

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

**Juliana Ferreira Scherer**

**CORRELAÇÃO ENTRE INDICADORES SOCIOECONÔMICOS E O  
GASTO PÚBLICO *PER CAPITA* COM SAÚDE NOS MUNICÍPIOS  
GAÚCHOS**

Porto Alegre  
2008

**Juliana Ferreira Scherer**

**CORRELAÇÃO ENTRE INDICADORES SOCIOECONÔMICOS E O  
GASTO PÚBLICO *PER CAPITA* COM SAÚDE NOS MUNICÍPIOS  
GAÚCHOS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado  
como requisito parcial para obtenção do  
Certificado de Especialização em Saúde  
Pública.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio L. Bassanesi

Porto Alegre  
2008

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, mais especificamente ao Departamento de Medicina Social, pela realização deste curso de Especialização, que além de ampliar meus conhecimentos em Saúde Pública, aguçou meu desejo pelo saber.

Agradeço também ao Prof. Dr. Sérgio L. Bassanesi, pelas inúmeras horas dedicadas à orientação e, pela paciência com que sempre me atendeu.

Agradeço ainda aos meus pais, por torcerem e acreditarem que este trabalho se concretizaria.

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

Art. 196 – Constituição da República Federativa do Brasil (1988)

## RESUMO

**Introdução:** este estudo buscou analisar alguns indicadores socioeconômicos (IDH-M, IDH-M Educação, IDH-M Longevidade, IDH-M Renda, percentual de pobres e PIB indústria *per capita*) e correlacioná-los com o gasto público *per capita* com saúde nos municípios gaúchos no ano de 2000, a fim de avaliar se um dos princípios básicos do SUS, a equidade, foi respeitado naquele ano. **Metodologia:** os dados foram obtidos em sites da Internet, entre eles: FEE, PNUD e SIOPS/DATASUS. As análises foram feitas através de tabelas comparativas, mapas, histogramas, correlação e regressão linear simples e múltipla. Foram realizadas também, análises estratificadas, utilizando-se como critérios, as mesorregiões e microrregiões do estado e os melhores e piores municípios colocados em cada indicador socioeconômico. **Resultados:** no Rio Grande do Sul, no ano de 2000, a aplicação dos recursos em saúde teve grande variação, de R\$ 24,88 *per capita* até R\$ 301,05 *per capita*. As análises demonstraram que, municípios com populações menores, maiores índices de longevidade, baixo percentual de pobreza e com menores valores de PIB-indústria *per capita*, foram os que mais investiram em saúde. **Considerações finais:** a distribuição de recursos para a saúde, em 2000, nos municípios gaúchos, não acompanhou as necessidades da população. O princípio da equidade não foi respeitado.

**Unitermos:** Indicadores sociais, saúde, SUS, equidade, recursos em saúde.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1 -</b>	População por município, RS, 2000.....	26
<b>Figura 2 -</b>	Municípios gaúchos e IDH-M, 2000.....	27
<b>Figura 3 -</b>	IDH-M por município, RS, 2000.....	28
<b>Figura 4 -</b>	Municípios gaúchos e IDH-M Educação, 2000.....	29
<b>Figura 5 -</b>	IDH-M Educação por município, RS, 2000.....	30
<b>Figura 6 -</b>	Municípios gaúchos e IDH-M Longevidade, 2000.....	31
<b>Figura 7 -</b>	IDH-M Longevidade por município, RS, 2000.....	32
<b>Figura 8 -</b>	Municípios gaúchos e IDH-M Renda, 2000.....	33
<b>Figura 9 -</b>	IDH-M Renda por município, RS, 2000.....	34
<b>Figura 10 -</b>	Municípios gaúchos e percentual de pobres, 2000.....	35
<b>Figura 11-</b>	Percentual de pobres por município, RS, 2000.....	36
<b>Figura 12-</b>	Municípios gaúchos e PIB-indústria <i>per capita</i> , 2000.....	37
<b>Figura 13-</b>	PIB-indústria <i>per capita</i> por município, RS, 2000.....	38
<b>Figura 14-</b>	Municípios gaúchos e gasto público <i>per capita</i> com saúde, média entre os anos 1998 a 2002.....	39
<b>Figura 15-</b>	Gasto público <i>per capita</i> com saúde por município, RS, média entre os anos 1998 a 2002.....	40
<b>Figura 16-</b>	Mesorregiões do RS.....	44
<b>Figura 17-</b>	IDH-M Longevidade por mesorregião do RS, 2000.....	46
<b>Figura 18-</b>	Percentual de pobres por mesorregião do RS, 2000.....	47
<b>Figura 19-</b>	PIB-indústria <i>per capita</i> por mesorregião do RS, 2000.....	48
<b>Figura 20-</b>	Percentual de pobres por microrregião do RS, 2000.....	51
<b>Figura 21-</b>	Gasto público <i>per capita</i> com saúde por microrregião do RS, 2000.....	52

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 -</b>	Valores mínimos, máximos, média, mediana e desvio padrão do indicador população, nos 467 municípios do estado, em 2000.....	25
<b>Tabela 2 -</b>	Valores mínimos, máximos, média, mediana e desvio padrão do indicador IDH-M, nos 467 municípios do estado, em 2000.....	27
<b>Tabela 3 -</b>	Valores mínimos, máximos, média, mediana e desvio padrão do indicador IDH-M Educação, nos 467 municípios do estado, em 2000.....	29
<b>Tabela 4 -</b>	Valores mínimos, máximos, média, mediana e desvio padrão do indicador IDH-M Longevidade, nos 467 municípios do estado, em 2000.....	31
<b>Tabela 5 -</b>	Valores mínimos, máximos, média, mediana e desvio padrão do indicador IDH-M Renda, nos 467 municípios do estado, em 2000.....	33
<b>Tabela 6 -</b>	Valores mínimos, máximos, média, mediana e desvio padrão do indicador percentual de pobres, nos 467 municípios do estado, em 2000.....	35
<b>Tabela 7 -</b>	Valores mínimos, máximos, média, mediana e desvio padrão do indicador PIB-indústria <i>per capita</i> , nos 467 municípios do estado, em 2000.....	37
<b>Tabela 8 -</b>	Valores mínimos, máximos, média, mediana e desvio padrão do indicador gasto público <i>per capita</i> com saúde, nos 467 municípios do estado, entre os anos de 1998 a 2002.....	39
<b>Tabela 9 -</b>	Média dos indicadores população, IDH-M, IDH-M Educação, IDH-M Longevidade, IDH-M Renda, percentual de pobres, PIB-indústria <i>per capita</i> e gasto público <i>per capita</i> com saúde, nas 7 mesorregiões do estado, em 2000.....	45
<b>Tabela 10 -</b>	Média dos indicadores população, IDH-M, IDH-M Educação, IDH-M Longevidade, IDH-M Renda, percentual de pobres, PIB-indústria <i>per capita</i> e gasto público <i>per capita</i> com saúde, nas 35 microrregiões do estado, em 2000.....	49
<b>Tabela 11 -</b>	Gasto público <i>per capita</i> com saúde x melhores e piores municípios colocados em cada indicador socioeconômico.....	53

## LISTA DE ABREVIATURAS

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

EC 29/00 - Emenda Constitucional 29/00

FEE - Fundação de Economia e Estatística

FNS - Fundo Nacional de Saúde

FPM - Fundo de Participação dos Municípios

FUNDEB - Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação

FUNDEF - Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério

IBAM - Instituto Brasileiro de Administração Municipal

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICMS - Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IDH-M - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IPI - Imposto sobre Produtos Industrializados

IPTU - Imposto Predial e Territorial Urbano

IPVA - Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores

IR - Imposto de Renda

ISS - Imposto sobre Serviços

ITBI - Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis

MDB - Movimento Democrático Brasileiro

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOAS - SUS 01/2002 - Norma Operacional da Assistência à Saúde - Sistema Único de Saúde - 01/2002

NOB 01/91 - Norma Operacional Básica 01/91

NOB 01/93 - Norma Operacional Básica 01/93

NOB 01/96 - Norma Operacional Básica 01/96

PIB - Produto Interno Bruto

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento



RS – Rio Grande do Sul

SEPLAG-RS - Secretaria do Planejamento e Gestão do Rio Grande do Sul

SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SUS - Sistema Único de Saúde



3.2 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	25
<b>3.2.1 Análise por Indicador Socioeconômico .....</b>	<b>25</b>
3.2.1.1 POPULAÇÃO .....	25
3.2.1.2 IDH-M.....	26
3.2.1.3 IDH-M Educação .....	28
3.2.1.4 IDH-M Longevidade .....	30
3.2.1.5 IDH-M Renda.....	32
3.2.1.6 Percentual de Pobres.....	34
3.2.1.7 PIB - Indústria Per Capita.....	36
3.2.1.8 Gasto público per capita com saúde .....	38
<b>3.2.2 Análise de Correlação e Regressão Linear Múltipla .....</b>	<b>40</b>
3.2.2.1 Percentual de pobres, PIB-indústria per capita e gasto público per capita com saúde .....	40
3.2.2.2 IDH-M Longevidade, percentual de pobres e gasto público per capita com saúde.....	41
<b>3.2.3 Análise Estratificada .....</b>	<b>41</b>
3.2.3.1 Análise estratificada por mesorregião .....	44
3.2.3.2 Análise estratificada por microrregião .....	49
3.2.3.3 Gasto público per capita com saúde x melhores e piores municípios colocados em cada indicador socioeconômico .....	52
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>55</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>58</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 TEMA

Este trabalho consiste em analisar a correlação entre diversos indicadores socioeconômicos e o gasto público *per capita* com saúde nos municípios gaúchos, avaliando se um dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), a equidade, foi respeitado, se a aplicação de recursos acompanhou as necessidades da população do Rio Grande do Sul (RS). Todos os indicadores utilizados referem-se ao ano de 2000, com exceção do gasto público *per capita* com saúde, que, afim de torná-lo mais estável, optou-se por extraí-lo da média dos anos de 1998 a 2002.

### 1.2 JUSTIFICATIVA

O SUS foi criado a partir da Constituição de 1988. Pode-se dizer que continua em construção. Na busca por melhorias, muitos ajustes foram feitos desde então. Adequações são necessárias, quando se trata de algo tão complexo como o sistema de saúde brasileiro e, principalmente, quando fere algum de seus princípios básicos. A proposta deste estudo é analisar um desses princípios, a equidade.

Os dados necessários para essa análise, estão totalmente disponíveis, alguns informados pelos municípios a nível de prestação de contas e outros adquiridos a partir do censo de 2000. São dados de extrema importância, mas que isolados, talvez não passem de números. Quando relacionados podem surpreender e, mais do que isso, apontar desigualdades. A partir disso, caso exista iniquidade, é possível propor algum tipo de intervenção que a corrija. Caso não se detecte iniquidade, esta pesquisa poderá validar as ações em relação à distribuição do gasto público com saúde.

### 1.3 OBJETIVOS

### 1.3.1 Objetivo Geral

Avaliar a correlação de indicadores socioeconômicos e o gasto público *per capita* com saúde nos municípios gaúchos no ano de 2000.

### 1.3.2 Objetivos Específicos

- Descrever os indicadores utilizados neste estudo: população, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDM-M), IDH-M Educação, IDH-M Longevidade, IDH-M Renda, percentual de pobres, Produto Interno Bruto (PIB) – atividade indústria e gasto público com saúde;
- Conhecer características de cada um dos municípios gaúchos no ano de 2000, relacionadas ao tamanho da população, IDH-M, educação, longevidade, renda, percentual de pobres, PIB – indústria e aplicação de recursos públicos em saúde;
- Descrever como se compõe a receita dos municípios, em relação a recursos próprios e transferências;
- Descrever como se deu o gasto público com saúde nos municípios gaúchos em 2000;
- Relacionar os indicadores obtidos no censo de 2000 (população, IDH-M, IDH-M Educação, IDH-M Longevidade, IDH-M Renda, percentual de pobres) com o PIB – indústria *per capita* e com o gasto público *per capita* com saúde (informado pelos próprios municípios) através da média dos anos de 1998 a 2002;
- Avaliar se houve distribuição eqüitativa, de recursos para a saúde, entre a população gaúcha no ano de 2000.

## 2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 2.1 MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, ecológico, observacional, quantitativo e transversal.

### 2.2 POPULAÇÃO

Este estudo utilizou a população total do estado, 10.187.798 indivíduos, dos 467 municípios gaúchos existentes em 2000.

### 2.3 VARIÁVEIS

População, IDH-M, IDH-M Educação, IDH-M Longevidade, IDH-M Renda, percentual de pobres e PIB – indústria *per capita* referentes ao ano de 2000. Gasto público *per capita* com saúde, obtido da média dos anos de 1998 a 2002.

### 2.4 COLETA DE DADOS

Foram utilizados dados extraídos de alguns sites, entre eles: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Fundação de Economia e Estatística (FEE), Instituto Brasileiro de Administração Municipal (IBAM), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Secretaria do Planejamento e Gestão do Rio Grande do Sul (SEPLAG-RS) e Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS/DATASUS).

## 2.5 ANÁLISE DE DADOS

Foram utilizados para análise dos dados: tabelas comparativas, mapas, histogramas, análise de correlação e de regressão linear múltipla.

## 2.6 LIMITAÇÕES

Os dados utilizados neste estudo são antigos. Alguns indicadores dependem de censo, sendo que o último foi realizado em 2000. Para o indicador gasto *per capita* com saúde foram utilizados dados de 1998 a 2002.

## 2.7 ASPECTOS ÉTICOS

Os dados são de domínio público, sem identificação de pessoas.

### **3 DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO**

#### **3.1 REVISÃO TEÓRICA**

##### **3.1.1 O Estado do Rio Grande do Sul**

O Rio Grande do Sul é uma das 27 unidades federativas do Brasil. Possui como limites o estado de Santa Catarina ao norte, o Oceano Atlântico ao leste, o Uruguai ao sul, e a Argentina a oeste.

Sua capital é Porto Alegre e possui, atualmente, 496 municípios.

É o quinto estado brasileiro mais populoso, com 10.582.324 habitantes (IBGE, 2008), tem o quarto índice de desenvolvimento humano mais elevado (PNUD, 2008) e conta com o quarto maior Produto Interno Bruto (PIB) (FEE, 2008).

A economia do Estado é baseada na agricultura (soja, trigo, arroz e milho), na pecuária e na indústria (de couro e calçados, alimentícia, têxtil, madeireira, metalúrgica e química). A industrialização do Rio Grande do Sul está elevando sua participação no PIB brasileiro, trazendo investimento, mão-de-obra e infra-estrutura para o Estado (WIKIPÉDIA, 2008).

