



Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Humanas
Departamento de Geografia

JÉSSICA MEDEIROS DA SILVA

**ANÁLISE GEOGRÁFICA DO ÍNDICE DE DESEMPENHO DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE SEGUNDO QUADRO SOCIOESPACIAL E ECONÔMICO DO CENTRO-
OESTE**

Brasília – DF

2014

JÉSSICA MEDEIROS DA SILVA

**ANÁLISE GEOGRÁFICA DO ÍNDICE DE DESEMPENHO DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE SEGUNDO QUADRO SOCIOESPACIAL E ECONÔMICO DO CENTRO-
OESTE**

Monografia apresentada ao Departamento de Geografia como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Geografia, sob orientação da Prof. Dr. Helen da Costa Gurgel.

Brasília – DF

2014

AGRADECIMENTOS

Antes de fazer qualquer agradecimento as pessoas que estiveram diretamente envolvidas no êxito do desenvolvimento dessa etapa de minha vida; agradeço em especial e com muito respeito à Instituição Universidade de Brasília e a todos os envolvidos.

Agradeço com muito carinho a toda minha família que sempre me apoiou em todas as decisões que precisei tomar. Principalmente aos meus pais que ofereceram a mim todas as boas oportunidades em todos os âmbitos da vida, fazendo que eu me tornasse a pessoa que sou hoje. Por eles e para eles ofereço todo meu esforço e determinação. Com grande respeito também agradeço aos meus dois irmãos, que me mostram diariamente que a vida é feita pra ser vivida e que como bons brasileiros que somos: tudo pode dar certo. Agradeço também as minhas tias que vibraram com a conquista da aprovação no vestibular e com todas as outras que vieram posteriormente. Aos meus primos com os quais compartilho experiências vividas, sonhos e aflições.

Um agradecimento especial a quem me proporcionou conhecimento. Ao quadro docente das instituições que fui alfabetizada e que me ajudaram a conquistar o sonho da universidade pública. Em especial ao grande geógrafo, professor, amigo e conhecedor que teve grande participação em minha orientação ao que fazer em minha vida profissional, embora eu acredite que ele pouco saiba dessa influência.

Agradeço também com muito respeito a professora Helen, minha orientadora em grande parte da caminhada acadêmica, pela paciência, por todas as palavras ditas, por todos os conselhos proferidos, por toda sua experiência compartilhada com os alunos com muito prazer e principalmente por sua confiança para/comigo.

Por último, mas não menos importante, agradeço a todos meus amigos que por vezes me ajudaram a aliviar a tensão que é passar pela responsabilidade de concluir um curso seguida de uma rotina exaustiva.

RESUMO

O trabalho será encarregado de estabelecer uma relação mais intensa entre o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) e os municípios do Centro-Oeste. Verificando se existem atenuantes ou agravantes capazes de esclarecer, mesmo que inicialmente, uma analogia entre o valor do desempenho obtido pelo município e sua estrutura econômica e social, visto que o índice por si só pode omitir outras variáveis. Tal objetivo parte da observação de municípios isolados com desempenho inferior ao obtido por aqueles que o circundam ou desempenho superiores isolados àqueles que estão a sua volta. Cabe salientar que os municípios não serão tratados individualmente, a quantidade destes, existentes na região em questão, tornaria inviável a execução da atividade. A análise será feita através da elaboração de mapas temáticos feitos no ArcGis.

Palavras-chave: Saúde; Sistema Único de Saúde (SUS); Centro-Oeste; Análise Geográfica; Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS); Municípios.

ABSTRACT

The work will be in charge of establishing a more intense relationship between the Index Performance Health System and the Centro-Oeste's municipalities. Verifying if there is mitigating or aggravating able to clarify, even initially, an analogy between the value of the performance obtained by the municipalities and yours economic and social structure, since the index itself may omit others variables. This goal comes from the observation of isolated municipalities with lower performance surrounded by better performance than yours or better performance surrounded by lower performance. It is noteworthy that the municipalities will not be studied individually, the amount of these would have prevented the execution of the activity. The analysis will be done through the preparation of thematic maps made in ArcGis.

Key Words: Health; Health System; Centro-Oeste; Geographic Analysis; Index Performance Health System; Municipalities

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
1.2 Objetivo Geral e Objetivos Específicos	3
2 DADOS E METODOLOGIA	3
3 BASES TEÓRICAS	5
3.1 Ordenamento territorial do Brasil: a municipalização	5
3.2 Sistema Único de Saúde.....	12
3.3 Indicadores x Índices	16
3.3.1 Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde.....	19
3.4 Geoprocessamento como ferramenta de análise espacial: SIG	22
3.4.1 Geoprocessamento e saúde.....	24
3.4.2 Mapeamento temático	25
4 QUADRO SOCIOESPACIAL E ECONÔMICO DO CENTRO-OESTE	27
4.1 Regionalização do espaço brasileiro.....	27
4.2 O Centro-Oeste.....	33
4.2.1 Evolução do quadro econômico.....	34
4.2.2 Evolução do quadro social.....	38
5 ANÁLISE GEOGRÁFICA DO ÍNDICE DE DESEMPENHO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SEGUNDO QUADRO SOCIOESPACIAL E ECONÔMICO DO CENTRO-OESTE	41
5.1 O Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde para os municípios do Centro-Oeste	41
5.2 Análise do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde segundo variáveis para os municípios do Centro-Oeste	43
6 CONCLUSÕES	73
7 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	75
ANEXOS	81

LISTA DE TABELAS

Tabela 5.A - Municípios segundo resultados mais baixos do IDSUS na Região Centro-Oeste e IDHM.....	47
Tabela 5.B - Municípios segundo resultados mais altos do IDSUS na Região Centro-Oeste e IDHM.....	48
Tabela 5.C - Municípios segundo resultados mais baixos do IDSUS na Região Centro-Oeste e Renda média <i>per capita</i>	51
Tabela 5.D - Municípios segundo resultados mais altos do IDSUS na Região Centro-Oeste e Renda média <i>per capita</i>	52
Tabela 5.E - Municípios segundo resultados mais baixos do IDSUS e População Total.....	55
Tabela 5.F - Municípios segundo resultados mais altos do IDSUS e População Total.....	56
Tabela 5.G - Municípios segundo resultados mais baixos do IDSUS e PIB <i>per capita</i>	58
Tabela 5.H - Municípios segundo resultados mais altos do IDSUS e PIB <i>per capita</i>	61
Tabela 5.I - Municípios segundo resultados mais baixos do IDSUS e Percentual Aplicado na Saúde por município.....	65
Tabela 5.J - Municípios segundo resultados mais altos do IDSUS e Percentual Aplicado na Saúde por município.....	66
Tabela 5.K - Municípios segundo resultados mais baixos do IDSUS e Índice de Gini.....	71
Tabela 5.L - Municípios segundo resultados mais altos do IDSUS e Índice de Gini.....	72
Tabela 5.M - Quadro Resumo das variáveis utilizadas e seus respectivos resultados para os municípios da Região Centro-Oeste com o melhor desempenho para o SUS.....	82
Tabela 5.N - Quadro Resumo das variáveis utilizadas e seus respectivos resultados para os municípios da Região Centro-Oeste com o pior desempenho para o SUS.....	83

LISTA DE FIGURA

Figura 3.1 - Evolução do número de municípios no Brasil 1872/2010.....	8
Figura 3.2 - Propriedades desejáveis dos indicadores.....	18
Figura 3.3 - O que é? E como é calculado o novo indicador da saúde?.....	20
Figura 3.4 - Estrutura de um SIG.....	23
Figura 4.1 - Regiões do Brasil segundo vários autores.....	28
Figura 4.2 - Evolução da Divisão Regional do Brasil.....	33
Figura 5.1 - Índice de Desempenho do SUS nos municípios.....	41
Figura 5.2 - Como ler o IDHM.....	44
Figura 5.3 - IDHM 2013 para a Região Centro-Oeste.....	46
Figura 5.4 - Distribuição da Renda <i>per capita</i> Média por municípios do Centro-Oeste.....	50
Figura 5.5 - Distribuição da População Total por municípios do Centro-Oeste.....	54
Figura 5.6 - “PIB Alto”, O que significa?.....	57
Figura 5.7 - Distribuição do PIB <i>per capita</i> Municipal do Centro-Oeste.....	59
Figura 5.8 - Distribuição do Percentual Aplicado na Saúde para os municípios do Centro-Oeste.....	64
Figura 5.9 - Curva de Lorenz.....	68
Figura 5.10 - Distribuição do Índice de Gini para os municípios do Centro-Oeste.....	70
Figura 5.11 – Distribuição do IDSUS para os municípios do Centro-Oeste.....	84
Figura 5.12 – Indicadores de Acesso do IDSUS.....	85
Figura 5.13 – Indicadores de Efetividade do IDSUS.....	85

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 3.1 – Evolução do número de municípios segundo Estados do Centro-Oeste por ano. Fonte dos dados: IBGE. Elaboração Própria.....	9
Gráfico 3.2 – Número total de municípios segundo Estados do Centro-Oeste no ano de 2010. Fonte dos dados: IBGE.....	10
Gráfico 5.1 – Quantidade de municípios por classe do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde.....	42

LISTA DE SIGLAS

CNS - Conselho Nacional de Saúde

COFINS - Contribuição para Financiamento da Seguridade Social

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano

IDSUS - Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde

IPECE - Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará

OMS - Organização Mundial da Saúde

PIB - Produto Interno Bruto

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

SIG - Sistema de Informação Geográfica

SIOPS - Sistema de Informação Sobre Orçamentos Públicos em Saúde

Sudeco - Superintendência de Desenvolvimento do Centro-Oeste

SUS - Sistema Único de Saúde

1 INTRODUÇÃO

Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais do todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social (OMS, 1946).

