

COBERTURA POPULACIONAL DAS EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DOS GASTOS PÚBLICOS NO CONTEXTO DE MINAS GERAIS

Gabrielle Fontes Mau
Mestre em Administração Pública
Universidade Federal de Viçosa (UFV)
gabrielle.mau@ufv.br

Marco Aurelio Marques Ferreira
Professor do Programa de Pós-graduação em Administração Pública
Universidade Federal de Viçosa (UFV)
marcoaurelio@ufv.br

RESUMO

Dada a universalidade do direito à saúde e o esforço dispensado pelos entes federativos para sua manutenção e, levando em conta a importância da Atenção Básica de saúde como porta de entrada do cidadão para o acesso aos serviços deste setor, este artigo buscou identificar a influência dos gastos públicos na cobertura populacional das equipes de atenção básica de saúde nos municípios mineiros, entre os anos 2010 e 2015. A partir do uso do método da regressão linear múltipla com dados em painel, foi verificada a relação entre os gastos públicos e a cobertura populacional de equipes de atenção básica, possibilitando perceber que as despesas públicas com saúde possuem considerável significância na cobertura populacional das equipes de atenção básica de saúde nos municípios do estado de Minas Gerais. Assim, conclui-se que os gastos públicos relacionados a saúde exercem, dentro do modelo adotado, a maior influência na quantidade populacional contemplada com os serviços oferecidos pelas equipes de atenção básica de saúde.

Palavras-chave: Gastos Públicos; Saúde Pública; Atenção Básica de Saúde.

ABSTRACT

Given the universality of the right to health and the effort made by federal entities to maintain it, and taking into account the importance of Basic Health Care as a gateway for citizens to access services in this sector, this article sought to identify the influence of public spending on the population coverage of basic health care teams, from 2010 to 2015, in the municipalities of Minas Gerais. Using the multiple linear regression method with panel data, the relationship between public spending and the population coverage of basic health care teams was verified, making it possible to perceive that public health expenditures have considerable significance in the population coverage of health teams of primary health care in the municipalities of the state of Minas Gerais. Thus, it is concluded that public health-related expenditures, within the model adopted, have the greatest influence on the amount of population contemplated with the services offered by the basic health care teams.

Keywords: Public Spending; Public health; Primary Health care.

1. INTRODUÇÃO

A Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), estipula que o conceito de saúde vai além da mera ausência de doenças. Na verdade, só é possível ter saúde quando há um completo bem-estar físico, mental e social de uma pessoa, ou seja, a saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade¹”.

Consoante a essa definição, a República Federativa do Brasil por meio de sua Constituição Federal promulgada em 1988 (CF/88), assegura o direito à saúde como sendo fundamental e social do ser humano, resguardado através do artigo 6º da carta magna. Adicionalmente, a CF/88 assegura o direito à saúde em seu artigo 196, ao tratar tal assunto como um direito de todos e dever do Estado. Por meio deste artigo, entende-se que a saúde deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação². Tal preceito é complementado pela lei 8.080/90 - lei Orgânica da Saúde, em seu artigo 2º identificando a saúde como “um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício³”.

Dessa forma, ao se tratar da temática da saúde, faz-se presente diversos campos de sua atuação e políticas destinadas à sua consecução e efetividade. Nesse artigo especificamente, será abordada a atenção básica da saúde. De acordo com o Ministério da Saúde⁴, a Atenção Básica pode ser entendida como o primeiro nível de atenção à saúde, tendo como referência o modelo adotado pelo SUS. Identifica-se, preferencialmente, como a “porta de entrada” do sistema de saúde, onde a população tem acesso a especialidades básicas, como clínica médica (clínica geral), pediatria, obstetrícia e ginecologia. Tem-se que nessa modalidade grande parte dos problemas são resolvidos ou evitados, por tratarem dos pacientes nos estágios iniciais de atendimento médico, ou mesmo por prevenirem determinadas situações de agravamento ou risco à saúde individual e/ou coletiva⁴.

Diante da necessidade e importância da Atenção Básica, bem como das demais modalidades que permeiam o campo da saúde pública, no modelo adotado de descentralização do SUS, o governo federal é o principal financiador da rede pública de saúde. A CF/88 trouxe implicações sobre os gastos e a política social, quando proporcionou a descentralização administrativa e fiscal dos entes federativos, onde destacou-se a possibilidade de arrecadação própria dos entes, bem como a repartição de recursos por meio de transferências intergovernamentais advindos da União⁵. No entanto, é de amplo conhecimento a necessidade da efetividade da alocação desses recursos públicos, devido a limitação orçamentária. Nesse entendimento, de modo a garantir que a sociedade tenha maior acesso aos bens e serviços disponibilizados pelo Estado e, assim, possa se beneficiar da sua alocação por parte da gestão pública, Costa *et al.*⁶, defendem a atenção à responsabilidade social do gasto público, dado que esse é financiado por meio dos tributos, oriundos do esforço de toda a sociedade. Espera-se, portanto, que esse gasto seja eficaz (realize determinada função) e que, principalmente, seja eficiente (realize determinada função da maneira mais racional e ao menor custo possível), já que incorrem relevantes custos de oportunidade quando se trata da provisão de um determinado serviço⁶.