Sua população é em grande parte formada por descendentes de índios, portugueses, alemães, italianos, africanos e asiáticos (WIKIPÉDIA, 2008).

##### **3.1.2 Eqüidade**

A Constituição de 1988 criou o SUS. Poucos anos antes, durante o regime militar, a assistência médica era feita pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) aos empregados que contribuíssem com a previdência social, enquanto os serviços filantrópicos (as Santas casas) ficavam responsáveis pelo atendimento dos demais, considerados “indigentes”.



Houve um período de transição entre o INAMPS e a implementação do SUS, iniciado no meio acadêmico e fortemente apoiado pelo partido de oposição da época - o Movimento Democrático Brasileiro (MDB).

O SUS nasce com princípios básicos muito definidos. Universalidade, integralidade e equidade, considerados princípios ideológicos ou doutrinários e a descentralização, regionalização e hierarquização como princípios organizacionais (WIKIPÉDIA, 2007). A participação da comunidade ou controle social é outro diferencial quando comparado ao sistema de saúde anterior ao SUS.

O princípio de maior relevância neste estudo foi a equidade.

Para o conceito de equidade existem inúmeras definições, algumas inclusive, bem complexas. Entre diversos autores pesquisados, cita-se Duarte (2000) que coloca que em relação ao campo sanitário, os significados mais comuns atribuídos à equidade são variantes das expressões “igualdade de acesso” e “tratamentos iguais para mesmas necessidades”. A concepção que decorre a partir dessa leitura é a de que a cobertura universal dos serviços e a não discriminação de acesso aos recursos de diagnóstico e tratamento caracterizam um sistema de saúde equitativo.

Para Travassos (apud VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003, p. 60) é importante distinguir equidade em saúde de equidade no uso ou consumo de serviços de saúde. Essa distinção é importante uma vez que os determinantes das desigualdades no adoecer e no morrer diferem dos das desigualdades no consumo de serviços da saúde. A igualdade no uso dos serviços é condição importante, porém não suficiente, para diminuir as desigualdades relativas a adoecer e morrer, existentes entre grupos sociais.

Com o surgimento do SUS, além da garantia do direito à saúde, outra diferença em relação ao sistema de saúde anterior, foi uma distribuição mais equitativa dos recursos da saúde, desta vez, atendendo os mais pobres, que se encontravam em condições de desvantagem social.

As investigações em saúde demonstram que os piores índices de saúde encontram-se entre os grupos populacionais mais vulneráveis, localizados na base da pirâmide social (VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003).

### 3.1.3 Indicadores Utilizados no Estudo

#### 3.1.3.1 População

Foi utilizada a população total dos 467 municípios existentes no estado em 2000. Segundo o censo realizado no mesmo ano, 10.187.798 indivíduos (PNUD, 2008).

#### 3.1.3.2 IDH-M

O conceito de desenvolvimento humano parte do pressuposto de que para aferir o avanço de uma população não se deve considerar apenas a dimensão econômica, mas também outras características sociais, culturais e políticas que influenciam a qualidade de vida humana (PNUD, 2007).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi elaborado justamente baseado neste conceito, oferecendo um contraponto a outro indicador, o PIB, que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento.

O IDH, além de computar a renda, leva em conta outros dois fatores, a longevidade e a educação.

O IDH foi criado para comparar o nível de desenvolvimento humano de países. Utilizaremos nesta pesquisa, o IDH-M que originou-se do IDH.

A metodologia de cálculo do IDH-M envolve a transformação das três dimensões citadas anteriormente em índices que variam entre 0 (pior) e 1 (melhor) e a combinação destes índices em um indicador síntese (RIO GRANDE DO SUL - SEPLAG, 2007).

O IDH-M de cada município é fruto da média aritmética simples dos três sub-índices: somam-se os valores e divide-se o resultado por três (IDH-M Educação + IDH-M Longevidade + IDH-M Renda / 3) (MENEZES, 2008).

### 3.1.3.3 IDH-M Educação

Para avaliar a dimensão educação, o cálculo do IDH-M considera dois indicadores, com pesos diferentes: taxa de alfabetização de pessoas acima de 15 anos de idade (com peso 2) e a taxa bruta de frequência à escola (com peso 1) enquanto IDH para cálculo de países utiliza como indicadores alfabetização e taxa de matrícula.

Menezes (2008) afirma que para medir o acesso à educação em grandes sociedades, como um país, a taxa de matrícula nos diversos níveis do sistema educacional é um indicador suficientemente preciso. Quando o foco está em núcleos sociais menores, como municípios, esse indicador é menos eficaz, pois os estudantes podem morar em uma cidade e estudar em outra, distorcendo as taxas de matrícula. Daí a opção pelo indicador de frequência à sala de aula, que é baseado em dados censitários. O que se pretende aferir é a parcela da população daquela cidade que vai à escola em comparação à população municipal em idade escolar.

### 3.1.3.4 IDH-M Longevidade

Para avaliar a dimensão longevidade utiliza-se a esperança de vida ao nascer em cada município (MENEZES, 2008).

### 3.1.3.5 IDH-M Renda

O PIB de um país é o valor agregado na produção de todos os bens e serviços ao longo de um ano dentro de suas fronteiras. O PIB *per capita* é a divisão desse valor pela população do país. Trata-se de um indicador eficaz para a avaliação da renda de um universo amplo, como países e unidades da Federação.

Na avaliação da renda dos habitantes de um município, o uso do PIB *per capita* torna-se inadequado porque nem toda a renda produzida dentro da área do município é apropriada pela população residente. Utiliza-se o cálculo da renda

municipal *per capita* (soma de todo o tipo de renda obtida pelos moradores daquele município dividida pelo total de habitantes do município). Estes dados são extraídos do censo (MENEZES, 2008).

#### *3.1.3.6 Percentual de Pobres*

Proporção de indivíduos com renda domiciliar *per capita* inferior a R\$ 75,50 equivalente a metade do salário mínimo vigente em agosto de 2000. O universo de indivíduos é limitado àqueles que vivem em domicílios particulares permanentes (PNUD, 2008).

#### *3.1.3.7 PIB–Indústria Per Capita*

A partir de 1999, o PIB dos municípios brasileiros, estão calculados com metodologia desenvolvida conjuntamente pelos órgãos estaduais de estatística sob a coordenação do IBGE, que é o órgão central de estatística do País (FEE, 2008).

O resultado final do PIB municipal envolve diversas atividades econômicas. Para este estudo foi escolhida apenas a atividade indústria.

#### *3.1.3.8 Gasto público per capita com saúde*

Em relação ao gasto público *per capita* com saúde, primeiramente é importante conhecer como se compõem a receita total dos municípios em relação a arrecadação própria e as transferências estaduais e federais. Num segundo momento, apenas parte desta receita foi objeto de análise, o recurso gasto com saúde.

##### *3.1.3.8.1 Composição das receitas dos municípios*

O município brasileiro dispõem de várias fontes de receita, onde busca captar os recursos financeiros necessários a realização de seus serviços e obras (IBAM, 2007).

Existem os tributos de competência municipal, entre eles impostos, como Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis (ITBI) e Imposto sobre Serviços (ISS), taxas arrecadadas em razão do exercício do poder de polícia e pela utilização de serviços públicos prestados ao contribuinte ou postos a sua disposição e ainda contribuição de melhoria, decorrente de obras públicas.

Outra fonte de receita é a receita partilhada, onde ocorre participação do município no produto de arrecadação de tributos de competência do estado e da União.

No caso dos tributos estaduais, 25% do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) arrecadado constitui receita do município e 50% do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) constitui receita do município onde foi licenciado o veículo. O estado também transfere ao município, 25% dos 10% do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) que recebe da União.

A participação dos municípios nos tributos federais se dá através do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), onde 22,5% do Imposto de Renda (IR) e do IPI são repassados aos municípios. A participação de cada município é determinada por coeficientes de acordo com o número de habitantes. Cinquenta por cento do Imposto Territorial Rural fica com o município e ainda parte do produto da arrecadação do Imposto sobre a Renda e Proventos de Qualquer Natureza, incidente na fonte, sobre rendimentos pagos a qualquer título pelo Município, suas autarquias e fundações.

Outras fontes de receitas dos municípios são a compensação financeira pela exploração de recursos naturais, receita patrimonial quando da exploração econômica do patrimônio público e receita de serviços, por exemplo, reajustes de tarifas para acompanhar preços de mercado.

Klering (2007) aponta ainda como transferências importantes para os municípios, o Salário-Educação, o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do

Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (FUNDEF) à época, hoje Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (FUNDEB) e o SUS.

### 3.1.3.8.2 Legislação sobre a aplicação dos recursos destinados à saúde

#### 3.1.3.8.2.1 Constituição de 1988 art. 196 a 200

Estabeleceu a criação do SUS com inovações importantes como a descentralização dos serviços de saúde para estados e municípios e a co-responsabilidade do financiamento dos recursos entre União, estados e municípios (COSTA, 2002).

#### 3.1.3.8.2.2 Lei n. 8.080 ou Lei Orgânica da Saúde

Estabeleceu que as transferências federais a estados, Distrito Federal e municípios seriam definidas através da análise de programas e projetos, sendo que a metade dos recursos seria repassado baseado no tamanho da população e a outra metade em uma combinação de critérios (perfil epidemiológico e demográfico, capacidade instalada, desempenho técnico, econômico e financeiro e da previsão do plano quinquenal de investimentos) (UGÁ *et al.*, 2003).

Os recursos federais destinados ao SUS seriam administrados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) e fiscalizados pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) do qual participariam representantes do governo, usuários, profissionais de saúde e prestadores de serviço.

Os estados e municípios, por sua vez, também precisariam constituir seus Fundos e Conselhos e garantir a contrapartida de recursos nos seus orçamentos (COSTA, 2002).

#### 3.1.3.8.2.3 Lei n. 8.142 de 1990

Além de instituir os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo, dispõe sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (COSTA, 2002).

Ugá *et al.* (2003) acrescenta que essas transferências seriam regulares e automáticas prevalecendo o critério populacional.

#### 3.1.3.8.2.4 Norma Operacional Básica 01/91 - NOB 01/91

Instituiu outra lógica de alocação de recursos. Segundo Ugá *et al.* (2003) a NOB 01/91 distorceu um dos princípios fundamentais do SUS, ferindo o processo de descentralização que vinha sendo desenvolvido até então.

#### 3.1.3.8.2.5 Norma Operacional Básica 01/93 - NOB 01/93

Buscou resgatar o processo de descentralização do sistema (UGÁ *et al.*, 2003).

Estabeleceu responsabilidades, requisitos e prerrogativas para a gestão local do SUS em três modalidades de gestão: "incipiente", "parcial" e "semi-plena" (COSTA, 2002).

#### 3.1.3.8.2.6 Norma Operacional Básica 01/96 - NOB 01/96

Segundo Costa (2002), a NOB 01/96 reorganizou o sistema, de modo a priorizar a atenção básica à saúde.

Consolidou e aprofundou os avanços no sentido da descentralização do sistema (UGÁ *et al.*, 2003).

As modalidades de gestão foram reduzidas a duas: gestão plena de atenção básica e gestão plena do sistema, para os municípios e gestão avançada do sistema e gestão plena do sistema para estados.

#### 3.1.3.8.2.7 Emenda Constitucional 29/00 - EC 29/00

Estabeleceu que a aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde para 2000 seria de 7% da receita de impostos para estados e municípios. Deveria aumentar gradualmente até atingir 12% para estados e 15% para municípios, em 2004.

Para a União, em 2000 o montante mínimo aplicado deveria ser acrescido de 5% em relação a 1999 e entre 2000 e 2004 o aumento das despesas estaria vinculado à variação nominal do PIB (FAVERET, 2003).

Por não haver tempo, em 2000, para suplementações substanciais nos orçamentos, a EC 29/00 passou a vigor em 2001.

#### 3.1.3.8.2.8 Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002

Ampliou a responsabilidade dos municípios na Atenção Básica.

Estabeleceu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade.

Criou mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procedeu à atualização dos critérios de habilitação dos estados e municípios.

Alterou as modalidades de gestão. A nível municipal, Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena do Sistema Municipal e, a nível estadual, Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual (BRASIL, 2002).



Importante ressaltar que a EC 29/00 e a NOAS-SUS 01/2002 são posteriores ao ano deste estudo, que analisou dados de 2000. Constam na revisão teórica deste trabalho, apenas com o objetivo de atualização da legislação.

## 3.2 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 3.2.1 Análise por Indicador Socioeconômico

#### 3.2.1.1 POPULAÇÃO

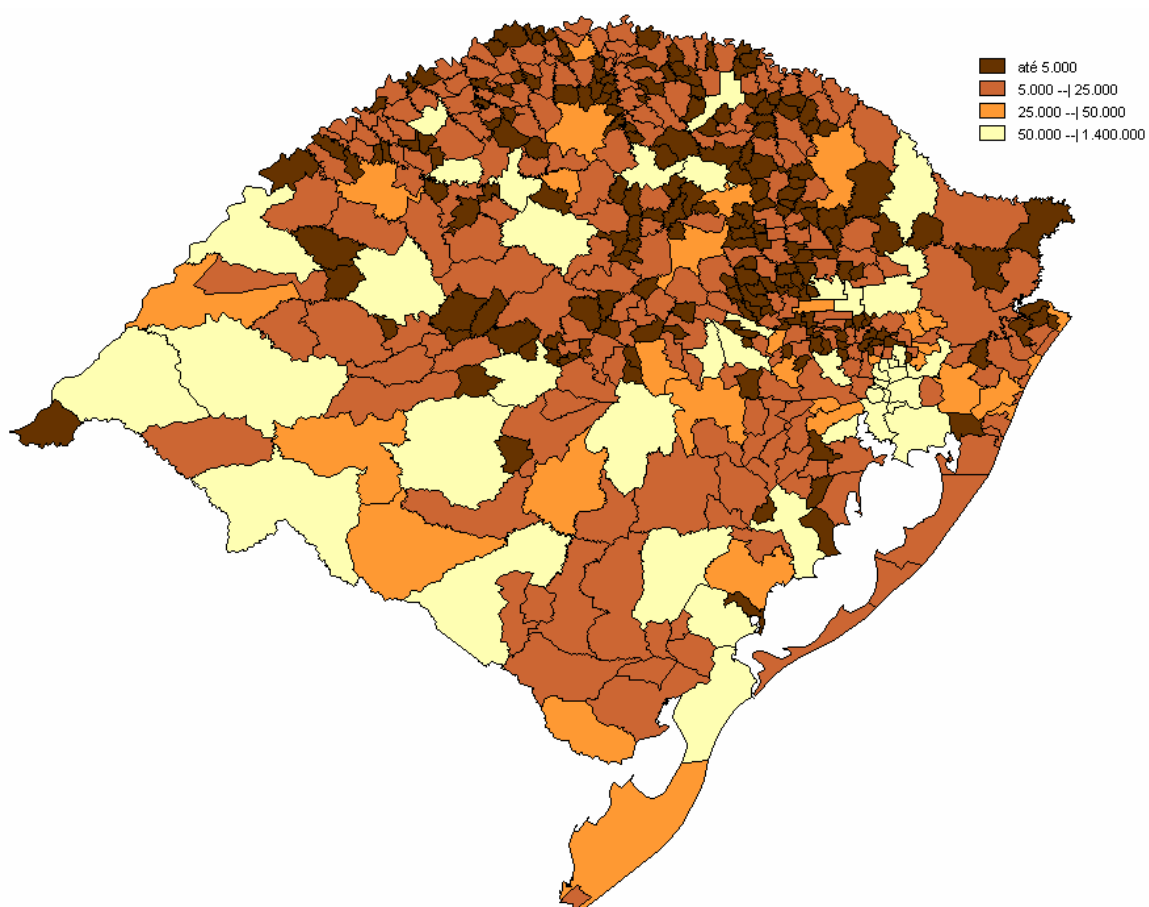
Foi analisada a população total do RS no ano de 2000, 10.187.798 habitantes. O município que apresentou a menor população foi André da Rocha com 1.113 habitantes e, o maior, foi Porto Alegre, com 1.360.590 habitantes.