Nesse contexto aprovou-se pela Assembléia Nacional Constituinte a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) que conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no país, responsável por garantir o direito humano fundamental à saúde, tendo como agente complementar ao Estado o componente privado. Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, parte de uma concepção ampla do direito humano à saúde e do papel do Estado na garantia do pleno exercício desse direito (NORONHA *et al*, 2012).

A implantação do SUS tem início no início da década de 1990, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990), segundo NORONHA *et al* (2012) e mantém-se em constante mudança dadas as alterações pelas quais a sociedade brasileira passa e o próprio Estado.

O sistema foi desenvolvido de forma que suas ações atendam toda a extensão territorial do país. O Brasil possui dimensões continentais e uma enorme heterogeneidade entre suas unidades federativas. A necessidade de avaliar o SUS de forma que fosse ponderada sua efetividade e desempenho, fazer-se-ia necessária, dentre outros motivos para a cotação de investimentos ou o melhor direcionamento desses.

Diante tal necessidade de análise, os índices e indicadores são com frequência utilizados. De modo que, os indicadores são modelos simplificados da realidade com a capacidade de facilitar a compreensão dos fenômenos, eventos ou percepções, de modo a aumentar a capacidade de comunicação de dados brutos e de adaptar as informações à linguagem e os interesses dos diferentes atores sociais. Para os gestores, são ferramentas essenciais ao processo de tomadas de decisões e para a sociedade são instrumentos importantes para o controle social (SOBRAL *et al*, 2011). Sendo, portanto, o índice uma das principais estratégias para agrupar e

resumir as informações presentes em um grande número de indicadores, que, isoladas seriam de difícil interpretação (SOBRAL *et al* 2011).

Nesse sentido o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) então é desenvolvido na tentativa de avaliar os serviços prestados pelo SUS, assim como servir de parâmetro à tomada de decisões dos dirigentes dos Municípios, Estados e da União.

O índice foi lançado em 1º de março de 2012 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de apresentar um parâmetro sintético de avaliação do sistema de saúde que existe em cada município e que fosse adequado à forma cooperativa de funcionamento do SUS. O índice obteve uma boa cobertura da mídia e foi classificado como índice responsável por medir a qualidade do sistema de saúde no Brasil.

O Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde foi desenvolvido para todos os Estados e Municípios brasileiros. Contudo, devido à localização da Universidade de Brasília, na Região Centro-Oeste, cujo contato direto com a mesma seria um facilitador na busca por informação, e levando em consideração sua diversidade e também um valor considerável de municípios que não torna a análise demasiada em termos de complexidade e tempo, optou-se por trabalhar somente essa região. O primeiro contato com os valores atribuídos pelo IDSUS contribui para evidenciar a heterogeneidade do sistema público de saúde acompanhada pela diversidade regional, tal qual municipal, visto que os resultados são diversos.

O Centro-Oeste brasileiro é constituído pelos Estados de Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás e Distrito Federal. Em dimensão territorial o Centro-Oeste é o segundo maior dentre as cinco regiões brasileiras. Segundo o IBGE (2013) a região possui 465 municípios. A participação no Produto Inter Bruto brasileiro dessa região é proveniente do setor industrial, mas principalmente da agricultura e pecuária. Segundo publicação recente do IBGE o crescimento da região em questão está relacionado à migração para as regiões de Goiânia e Brasília, fato que a fez crescer 2,37% no ano 2000, enquanto o Sudeste cresceu apenas 1,6% (Censo, 2000).

A categoria de análise geográfica visa relacionar no espaço os valores do IDSUS atribuídos aos municípios levando em consideração as desigualdades existentes entre eles. Em *Por Uma Geografia Nova* (1978), Milton Santos define espaço como um conjunto de formas representativas de relações sociais do passado

e do presente e por uma estrutura representada por relações que estão acontecendo e manifestam-se através de processos e funções. Segundo Milton Santos (1978) o espaço é um verdadeiro campo de forças cuja formação é desigual, tornando, de tal modo, a evolução espacial desigual.

1.2 Objetivo Geral e Objetivos Específicos

Objetivo Geral:

- Analisar a distribuição territorial do IDSUS na região centro-oeste brasileira, identificando as relações sociais e espaciais que contextualizem geograficamente os resultados do Índice.

Objetivos Específicos:

- Identificar a influência dos fatores econômicos nos resultados do IDSUS para os municípios do Centro-Oeste.
- Investigar a influência dos fatores socioespaciais nos resultados do IDSUS para os municípios do Centro-Oeste.
- Elaborar mapas temáticos que sirvam de ferramentas para a análise.

2 DADOS E METODOLOGIA

A construção de índices é uma das principais estratégias para agrupar e resumir as informações presentes em um grande número de indicadores, que, isoladas seriam de difícil interpretação (SOBRAL *et al* 2011).

O Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde e é caracterizado como ferramenta para avaliação do acesso e da qualidade dos serviços de saúde no país. As pretensões do índice é dar transparência ao quadro geral da oferta e da situação dos serviços de saúde, além de servir como base para a tomada de decisão dos dirigentes, segundo o ministro Alexandre Padilha (2012). O IDSUS será atualizado a cada três anos, segundo o Ministério da Saúde.

Sendo assim, o trabalho teria como objetivo principal relacionar o resultado alcançado por alguns municípios do Centro-Oeste, com variáveis diversas a fim de criar um quadro relacional ou justificador condizente com o resultado inicial. Dentre

as variáveis a serem relacionadas por município e não mencionadas no IDSUS: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), População Total, PIB *per capita* municipal, Renda *per capita* média municipal, Índice de Gini e o Índice de aplicabilidade de verba na saúde por município. Poderiam essas variáveis estarem diretamente relacionadas ao IDSUS?

A utilização do geoprocessamento e dos mapas justifica-se pela praticidade de transferência de informação. “Existem muitas formas de se conhecer melhor o espaço em que vivemos e atuamos. Os mapas são instrumentos extremamente úteis que nos auxiliam nesta tarefa. Eles permitem que representemos alguns aspectos concretos do espaço geográfico [...]” (BRASIL. p, 26. 2006). Tal qual “o termo Geoprocessamento pode ser entendido como conjunto de técnicas de coleta, tratamento, manipulação e apresentação de dados espaciais” (BRASIL. p, 47. 2006).

Dentre as técnicas de geoprocessamento utilizar-se-á principalmente os Sistemas de Informação Geográfica (SIG), sendo esses responsáveis por capturar, armazenar, gerenciar, analisar e apresentar as informações geográficas. A utilização dessa técnica permite a realização de análises espaciais complexas, pois possibilita uma integração de dados de fontes diversas, manipulação de grande volume de dados e recuperação rápida de informações armazenadas. O produto mais usual, inclusive foco desse trabalho, são os mapas temáticos.

Todo o trabalho foi desenvolvido em gabinete. O procedimento metodológico foi desenvolvido a partir de pesquisas bibliográficas em torno do tema. Os livros, textos acadêmicos, teses e dissertações utilizadas foram obtidos através da Biblioteca Central da Universidade de Brasília, Internet e acervo particular. Os escritos utilizados passaram por uma triagem inicial quanto ao tema pesquisado e em seguida foram fichados segundo subtema, autor, obra e página.

O tema passa sobre escritos de economia, geografia urbana, geografia física e humana. Para entender a dinâmica do território e alcançar o objetivo estimado foram utilizados textos de Milton Santos e Celso Furtado. Assuntos específicos sobre geoprocessamento, SIG e sua interação com a área da saúde foram buscados em produções específicas da área da saúde e autores como Christovam Barcellos e Francisco Inácio Bastos. Também foram utilizadas publicações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

O trabalho foi desenvolvido com o auxílio indispensável de *softwares* que atuam na área do geoprocessamento. O principal utilizado foi o ArcGis 10.1, ferramenta que propicia a criação de mapas, compilação de dados geográficos, análise e compartilhamento de informações georreferenciadas.

Os dados explorados na pesquisa, assim como os *shapes* utilizados, foram obtidos de forma gratuita no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e no Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). As informações, após serem baixadas, serão organizadas no Microsoft Excel 2010 para que possam ser trabalhadas e analisadas segundo técnicas estatísticas.

3 BASES TEÓRICA

3.1 Ordenamento territorial do Brasil: a municipalização

O território brasileiro desde o início de sua história possui divisões que facilitam a administração do mesmo. O primeiro sistema de divisão implantado foram as capitanias hereditárias que abrigavam conselhos locais compostos por juízes ordinários com competência criminal e cível e por vereadores cuja função era administrativa. Na fase imperial esse sistema foi substituído pela divisão do país em províncias e essas em municípios (SILVA; LIMA, 2011).

Em 1º de outubro de 1828, uma lei regulamentar, que perdurou até a República, detalhou a Constituição de 1824 no que tange à função dos municípios estabelecendo, ante a expressa declaração daquele documento, que as câmaras eram corporações meramente administrativas sem influência política e sem autonomia (SILVA; LIMA, 2011).

Com a Proclamação da República, pelo Decreto nº 1, de 15 de novembro de 1889, o Município Neutro foi transformado em Distrito Federal e as províncias foram substituídas pelos estados considerados soberanos e formadores da federação. O texto constitucional de 1891 dedica apenas um vago artigo aos municípios, e, em todo seu vigor essas unidades administrativas não apresentaram autonomia (SILVA; LIMA, 2011).