Diante do exposto, uma eficiente alocação de recursos públicos é determinante para obtenção de resultados positivos tanto em questões sociais como econômicas. Diversos trabalhos trataram dessa questão, como o estudo de Martins e Luque⁷, que afirmam que a maior alocação dos gastos públicos em áreas como educação, saneamento básico, saúde preventiva, habitação, qualificação profissional e transferências de renda à população mais carente, são fundamentais para a promoção do desenvolvimento e para a redução das distorções existentes. No estudo de Portulhak et al.⁸ buscou-se avaliar a eficiência da aplicação de recursos pelos municípios brasileiros nas ações de acesso aos serviços públicos de assistência à saúde prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e de alcance da efetividade desses serviços. Mattiazzi *et al.*⁹ em seu trabalho procurou avaliar os investimentos públicos em saúde no município de Santa Rosa. Já Cavalcante¹⁰, avaliou o orçamento e desempenho municipal, efetuando uma análise comparada da qualidade do gasto público nas políticas sociais.

Apesar das constatações dos trabalhos supracitados, entre outros, detectou-se a ausência de estudos que avaliassem a influência dos gastos públicos em relação à cobertura populacional das equipes da saúde básica no estado de Minas Gerais. Dessa forma, o presente trabalho levanta a seguinte questão: Qual a influência do gasto público de saúde, na cobertura populacional das equipes de Atenção Básica, no estado de Minas Gerais? Posto isso, o objetivo deste artigo é verificar a influência do gasto público em relação ao acesso da saúde coletiva, contemplando especificamente a cobertura populacional das equipes de Atenção Básica de Saúde no estado de Minas Gerais entre os anos de 2010 e 2015.

Esse trabalho justifica-se pela compreensão da importância da Atenção Básica, como meio necessário para a diminuição no agravo ou risco à saúde individual e/ou coletiva, revelando, assim, a importância das consequências que o gasto público acarreta na cobertura populacional das equipes de saúde básica do estado de Minas Gerais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O sistema de saúde brasileiro

Até o final da década de 1980, as políticas de saúde do Brasil estavam vinculadas ao sistema previdenciário. No ano de 1977, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que apresentava problemas relacionados à centralização das decisões financeiras e operacionais, redes de atendimento não integradas e privatização dos serviços de saúde. Nesse cenário, em 1979, foi criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS)^{11,12}. Em 1980, foi realizada a VII Conferência Nacional de Saúde e elaboração do PREV-SAÚDE, com a criação do Conselho Nacional de Segurança Pública (CONASP) em 1982 e, em 1987, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), culminando na consolidação do movimento de reforma sanitária¹².

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88), que se tornou responsável por garantir o princípio central da reforma sanitária e a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, ficou definido que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral, com

prioridades para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e a participação da comunidade¹³.

De acordo com Nunes e Queiroz¹⁴, o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele pode ser definido como:

- Um sistema, porque é formado por várias instituições dos três níveis de governo - União, Estados e Municípios - e pelo setor privado por meio de contrato administrativo ou convênio para a realização de serviços e saúde¹⁴.
- Único, devido a sua atuação em todo território nacional ser pautada na mesma filosofia, sendo organizado com a mesma lógica¹⁴.
- Universal, pois deve atender a todos sem distinção e conforme as suas necessidades¹⁴.
- Integral, dado que a saúde deve ser tratada como um todo, ou seja, as ações de saúde devem ser voltadas simultaneamente ao indivíduo e à comunidade, tanto para a prevenção como para o tratamento¹⁴.
- Equitativo, posto que deve oferecer os recursos de saúde de acordo com as necessidades de cada um¹⁴.
- Descentralizado, visto que todas as ações e serviços que atendem a população de um município devem ser municipais; as que servem e alcançam vários municípios devem ser estaduais e as dirigidas a todo território nacional devem ser federais. O SUS tem um gestor único em cada esfera de governo¹⁴.