Dos 467 municípios, 374 possuíam menos de 20.000 habitantes. Somente Porto Alegre ultrapassava um milhão de habitantes, sendo que a segunda maior população foi a de Caxias do Sul, com 360.419 habitantes.

**Tabela 1 - Valores mínimos, máximos, média, mediana e desvio padrão do indicador população, nos 467 municípios do estado, em 2000**

	POPULAÇÃO (HABITANTE)
Mínima	1.113
Máxima	1.360.590
Média	21.815
Mediana	6.321
Desvio padrão	74.307

Fonte: PNUD

**Figura 1 - População por município, RS, 2000**

Fonte: PNUD

### 3.2.1.2 IDH-M

O IDH-M varia de 0 (nenhum desenvolvimento) a 1 (desenvolvimento total). Até 0,499 o índice é considerado baixo; entre 0,500 e 0,799 é considerado médio; acima de 0,800, alto (FOLHAONLINE, 2002). Esta escala é válida também para as dimensões educação, longevidade e renda, do IDH-M.

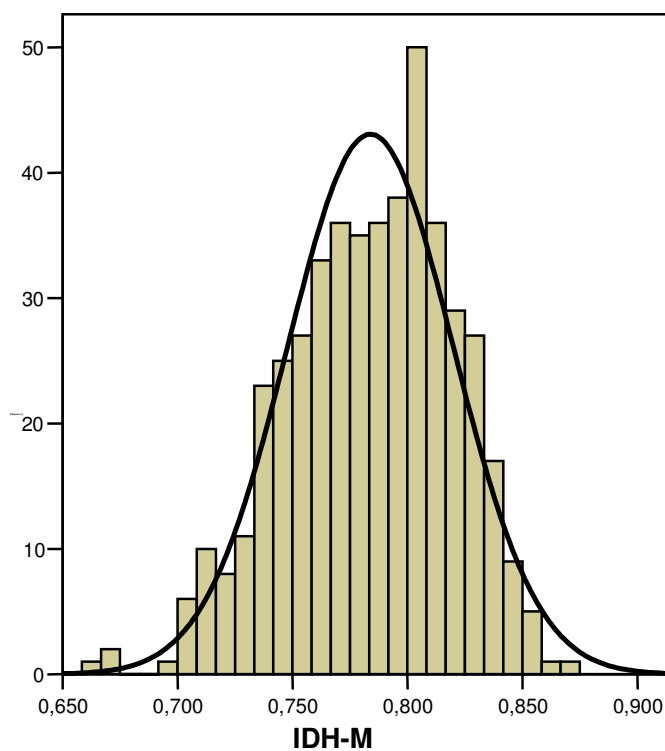
Na tabela 2, pode-se perceber que o RS não possuía nenhum município na faixa mais baixa do IDH-M, em 2000. Duzentos e noventa e dois municípios estavam classificados como de médio desenvolvimento, entre 0,666 e 0,799 e 175 municípios foram considerados de alto desenvolvimento, ou seja, acima de 0,800.

**Tabela 2 - Valores mínimos, máximos, média, mediana e desvio padrão do indicador IDH-M, nos 467 municípios do estado, em 2000**

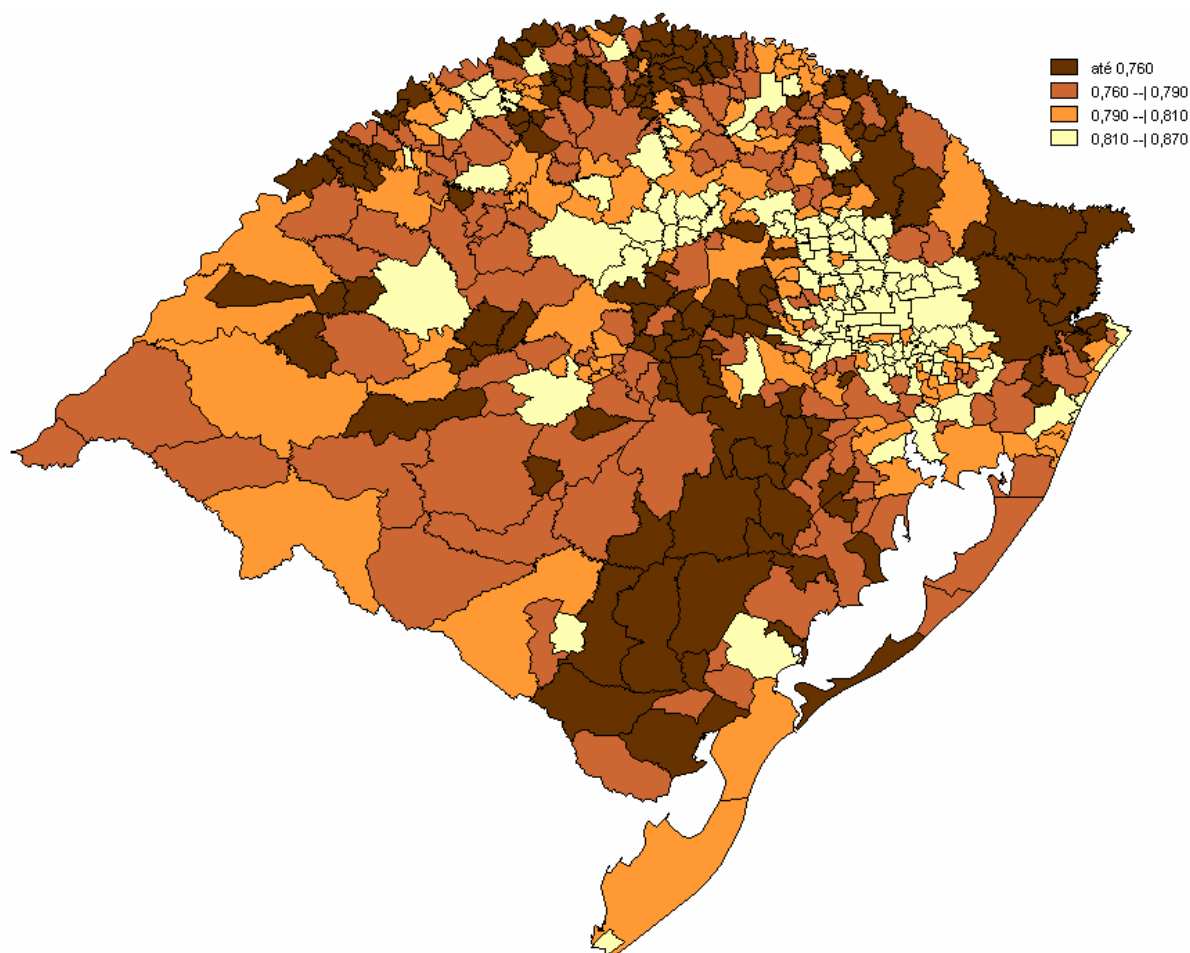
	IDH-M
Mínima	0,666
Máxima	0,870
Média	0,784
Mediana	0,787
Desvio padrão	0,036

Fonte: PNUD

**Figura 2 - Municípios gaúchos e IDH-M, 2000**



Fonte: PNUD

**Figura 3 - IDH-M por município, RS, 2000**

Fonte: PNUD

### 3.2.1.3 IDH-M Educação

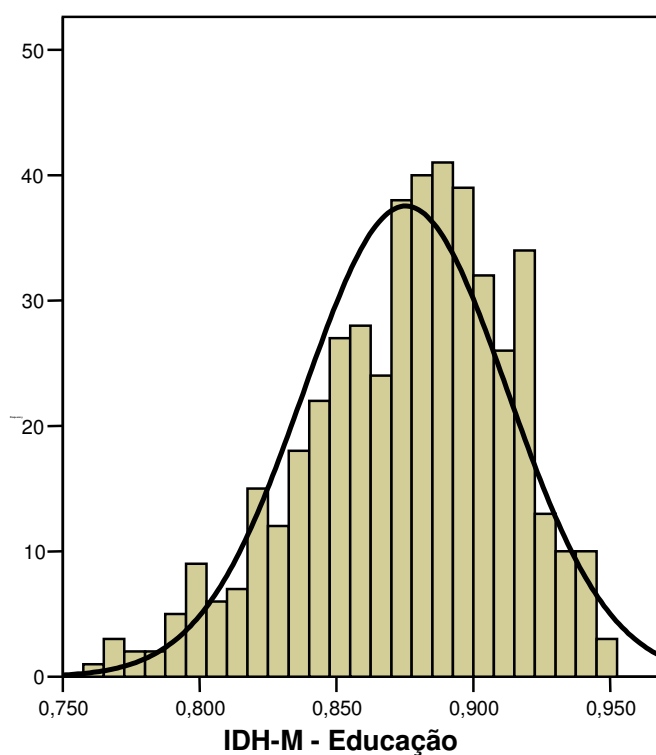
Em relação a dimensão educação, do IDH-M, novamente não foi encontrado nenhum município classificado na faixa mais baixa de desenvolvimento. Dezoito municípios tiveram IDH-M Educação considerado médio e 449 municípios considerado alto.

**Tabela 3 - Valores mínimos, máximos, média, mediana e desvio padrão do indicador IDH-M Educação, nos 467 municípios do estado, em 2000**

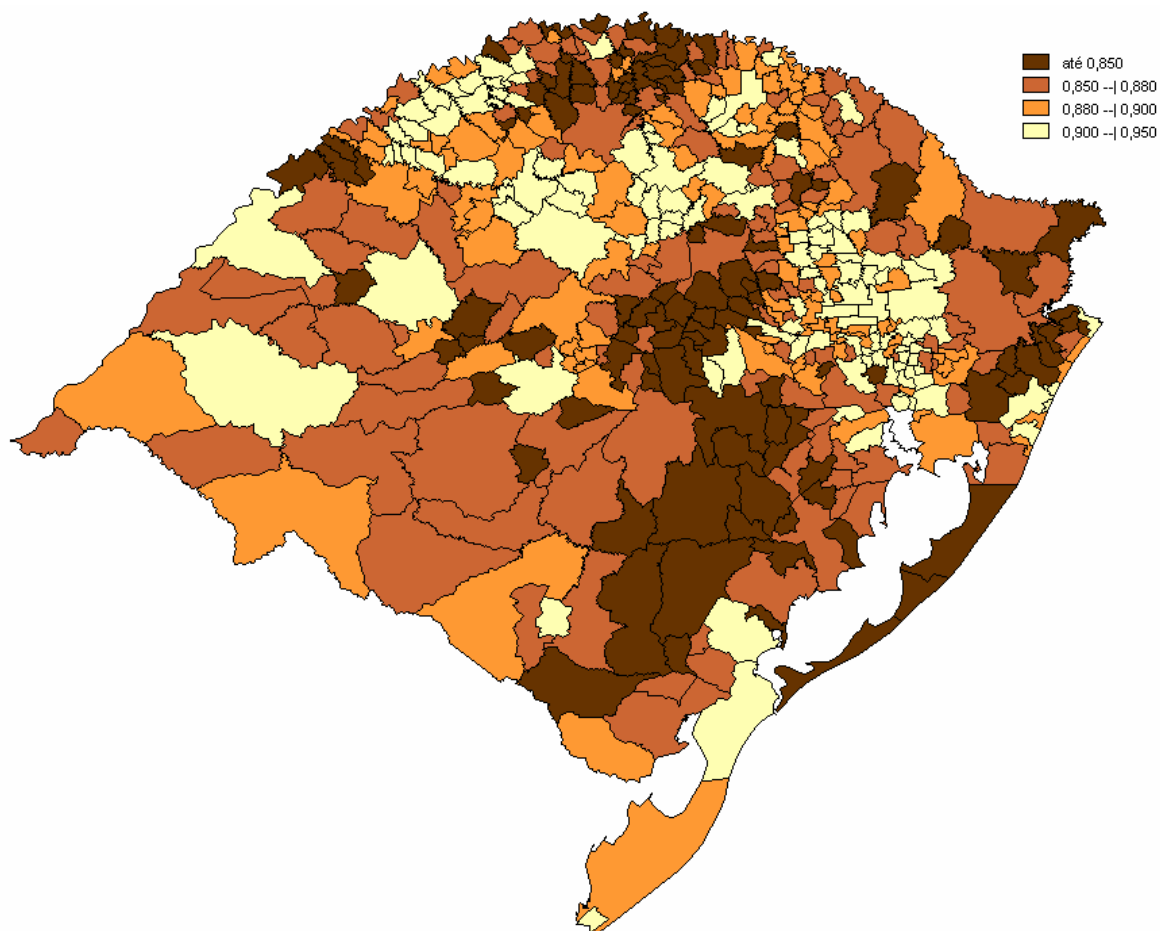
	IDH-M EDUCAÇÃO
Mínima	0,763
Máxima	0,951
Média	0,875
Mediana	0,880
Desvio padrão	0,037

Fonte: PNUD

**Figura 4 - Municípios gaúchos e IDH-M Educação, 2000**



Fonte: PNUD

**Figura 5 - IDH-M Educação por município, RS, 2000**

Fonte: PNUD

#### 3.2.1.4 IDH-M Longevidade

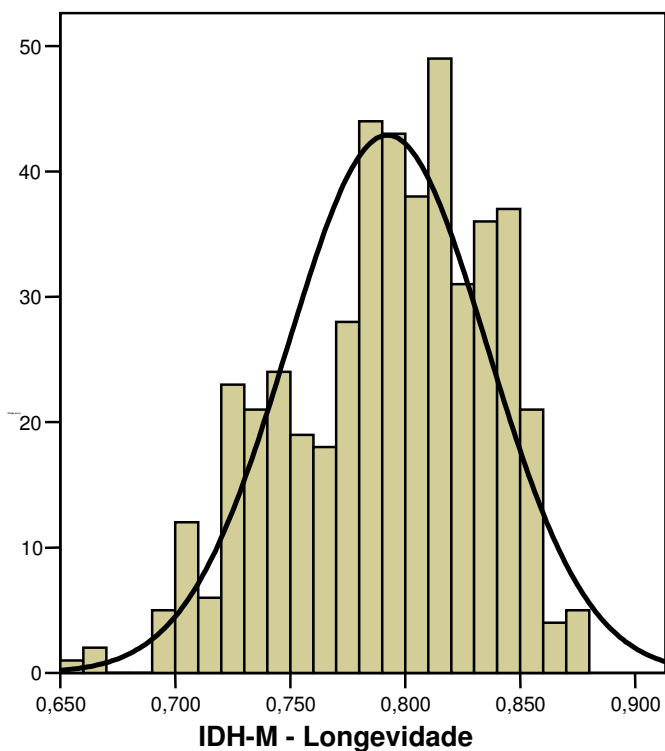
A dimensão longevidade, do IDH-M, também não apresentou valores na faixa mais baixa do índice. Duzentos e quarenta e seis municípios foram considerados de médio desenvolvimento e 221 municípios de alto desenvolvimento.