A Constituição Federal de 1934 inscreveu como princípio constitucional a autonomia do município em tudo quanto respeite ao seu peculiar interesse e,

especialmente, à eletividade do prefeito e dos vereadores, à decretação de seus tributos e à organização de seus serviços. Além disso, inovou ao introduzir a transferência de parte da receita estadual de impostos aos municípios de onde tenha provindo a arrecadação (Art. 10º) (SILVA; LIMA, 2011). A nova Constituição de 1937 manteve basicamente as mesmas atribuições, definindo somente que o prefeito passava a ser nomeado pelo governador do estado (Art. 27º).

A Lei nº 311, publicada em março de 1938, e vigente até os dias atuais, traz as seguintes atribuições sobre os municípios: todas as sedes de municípios teriam a categoria de cidade e que as sedes de distritos seriam vilas; cidade e vilas comporiam áreas urbanas e que seus limites seriam legalmente estabelecidos pelo município; haveria um prazo para que todos os municípios descrevessem seus limites dirimindo as questões litigiosas e elaborassem o mapeamento de seus territórios; haveria um número mínimo de população para que novos municípios fossem criados (BRASIL, 1939).

A consolidação da abertura política com a nova Constituição Federal de 1946, fez com que naquele período o crescimento no número de municípios fosse alto. Era assegurado aos municípios eleição direta de prefeitos e vereadores, a administração própria, a organização dos serviços locais, a cobrança de impostos e taxas e a transferência de parte da tributação da União e dos estados (MEIRELLES, 1993).

Critérios mais rígidos e únicos para que novos em todo o País fossem criados, foram estabelecidos pela Lei Complementar nº 1, de 9 de novembro de 1967, o que explica o pequeno número de surgimento de municípios nesse período. Para que um novo município fosse criado era necessário que a área pretendida dispusesse de população superior a 10 mil habitantes; 10% dos quis eleitores; cinco milésimos da receita estadual oriunda de impostos; e que houvesse ao menos 200 casas no aglomerado que abrigaria a futura sede municipal. (SILVA; LIMA, 2011).

A Constituição Federal atual, 1988, garante a autonomia municipal, a eleição direta para prefeitos e vereadores, o poder de legislar sobre assuntos de interesse local, de elaborar a própria Lei Orgânica, de instituir e arrecadar impostos e taxas, de receber por transferência parte da receita de impostos dos estados e da União, de prestar serviços públicos, de criar distritos e de zelar pelo uso adequado do solo urbano além de outras atribuições. (SILVA; LIMA, 2011). Os requisitos mínimos

necessários à emancipação de novos municípios foram delegados aos estados federados também por essa Constituição.

A redefinição da competência política dos entes federativos notabilizou-se pela ampliação do escopo de atuação dos Estados e municípios, sendo que os últimos conquistaram a mais ampla autonomia política da história republicana. Apesar de ser mencionado como organização política autônoma em quase todas as constituições republicanas, somente em 1988 o município conquistou uma autonomia plena, obtendo, de fato, o status de ente federativo. (TOMIO. p.61, 2002).

Diante todo o exposto pode-se dizer que os municípios brasileiros estão impregnados na sociedade desde o princípio da divisão territorial do país, e que com o passar dos anos e conforme as mudanças constitucionais suas atribuições foram sendo alteradas no que tange os critérios à emancipação e administração, mas não são citadas reformas que visassem o termino dessa prática.

Os números dessas entidades da federação podem ser acompanhados ao longo da história brasileira. Segundo SILVA e LIMA (2011), a malha municipal possui dinamismo muito maior que a estadual e vem apresentando sucessivos desmembramentos para a formação de novas unidades. São 5.565 municípios no ano de 2010 contra 642 em 1872 e não observa-se um padrão homogêneo quanto ao crescimento.

Segundo TOMIO (2002) o novo arranjo institucional proporcionado pela constituição de 1988 foi o grande responsável pelo aumento no número de municípios. Em conjunto a vários outros mecanismos que promoveram as bases favoráveis à multiplicação dessas entidades:

a consolidação da descentralização fiscal estimulou as demandas locais pela emancipação de pequenas localidades do interior; a transferência da regulamentação das exigências mínimas às emancipações municipais para o nível estadual, num momento em que os recursos do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) eram divididos nacionalmente e que democratização e descentralização eram tratados ideologicamente como sinônimos, favoreceu, na relação entre os atores políticos estaduais, a posição que desejava produzir leis mais permissivas à criação de municípios, ampliando a disponibilidade de localidades emancipáveis; os

procedimentos necessários à promulgação das leis de criação de municípios atribuíram um papel central aos legisladores estaduais que, em virtude de suas expectativas eleitorais, aprovaram a maior parte das demandas locais emancipacionistas. (TOMIO. p.83, 2002).

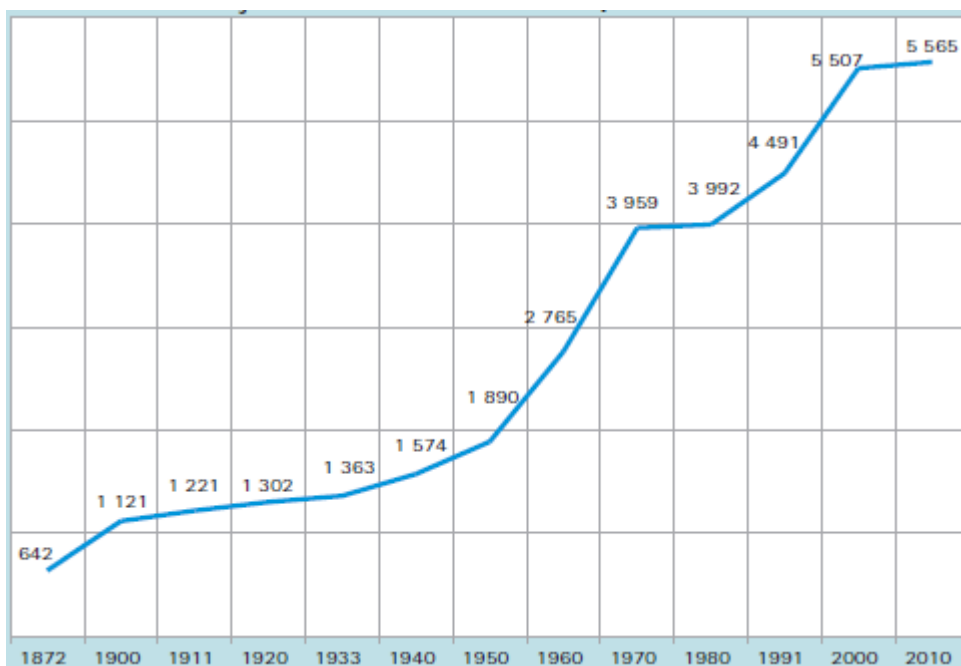


Figura 3.1 – Evolução do número de municípios no Brasil – 1872/2010. Fonte: Diretoria Geral de Estatística. Recenseamento do Brasil 1872/1920 e Divisão Administrativa do Brasil 1911/1933 e IBGE, Censo Demográfico 1940/2010.

Se não observa-se um padrão no crescimento municipal, nem tampouco podemos citar que existe certa coerência entre a quantidade de municípios das Unidades da Federação. Minas Gerais e São Paulo abrigavam cerca de 40% dos municípios brasileiros em 1950, mantendo uma média desse total em torno dos 30%. Em 2010, Minas Gerais e São Paulo possuíam juntos 1498 municípios, o que representa cerca de 27% do total dos municípios brasileiros. (SILVA; LIMA, 2011).

A) Evolução do número de municípios do Centro-Oeste

Uma das justificativas a utilização da Região Centro-Oeste ao desenvolvimento da pesquisa foi à quantidade de municípios existentes nesta. De fato os Estados da região Centro-Oeste, (Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás e o Distrito Federal)

estão longe de alcançarem valores tão exorbitantes quando se trata da quantidade de municípios.

O Distrito Federal é uma unidade da federação atípica. Não é um estado e nem possui municípios. Consiste em um território autônomo, dividido em regiões administrativas, conhecidas por muito tempo como cidades-satélites.