Em 1996, com a edição da portaria 1.742, que instituiu a Norma Operacional Básica – SUS 01/1996, foi introduzida a visão de SUS municipal, que procura fortalecer o sistema local de saúde, integrando uma rede regionalizada, hierarquizada e disciplinada, segundo subsistemas em cada município¹⁵. Como posto por Nunes¹⁶, essa norma aperfeiçoa a gestão de serviços de saúde e a própria organização do sistema, pois reafirma os princípios constitucionais, ao definir que o município é o responsável em primeira instância pela situação de saúde de sua população, organizando os serviços que estão sob sua gestão e/ou participando na construção do acesso aos demais serviços.

De acordo com Nunes e Queiroz¹⁴, a organização dos serviços de saúde precisa ser hierarquizada, dado que questões menos complexas de saúde devem ser atendidas nas Unidades Básicas e questões específicas devem ser encaminhadas para as Unidades de Atendimento Especializado, enquanto que um nível de atendimento mais complexo, deve ser encaminhado ao Hospital Geral, chegando até o Hospital Especializado. Observa-se, portanto, que cada um desses níveis demanda recursos e competências de volume e complexidade diferenciada para o seu adequado atendimento¹².

O primeiro nível de atenção do SUS é a atenção primária ou atenção básica, que é uma concepção de sistema de saúde. No Brasil, pode-se dizer que o sistema de saúde está perfeitamente afinado com a atenção primária, uma vez que são identificados valores e princípios essenciais no estabelecimento das prioridades nacionais em saúde, conforme a CF/88¹⁷. Ademais, a atenção primária é representada como uma associação de diversos atores e setores na produção de serviços públicos de saúde, em conformidade com uma rede de interações¹⁸. A atenção primária influencia na melhoria dos indicadores de saúde e age como grande potencial regulador da utilização dos recursos de alta densidade tecnológica, garantindo o acesso universal aos serviços que tragam reais benefícios à saúde da população^{19,18}.

Conforme Mendes¹⁷, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) representam o local de consolidação da comunicação da atenção primária, visto que corresponde à primeira prestação do serviço de saúde, além do primeiro contato com os problemas de saúde da população. Nessa perspectiva, ressalta-se o aspecto fundamental da otimização dos serviços de saúde sob a estrutura da atenção primária como forma de garantia de prestação de serviço consoante as tendências identificadas no cenário de evolução temporal da atenção à saúde de diversos países, como o crescimento populacional, a urbanização, o envelhecimento demográfico e os aumentos de gastos com saúde. A atenção básica é o primeiro nível de atenção em saúde e deve ser ofertada por todos os municípios, com qualidade e suficiência para a população. Contempla ações estratégicas mínimas que são necessárias para a atenção adequada aos problemas de saúde que ocorrem com mais frequência na maior parte do Brasil. Consiste em um montante de recursos financeiros destinados, portanto, a ações desse nível¹⁶. Assim, o SUS precisa ser eficaz e eficiente através da prestação de serviços de qualidade, eliminando-se desperdícios e aplicando-se os recursos da melhor maneira possível.

Gastos públicos e financiamento da saúde

O gasto social, categoria que inclui os gastos com saúde, é uma das formas mais efetivas de atuação do governo para reduzir as desigualdades sociais existentes e melhorar o padrão de vida da população, através de um maior acesso aos bens e serviços públicos²⁰.

A CF/88 trouxe diversas implicações sobre os gastos e a política social. Primeiramente, os contribuintes incorporaram o espírito de descentralização e promoveram redefinições de funções, recursos e competências tributárias. Adicionalmente, foi determinada a universalização de serviços sociais básicos, como saúde, previdência, assistência e educação²¹. Neste sentido, percebe-se que o gasto social possui considerável importância, tanto em questões sociais, como em econômicas. Diversos autores indicam os benefícios advindos desta modalidade de gasto. Martins e Luque⁷, por exemplo, estabelecem que a maior alocação dos gastos públicos em áreas como educação, saneamento básico, saúde preventiva, habitação, qualificação profissional e transferências de renda à população mais carente (quando conjugado com a manutenção das crianças na escola), são fundamentais para a promoção do desenvolvimento e para a redução das distorções existentes.

Com relação ao setor da saúde, o Parágrafo Único do Art. 198 da Constituição Federal² diz que: “O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”. Para Fleury e Baris²² pode-se dizer que o processo de descentralização impôs a municipalização de forma radical, onde os municípios passaram a assumir as funções de coordenação e gestão da política de saúde local, devendo cumprir as metas dos programas nacionais, utilizando os recursos destinados pelo governo federal.