**Tabela 4 - Valores mínimos, máximos, média, mediana e desvio padrão do indicador IDH-M Longevidade, nos 467 municípios do estado, em 2000**

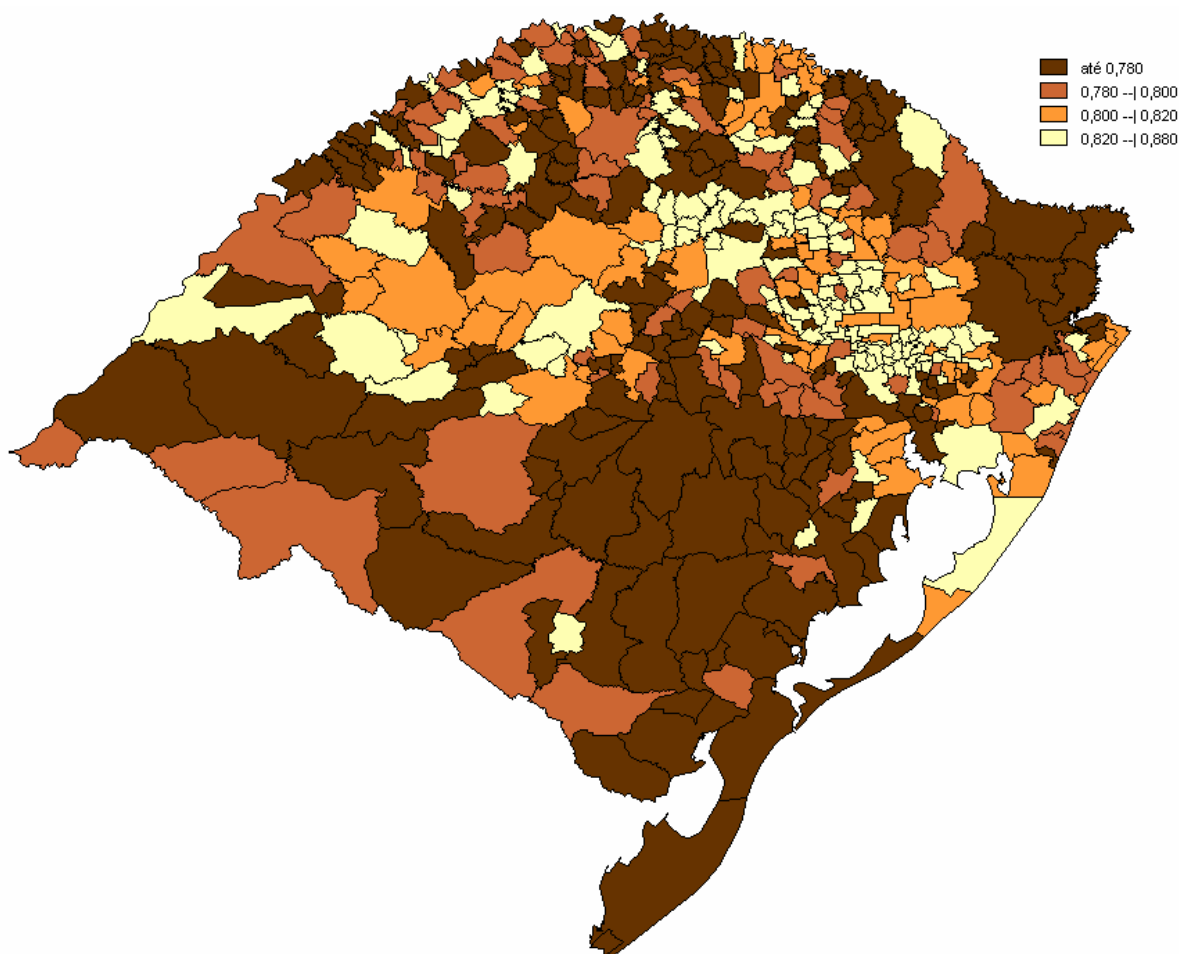
	IDH-M LONGEVIDADE
Mínima	0,651
Máxima	0,879
Média	0,792
Mediana	0,795
Desvio padrão	0,043

Fonte: PNUD

**Figura 6 - Municípios gaúchos e IDH-M Longevidade, 2000**



Fonte: PNUD

**Figura 7 - IDH-M Longevidade por município, RS, 2000**

Fonte: PNUD

### 3.2.1.5 IDH-M Renda

Dentre as dimensões que compõem o IDH-M, a renda foi a que apresentou valores mais baixos. Mesmo assim, nenhum município foi classificado com baixo desenvolvimento. Quatrocentos e sessenta e três municípios pertenceram à faixa de médio desenvolvimento e 4 municípios à faixa de alto desenvolvimento.

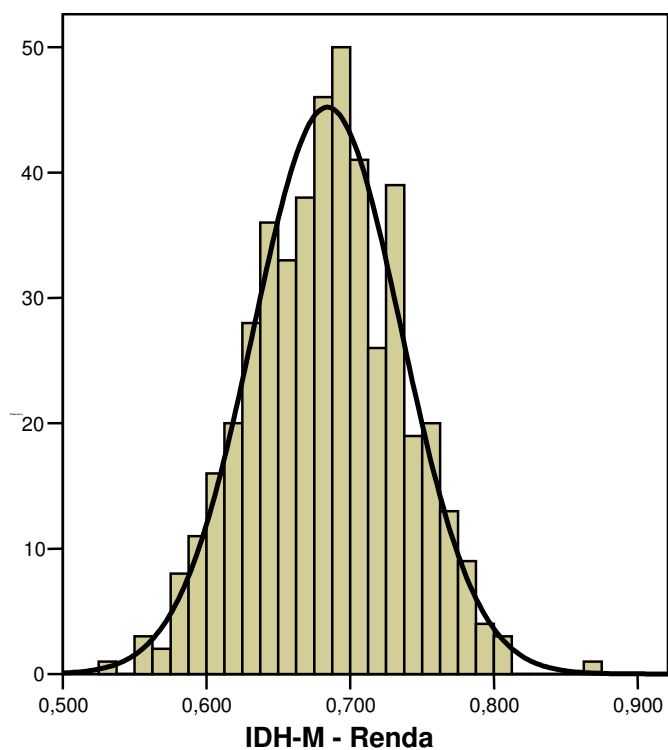


**Tabela 5 - Valores mínimos, máximos, média, mediana e desvio padrão do indicador IDH-M Renda, nos 467 municípios do estado, em 2000**

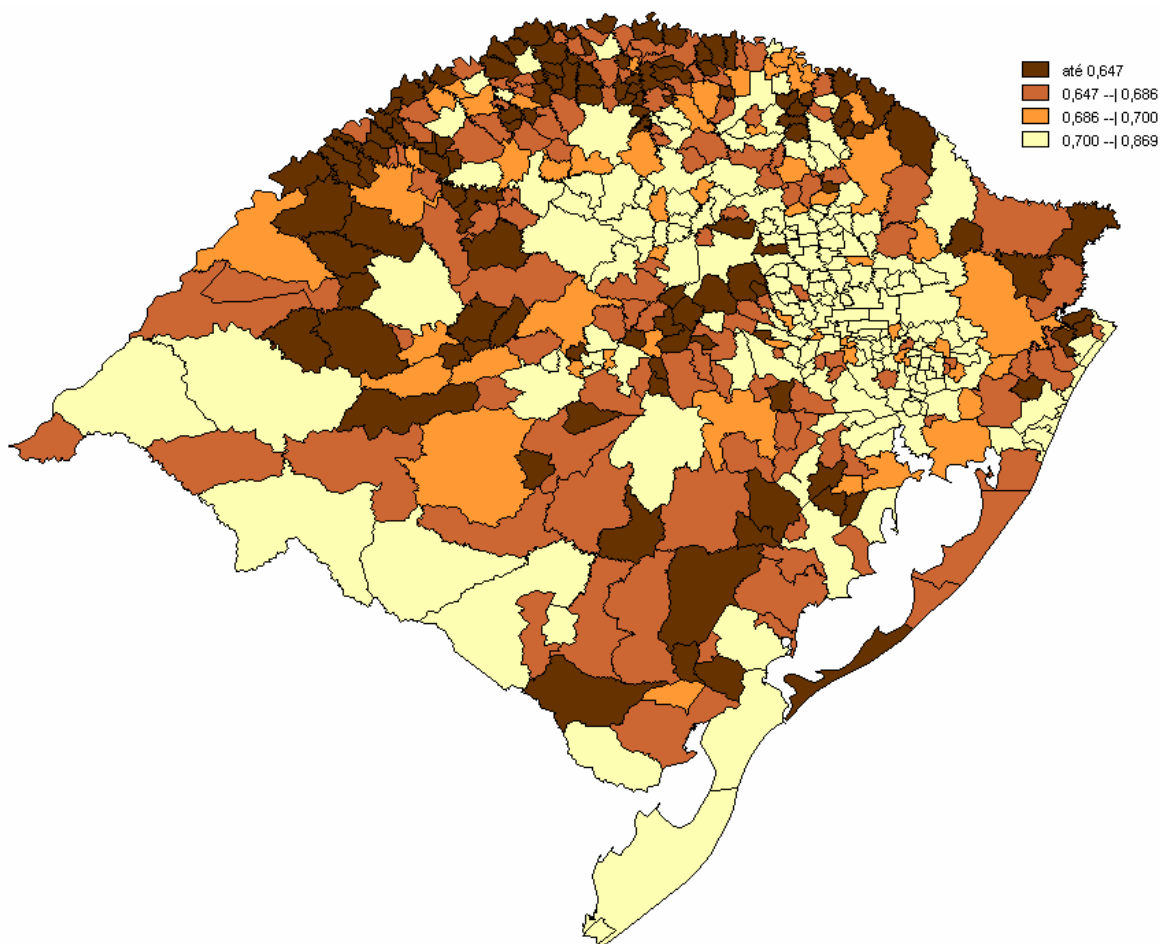
	IDH-M RENDA
Mínima	0,536
Máxima	0,869
Média	0,684
Mediana	0,686
Desvio padrão	0,052

Fonte: PNUD

**Figura 8 - Municípios gaúchos e IDH-M Renda, 2000**



Fonte: PNUD

**Figura 9 - IDH-M Renda por município, RS, 2000**

Fonte: PNUD

### 3.2.1.6 Percentual de Pobres

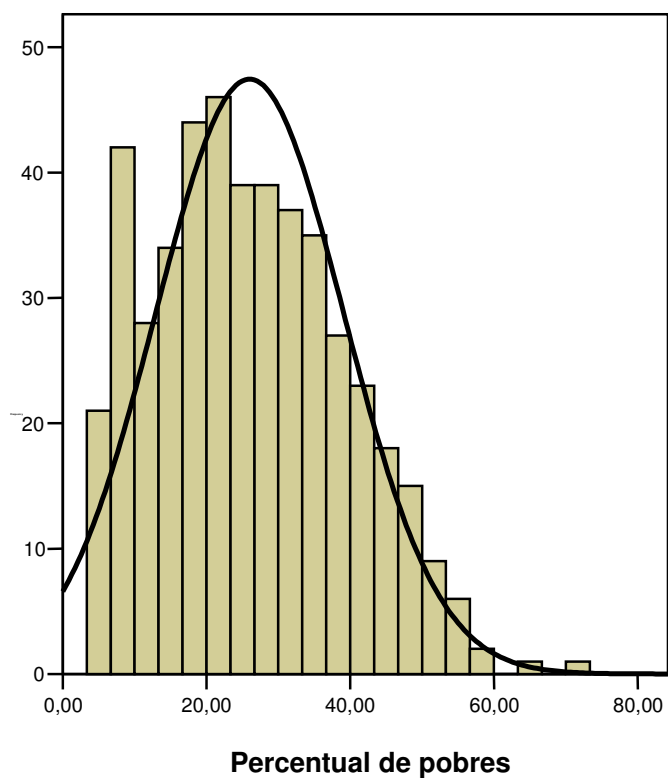
O município que apresentou o menor percentual de pobres (3,72%) foi Nova Bassano. Já o que apresentou o maior percentual de pobres (70,65%), foi Redentora.