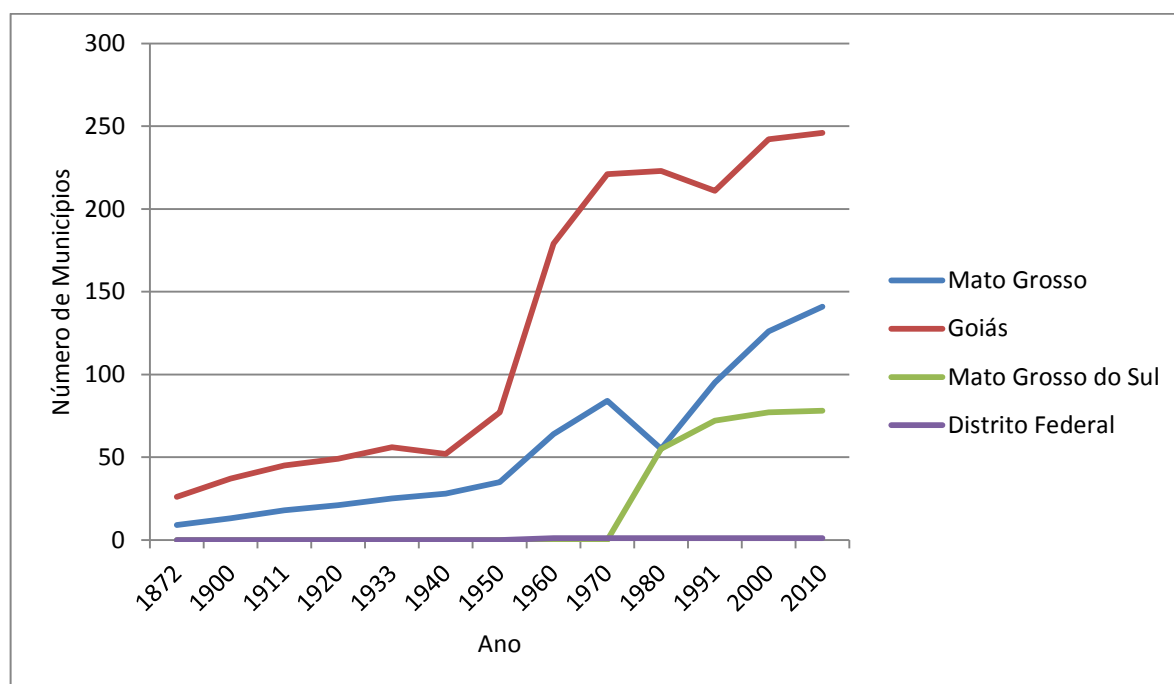


Gráfico 3.1 – Evolução do número de municípios segundo Estados do Centro-Oeste por ano. Fonte dos dados: IBGE. Elaboração Própria.

Na década de 1970 e de 1980, os Estado de Mato Grosso e Goiás, respectivamente, apresentaram redução nos totais de seus municípios decorrente da criação dos Estados de Mato Grosso do Sul e do Tocantins constituídos por parte de seus municípios, segundo SILVA e LIMA (2011).

Observando o gráfico 3.1 podemos notar um vertiginoso crescimento na quantidade de municípios nas décadas de 1950 e 1960. Esse crescimento ocorreu em quase todos os Estados brasileiros e também nos dois existentes no Centro-Oeste no período, Mato Grosso e Goiás. Segundo MELLO (1992), umas das causas desse crescimento verificado no país nessas décadas está no sistema de tributos partilhados, que favoreciam, sobretudo, os municípios mais pobres, através do Fundo de Participação dos Municípios – FPM. Quando foi introduzido pela Constituição Federal de 1946, as cotas eram iguais para todos os municípios,

levando alguns governos estaduais a estimularem a criação de novos de modo a atrair recursos do governo federal para seu estado (SILVA; LIMA, 2011).

Nas décadas de 1991 e 2000 observa-se outro pequeno aumento dessas unidades da federação. Segundo SILVA e LIMA (2011) isso reflete o período de descentralização política oferecido pela Constituição Federal de 1988.

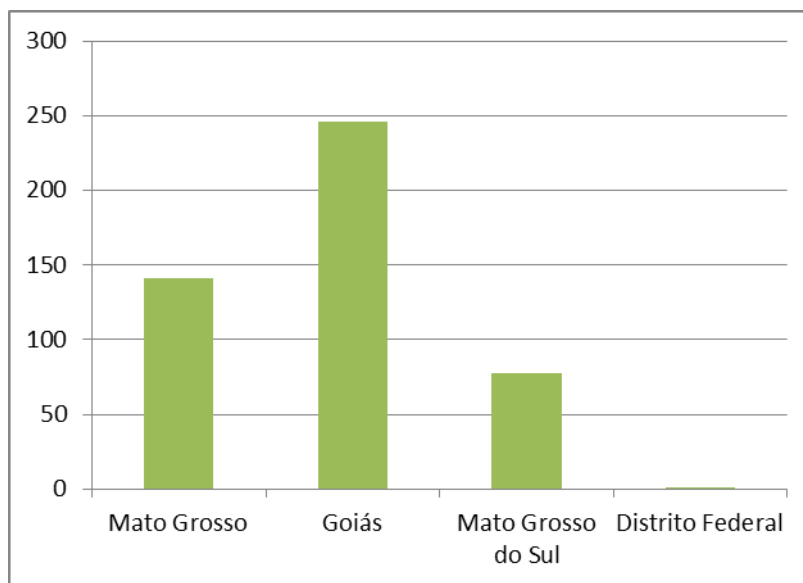


Gráfico 3.2 – Número total de municípios segundo Estados do Centro-Oeste no ano de 2010. Fonte dos dados: IBGE

No ano de 2010 a Região Centro-Oeste possuía ao todo 465 municípios mais o Distrito Federal. Essa quantidade municipal representa cerca de 8,4% do total, que em 2010 se aproximava dos 5.565 municípios distribuídos pelo país.

B) A municipalização da Saúde

Considerando a evolução cronológica do desenvolvimento dos critérios à criação de municípios, a maior autonomia que esses obtiveram a partir da Constituição de 1988, assim como serem hoje considerados a menor unidade autônoma da Federação, partiremos a sua importância para o SUS.

A municipalização reconhece o município como principal responsável pela saúde de sua população. Municipalizar é transferir para as cidades a responsabilidade e os recursos necessários para exercer plenamente as funções de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento,

controle, avaliação e auditoria da saúde local, controlando os recursos financeiros, as ações e os serviços de saúde prestados em seu território. O princípio da descentralização político-administrativa da saúde foi definido pela Constituição de 1988, preconizando a autonomia dos municípios e a localização dos serviços de saúde na esfera municipal, próximos dos cidadãos e de seus problemas de saúde. O Brasil apresenta grandes diversidades econômica-sociais, climáticas e culturais que tornam a descentralização administrativa fundamental: ela possibilita que os municípios assumam a gestão da saúde em seus territórios de acordo com as necessidades e características de suas populações. Estimula na esfera municipal novas competências e capacidade político-institucionais. Os estados e a União devem contribuir para a descentralização do SUS, fornecendo técnica e financeira para o processo de municipalização (SUS/Municipalização, 2014).

Segundo ARRETCHE e MARQUES (2002) o Ministério da Saúde utiliza as Normas Operacionais Básicas (NOBs) como instrumento pelo qual são definidas as regras de funcionamento do SUS. A NOB 01/93 definiu as regras de habilitação estadual e municipal ao SUS e suas condições de inserção no Sistema e a NOB 01/96, em vigor, redefine e complementa aquela, ampliando as responsabilidades dos municípios.

A NOB 01/93 estabeleceu distintas modalidades de habilitação municipal e estabeleceu mecanismos de gestão pluriinstitucional, com a criação das comissões bipartites e tripartites de gestores, que consolidou o cenário da negociação entre os diferentes níveis de governo. Definiu-se explicitamente o município como gestor específico dos serviços e estabeleceram-se os diferentes níveis de adesão ao SUS, bem como as responsabilidades e as formas de repasses de recursos que lhes correspondem. (ARRETCHE e MARQUES. p. 467. 2002).

A descentralização política proveniente, dentre outros motivos, da diversidade nos mais amplos setores da nação brasileira visando o conhecimento aprofundado da situação de saúde local pelos gestores que agem no âmbito mais próximo da sociedade, agregam uma importância substancial ao papel dos municípios. Visto que é dever do Estado garantir um conjunto de ações e serviços que supram as necessidades de saúde da população e apresentem elevada capacidade de

resposta aos problemas apresentados, organizados e geridos pelos diversos municípios e estados brasileiros (NORONHA *et al*, 2012)

A descentralização é uma das principais diretrizes e princípios do SUS estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde. Segundo NORONHA *et al* (2012) a descentralização implica que governos estaduais e, principalmente, os municipais tenham maior responsabilidade e autonomia para decidir e implementar ações.

Tamanha importância também pode ser observada quando tratado o IDSUS, visto que o desenvolvimento de tal índice teve como palco de pesquisa os municípios e seus resultados também são aferidos a esses entes federativos. Todo o processo de construção do índice de desempenho do SUS gira em torno da esfera municipal.

3.2 Sistema Único de Saúde

Os “anos 90” foram marcados por eventos mundiais grandiosos que ditaram o futuro da nação como um todo no que diz respeito a parâmetros econômicos, sociais, tecnológicos e políticos. Também conhecido como “tempos prósperos” a década de 1990 marca a democratização de grande parte do mundo, a expansão capitalista proveniente do fim da Guerra Fria e a consolidação da globalização (DODRIGO; VICENTINO, 2007).

Para a história do Brasil o período em questão também é marcado por mudanças. Recém saído do regime ditatorial (1964-1985) vê seu quadro político e econômico serem renovados (DODRIGO; VICENTINO, 2007). Assumindo o governo do país após as primeiras eleições diretas, Fernando Affonso Collor de Mello, inicia seu governo (1990-1992) diante uma campanha eleitoral promissora à modernização ao considerar seus ideais em prol do livre mercado, abertura para importações, fim das privatizações e dos subsídios (DODRIGO; VICENTINO, 2007). Um governo que parecia renovador mostrou-se obscuro em negociações que privilegiavam interesses particulares e levava o país à recessão e os trabalhadores ao desemprego. O presidente foi deposto de seu cargo por pressão popular.

Mesmo diante todo o quadro de instabilidade e mudança, foi no ano de 1990 que o então nomeado presidente da república publicou as leis número 8.808 e 8.142 responsáveis pelo estabelecimento do Sistema Único de Saúde que havia sido

criado pela Constituição de 1988, tornando o SUS um dos maiores sistemas de saúde do mundo e o único a se propor universal para um país de dimensões continentais e uma população consideravelmente grande.