As características de negociação e financiamento do SUS foram fortalecidas no início de 2006 com a aprovação de um pacote de medidas denominadas Pactos pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS. De acordo com Santos²³, essas reformas representaram o primeiro passo para uma importante mudança nas relações entre federação, estados e municípios na área de saúde. Em oposição às regulações anteriores, que definiam um modelo assistencial único e padronizado, os pactos visam oferecer às entidades subnacionais flexibilidade para desenvolver e organizar seu sistema de atenção à saúde de acordo com seu cenário. Os pactos especificam metas de desempenho para cada nível de governo e estipulam caminhos para a

regionalização dos serviços e a coordenação intergovernamental²³. Na teoria do federalismo fiscal²⁴, todas as esferas governamentais devem encarregar-se de todas as funções econômicas, como definido por Musgrave e Musgrave²⁵.

Assim, é definido que o financiamento da saúde pública compete às três esferas do governo e é custeado por meio de recursos financeiros providos do Tesouro, destacando-se como principais fontes de financiamento federal a contribuição sobre o faturamento (COFINS), contribuição sobre lucro líquido, fontes fiscais voltadas à cobertura de despesas com pessoal e encargo social e contribuição provisória sobre movimentação financeira (CPMF)¹⁶. Em alguns casos, o fornecimento destes bens públicos pelo poder municipal permite a maximização do bem-estar dos indivíduos residentes em cada uma das jurisdições, visto que esta esfera, em tese, conhece mais profundamente as especificidades e preferências de sua população.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A metodologia adotada no desenvolvimento deste trabalho possui uma abordagem quantitativa, devido ao uso de análises estatísticas para o tratamento dos dados²⁶. Quanto aos fins, a pesquisa tem um caráter descritivo, pois tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou estabelecimento de relações entre variáveis²⁷, no que concerne à descoberta da influência dos gastos públicos na cobertura populacional das equipes de saúde da atenção básica.

A área de abrangência deste estudo foi o estado de Minas Gerais que, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, possui o maior número de municípios dentre os estados brasileiros, com 853 municípios, sendo o segundo mais populoso do país e respondendo pela terceira maior economia do Brasil, havendo disparidades socioeconômicas entre as diferentes regiões do estado.

A escolha do estado de Minas Gerais se justifica pelo fato de refletir o contexto nacional, retratando a diversidade de realidades, dentre elas, as condições que contribuem para a cobertura populacional de equipes de atenção básica, identificado assim, municípios com realidades diversas em relação ao objeto de estudo. Conforme o BNDES, citado por Delgado e Machado²⁸, o Estado é reconhecido como um caso ilustrativo das desigualdades sócio regionais presentes no Brasil, possibilitando a comparação dos resultados encontrados no estado de Minas Gerais para o contexto nacional.

A amostra de dados foi composta por dados secundários dos 853 municípios mineiros, no período de 2010 a 2015. As bases de dados utilizadas para a coleta das variáveis estudadas estão disponibilizadas pela Secretária do Tesouro Nacional - Finanças do Brasil (FINBRA), Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e Sistema FIRJAN, conforme Quadro 1. Os valores monetários foram deflacionados pelo Índice Geral de Preços – Disponibilidade Interna (IGP-DI), de acordo com o último ano de referência (2015). Houve o cuidado de transformar esses valores em per capita e posterior transformação em logaritmo, objetivando a padronização dos dados e resultados mais adequados dentro da proposta do estudo.

Quadro 1: Variáveis utilizadas para o atendimento do objetivo determinado

Variáveis	Descrição	Unidade de Medida	Fonte
-----------	-----------	-------------------	-------

Cobertura Populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	Taxa referente a cobertura municipal de equipes de Atenção Básica	Taxa (%)	DATASUS
Despesa com Saúde	Valor referente aos gastos relacionados com a função de saúde nos municípios	Reais (R\$)	FINBRA
FPM – Fundo de Participação dos Municípios	Valor referente a transferência de recursos financeiros da União para os municípios	Reais (R\$)	FINBRA
Receita Tributária	Valor relativo aos tributos de competência própria (IPTU, ISS, ITBI, Taxas e Contribuição de Melhoria)	Reais (R\$)	FINBRA
Transferência da União para o SUS	Valor transferido da União para os municípios em relação ao Sistema Único de Saúde	Reais (R\$)	FINBRA
Transferência dos estados para programas de saúde	Valor transferido dos estados para prestação de programas de saúde nos municípios	Reais (%)	FINBRA
IFDM Educação	Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal em relação a Educação	Taxa (%)	Sistema FIRJAN
IFDM Emprego e Renda	Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal em relação a Emprego e Renda	Taxa (%)	Sistema FIRJAN
IFDM Saúde	Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal em relação a Saúde	Taxa (%)	Sistema FIRJAN

Fonte: Elaborado pelos autores.