**Tabela 6 - Valores mínimos, máximos, média, mediana e desvio padrão do indicador percentual de pobres, nos 467 municípios do estado, em 2000**

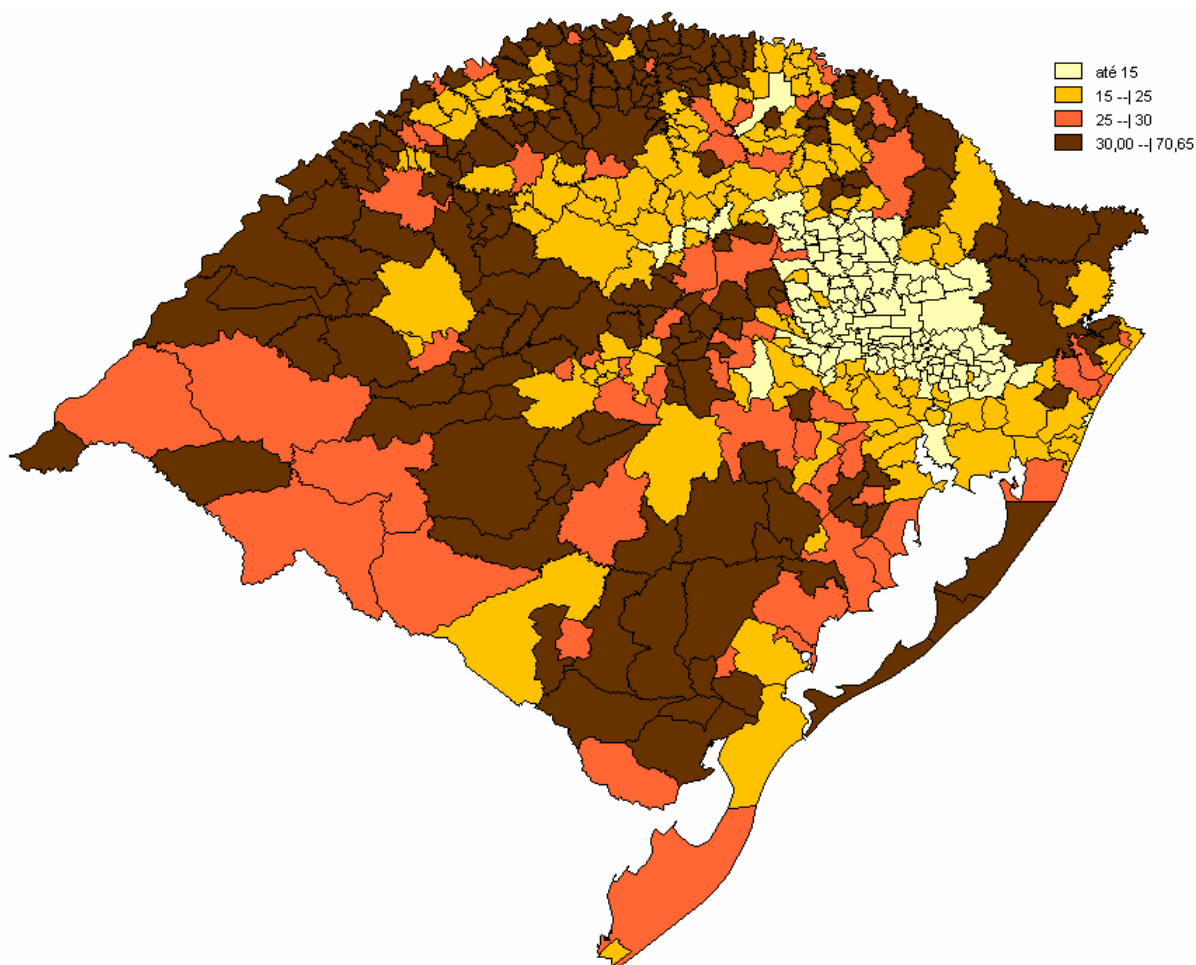
	PERCENTUAL DE POBRES
Mínima	3,72
Máxima	70,65
Média	26,02
Mediana	24,98
Desvio padrão	13,09

Fonte: PNUD

**Figura 10 - Municípios gaúchos e percentual de pobres, 2000**



Fonte: PNUD

**Figura 11 - Percentual de pobres por município, RS, 2000**

Fonte: PNUD

### 3.2.1.7 PIB - Indústria Per Capita

O PIB-indústria 2000 foi obtido através do site da FEE e posteriormente foi calculado seu valor *per capita*.

O valor mínimo *per capita* encontrado no estado foi R\$ 71,49 no município de Monte Alegre dos Campos. O valor máximo foi R\$ 112.184,83 no município de Triunfo. O segundo município com maior PIB-indústria *per capita* foi Teutônia, com R\$ 14.204,00. A grande diferença entre o PIB-indústria *per capita* de Triunfo e dos

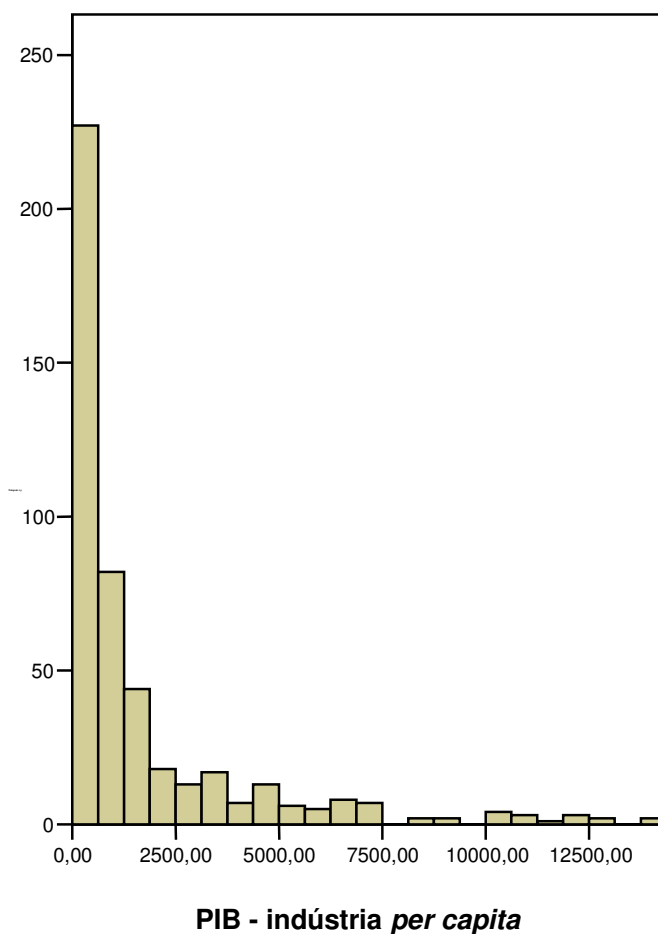
demais municípios, deve-se à existência do Pólo Petroquímico, importante indústria do estado, localizada naquele município.

**Tabela 7 - Valores mínimos, máximos, média, mediana e desvio padrão do indicador PIB-indústria *per capita*, nos 467 municípios do estado, em 2000**

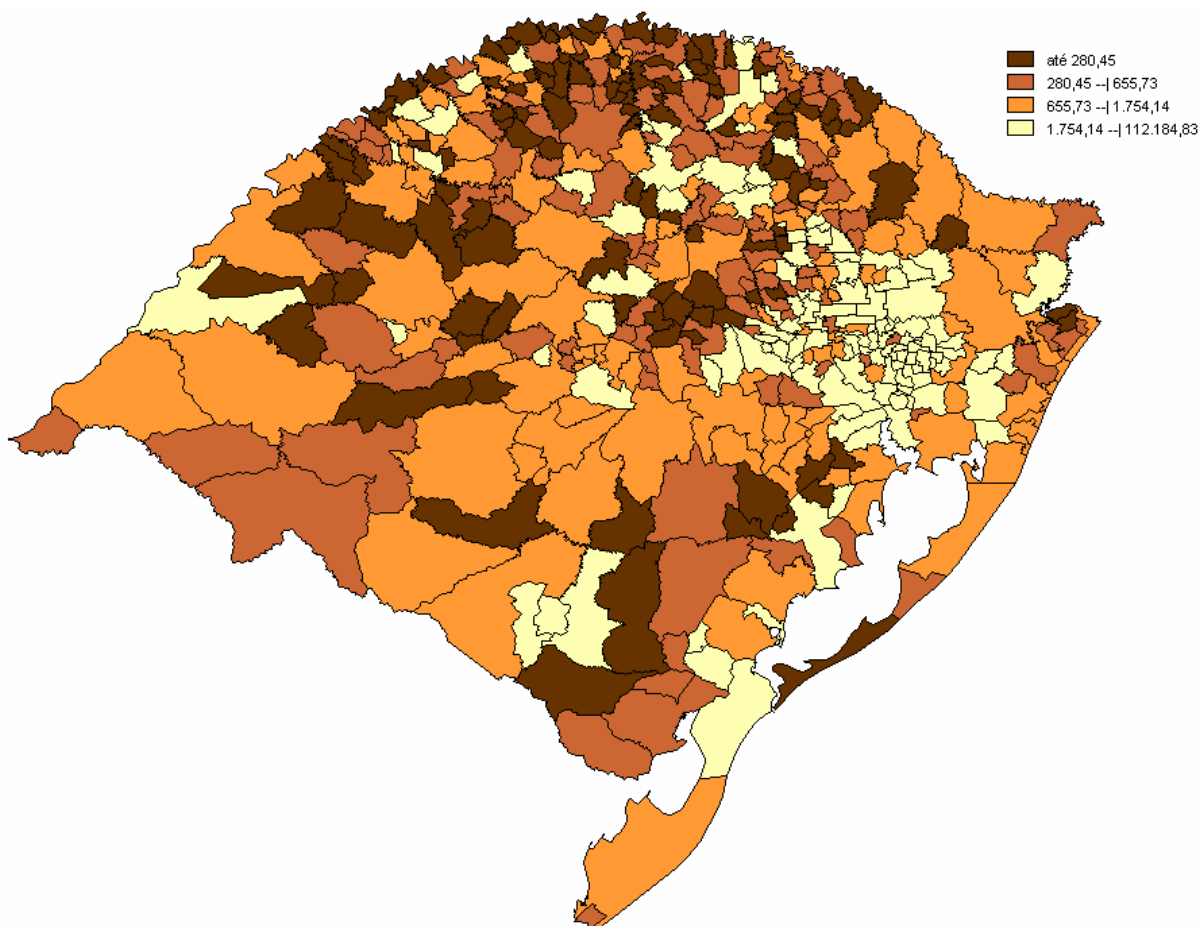
	PIB-INDÚSTRIA <i>PER CAPITA</i> (R\$)
Mínima	71,49
Máxima	112.184,83
Média	1.968,99
Mediana	671,01
Desvio padrão	5.711,30

Fonte: FEE e PNUD

**Figura 12 - Municípios gaúchos e PIB-indústria *per capita*, 2000**



\* Excluído o município de Triunfo  
Fonte: FEE e PNUD

**Figura 13 – PIB-indústria *per capita* por município, RS, 2000**

Fonte: FEE e PNUD

### 3.2.1.8 Gasto público *per capita* com saúde

O gasto com saúde utilizado neste estudo é a média da despesa total com saúde por habitante nos anos de 1998 a 2002 nos municípios do RS. Optou-se por utilizar a média de cinco anos para o gasto com saúde, dois anteriores a 2000 e dois posteriores, porque isso torna o indicador mais estável. Os dados referentes a este indicador foram todos extraídos do site do SIOPS/DATASUS.

O gasto público mínimo *per capita* registrado no estado foi no município de Alvorada, R\$ 24,88. O maior gasto foi em Porto Alegre, R\$ 301,05 *per capita*. Porto Alegre gastou quase 12 vezes mais que Alvorada. Se retirarmos Porto Alegre da análise, por ser considerada capital do estado, município pólo, o segundo município

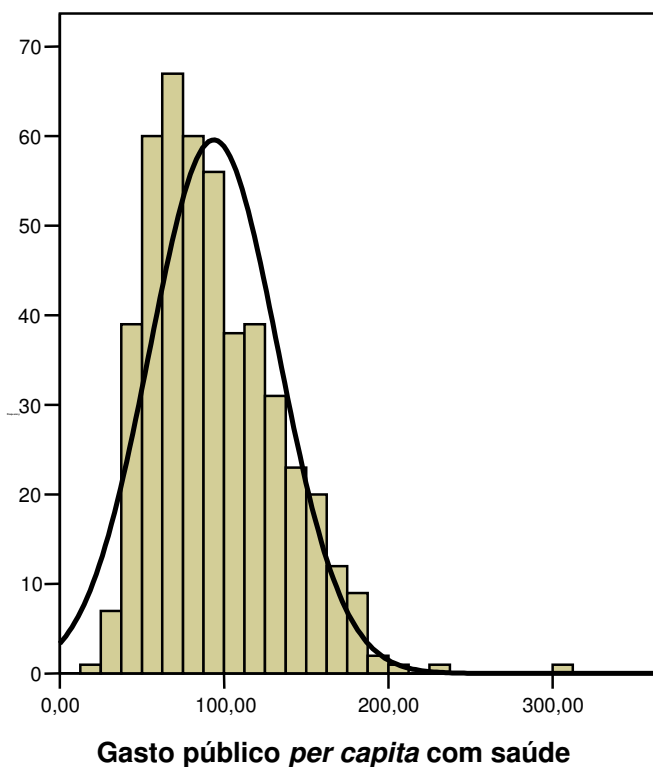
que mais gastou foi André da Rocha, R\$ 232,93 por habitante, ou seja, 9 vezes mais que Alvorada.