Segundo a OMS (1946), a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais do todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social (OMS, 1946).

O Sistema Único de Saúde (SUS) conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil. Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura institucional e decisória, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento da gestão de saúde (NORONHA *et al*, 2012), mostrando grande coerência ao conceito de saúde imposto pela OMS.

A Lei número 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”.

Entende-se, no Brasil, que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover para as condições de seu pleno exercício, assim como, é dever do mesmo garantir a execução e formulação de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos, e, assegurar o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (Constituição Federal de 1988 - Lei número 8.080, Art.2, 1990).

Nos dispostos da lei citada a iniciativa privada não está isenta de todo do SUS, podendo agir em caráter complementar. Contudo o SUS caracteriza-se pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais.

Segundo o Artigo 5º da Lei número 8.080 (1990) os objetivos do Sistema Único de Saúde são: identificar e divulgar fatores condicionantes e determinantes da saúde; originar assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações

assistenciais e das atividades preventivas; formular política de saúde destinada a promovê-la, nos campos econômico e social. Estão ainda incluídas em seu campo de atuação a execução de ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, de saúde e do trabalho, e assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; formação de recursos humanos na área de saúde; vigilância nutricional e a orientação alimentar; formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção; controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse à saúde; fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano; participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico, dentre outras (Constituição Federal de 1988 - Lei número 8.080, Art.5º, 1990).

A magnitude do alcance que se pretende com o SUS está explícito em suas diretrizes que apregoam a universalidade, igualdade e integralidade de seus serviços, inclusive prevendo a participação da comunidade e a descentralização política-administrativa respeitando cada esfera de governo.

Como dito, sua administração varia conforme cada esfera governamental. No âmbito da União, sua administração é regida pelo Ministério da Saúde; no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela Secretaria de Saúde; na esfera municipal, pela Secretaria de Saúde ou órgão equivalente (Constituição Federal de 1988 - Lei número 8.080, Art. 9º, 1990). A administração do sistema conta ainda com a participação de comissões e conselhos. As atribuições são específicas a cada instância.

A direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) compete, dentre outras: definir e coordenar os sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade, de rede de laboratórios de saúde pública, de vigilância epidemiológica e sanitária; participar da definição de normas e mecanismos de controle de agravos; prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para aperfeiçoamento da sua atuação institucional; elaborar normas para regular as relações entre o SUS e os serviços privados contratados à assistência; promover a descentralização para as Unidades

Federadas e para os Municípios; estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos outros entes da federação (Constituição Federal de 1988 - Lei número 8.080, Art.16º, 1990).

A direção estadual do Sistema Único de Saúde compete, dentre outras: promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde; acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS; prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios; acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada; agir em caráter suplementar e complementar as competências atribuídas ao Ministério da Saúde (Constituição Federal de 1988 - Lei número 8.080, Art.17º, 1990).

A direção municipal do Sistema de Saúde compete, dentre outras: celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução; dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde; formar consórcios administrativos intermunicipais; gerar laboratórios públicos de saúde e hemocentros; agir de forma colaborativa às competências atribuídas à direção nacional e estadual (Constituição Federal de 1988 - Lei número 8.080, Art.18º, 1990).

O SUS garante a atenção à saúde indígena dando suporte ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, que é um de seus componentes.

Sendo o SUS um sistema cujo alcance visa toda extensão territorial, os valores transferidos aos Estados, Distrito Federal e Municípios levam em consideração: o perfil demográfico e epidemiológico da região; características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; previsão do plano de investimento; ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo (Constituição Federal de 1988 - Lei número 8.080, Art.35º, 1990).

Os investimentos nos Estados, Municípios e Distrito Federal não são distribuídos de forma igualitária, pois considera-se as disparidades existentes entre eles, a qualidade de seus serviços também não podem seguir um padrão inverso considerando-se o mesmo fator.

3.3 Indicadores x Índices

Informações apoiadas em dados trazem à pesquisa valor agregado em confiabilidade. Quando os dados são válidos e confiáveis tornam-se essenciais para as análises objetivas, assim como para a tomada de decisões. Os indicadores apresentam um grande poder de sintetizar informações e por isso são extremamente uteis em diversas áreas de atuação.

Indicador e Índice por vezes são confundidos e tratados como se fossem sinônimos. Contudo existem diferenças, e essas partem desde a etimologia de ambas as palavras até a finalidade dos mesmos.

O termo “indicador” é originário do latim *indicare*, que significa descobrir, apontar, anunciar, estimar. O indicador comunica ou informa sobre o progresso em direção a uma determinada meta, e é utilizado como um recurso para deixar mais perceptível uma tendência ou fenômeno não imediatamente detectável por meio dos dados isolados (BELLEN, 2005).

Indicadores são modelos simplificados da realidade com a capacidade de facilitar a compreensão dos fenômenos, eventos ou percepções, de modo a aumentar a capacidade de comunicação de dados brutos e de adaptar as informações à linguagem e os interesses dos diferentes atores sociais. Para os gestores, são ferramentas essenciais ao processo de tomadas de decisões e para a sociedade são instrumentos importantes para o controle social (SOBRAL *et al*, 2011).

Um indicador é constituído de um conjunto de dados ou variáveis que, submetidos a operações estatísticas, no caso dos indicadores quantitativos, informam acerca de um determinado fenômeno ou evento. Nesse caso, o próprio indicador torna-se um tipo de informação (SOBRAL *et al*, 2011).

Sobre os indicadores, em particular os de saúde:

Em termos gerais, os indicadores são medidas-sínteses que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária e servir para a vigilância das condições de saúde. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de

determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer (Rede, p. 13. 2008).

Os indicadores necessitam de uma série de parâmetros que agem em prol de sua qualidade. As propriedades dos componentes utilizados e a precisão dos sistemas de informação empregados são essenciais a uma formulação coerente. A confiabilidade de um dado, assim como sua validade são elementos do grau de excelência de um indicador, ou seja, a capacidade de detectar o fenômeno analisado e a possibilidade de se obter resultados semelhantes em condições diversas, respectivamente.

Os indicadores são representações da realidade, uma medida-síntese, de eventos frequentemente complexos, por isso são tão relevante nos processos de gestão e tomada de decisão. Sua característica intrínseca de servir como medida-síntese, faz com que eles não representem a totalidade e a diversidade da realidade (BELLEN, 2005).

O juízo de valor implícito ou explícito são aspectos importantes a serem considerados no uso de indicadores. Os juízos de valor explícitos são emitidos de forma consciente e compreendem uma parte fundamental do processo de criação de qualquer indicador (SOBRAL *et al*, 2011). Os juízos de valor implícitos, por sua vez, não são aspectos facilmente observáveis nos indicadores, sendo, em sua maioria, inconscientes e relacionados a características pessoais ou de uma determinada sociedade (cultura) (SOBRAL *et al* 2011).

Existem indicadores que são tradicionalmente mencionados e utilizados, principalmente na área de saúde. São eles os demográficos (população total, taxa de crescimento da população, esperança de vida ao nascer, taxa bruta de mortalidade); socioeconômicos (taxa de analfabetismo, níveis de escolaridade, Produto Interno Bruto); mortalidade (taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna, taxa de mortalidade específica por aids); morbidade e fatores de risco (incidência de sarampo, taxa de incidência de dengue); recurso (número de profissionais de saúde por habitante, número de leitos hospitalares por habitante); cobertura (cobertura de planos de saúde, número de consultas médias (SUS) por habitantes) (REDE, 2008).

Segundo JANUZZI (2004) a credibilidade dos indicadores está diretamente relacionada a onze propriedades, que são elas:

Relevância social	Inteligibilidade de sua construção
Validade	Comunicabilidade
Confiabilidade	Periodicidade de atualização
Cobertura	Factibilidade para obtenção
Sensibilidade	Desagregabilidade
Especificidade	Historicidade

Figura 3.2 - Fonte: (Januzzi, 2004) – Propriedades desejáveis dos indicadores.

- Relevância social – justifica a produção do indicador e legitima o seu emprego no processo de análise, formulação e implementação de políticas.
- Validade – corresponde ao grau de proximidade entre o conceito subjacente ao indicador e à medida.
- Confiabilidade – relacionada à qualidade dos dados usados na construção de um indicador e à credibilidade da instituição que produz as estatísticas.
- Cobertura – grau de cobertura espacial e populacional do indicador.
- Sensibilidade – capacidade de mostrar se ocorreram mudanças significativas nos fatores que afetam as condições sociais, ambientais e de saúde ao longo do tempo.
- Especificidade – grau de associação existente entre os dados utilizados para a construção de um indicador, ou seja, deve refletir as alterações estritamente ligadas às mudanças relacionadas à dimensão de interesse.
- Inteligibilidade – transparência da metodologia empregada na sua construção.
- Comunicabilidade – propriedade particularmente importante no processo de decisão política sobre programas em áreas específicas ou sobre as formas de alocação de recursos públicos.
- Periodicidade – atualização.
- Factibilidade – de sua obtenção a baixo custo.
- Desagregabilidade – capacidade que um indicador apresenta de, tanto quanto possível, ser relacionado aos grupos populacionais de interesse, espaços geográficos definidos, composições sociodemográficas ou vulnerabilidades sociais específicas.
- Historicidade – possibilidade de se dispor de séries históricas.

