desenvolvimento, o aumento de gastos públicos por si só não é suficiente para a melhoria dos resultados nesses países.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se verificar, de certa forma, que houve instabilidade das políticas executadas no orçamento com a saúde nos municípios do Estado do Espírito Santo, evidenciada pela existência de mudanças abruptas, que ocorrem de maneira pontuada, conforme preconizado na Teoria do Equilíbrio Pontuado.

Tais constatações se devem à grande instabilidade das instituições orçamentárias em nosso país, envolvendo alterações na legislação, maneiras de interpretação, bem como mudanças de interpretação pelos vários atores institucionais, como se observa nas políticas de saúde, o que inevitavelmente leva ao comportamento evidenciado.

As dificuldades não se restringem ao aspecto da previsão orçamentária, mas ocorre também no processo de execução, pois esta fase depende fortemente de variáveis que não estão à disposição ou não são possíveis de serem analisadas pelos formuladores e pelos executores, sejam políticas públicas, como no próprio processo orçamentário, tais como fluxo de receitas, cumprimento de contratos, andamento das políticas.

Com relação à infraestrutura básica de saúde e sua relação com as variáveis de gastos, pode-se inferir que no Estado do Espírito Santo as UBS mais bem avaliadas são aquelas que se situam em municípios mais populosos, onde o gasto per capita é menor. Esta constatação permite-nos inferir que os municípios mais populosos, de maneira geral possuem UBS com maior capacidade de atendimento e com melhor infraestrutura, com maior número de facilidades (Tipologias 4- Regular e 5- Padrão de Referência), com gastos per capita menor.

Assim, o que ocorre é que os municípios mais populosos, devido a possíveis ganhos de escala e possibilidade de melhor estratégia para instalação de UBS, conseguem gastos per capita menores do que municípios menos populosos, pois podem implantar as unidades de modo a favorecer um maior número de usuários. Por outro lado, em municípios menos populosos, pela necessidade de se construir UBS com menos capacidade de atendimento, a infraestrutura termina por ser prejudicada, com gastos *per capita* maiores, o que pode acarretar deficiência de serviços e disponibilidade de facilidades oferecidas.

A partir das constatações apresentadas, a investigação chama atenção para a necessidade de melhoria na tomada de decisões dos gestores públicos, e do processo de avaliação para planejamento e execução das políticas públicas na atenção básica nos municípios do Estado do Espírito Santo. É necessário que haja disponibilidade de infraestrutura básica adequada, com equipamentos e instalações adequados. Verifica-se que o Estado possui um dos PIB per capita mais elevados (2º melhor) e IDHM (7º melhor), porém quando se observa a variável relativa à infraestrutura (Escore_final) ela se apresenta como uma das menores média do País (4º pior), a despeito de estar longe dos Estados que gastam menos com Atenção Básica (9º maior). Tais evidências nos levam a constatação da necessidade de melhorar a governança da saúde, que, mesmo com previsão de mecanismos de decisão coletiva e a necessária coordenação entre todos os entes públicos, apresenta dificuldades, como as evidenciadas neste trabalho.

Os resultados da pesquisa corroboram os resultados de outros trabalhos, ao enfatizarem o papel da boa governança para a alocação apropriada dos recursos públicos, com fornecimento de bens e serviços adequados e resultados desejáveis, como chave para o desenvolvimento.

Dessa forma, este estudo contribui, a partir do entendimento das relações entre infraestrutura e gastos públicos, para a melhoria da tomada de decisões dos gestores públicos, para o processo de avaliação quanto ao planejamento e à execução das políticas públicas no país.

Por meio da elaboração de conhecimento sobre a alocação de recursos financeiros em serviços públicos de saúde, este estudo poderá auxiliar na alocação de recursos públicos de modo mais eficiente, eficaz e efetivo. Também, poderá indicar novas ações para os gestores do SUS, como forma de colaborar para a maior efetividade dos seus serviços, a partir da ampliação dos conhecimentos sobre gastos em saúde e sua relação com a infraestrutura de saúde dos governos locais.

Como limitação da pesquisa, é importante ressaltar que, em parte, devido à quantidade restrita de observações nos municípios do Estado do Espírito Santo (trezentos e noventa UBS e setenta municípios), a análise de correspondência poderia estar prejudicada. Assim, as análises poderiam ser mais conclusivas ao se trabalhar com uma amostra em escala regional ou nacional.