**Tabela 8 - Valores mínimos, máximos, média, mediana e desvio padrão do indicador gasto público *per capita* com saúde, nos 467 municípios do estado, entre os anos de 1998 a 2002**

	GASTO PÚBLICO <i>PER CAPITA</i> COM SAÚDE (R\$)
Mínima	24,88
Máxima	301,05
Média	93,88
Mediana	87,46
Desvio padrão	39,09

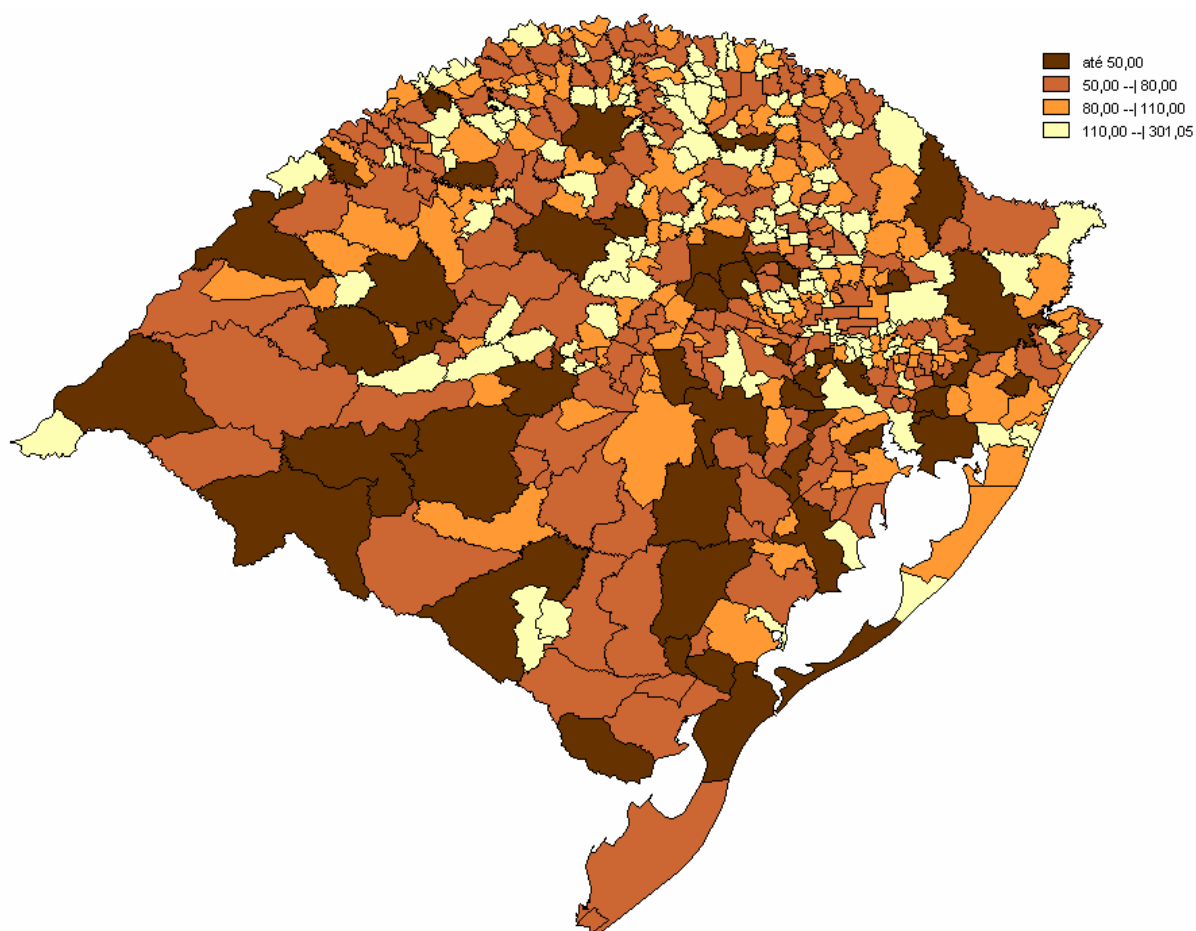
Fonte: PNUD e SIOPS/DATASUS

**Figura 14 - Municípios gaúchos e gasto público *per capita* com saúde, média entre os anos 1998 a 2002**



Fonte: PNUD e SIOPS/DATASUS

**Figura 15 - Gasto público *per capita* com saúde por município, RS, média entre os anos 1998 a 2002**



Fonte: PNUD e SIOPS/DATASUS

### **3.2.2 Análise de Correlação e Regressão Linear Múltipla**

Para esta análise foi utilizado o pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

*3.2.2.1 Percentual de pobres, PIB-indústria per capita e gasto público per capita com saúde*



Esta análise demonstrou correlação negativa entre os indicadores percentual de pobres e PIB-indústria *per capita* quando relacionados ao gasto público *per capita* com saúde, ou seja, quanto maior o percentual de pobres, menor o gasto público *per capita* com saúde e quanto maior o PIB-indústria *per capita*, menor o gasto público *per capita* com saúde.

### *3.2.2.2 IDH-M Longevidade, percentual de pobres e gasto público per capita com saúde*

A correlação demonstrou que o gasto público *per capita* com saúde acompanhou positivamente o IDH-M Longevidade, ou seja, quanto maior o IDH-M Longevidade, maior também o gasto público *per capita* com saúde.

A correlação do gasto público *per capita* com saúde e do IDH-M Longevidade com o percentual de pobres foi negativa, ou seja, o IDH-M Longevidade e o gasto público *per capita* com saúde, foram inversamente proporcionais à pobreza.

### **3.2.3 Análise Estratificada**

Os valores encontrados para cada indicador, foram agrupados em um grande banco de dados em excel. Para a análise desses dados, foi necessário o estabelecimento de critérios para a realização de análise estratificada, o que facilita a visualização de possíveis diferenças ou desigualdades.

Dentre inúmeras análises possíveis, optou-se por trabalhar com as mesorregiões e microrregiões do estado, e, também com os 20% melhores municípios e os 20% piores municípios colocados no ranking dos indicadores socioeconômicos, correlacionando-os sempre com o gasto público *per capita* com saúde.

O Rio Grande do Sul é dividido geograficamente em sete mesorregiões e trinta e cinco microrregiões (WIKIPÉDIA, 2008). São elas:

▪ **Mesorregião do Centro Ocidental Rio-grandense:**

Microrregião de Restinga Seca

Microrregião de Santa Maria

Microrregião de Santiago

▪ **Mesorregião do Centro Oriental Rio-grandense:**

Microrregião de Cachoeira do Sul

Microrregião de Lajeado - Estrela

Microrregião de Santa Cruz do Sul

▪ **Mesorregião Metropolitana de Porto Alegre:**

Microrregião de Camaquã

Microrregião de Gramado-Canela

Microrregião de Montenegro

Microrregião de Osório

Microrregião de Porto Alegre

Microrregião de São Jerônimo

▪ **Mesorregião do Nordeste Rio-grandense:**

Microrregião de Caxias do Sul

Microrregião de Guaporé

Microrregião de Vacaria

▪ **Mesorregião do Noroeste Rio-grandense:**

Microrregião de Carazinho

Microrregião de Cerro Largo

Microrregião de Cruz Alta

Microrregião de Erechim

Microrregião de Frederico Westphalen

Microrregião de Ijuí

Microrregião de Não-Me-Toque

Microrregião de Passo Fundo

Microrregião de Sananduva

Microrregião de Santa Rosa

Microrregião de Santo Ângelo

Microrregião de Soledade

Microrregião de Três Passos

▪ **Mesorregião do Sudeste Rio-grandense**

Microrregião de Jaguarão

Microrregião do Litoral Lagunar

Microrregião de Pelotas

Microrregião das Serras de Sudeste

▪ **Mesorregião do Sudoeste Rio-grandense**

Microrregião da Campanha Central

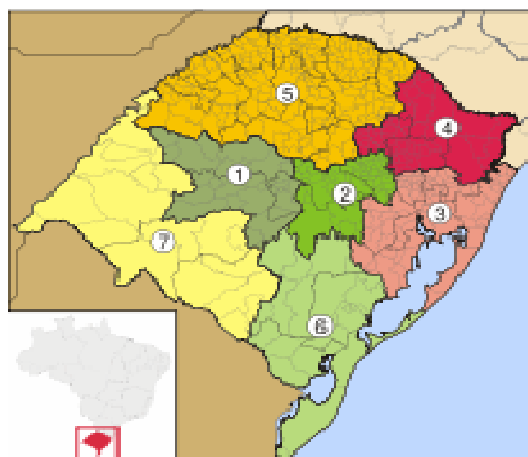
Microrregião da Campanha Meridional

## Microrregião da Campanha Ocidental

### 3.2.3.1 Análise estratificada por mesorregião

A figura 16 identifica geograficamente as 7 mesorregiões do RS.

**Figura 16 - Mesorregiões do RS**



Fonte: Wikipédia

- 1) Mesorregião do Centro Ocidental Rio-grandense
- 2) Mesorregião do Centro Oriental Rio-grandense
- 3) Mesorregião Metropolitana de Porto Alegre
- 4) Mesorregião do Nordeste Rio-grandense
- 5) Mesorregião do Noroeste Rio-grandense
- 6) Mesorregião do Sudeste Rio-grandense
- 7) Mesorregião do Sudoeste Rio-grandense

**Tabela 9 - Média dos indicadores população, IDH-M, IDH-M Educação, IDH-M Longevidade, IDH-M Renda, percentual de pobres, PIB-indústria *per capita* e gasto público *per capita* com saúde, nas 7 mesorregiões do estado, em 2000**

MESORREGIÃO	POPULAÇÃO	IDH-M	IDH-M E	IDH-M L	IDH-M R	% POBRES	PIB-IND	GASTO COM SAÚDE
Centro Ocidental	17.552	0,778	0,867	0,793	0,674	32,77	1342,46	91,93
Centro Oriental	14.958	0,780	0,861	0,792	0,687	20,80	2309,26	83,84
Metropolitana	45.869	0,798	0,879	0,810	0,706	18,30	4340,09	94,86
Nordeste	18.462	0,809	0,891	0,805	0,732	13,73	2636,33	99,48
Noroeste	9.701	0,776	0,876	0,786	0,664	31,61	831,30	99,93
Sudeste	38.909	0,765	0,859	0,761	0,674	31,87	1417,73	67,53
Sudoeste	43.948	0,776	0,875	0,773	0,680	34,44	1005,58	68,01

Fonte: FEE, PNUD e SIOPS/DATASUS

Analisando os indicadores por mesorregiões, pode-se perceber, que a situação socioeconômica, em 2000, era bem diferenciada.

A mesorregião Metropolitana apareceu com a maior população, maior PIB-indústria *per capita* e maior IDH-M Longevidade. O gasto público *per capita* com saúde foi ligeiramente maior que a média do estado.

A mesorregião Nordeste apresentou maiores IDH-M , IDH-M Educação e IDH-M Renda e o menor percentual de pobres. O gasto público *per capita* com saúde foi superior à média do estado.

A mesorregião Noroeste teve a menor população, menor IDH-M Renda e menor PIB-indústria *per capita*. O gasto público *per capita* com saúde foi superior à média do estado.

A mesorregião Sudeste apareceu com menores IDH-M, IDH-M Educação, IDH-M Longevidade e o gasto público *per capita* com saúde foi bem inferior à média do estado.

A mesorregião Sudoeste apresentou o maior percentual de pobres.

As mesorregiões Centro Ocidental e Centro Oriental não apareceram como melhores ou piores colocadas em nenhum indicador. Em ambas, o gasto público *per capita* com saúde ficou abaixo da média do estado.

As figuras 17, 18 e 19, a seguir, facilitam a visualização da situação de cada mesorregião.

As mesorregiões Metropolitana e Nordeste se destacaram por estarem bem colocadas em todos os indicadores. Acima da média no IDH-M e suas dimensões, no PIB-indústria *per capita* e no gasto público *per capita* com saúde e, abaixo da média no percentual de pobres.

Já, as mesorregiões Sudeste e Sudoeste, se destacaram por apresentar baixo IDH-M e suas dimensões, PIB-indústria *per capita* e gasto público *per capita* com saúde abaixo da média e percentual de pobres acima da média.