O indicador pode ser visto, contudo, como uma medida-síntese, diferenciando-se de um índice. Enquanto o indicador procura indicar e evidenciar um fenômeno, o índice tenta sinalizar por meio de um valor (medida-síntese) tanto uma relação de contiguidade com o representado quanto a evolução de uma quantidade em relação a uma referência (SOBRAL *et al*, 2011). Em suma, um índice seria a agregação de dois ou mais indicadores.

A construção de índices é uma das principais estratégias para agrupar e resumir as informações presentes em um grande número de indicadores, que, isoladas seriam de difícil interpretação (SOBRAL *et al* 2011).

A síntese de dados advinda da construção de índices, por um lado, aumenta o valor agregado dos dados e indicadores sobre um problema ou vários. Por outro lado, um dos principais problemas da criação de índices é a excessiva manipulação dos dados originais, necessárias à padronização de indicadores (SOBRAL *et al* 2011).

3.3.1 Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde

Levando em consideração o exposto acima, tal como a importância de um bom indicador e de um bom índice, assim como, sua utilidade para seguimentos diversos em análises para os mais variados temas. O ministério da saúde fez o uso de tal seguimento para analisar o SUS.

O índice foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde e caracteriza-se como ferramenta para avaliação do acesso e da qualidade dos serviços de saúde no país.

Segundo o ministro da Saúde, Alexandre Padilha “além de dar maior transparência ao quadro geral da oferta e da situação dos serviços de saúde, o IDSUS 2012 servirá de base para que os dirigentes dos três níveis tomem decisões em favor do aprimoramento das ações de saúde pública no país”.

Monitorar e avaliar o desempenho das políticas públicas é uma das funções essenciais do Estado moderno, não só para prestar contas à população sobre como usar os impostos arrecadados dos contribuintes, mas também para saber como e onde aplicar os recursos. Neste sentido, a elaboração e publicação do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), apresentado em outubro de 2010 pelo Ministério da Saúde à Comissão Interministerial

Tripartite, foi uma notícia alvissareira para aqueles que acreditam na transparência e no compromisso do Ministério da Saúde em utilizar informações estratégicas sobre o desempenho do SUS como meio para apoiar os Estados e Municípios na melhoria de seus indicadores de saúde (MEDICI, p.1. 2012).

O Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde, lançado no dia 1º de março de 2012, aparece a priori como qualquer outro grande índice, ou seja, atribui-se valores as respectivas entidades geográficas de modo que esses números indiquem de forma crescente ou decrescente a qualidade máxima ou mínima atribuída. No caso do IDSUS foram atribuídos valores de 0 a 10 no qual o 0 indica o desempenho que mais se distancia da situação ideal e 10 um desempenho ideal.

O IDSUS é composto por 14 indicadores que dizem respeito à cobertura, considerando o acesso potencial ou obtido, e 10 indicadores que dizem respeito à efetividade. Segundo (MEDICI, 2012) os indicadores de cobertura foram definidos em três áreas assistenciais (atenção básica, atenção ambulatorial e hospitalar de média complexidade e atenção ambulatorial e hospitalar de alta complexidade), enquanto foram levados em consideração pelos indicadores de efetividade a atenção básica e a atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade.

O que é o índice?

O **Índice de Desempenho de Saúde (IDSUS)** é uma forma de avaliação criada pelo governo para verificar, a cada três anos, o desempenho do atendimento de saúde nos municípios brasileiros

Que aspectos são levados em conta?

- Com o **índice de acesso**, o ministério quer verificar a qualidade do acesso ao SUS
- Com o **índice de efetividade**, se o serviço é prestado em sua totalidade. Juntos, os índices compõem uma nota final



Como as cidades são avaliadas?



Fonte: Ministério da Saúde

Figura 3.3 – O que é? E como é calculado o novo indicador da saúde?. Fonte: Ministério da Saúde. Disponível em <<http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2012/03/de-0-10-indice-do-governo-da-nota-54-saude-publica-no-brasil.html>> Acesso em: 20 set. 2014

Como dito com frequência o Brasil é um país de dimensões continentais, e, tamanha extensão não possibilitaria que toda sua porção dotasse de características semelhantes de forma homogênea e totalizante. As características divergem nos mais diversificados graus e estancias, sejam elas econômicas, sociais, culturais, de formação e informação. Duas ferramentas estatísticas - a Análise dos Principais Componentes (APC) e o *Cluster k-means* - empregadas no sensoriamento remoto podem auxiliar na formação de grupos com características semelhantes e amenizar a situação descrita, o que foi empregado propiciando ao IDSUS a criação de seis grupos homogêneos de municípios.

A APC é uma técnica estatística que visa à redução, eliminação de sobreposições e escolha das formas mais representativas da amostra. Tal método leva em consideração muitas variáveis que interagem concomitante no fenômeno, sendo essas quantitativas (ABILIO, 2013). Essa técnica é extremamente utilizada em imagens de satélite que possuem um alto nível de correlação possibilitando um realce de informação.

O segundo procedimento citado é denominado *Cluster k-means* que permite calcular a similaridade através do valor médio dos municípios. A ferramenta estatística dita não-hierárquica é utilizada, assim como a APC, para agrupar valores de uma determinada amostra de forma que esses possuam características semelhantes, resultando de modo na formação de grupos (ABILIO, 2013) (seis no caso do IDSUS).

Em prol de uma metodologia bem desenvolvida e um resultado satisfatório não bastaria por si um bom emprego teórico aquém de uma base tecnológica capaz de suportar e representar os resultados alcançados. A interface que aproximou os resultados do IDSUS ao público geral, assim como, o sistema administrativo do banco de dados do IDSUS foram conduzidos por *softwares* empregados nas várias etapas do desenvolvimento do índice.

Dentre os *softwares* estão o PostgreSQL utilizado como um sistema de banco de dados de grande suporte tido como um objeto-relacional e o I3Geo cujo foco principal é a disponibilização de dados geográficos, geração e compartilhamento de mapas, e suas ferramentas de navegação, segundo o site dos softwares.

3.4 Geoprocessamento como ferramenta de análise espacial: SIG

A representação espacial de fenômenos diversos de forma prática e de fácil compreensão pode ser visto como grande desafio a quem o pretende elaborar. O desenvolvimento tecnológico possibilitou o advento de técnicas que possibilitam tal processo de forma a popularização do produto final, ou seja, os mapas temáticos são hoje extremamente empregados em diversas áreas do conhecimento e vertentes profissionais.

O geoprocessamento pode ser assim entendido como um conjunto de artifícios computacionais necessários para manipular informações espacialmente referidas.

O geoprocessamento abarca técnicas de coleta, tratamento, manipulação e apresentação de dados espaciais. Pode-se considerar sua multidisciplinaridade, visto que, são trabalhados e explorados pela Cartografia, Geografia, Computação e Estatística, como exemplos. São diversas as técnicas de geoprocessamento utilizadas na atualidade: o sensoriamento remoto, a cartografia digital, a estatística espacial e os Sistemas de Informações Geográficas (BRASIL, 2006).

Em especial tratar-se-á dos Sistemas de Informações Geográficas (SIG). SIGs são sistemas cujas principais características são: Integrar, numa única base de dados, informações espaciais provenientes de dados cartográficos, dados de censo e de cadastro urbano e rural, imagens de satélite, redes e modelos numéricos de terreno; combinar as diversas informações, através de algoritmos de manipulação, para gerar mapeamentos diversos; consultar, recuperar, visualizar e plotar o conteúdo da base de dados geocodificados (CÂMARA, 1993).

A integração de dados de fontes diversas, manipulação de grande volume de dados e a recuperação rápida de informações armazenadas, possibilita a realização de análises espaciais complexas.

Seus componentes básicos são: recursos humanos, hardware, software e uma base de dados.

Suas estruturas principais também podem ser classificadas em três: o objeto geográfico que são os fenômenos do mundo real que se deseja representar, seja ele qual for, no qual utiliza-se pontos, linhas, polilinhas, polígonos e modelo matricial para que a representação seja executada de forma que a semelhança a realidade seja estabelecida; Camada, tema ou plano de informação, ou seja, uma coleção de objetos geográficos com características comuns, cita-se como exemplo uma camada

de municípios na qual serão plotados os limites municipais; Por fim os atributos ou dados tabulares, cujo as variáveis são dispostas nas colunas e os registros de dados dispostos em linhas.

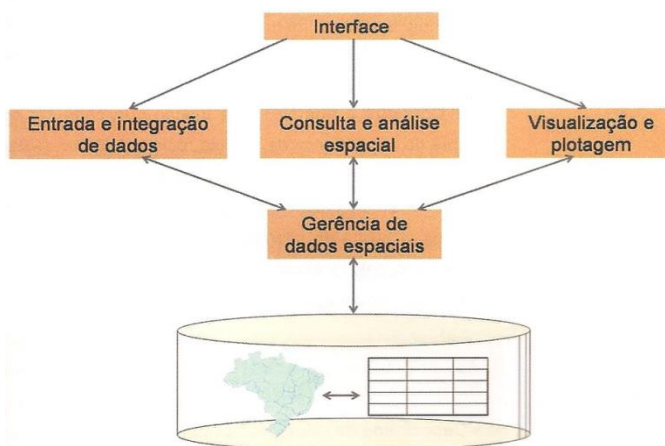


Figura 3.4 - Estrutura de um SIG - Fonte: Câmara - Ilustração: Marcelo Rabello - Multimeios/ICICT/FIOCRUZ.