REFERÊNCIAS

- Almeida, C., & Macinko, J. (2006). *Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema de Saúde (SUS) em nível local*. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde/OPAS.
- Arretche, M. (2004). Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo em perspectiva*, 18(2), 17-26.
- Atun, R. (2004). *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN). Recuperado de <http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>.
- Barcelos, C. L. K. (2012). *Governança orçamentária e mudança institucional: o caso da norma geral de direito financeiro-lei nº 4.320/64*. Tese – Programa de Pós-graduação em Administração, Universidade de Brasília, Brasília.
- Barros, E. (2003). Financiamento do sistema de saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto. In: Organização Pan-Americana da Saúde. *Série técnica projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde*. OPAS, Brasília.
- Baumgartner, Frank R., & Jones, Bryan D. (1993). *Agendas and instability, in American politics*. Chicago: University of Chicago Press.
- Brasil (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2008). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família*. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- Brasil (2011). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Portaria 1.654, de 19 de julho de 2011*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2013) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento de avaliação externa do Saúde Mais Perto de Você – acesso e qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/instrumento_coleta_avaliacao_externa.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2017.
- Brasil (2016). Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. *Manual técnico de orçamento MTO*. Edição 2017. Brasília.
- Departamento de Atenção Básica (2017). *Sítio do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde*. Recuperado em maio de 2017, de: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php>.
- Carvalho, D. I. de. (2017). *Análise da execução orçamentária do Distrito Federal entre 2000 e 2015, sob a perspectiva da Teoria do Equilíbrio Pontuado*. Dissertação (Mestrado em Administração), Universidade de Brasília, Brasília.
- Ferraz, O. L. M., & Vieira, F. S. (2009). Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. *Dados*, 52(1), 223-251.
- Field, A. P. (2009). *Descobrendo a estatística usando o SPSS*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 687 p.
- Filmer, D; Hammer, J; & Pritchett, L. (1997). *Health policy in poor countries: weak links in the chain*. Washington DC: The World Bank.

- Garcia, A. C. P., Andrade, M. A. C., Zandonade, E., Prado, T. N. D., Freitas, P. D. S. S., Cola, J. P., ... & Lima, R. D. C. D. (2014). Análise da organização da Atenção Básica no Espírito Santo:(des) velando cenários. *Saúde em Debate*, 38, 221-236.
- Giovanella, L., Bousquat, A., Fausto, M. C. R., Fusaro, E., Mendonça, M. H. M., & Gagno, J. (2015). Tipologia das unidades básicas de saúde brasileiras. *Novos Caminhos*, (5). Recuperado de <http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/09/NovosCaminhos05_ValeEste.pdf>.
- Gragnotati, M., Lindelow, M., & Couttolenc, B. (2013). *20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil: uma avaliação do Sistema Único de Saúde*. Washington DC: The World Bank.
- Greenacre, Michael (2007). *Correspondence Analysis in Practice*. Boca Raton, FL: Chapman & Hall/CRC.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010). *Censo 2010: resultados gerais da amostra por áreas de ponderação*. Recuperado em: 23 jul. 2017, de: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_gerais_amostra_areas_ponderacao/default.shtm>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2015). Coordenação de População e Indicadores Sociais. *Perfil dos estados e dos municípios brasileiros: 2014*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Kingdon, J. W. (1995). *Agendas, alternatives, and public policies*. 2nd. NY: Haper Collins College Publisher.
- Kringos, D. S., Boerma, W. G., Bourgueil, Y., Cartier, T., Hasvold, T., Hutchinson, A., & Tedeschi, P. (2010). The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC family practice*, 11(1), 81.
- Malik, Ana Maria (2002). Planejamento, Financiamento e Orçamento da Saúde. *Manual Conceitual do Curso de Especialização à distância em Direito Sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal*. p. 513-526.
- Maynard, Alan, & Bloor, Karen (1998). *Our Certain Fate: Rationing in Health Care*. London, Office of Health Economics.
- Mendes, Áquilas N., & Santos, Suzana B. D. S. (2000). Financiamento descentralizado da saúde: a contribuição dos municípios paulistas. *Saúde e Sociedade*, 9(1-2), 111-125.
- Moura, B. L. A., Cunha, R. C. D., Fonseca, A. C. F., Aquino, R., Medina, M. G., Vilasbôas, A. L. Q., & Costa, A. F. (2010). Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 10, s69-s81.

ⁱ Esse sistema de financiamento encontra-se normatizado principalmente no: art. 198 da CF/88 (alt. pela EC n.º 29/2000), Lei n.º 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), Lei n.º 8.142/1990, LC n.º 141/2012, Decreto n.º 7.508/2011, Normas Operacionais da Assistência à Saúde - NOAS/SUS n.º 01/1996 e n.º 01/2002 e, também, Portarias do Ministério da Saúde GM/MS n.º 399/2006 e 1.091/2006 (CONASS, 2011).

ⁱⁱ O PMAQ-AB foi instituído pela Portaria GM/MS n.º 1.654, de 19/07/2011 (Região e Redes, 2016; Brasil, 2013; Giovanella *et al.*, 2015).

ⁱⁱⁱ Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Informações Básicas Municipais 2005/2015.