Operacionalização e Análise dos dados

Objetivando atender ao objetivo proposto pelo estudo, utilizou-se o método da regressão linear múltipla com dados em painel, para verificar a relação entre os gastos públicos e a cobertura populacional de equipes de atenção básica. O método consiste em determinar uma função matemática que busca descrever o comportamento de determinada variável, denominada dependente, com base nos valores de uma ou mais variáveis denominadas independentes²⁶. Ao se tratar especificamente de dados em painel, considera-se o conjunto de informações sobre o mesmo indivíduo ao longo de vários períodos de tempo, possibilitando o uso de maior número de observações.

No entanto, ao realizar análise de dados em painel, dois modelos principais devem ser considerados, objetivando a melhoria do modelo estimado, sendo eles: o modelo de efeitos fixos e o modelo de efeitos aleatórios, além do modelo pool. Para decisão de qual modelo a ser adotado no presente estudo, faz-se necessário a aplicação de alguns testes, para tanto, foram aplicados os Teste de Chow, Teste de Hausman e Teste LM de Breusch-Pagan, (observando o intervalo de 5% de significância).

Tratando-se especificamente da análise da regressão múltipla, é necessária a aplicação de testes para detecção de auto correlação e a heterocedasticidade, caso o modelo de efeitos fixos seja indicado como o mais adequado para a proposta do estudo, desse modo, são realizados os testes de Wooldridge e o teste de Wald, respectivamente. A detecção desses aspectos é essencial para o cumprimento das premissas básicas do modelo de regressão²⁹. Caso esses aspectos sejam identificados no modelo estimado, torna-se necessária a realização de correções. Para isso, utilizou-se o modelo de Erros Padrão Robustos e Bootstrap, sendo que o modelo de correção escolhido foi baseado na quantidade de variáveis significativas após a aplicação dos testes supracitados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após a aplicação dos testes de Chow, Hausman e Teste de LM de Breusch-Pagan, para selecionar o modelo estimado mais adequado a ser utilizado para avaliar os efeitos dos gastos públicos sobre o nível de cobertura populacional das equipes de atenção básica, constatou-se, a um nível de significância de 5%, que o modelo mais adequado para ser aplicado nos municípios mineiros é o de efeitos fixos.

Como o modelo de efeitos fixos foi o mais indicado, fez-se necessária a realização de testes para a detecção de auto correlação e heterocedasticidade, por meio da aplicação do teste de Wooldridge e de Wald, respectivamente. A um nível de significância de 5%, ambos aspectos foram detectados no modelo de regressão proposto, portanto, utilizou-se o modelo de correção por Erros Padrão Robustos e Bootstrap, tendo sido o primeiro modelo considerado o mais adequado, por apresentar um maior número de variáveis significativas, conforme tabela 1.

Tabela 1: Resultados dos testes aplicados para definição do modelo mais adequado

Observações	Teste de Chow	Teste de Hausman	Teste de LM de Breusch-Pagan	Teste de Wooldridge	Teste de Wald
3416	20.12 0.0000*	69.13 0.0000*	23.24 0.0000*	16.06 0.0001*	1200.00 0.0000*

Variáveis	Coefficiente	Erro Padrão	t	P> t	Intervalo de Confiança - 95%	
Log Despesa com Saúde	13.4985	3.9801	3.3900	0.0010*	5.6860	21.3109
Log Receita Tributária	1.4763	1.6680	0.8900	0.3760	-1.7978	4.7504
Log FPM	-11.3827	6.0416	-1.8800	0.0600	-23.2416	0.4763
Log Transferência da União para o SUS	10.2310	2.3966	4.270	0.0000*	5.5266	14.9353
Log Transferência dos estados para programas de saúde	1.4383	0.4532	3.1700	0.0020*	0.5487	2.3278
IFDM Educação	13.0539	6.1735	2.1100	0.0350*	0.9361	25.1717
IFDM Emprego e Renda	-6.9649	2.0988	-3.3200	0.0010*	-11.0846	-2.8452
IFDM Saúde	2.4468	2.6530	0.9200	0.3570	-2.7606	7.6543

* Significância ao nível de 5%

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos resultados encontrados.

Após avaliar as estimativas encontradas para os municípios brasileiros entre os períodos de 2010 e 2015, ainda conforme tabela 1, identifica-se que em relação à Despesa com Saúde, Transferência da União para o SUS, Transferência dos estados para programas de saúde, IFDM Educação e IFDM Emprego e Renda são significativos ao nível de 5%.