Como mostrado no esquema (Figura 3.1) o SIG apresenta quatro funções imprescindíveis. A aquisição de dados caracteriza-se pela captura, importação, validação e edição desses, que podem ser primários ou secundários, ou seja, confeccionados para determinado fim ou extraídos de fontes já existentes, respectivamente.

Faz parte também de suas funções o gerenciamento de banco de dados, no qual os dados são plotados da forma mais funcional possível de modo que possibilite e facilite a realização de análises futuras.

Em sua terceira função básica encontra-se um dos mais populares meios de representação espacial, denomina-se visualização e apresentação cartográfica. Seu produto principal são os mapas.

Tida como função principal de um SIG para muitos, sua quarta função diz respeito à consulta e análise. A análise possibilita o gerenciamento das informações sobre o espaço geográfico, seguindo critérios de seu desenvolvedor e confirmando a indubitável importância dos recursos humanos em uma técnica que mostra-se tão automatizada.

3.4.1 Geoprocessamento e saúde

O geoprocessamento pode ser considerado uma área de atuação para profissionais diversos. Suas contribuições podem ser desde situações que dizem respeito ao meio ambiente até o controle da situação social, e, suas técnicas são extremamente utilizadas na atualidade.

Embora poucos geógrafos tenham se dedicado exclusivamente ao estudo da relação entre a geografia e a saúde, são muitas as contribuições de autores da geografia que podem ser associadas a esse tema. Ao fazer tal relação com os estudos de Milton Santos, FARIA e BORTOLOZZI (2009) citam que ao pensar a categoria espaço como processo social, Santos destacou a importância da técnica para o seu entendimento. A categoria espaço em Milton Santos permitiu à Epidemiologia mudar o foco usual de análise centrada na doença para a análise das condições de ocorrência das mesmas (FARIA; BORTOLOZZI, 2009).

Tratar de saúde requer um alto nível relacional entre diversas variáveis. É de suma importância que o quadro seja analisado através de fenômenos diversos a fim de aferir resultados ou conclusões. O desenvolvimento de um quadro que diz respeito à saúde – epidêmico, por exemplo, pode ter explicações na conformação histórica, social, econômica, natural e cultural de determinada região.

Com suas aplicações datadas da década de 1950 a utilização do geoprocessamento na área de saúde pode ser considerada recente. Assim como o desenvolvimento tecnológico de máquinas melhor equipadas e mais funcionais a partir do final da década de 1980 as técnicas de geoprocessamento puderam ser melhor exploradas.

Toda nova tecnologia apresenta seus percalços, não sendo diferente para a implantação dessa técnica na área de saúde. Segundo BRASIL (2006) a incorporação de sistemas de geoprocessamento pelos serviços de saúde vinha sendo limitada pelo alto custo de implantação isolada desses projetos e pelas dificuldades na montagem das bases e edição de dados cartográficos.

Na atualidade, a análise de dados distribuídos pelo espaço geográfico vem sendo cada vez mais valorizada na gestão de saúde, por apontar novos subsídios para o planejamento e a avaliação das ações baseadas na análise da distribuição espacial das doenças, a localização dos serviços de saúde dentre outros (BARCELLOS; BASTOS, 1996).

A aplicação de mapas permite de forma visual a identificação da ocorrência, frequência, distribuição de doenças, da mesma forma que possibilitou a representação do índice de desempenho do sistema único de saúde municipal para todo o Brasil, mostrando, portanto, a gama de possibilidades oferecidas pelo SIG.

Por otimizar esse quadro relacional com o qual a saúde está envolvida, pelo acesso melhorado as tecnologias abarcadas na técnica em questão, o SIG tornou-se uma ferramenta de grande relevância a Saúde brasileira.

3.4.2 Mapeamento temático

Seja o mapa elaborado com o propósito de localização, ritualístico, representação, poder ou conhecimento do “outro”, a grande verdade é que essa arte acompanha o ser humano desde muito tempo, e assim como qualquer processo temporal sofreu modificações e aperfeiçoamento em seus propósitos e métodos de elaboração.

Suas técnicas de construção foram aperfeiçoadas com o desenvolvimento da sociedade até chegar ao período técnico-científico-informacional ao qual estamos instaurados. Período este que se inicia na década de 1970 com o revigoramento dos recursos da informação e a integração por meio da técnica e da ciência pelos os quais o espaço abarca um novo método de fluidez.

Interessam-nos aqui as informações sobre a terra e sobre o tempo. Antes dos radares, dos satélites, dos computadores e dos SIGs, assim como antes das possibilidades do seu uso interligado, essas informações trilhavam cominhos mais ou menos independentes e seus efeitos eram também circunscritos. De um lado produziam-se mapas e, de outro, instalavam-se estações meteorológicas sem maior comunicação (SANTOS, 2001).

Como já mencionado o resultado mais comum proveniente da utilização de um SIG são os mapas representativos que seguem os padrões de quem o elaborou e o que se quer repassar como informação. Não se reconheceu até o presente momento melhor forma de representar um fenômeno cuja ocorrência dá-se no espaço geográfico. Os mapas são, portanto, excelentes formas de comunicação.

A Cartografia Temática e a Cartografia Topográfica são ramos da Cartografia. Aquela desenvolveu-se no fim do século XVIII e início do século XIX, mas ambos os tipos devem ser considerados sucessivos, visto que suas interpretações são complementares e não excludentes.

Segundo o IBGE (1999) o objetivo da Cartografia Temática é como melhor proceder para que o mapa expresse os fatos e fenômenos, objeto do estudo relacionado ao tema. A ciência pertinente a um determinado tema visa o conhecimento da verdade desses fatos e fenômenos e à Cartografia Temática cabe demonstrá-lo graficamente, sendo portanto um meio auxiliar dessa ciência, tais como: geologia, geomorfologia, meteorologia, geografia, demografia entre tantas outras.

Segundo (ARCHELA *et* THÉRY, 2008) a elaboração de mapas temáticos envolvem algumas etapas, dentre elas: coleta de dados, análise, interpretação e representação das informações sobre um mapa base. Esses tipos de mapas são elaborados seguindo parâmetros que objetivam a melhor visualização e comunicação, sendo hábeis a representar qualquer tipo de fenômeno distribuído sobre a superfície terrestre. Os fenômenos podem ser quantitativos ou qualitativos, de natureza física ou humana.

A primordial função de um mapa temático é dar respostas às perguntas *o quê, onde e, como* ocorre determinado fenômeno geográfico, para tal, utiliza-se os símbolos gráficos que foram planejados para facilitar a compreensão.

A semiologia gráfica foi desenvolvida por Bertin (1967) e está ao mesmo tempo ligada às diversas teorias das formas e de suas representações, e às teorias da informação (ARCHELA *et* THÉRY, 2008). Os símbolos empregados na cartografia temática servem além de uniformizar e padronizar a linguagem gráfica, correlacionar a realidade ao plano imaginário. Estes, os símbolos, são construídos com a variação visual de forma, tamanho, orientação, cor, valor e granulação para representar fenômenos qualitativos, ordenados ou quantitativos nos modos de implantação pontual, linear ou zonal (ARCHELA *et* THÉRY, 2008).

Muito se disse a respeito dos mapas que possuem dados quantitativos, qualitativos ou ordenados. A repetição da temática baseia-se na influência primordial dessas variáveis para a escolha futura das simbologias empregadas.

Para os fenômenos qualitativos utiliza-se as variáveis visuais seletivas *forma*, *orientação* e *cor*, implantados de forma pontual, linear ou zonal. Possuem caráter tipicamente de apresentar a tipificação da informação, a localização de um *shopping center*, por exemplo.

Os fenômenos quantitativos são representados pela variável tamanho, estão de tal modo associados a valores mesuráveis. Provêm desses fenômenos diversos tipos de mapas, dentre eles os mapas de símbolos proporcionais (extremamente utilizados na representação do tamanho populacional, por exemplo, associado a pontos selecionados no mapa).

Por fim os fenômenos ordenados são aqueles cuja representação consta nos mapas coropléticos que são elaborados com dados quantitativos e apresentam sua legenda ordenada em classes conforme as regras próprias de utilização da variável visual valor por meio de tonalidades de cores (ARCHELA *et* THÉRY, 2008). Em suma, todo o trabalho desenvolvido no IDSUS resultou em uma interface apresentada para o público seguindo aquele pressuposto, os mapas coropléticos são os que podem ser encontrados no site do índice. De modo que, para este trabalho, os mapas temáticos desenvolvidos para alcançar o terceiro objetivo específico também seguirão esse padrão.

4 QUADRO SOCIOESPACIAL E ECONÔMICO DO CENTRO-OESTE

4.1 Regionalização do espaço brasileiro

O Brasil possui um território com extensão terrestre equivalente a um continente de pequeno porte. A gestão e o estudo do território brasileiro seriam inviáveis caso sua porção territorial fosse analisada como um todo. O país não possui uma homogeneidade em aspectos físicos, econômicos, culturais, sociais, territoriais, populacionais e histórico. Segundo GUIMARÃES (1941) desde que o país não apresenta homogeneidade de aspectos, é necessário estudá-lo por partes, nos seus pormenores, para que uma síntese seja efetuada posteriormente.

Foram muitos os estudos, propostas e instituições que trabalharam em prol de uma divisão regional do Brasil condizente com a realidade, e principalmente com a

regionalização que se pretendia fazer, ou seja, onde as regiões apresentassem unidade em características, os critérios adotados também foram diversos.