**Figura 17 - IDH-M Longevidade por mesorregião do RS, 2000**

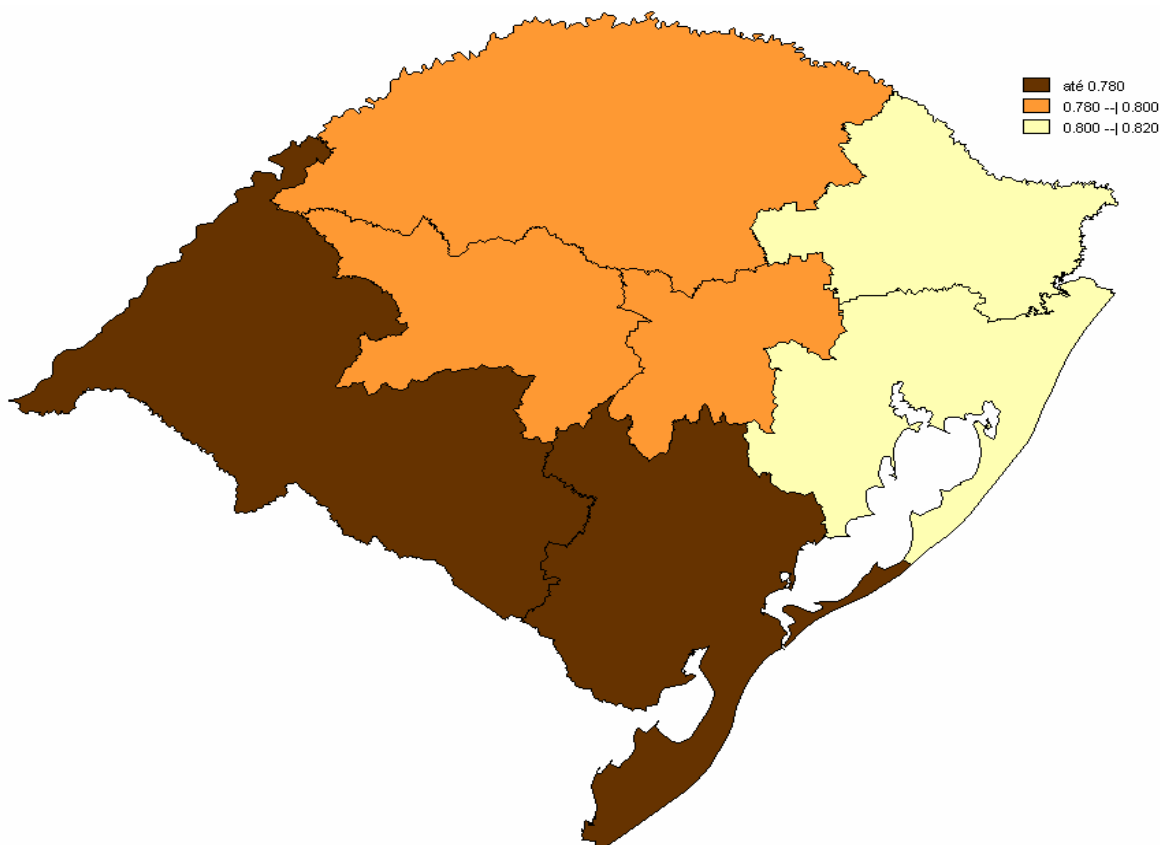
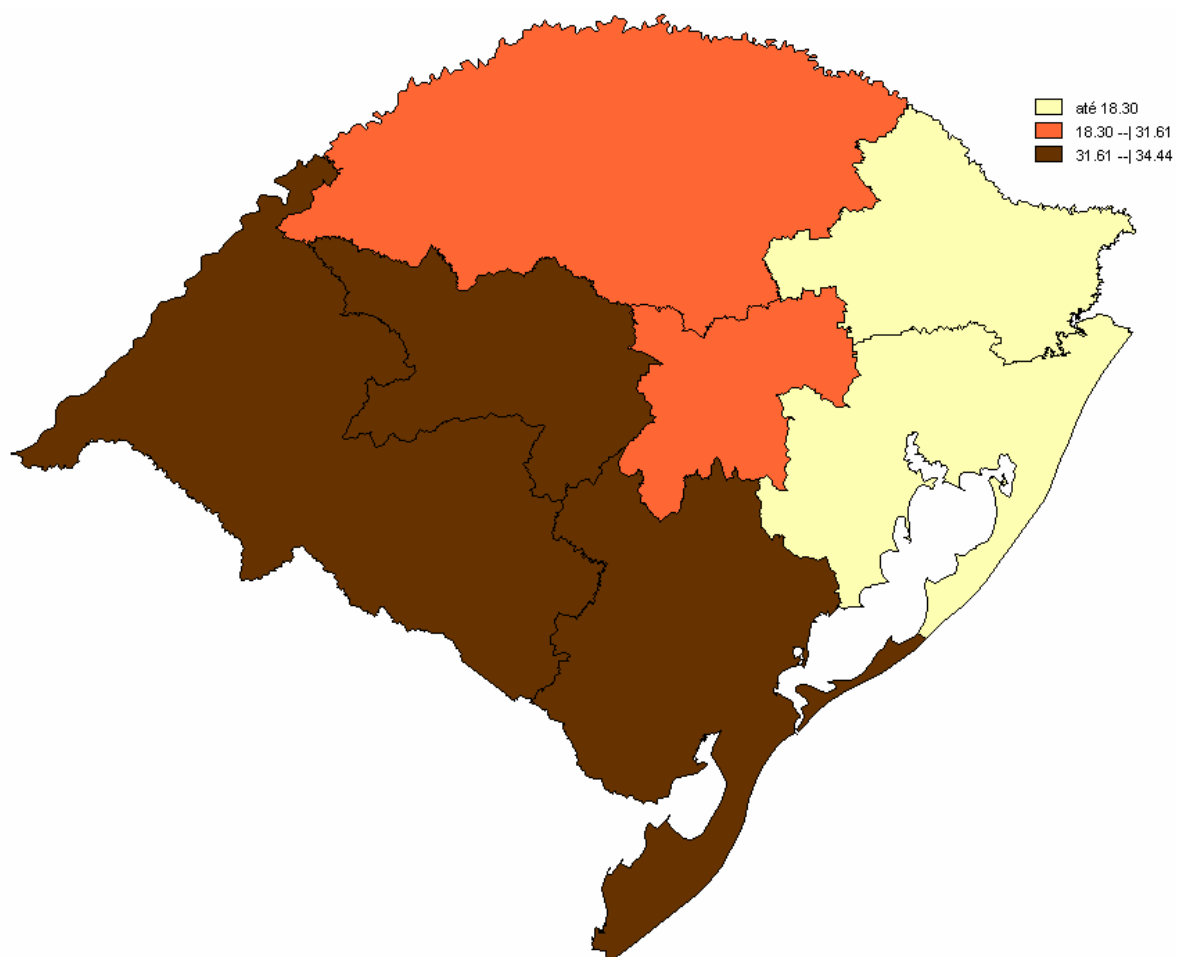
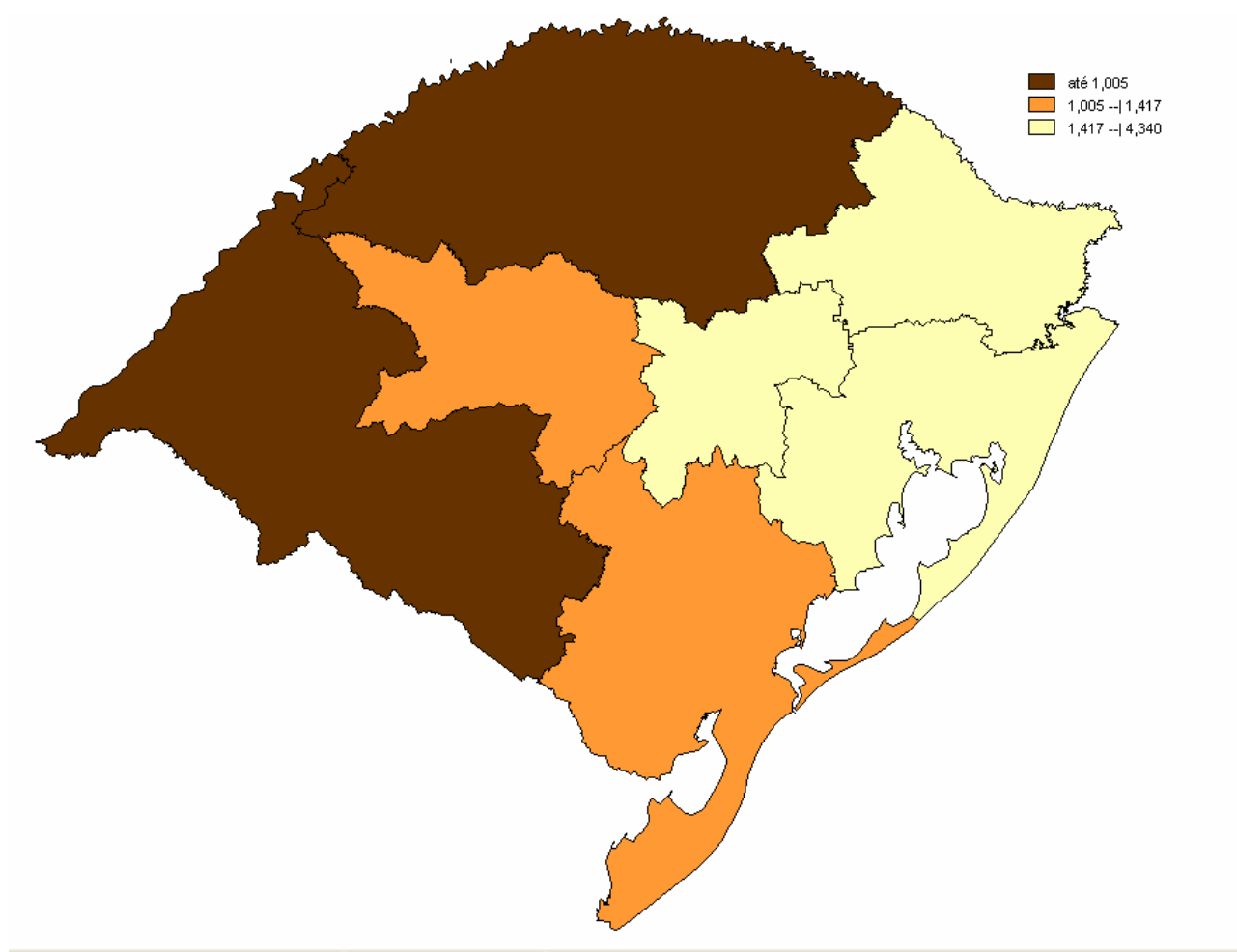


Figura 18 - Percentual de pobres por mesorregião do RS, 2000



Fonte: PNUD e DATASUS

Figura 19 - PIB-indústria *per capita* por mesorregião do RS, 2000



Fonte: FEE e DATASUS



## 3.2.3.2 Análise estratificada por microrregião

**Tabela 10 - Média dos indicadores população, IDH-M, IDH-M Educação, IDH-M Longevidade, IDH-M Renda, percentual de pobres, PIB-indústria *per capita* e gasto público *per capita* com saúde, nas 35 microrregiões do estado, em 2000**

MICRORREGIÃO	POPULAÇÃO	IDH-M	IDH-M E	IDH-M L	IDH-M R	% POBRES	PIB-IND	GASTO COM SAÚDE
Restinga Seca	7.369	0,781	0,878	0,775	0,690	25,09	1066,66	98,22
Santa Maria	26.879	0,777	0,861	0,795	0,675	34,07	1545,70	81,17
Santiago	13.852	0,776	0,865	0,808	0,654	39,29	1322,46	102,33
Cachoeira do Sul	22.468	0,755	0,845	0,757	0,664	28,88	858,90	86,03
Lajeado-Estrela	10.262	0,796	0,875	0,808	0,706	14,20	3122,26	87,83
Santa Cruz do Sul	19.906	0,762	0,843	0,778	0,664	28,93	1522,69	75,64
Camaquã	15.425	0,763	0,839	0,779	0,671	29,63	1174,47	81,60
Gramado-Canela	17.322	0,815	0,892	0,826	0,728	9,32	6046,99	90,52
Montenegro	8.877	0,820	0,899	0,847	0,715	10,48	3280,50	111,35
Osório	12.990	0,785	0,860	0,803	0,691	25,66	1002,63	106,55
Porto Alegre	155.684	0,805	0,897	0,795	0,722	16,35	4766,32	82,32
São Jerônimo	14.649	0,768	0,850	0,776	0,678	27,39	13780,10	79,36
Caxias do Sul	38.450	0,838	0,916	0,835	0,763	6,56	3922,30	97,12
Guaporé	5.511	0,816	0,895	0,808	0,745	10,11	2480,81	108,12
Vacaria	12.810	0,758	0,851	0,757	0,666	30,24	1086,71	87,69
Carazinho	9.934	0,773	0,866	0,797	0,657	34,43	940,86	115,66
Cerro Largo	6.997	0,781	0,910	0,786	0,646	31,69	906,43	82,42
Cruz Alta	14.099	0,798	0,887	0,797	0,710	25,03	759,37	104,96
Erechim	8.087	0,781	0,884	0,794	0,666	28,40	1031,37	110,17
Frederico Westphalen	7.106	0,753	0,852	0,771	0,638	39,84	388,31	94,82
Ijuí	12.894	0,775	0,883	0,769	0,673	31,74	668,82	106,46
Não-Me-Toque	6.577	0,834	0,915	0,839	0,747	15,51	1404,54	119,83
Passo Fundo	12.014	0,789	0,874	0,792	0,700	21,40	1236,27	110,02
Sananduva	5.722	0,766	0,881	0,744	0,673	31,29	420,85	82,82
Santa Rosa	12.872	0,793	0,905	0,815	0,660	28,29	824,39	100,03
Santo Ângelo	13.945	0,768	0,874	0,788	0,642	41,09	445,12	81,91
Soledade	9.136	0,731	0,798	0,774	0,621	41,26	398,94	80,95
Três Passos	7.179	0,767	0,883	0,779	0,641	35,77	1176,69	92,06
Jaguarão	19.244	0,759	0,862	0,742	0,672	34,90	477,13	51,25
Litoral Lagunar	62.203	0,777	0,881	0,737	0,712	28,66	1493,11	56,23
Pelotas	52.598	0,767	0,855	0,777	0,668	29,68	1789,80	72,07
Serras de Sudeste	16.426	0,758	0,850	0,762	0,661	35,20	1299,38	75,14
Campanha Central	64.719	0,784	0,875	0,777	0,700	29,90	673,19	30,89

MICRORREGIÃO	POPULAÇÃO	IDH-M	IDH-M E	IDH-M L	IDH-M R	% POBRES	PIB-IND	GASTO COM SAÚDE
Campanha Meridional	43.161	0,780	0,876	0,767	0,695	32,13	1686,45	85,65
Campanha Ocidental	38.031	0,772	0,874	0,775	0,667	36,73	832,95	72,09

Fonte: FEE, PNUD e DATASUS

A análise das microrregiões reforça as conclusões obtidas quando da observação das mesorregiões.

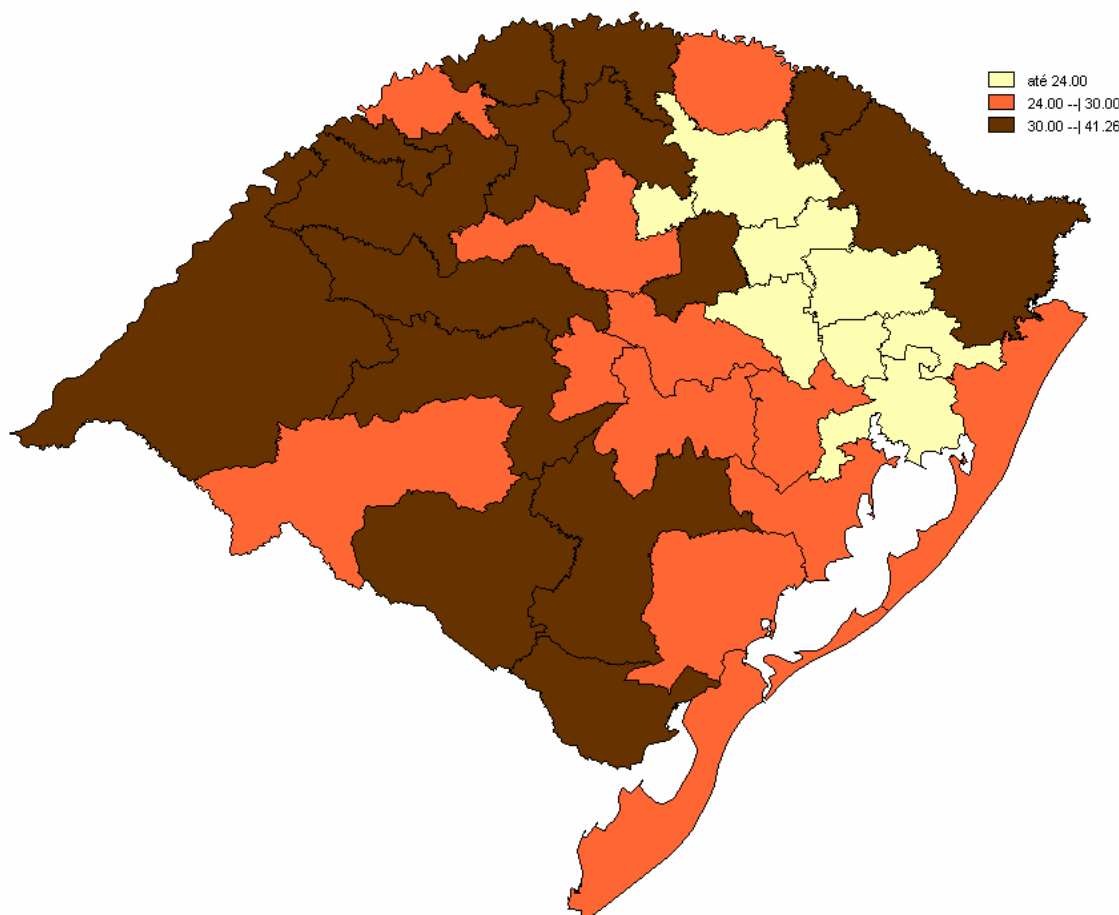
Nas figuras 20 e 21, pode-se perceber que os piores indicadores continuaram sobressaindo-se nas regiões de fronteira, principalmente.