A variável despesa com saúde revela que o incremento de um ponto percentual reflete em um aumento aproximado de 13,50% no índice de cobertura de equipes de Atenção Básica. Dentre as variáveis do modelo e os resultados estimados obtidos, ela apresenta o maior valor, indicando a importância dos gastos de saúde para a ampliação da cobertura de equipes de atenção básica dentro do modelo proposto. Esse resultado pode ser justificado pelo aumento da capacidade de oferta de um serviço, em consonância com a proporcionalidade do esforço - neste caso do gasto social - que se dispense na consecução do serviço público.

Esse resultado vai de encontro ao que dizem Martins e Luque⁷ (1999), dado que, uma maior alocação dos gastos públicos em áreas como educação, saneamento básico, saúde

preventiva, habitação, qualificação profissional e transferências de renda à população mais carente, são fundamentais para a promoção do desenvolvimento e para a redução das distorções existentes.

Já em relação à variável explicativa que representa a Transferência da União para o SUS, percebe-se a influência de 10,23% na cobertura de equipes para cada aumento de um ponto percentual de tal variável explicativa. Representando, portanto, a terceira maior estimativa encontrada, sendo assim, tal recurso apresenta importância para a ampliação da cobertura de equipes, levando em consideração o modelo proposto nesse estudo. Esse resultado pode ser explicado pelo modelo de descentralização do SUS, onde o governo federal é o principal financiador da rede pública de saúde, dado que, devido a esse fator, a variável em questão ter apresentado tal comportamento, frente ao montante de recurso que é repassado aos municípios.

Ademais, a variável referente aos recursos transferidos pelo estado de Minas Gerais para os programas de saúde dos municípios, também revela aumento direto no nível de cobertura em aproximadamente 1,44% para cada incremento de um ponto percentual. É interessante perceber a importância dos recursos repassados pelos demais entes federativos (União e estados) para as atividades e programas de saúde, que nesse estudo, refletem na maior cobertura de equipes de atenção básica.

As transferências governamentais se fazem importantes nesse cenário pois, como dito por Fleury e Baris²³ (2001), o processo de descentralização impôs a municipalização de forma radical, onde os municípios passaram a assumir as funções de coordenação e gestão da política de saúde local, devendo cumprir as metas dos programas nacionais. Entretanto, estes entes, na maior parte dos casos, não possuem capacidade fiscal para suprir as necessidades em saúde da população, precisando, assim, dos recursos destinados pelo governo federal para esse setor.

Por último, as variáveis explicativas de controle relacionadas a aspectos sociais, IFDM Educação e IFDM Emprego e Renda, se mostraram influentes no modelo. O IFDM Educação apresentou variação positiva em relação aos aumentos de cobertura, no nível de 13,05%, indicando a educação como uma variável importante para melhores índices de cobertura da atenção básica de saúde pública.

Os resultados estimados para o IFDM Emprego e Renda, revelam influência negativa de 6,96% na cobertura de equipes de atenção básica. Tal resultado pode ser explicado pelo fato de que em condições de melhores índices de emprego e renda, há a possibilidade de contratação de plano de saúde privado pelos indivíduos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a definição da saúde como um direito fundamental e social do ser humano, expresso na Constituição Federal de 1988, e os avanços com a Lei Orgânica da Saúde e a Política Nacional de Atenção Básica de Saúde, foram percebidas diversas mudanças e investimentos para garantia do acesso universal ao sistema de saúde pelos cidadãos. Nesse artigo especificamente, foi abordada a atenção básica da saúde, que representa a porta de entrada ao sistema de saúde, onde a população tem acesso a especialidades básicas. Nessa modalidade, grande parte dos problemas são resolvidos ou evitados, por tratarem dos pacientes nos estágios iniciais de atendimento médico, ou mesmo por prevenirem determinadas situações de agravo ou risco à saúde individual e/ou coletiva. Diante da

necessidade e importância da Atenção Básica, bem como das demais modalidades que permeiam o campo da saúde pública, há a necessidade da efetividade da alocação de recursos públicos - devido a limitação orçamentária, principalmente dos entes subnacionais- com o intuito de garantir que a sociedade tenha maior acesso aos bens e serviços disponibilizados pelo Estado e, assim, possa se beneficiar da sua alocação por parte da gestão pública.

Portanto, diante da compreensão da importância da Atenção Básica como meio necessário para a diminuição no agravo ou risco à saúde individual e/ou coletiva e sendo o gasto público necessário para sua consecução, o presente artigo teve por objetivo verificar a influência dos gastos públicos destinados à função de saúde dos municípios mineiros em relação à cobertura populacional de equipes de atenção básica no período compreendido entre 2010 e 2015. Com base no modelo estimado proposto, constatou-se que os gastos públicos com a saúde possuem influência direta no acréscimo da cobertura de equipes de saúde da Atenção Básica, culminando em um melhor acesso aos serviços públicos de saúde por parte da população local do estado de Minas Gerais, bem como, por exemplo, a Transferência de recursos da União para o SUS – fato que pode ser justificado pelo montante de tal recurso que é repassado aos municípios, uma vez que o governo federal é o principal financiador da rede pública de saúde. O estudo também revelou efeitos positivos dos índices de educação dos municípios sobre a saúde, em especial, no objeto de estudo do presente artigo.

Este trabalho, por limitação de dados, não abordou os anos posteriores a 2015, considerando apenas os municípios mineiros na amostra. Assim, sugere-se, para trabalhos futuros, estudar a influência dos gastos públicos na cobertura da saúde ofertada à população para os anos mais recentes, considerando também outras regiões do país.

REFERÊNCIAS

1. Biblioteca Virtual De Direitos Humanos Da Universidade De São Paulo. *Constituição da Organização Mundial da Saúde* em 1946.
2. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.
3. Brasil, CC. Lei nº 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 da união*, 20. 1990.
4. Saúde, Ministério da. *Entendendo O Sus*. Brasil, 2007.
5. Mendes, M. *Federalismo fiscal*. BIDERMAN, C.; ARVATE, P. Economia do Setor Público no Brasil, 2004, 6.
6. Costa, CCDM.; Ferreira, MAM.; Braga, MJ.; Abrantes, LA. Fatores associados à eficiência na alocação de recursos públicos à luz do modelo de regressão quantílica. *Rev de Admin Pública*, v. 49, n. 5, p. 1319–1347, 2015.
7. Martins, V.; Luque, AC. *O papel dos municípios no desenvolvimento econômico. Os Municípios no Século XXI: Cenários e Perspectivas*. Ed. Especial. São Paulo: CEPAM, 1999.

p. 79-85.

8. Portulhak, H.; Cipriano, S.; Raffaelli, D. *A Eficiência da Aplicação de Recursos Voltada à Saúde Pública nos Municípios Brasileiros*. p. 21–39, 2017.

9. Mattiazzi, Â. L.; Battisti, IDE.; Rotta, E.; Ristow, L. *Investimentos Públicos em Saúde no Município de Santa Rosa: Um Panorama Dos Anos De 1991, 2000 E 2010*. v. 6, p. 219–228, 2017.

10. Cavalcante, P.; Lariu, C. Orçamento e desempenho municipal: uma análise comparada da qualidade do gasto público nas políticas sociais. *Rev do Serviço Público*, v. 63, n. 3, p. 343–361, 2012.

11. Dobashi, BDF.; Brêtas Junior, N.; Silva, SF. O pacto interfederativo na saúde e a gestão descentralizada: uma oportunidade estratégica de promover avanços no Sistema Único de Saúde. *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde. (Org) Nelson Rodrigues dos Santos e Paulo Duarte de Carvalho Amarante (Organizadores)–Rio de Janeiro: Cebes, 2010.*

12. Carnasciali, AMDS; Bulgacov, S. *Recursos e competências organizacionais distribuídos na saúde pública*. 2014.

13. Noronha, J.; Santos, I.; Pereira, T. Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal. *Gestão pública e relação público-privado na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, p. 152-79, 2011.

14. Nunes, AL., et al. Introdução: o SUS pode ser o melhor plano de saúde. *Associação Paulista de Medicina (Org.), Por dentro do SUS, 2007, 1: 9-12.*

15. Andrade, LOM. *SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento*. 2001.

16. Nunes, AL.; Associação Paulista De Medicina; Associação Paulista De Medicina. Normas operacionais básicas do SUS. *Associação Paulista de Medicina (Org.), Por dentro do SUS, 2007, 1: 41-42.*

17. Mendes, E. V. *Redes de Atenção à Saúde*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007

18. Nodari, CH; Olea, PM; Dorion, ECH. Relação entre inovação e qualidade da orientação do serviço de saúde para atenção primária. *Revista de Administração Pública*, 2013, 47.5: 1243-1264.