Merece destaque, a microrregião de Caxias de Sul que apresentou os maiores IDH-M, IDH-M Educação e IDH-M Renda, menor percentual de pobres e gasto público *per capita* com saúde acima da média estadual.

Já, a microrregião de Soledade, apresentou os menores IDH-M, IDH-M Educação e IDH-M Renda, maior percentual de pobres e o gasto público *per capita* com saúde abaixo da média.

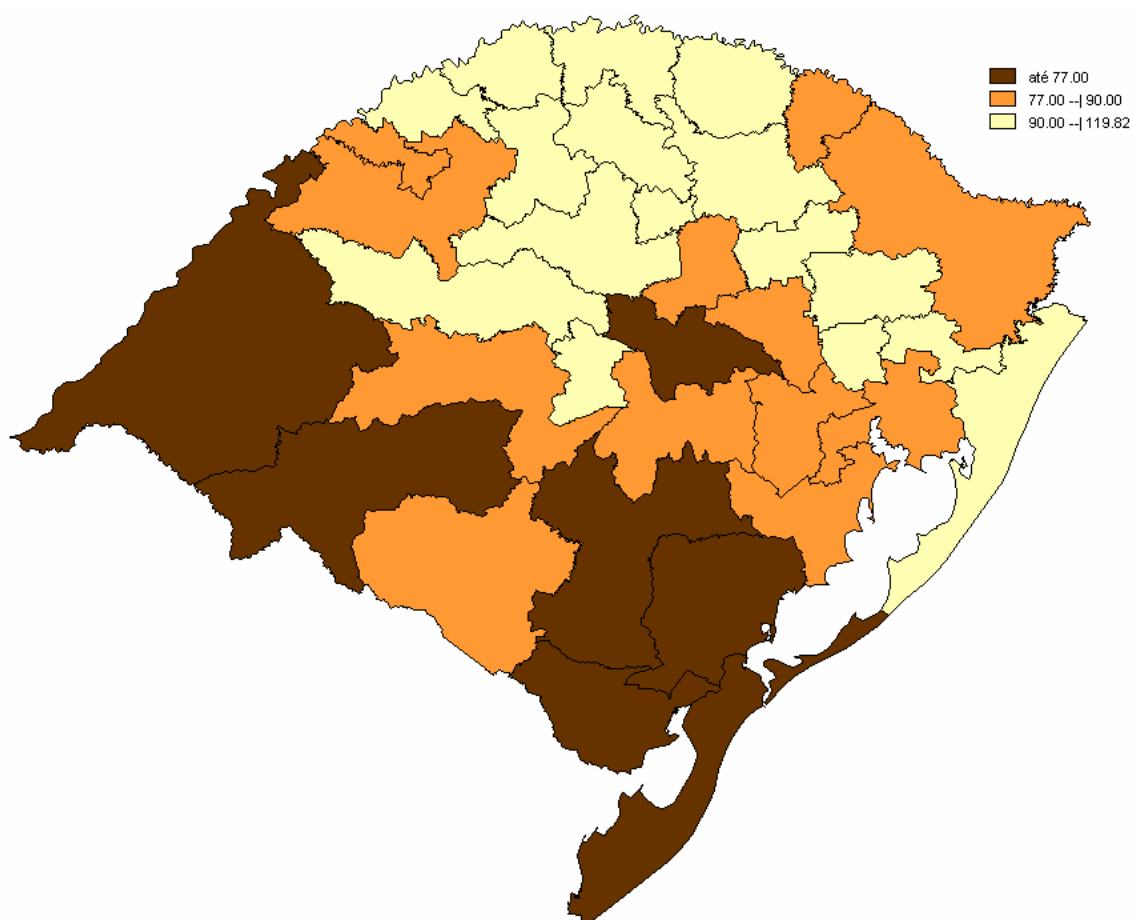
A microrregião de Não-Me-Toque, teve o maior gasto público *per capita* com saúde, R\$ 119,83 e a microrregião da Campanha Central, o menor gasto público *per capita* com saúde, R\$ 30,89. A microrregião de Não-Me-Toque investiu, 4 vezes mais em saúde por habitante, do que a microrregião da Campanha Central.

Figura 20 - Percentual de pobres por microrregião do RS, 2000



Fonte: DATASUS e PNUD

Figura 21 - Gasto público *per capita* com saúde por microrregião do RS, 2000



Fonte: DATASUS

### 3.2.3.3 Gasto público *per capita* com saúde x melhores e piores municípios colocados em cada indicador socioeconômico

Para esta análise estratificada, foram utilizados os 93 municípios (20% do total de 467) melhores colocados e o 93 municípios piores colocados em cada indicador social e/ou econômico.

**Tabela 11 - Gasto público *per capita* com saúde x melhores e piores municípios colocados em cada indicador socioeconômico**

INDICADOR SOCIOECONÔMICO	GASTO PÚBLICO PER CAPITA COM SAÚDE (R\$)
Maior população	68,51
Menor população	<b>136,39</b>
Maior IDH-M	99,94
Menor IDH-M	93,25
Maior IDH-M Educação	92,63
Menor IDH-M Educação	90,09
Maior IDH-M Longevidade	<b>108,55</b>
Menor IDH-M Longevidade	90,86
Maior IDH-M Renda	93,48
Menor IDH-M Renda	95,50
Maior percentual do pobres	94,01
Menor percentual de pobres	<b>104,09</b>
Maior PIB-indústria <i>per capita</i>	88,65
Menor PIB-indústria <i>per capita</i>	<b>104,26</b>

Fonte: FEE, PNUD e SIOPS/DATASUS

Os indicadores população, IDH-M, IDH-M Educação, IDH-M Longevidade, IDH-M Renda, percentual de pobres e PIB-indústria *per capita*, foram relacionados ao gasto público *per capita* com saúde. Pode-se verificar que, em relação ao tamanho da população, os 20% menos populosos gastaram o dobro com saúde por habitante, em comparação aos 20% mais populosos.

A dimensão longevidade, do IDH-M, foi a única que apresentou diferença relevante neste indicador. Os 20% com maior IDH-M Longevidade, gastaram em média, R\$ 108,55 em saúde por habitante, enquanto os 20% com menor IDH-M gastaram apenas R\$ 90,86 com saúde por habitante.

Em relação ao percentual de pobres, os municípios que apresentaram os menores índices de pobreza, foram os que mais investiram em saúde, por habitante, em 2000.

Quanto ao PIB-indústria *per capita*, os 20% piores colocados neste indicador, investiram mais em saúde por habitante, cerca de R\$ 104,26 *per capita* do que os 20% melhores colocados, que investiram R\$ 88,65 *per capita*.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os indicadores socioeconômicos podem ser considerados importantes ferramentas norteadoras de ações em saúde.

Neste estudo, foram utilizados IDH-M e suas dimensões, educação, longevidade e renda, percentual de pobres, PIB-indústria *per capita* e o gasto público *per capita* com saúde nos 467 municípios existentes no RS, em 2000.

Em relação ao indicador IDH-M e suas dimensões, merece destaque o fato de nenhum dos 467 municípios gaúchos, em 2000, ter pertencido à faixa mais baixa (até 0,499) do índice.

No IDH-M Educação, mais de 96% dos municípios gaúchos apareceram na faixa mais alta de desenvolvimento, ou seja, acima de 0,800.

Quanto ao indicador percentual de pobres, foi alarmante verificar que existiram municípios no estado com mais de 70% de pobreza, ou seja, indivíduos com renda domiciliar *per capita* inferior a R\$ 75,50, equivalente a metade do salário mínimo vigente em agosto de 2000.

A distribuição do gasto público *per capita* com saúde no RS, em 2000, impressionou pela grande diferença de recursos investidos pelo município que apresentou maior gasto *per capita* e o que apresentou menor gasto *per capita*. Porto Alegre gastou quase 12 vezes mais que Alvorada. O gasto *per capita* foi de R\$ 301,05 e R\$ 24,88 respectivamente.

Na análise estratificada, por mesorregiões, pode-se perceber claramente as diferentes situações socioeconômicas em que se encontravam as mesorregiões do estado, em 2000. Mesorregiões Metropolitana e Nordeste, apresentaram melhores resultados na maioria dos indicadores. Já, as mesorregiões Sudeste e Sudoeste, ficaram, normalmente, com os piores resultados.

A análise das microrregiões, reforçou os resultados obtidos em relação à situação socioeconômica detectada nas mesorregiões.

Na análise municipal, dos 20% melhores colocados e dos 20% piores colocados em cada indicador social e/ou econômico, correlacionado com gasto público *per capita* com saúde, os resultados obtidos apontam para população, IDH-M Longevidade, percentual de pobres e PIB-indústria *per capita*, como indicadores que mais contribuíram para a percepção do comportamento do gasto público *per capita* com saúde.

Municípios com populações menores, maiores índices de longevidade, baixo percentual de pobreza e menor PIB-indústria *per capita*, foram os que mais investiram em saúde. Esses resultados foram confirmados nas análises de correlação e regressão linear múltipla.

Em relação as diferentes análises realizadas neste estudo, pode-se concluir que a análise mais confiável é, sem dúvida, a de cada município isoladamente. O município de Alvorada é um claro exemplo, já citado como o que menos investiu em saúde no estado, em 2000. Quando analisado por microrregião (Alvorada pertence a microrregião de Porto Alegre), ainda aparece com valores abaixo da média no indicador gasto público *per capita* com saúde. Quando analisada a mesorregião Metropolitana, a qual pertence, o gasto *per capita* com saúde é ligeiramente superior a média.

Este estudo demonstrou que a distribuição de recursos para a saúde, em 2000, nos municípios gaúchos, não acompanhou as necessidades da população, comprovado pelas análises feitas, principalmente, quando relacionados os indicadores gasto público *per capita* com saúde e percentual de pobres. A equidade, um dos princípios básicos do SUS, não foi respeitada.

A EC 29/00, início de vigência em 2001, que estabeleceu percentuais mínimos de aplicação em ações e serviços públicos de saúde para União, estados e municípios, provavelmente elevou os investimentos em saúde, a partir daquele ano.

O sistema de saúde brasileiro é complexo, tem 20 anos apenas, foi criado a partir da Constituição de 1988 e continua em construção. A sugestão que surge a partir deste estudo, é a de que a reavaliação constante na forma de distribuição de recursos, tanto nas esferas municipal e estadual, quanto nos repasses financeiros advindos da União, seja considerada como uma importante ferramenta na busca da



distribuição equânime dos valores destinados à saúde e, também, reforçar que os indicadores socioeconômicos podem auxiliar, e muito, nestes ajustes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde - SUS 01/2002**. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002.

COSTA, Ricardo Cesar Rocha. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 18, p. 49-71, jun.2002.

DUARTE, Cristina Maria Rabelais. Eqüidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 443-463, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7107.pdf>>. Acesso em: 17 mai. 2008.

FAVERET, Ana Cecília de Sá Campello. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.2, p. 371-378, 2003.

FEE. Fundação de Economia e Estatística. **PIB Estadual - Nova série**. Disponível em: <[http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/estatisticas/pg\\_pib\\_estado\\_novaserie.php](http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/estatisticas/pg_pib_estado_novaserie.php)> Acesso em: 18 mai. 2008.

\_\_\_\_\_. Fundação de Economia e Estatística. **Produto Interno Bruto dos Municípios**. Disponível em: <<http://www.fee.tche.br/sitefee/download/pib/municipal/srmpibmunicipios.pdf>> Acesso em : 14 jun. 2008.

FOLHAONLINE. **Veja relação do Índice de Desenvolvimento Humano nos Estados**. 2002. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u65592.shtml>>. Acesso em 20 jun. 2008.

IBAM. Instituto Brasileiro de Administração Municipal. **Receitas Municipais**. 2007. Disponível em: <<http://www.ibam.org.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm>>. Acesso em: 30 nov. 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População residente, em 1º de abril de 2007, segundo as unidades da Federação**. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/populacao\\_ufs\\_05102007.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/populacao_ufs_05102007.pdf)>. Acesso em: 18 mai. 2008.

KLERING, Luis Roque. **Composição das Receitas dos Municípios do Estado do Rio Grande do Sul em 2001**. Disponível em: <[http://www.terragaucha.com.br/tcu\\_2001/recs\\_muns\\_2001.htm](http://www.terragaucha.com.br/tcu_2001/recs_muns_2001.htm)>. Acesso em: 9 nov. 2007.

MENEZES, E.F. **Entenda o cálculo do IDH Municipal (IDH-M) e saiba quais os indicadores usados**. 2008. Disponível em: <<http://www.frigoletto.com.br/GeoEcon/idhmcalk.htm>>. Acesso em: 18 mai. 2008.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Atlas do Desenvolvimento Humano**. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/home/>>. Acesso em: 14 jun. 2008.

\_\_\_\_\_. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Defensoria cresce menos onde há baixo IDH**. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/seguranca/reportagens/index.php?id01=2574&lay=jse>>. Acesso em: 18 mai. 2008

\_\_\_\_\_. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Desenvolvimento Humano e IDH**. Disponível em: <<http://pnud.org.br/idh/>>. Acesso em: 1º dez. 2007.

RIO GRANDE DO SUL. SEPLAG. Secretaria do Planejamento e Gestão. **Índice de Desenvolvimento Humano - IDH**. Disponível em: <<http://www.seplag.rs.gov.br/atlas/atlas.asp?menu=439>>. Acesso em: 2 dez. 2007.

UGÁ, Maria Alicia. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.2, p. 417-437, 2003.

VIANA, Ana Luiza D'ávila; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; LIMA, Luciana Dias de. Política de Saúde e Eqüidade. **São Paulo em Perspectiva**, v. 17, n. 1, p. 58-68, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em: 17 mai. 2008.

WIKIPÉDIA. **Rio Grande do Sul**. Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Rio\\_Grande\\_do\\_Sul](http://pt.wikipedia.org/wiki/Rio_Grande_do_Sul)>. Acesso em: 18 mai. 2008.

\_\_\_\_\_. **Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/sistema%C3%9AnicodeSa%C3%BAde>>. Acesso em: 10 dez. 2007.