19. Bodenheimer, T. Primary care-will it survive?. *New England Journal of Medicine*, 355(9), 861. (2006).

20. Rezende, F. *Finanças Públicas*. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2001. 382 p.

21. Oliveira, F. *Evolução, determinantes e dinâmica do gasto social no Brasil: 1980/1996*. Brasília: Ipea/TD, n° 649, jun., 1999.
22. Fleury, SSB.; Baris, E. *Reshaping health care in Latin America: a comparative analysis of health care reform in Argentina, Brazil, and Mexico*. International Development Research Centre (IDRC), 2001.
23. Santos, LMD. *Avaliação do Desempenho da Alocação de Recursos Públicos na Atenção Básica da Saúde Pública Brasileira*. 2011. 100f. Dissertação (Mestrado em Administração), Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Dez. 2011.
24. Oates, WE. *Federalismo fiscal*. Madri: Instituto de Estudios de Administración Local, 1977.
25. Musgrave, RA., Musgrave PB. *Finanças públicas: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Campus; São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1980. 673 p.
26. Corrar, LJ.; Paulo, E.; Filho, JMD. *Análise multivariada: para os cursos de administração, ciências contábeis e economia*. FIPECAFI – Fundação Instituto de Pesquisas Contábeis, Atuariais e Financeiras. São Paulo: Atlas, 2007.
27. Gil, AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
28. Delgado, VMS., Machado, AF. Eficiência das escolas públicas estaduais de Minas Gerais. *Pesq e Planej Eco*, v. 37, n. 3, p. 427-464, 2007.
29. Gujarati, DN.; Porter, DC. *Econometria Básica*. Amgh Editora, 2011.

APÊNDICE A – Estatísticas Descritivas

Tabela 2: Estatística descritiva das variáveis entre anos de 2010 a 2012.

Variáveis	N			Mínimo			Máximo			Média			Desvio padrão		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Cobertura equipes atenção básica	853	853	853	0,00	0,00	0,00	100	100	100	90,84	91,66	92,10	16,25	15,86	15,44
log Despesa Saude	847	825	802	2,25	2,14	1,40	3,32	3,38	3,42	2,73	2,76	2,78	0,15	0,15	0,16
log Receita Tributária	847	830	803	0,89	1,29	1,02	3,71	3,71	3,53	2,03	2,07	2,07	0,31	0,31	0,34
log FPM	847	830	802	2,01	2,08	2,05	3,88	3,95	3,93	2,97	3,04	3,01	0,25	0,25	0,25
log Trans União SUS	820	807	787	1,23	0,54	0,95	2,83	2,83	2,89	2,08	2,11	2,16	0,19	0,20	0,18
log Trans Estado Saude	451	464	521	-0,87	-0,87	-1,91	2,17	2,72	2,37	0,97	0,95	1,12	0,44	0,45	0,46
IFDM Educ	853	853	853	0,44	0,52	0,54	0,92	0,94	0,94	0,74	0,76	0,78	0,07	0,06	0,06
IFDM Emprego Renda	851	852	852	0,24	0,21	0,20	0,93	0,93	0,92	0,55	0,54	0,55	0,13	0,14	0,13
IFDM Saude	853	853	853	0,10	0,16	0,26	0,98	0,96	0,96	0,67	0,70	0,72	0,15	0,14	0,13
N válido (de lista)	442	457	520												

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos resultados encontrados.

Tabela 3: Estatística descritiva das variáveis entre anos de 2013 a 2015.

Variáveis	N			Mínimo			Máximo			Média			Desvio padrão		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Cobertura equipes atenção básica	853	853	853	0,00	0,00	0,00	100	100	100	92,73	95,36	95,27	15,37	11,70	11,88
log Despesa Saude	830	782	835	2,39	2,07	2,38	3,45	3,44	3,49	2,77	2,82	2,79	0,15	0,16	0,14
log Receita Tributária	829	780	833	1,16	1,06	1,32	3,86	3,85	3,48	2,06	2,09	2,04	0,34	0,34	0,33
log FPM	826	776	832	2,03	2,04	2,01	3,95	3,97	3,93	3,01	3,03	3,00	0,25	0,25	0,25
log Trans União SUS	822	773	823	1,46	1,56	1,42	2,85	2,88	2,88	2,16	2,18	2,17	0,17	0,17	0,18
log Trans Estado Saude	622	652	730	-3,10	-0,59	-3,97	2,49	2,58	2,43	0,99	1,18	1,19	0,54	0,44	0,53
IFDM Educ	853	853	853	0,58	0,57	0,60	0,98	0,98	0,98	0,80	0,80	0,81	0,06	0,05	0,05
IFDM Emprego Renda	850	852	853	0,26	0,22	0,21	0,95	0,86	0,74	0,55	0,51	0,42	0,12	0,12	0,10
IFDM Saude	853	853	853	0,28	0,32	0,10	0,98	1,00	0,98	0,74	0,75	0,67	0,13	0,12	0,15
N válido (de lista)	619	649	729												

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos resultados encontrados.