Essa variedade em critérios de classificação regional é problemática, segundo GUIMARÃES (1941), pois faria necessária uma uniformidade nesse quesito para viabilizar análises estatísticas e comparativas do território brasileiro, por exemplo. Às necessidades administrativas seria ideal a fixação de uma única divisão regional (GUIMARÃES, 1941).

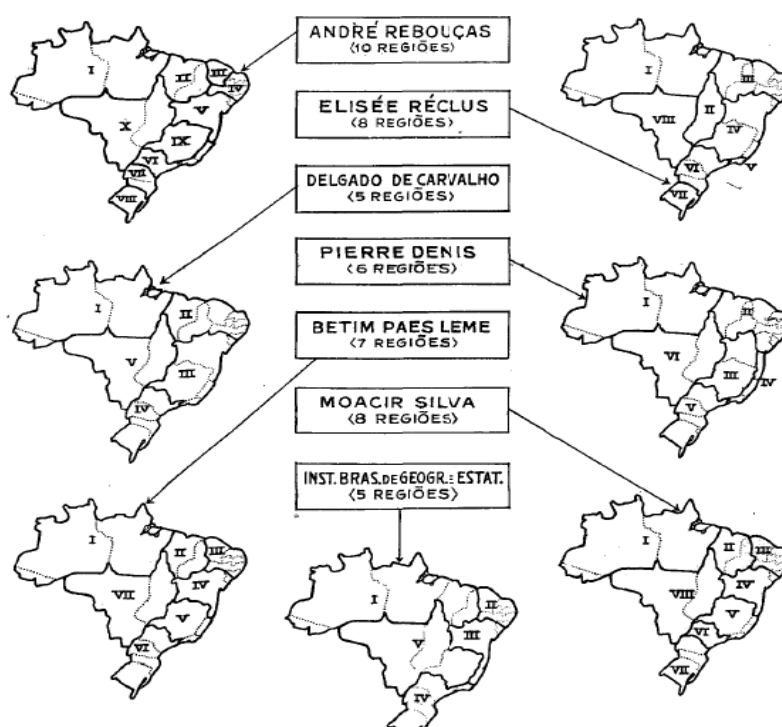


Figura 4.1 – Regiões do Brasil segundo vários autores – Fonte: Revista Brasileira de Geografia – Abril-Junho/1941

Diante os percalços encontrados na regionalização do espaço brasileiro, seria mais adequado que essas buscassem uma maior aproximação das realidades geográficas; ou, em outras palavras, tais regiões devem assemelhar-se o mais possível às “regiões naturais”, segundo GUIMARÃES (1941).

No final do século XIX ainda era forte as ideias deterministas/ambientalistas que entendiam que o espaço deveria ser interpretado antes de mais nada pela diferenciação “natural” da superfície terrestre (HAESBART, 1999)

O conceito de região natural há muito já foi fixado pelos geógrafos e deriva de dois grandes princípios que servem de base à Geografia moderna, segundo GUIMARÃES (1941): o *princípio da extensão* que diz respeito à distribuição dos

fenômenos pela superfície terrestre, aliado ao *princípio da conexão*, do qual resulta o estudo das interrelações existentes entre os fenômenos que ocorrem no mesmo local. Para que uma região natural seja determinada é imprescindível uma análise da distribuição dos fatos geográficos e das influências recíprocas que esses fatos exercem entre si numa dada extensão. Ela é definida assim, por um conjunto de caracteres, não todos evidentemente, mas aqueles que se destacam, como por exemplo, o clima e o relevo da Amazônia.

Um dos problemas centrais levantados pela questão regional no âmbito acadêmico refere-se à busca da síntese entre múltiplas dimensões do espaço geográfico, síntese esta que, sem ser exaustiva, está vinculada à produção de uma singularidade coerente capaz de delimitar uma porção contínua e estável do espaço (HASBAERT, 1999).

Ao definir regiões naturais deve-se ter em mente a distinção entre unidade, o que essas devem possuir, e uniformidade. “Uma região montanhosa, por exemplo, apresenta vales, planaltos, cristas, sucedendo-se uns aos outros, não havendo portanto uniformidade; o conjunto, porém, apresenta certa unidade geral, que pode ser caracterizada em poucas palavras” (GUIMARÃES, 1941, p. 328).

O número e a extensão das regiões são diretamente influenciados pela não distinção de unidade e uniformidade entre os geógrafos. A preocupação em delimitar regiões uniformes é que tem levado muitos a aumentar o número de regiões com dimensões cada vez mais reduzidas, segundo GUIMARÃES (1941).

O estudo dum país extenso como o Brasil recomenda a divisão em “Grandes Regiões Naturais”, vastos blocos em pequeno número, cada um formando um grande todo, definido por algumas características gerais, distintas das dos outros. Cada uma delas deve ser, contudo, subdividida em partes menores, “Regiões” propriamente ditas, e estas, por sua vez, em “Sub-regiões”, para um estudo cada vez mais pormenorizado (GUIMARÃES, 1941, p. 330.).

A delimitação regional também é assunto controverso entre os estudiosos do tema em questão. Ora optam pela delimitação linear ora pelas zonas de transição. Em suma, na realidade a natureza apresenta sim zonas de transição em seus meios físicos, contudo para uma carta essas zonas só representariam uma nova problemática, pois seriam criadas entre duas regiões uma nova região que tornaria

mais onerosa a capacidade interpretativa do ser humano. Segundo GUIMARÃES (1941) mais vale, portanto, traçar claramente, nas cartas, linhas de demarcação, lembrando que essas linhas são esquemáticas, para satisfazer às nossas necessidades de compreensão, e que não tem existência real na natureza, que só admite “zonas de contato” em vez de fronteiras lineares.

Como já mencionado os critérios utilizados na delimitação regional são de extrema importância para a homogeneidade da divisão e para a determinação da finalidade à qual aquela regionalização será empregada. No que tange a Geografia Humana o conceito de região ainda não é algo fixado e unânime, pois deveriam ou não, na caracterização de uma região natural, utilizar-se de fatores da Geografia Humana ou somente da Geografia Física, é o que problematiza GUIMARÃES (1941).

Uma região natural deve ser caracterizada por fenômenos do domínio da Geografia Física. Dentre os fatos humanos, podem ser utilizados aqueles que resultem do imperativo do meio físico, a título de confirmação, e para solucionar os problemas que ainda se apresentem quanto aos limites (GUIMARÃES, 1941).

Numa ótica ainda carregada de positivismo/funcionalismo, introduziram-se noções de região menos estáticas como a de centro-periferia, também reinterpretada numa visão crítica pelo marxismo. Essas regiões são definidas não por fatores físicos, mas por fatores que interligam o meio político, econômico e cultural (HAESBAERT, 1999).

Uma Geografia Regional renovada não desmerece a “antiga” forma de regionalizar e devem ser vistas como complementares e não excludentes. Mostrando de tal modo que os critérios da regionalização também se modificam, além da necessidade do seu desenvolvedor, pela transformação do mundo, em outras palavras foi dentre outros fatores a globalização responsável pela noção de região menos estática.

Cabe a uma Geografia Regional renovada recuperar o sentido dos recortes espaciais tanto a partir de sua inserção desigual em movimentos mais globalizados quanto a partir da re-criação de singularidades que lhes dão um caráter próprio. Revalorizar o singular não significa cair outra vez numa “fenomenologia pura”, que vê somente o “acontecimento”, ou num empirismo bruto, baseado no binômio observação-descrição; significa, isto

sim, evidenciar a capacidade dos grupos humanos de recriar espaços múltiplos de sociabilidade (HAESBAERT, 1999, p. 22.).

As “regiões humanas” tem a vantagem de levarem em conta fatores físicos e humanos sendo assim uma síntese, o coroamento dos estudos geográficos. Tais regiões, particularmente as econômicas, pela sua instabilidade, não fornecem base conveniente para a comparação no tempo, mas apresentam grande arcabouço às comparações espaciais (GUIMARÃES, 1941).

Regiões do Brasil na atualidade

Como mencionado nos parágrafos anteriores às divisões regionais obedecem a critérios que condizem com a necessidade do desenvolvedor e/ou finalidades específicas. Fixando normas especiais para a elaboração do Anuário Estatístico Brasileiro, o Conselho Nacional de Estatística, estabeleceu em 1938 o modo pelo qual dever ser feita a regionalização, adotando para esse fim a divisão em uso no Ministério da Agricultura (GUIMARÃES, 1941).

Na época, as regiões adotadas eram:

- I – Norte: Acre, Amazonas, Pará, Maranhão e Piauí;
- II – Nordeste: Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco e Alagoas;
- III – Este: Sergipe, Baía e Espírito Santo;
- IV – Sul: Rio de Janeiro, Distrito Federal, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul;
- V – Centro: Mato Grosso, Goiás, Minas Gerais.

Como bem elucida GUIMARÃES (1941) as razões em que o Ministério da Agricultura se baseou para estabelecer tal divisão, não são de conhecimento público e não podem ser justificadas nem pela Geografia Física, quer pela Geografia Humana, podem sim ser elaboradas pequenas comprovações que justificam pelos aspectos físicos ou humanos a necessidade de um Estado estar inserido naquela região. Magalhães também citava como previsão que essa divisão por apresentar tal lacuna seria revista em breve, o que de fato ocorreu.

Embora os critérios possam, até hoje, não parecer tão abertos quanto deveriam, a finalidade da regionalização proposta pelo IBGE é bastante clara:

O Instituto tem como atribuição elaborar divisões regionais do território brasileiro, com a finalidade básica de viabilizar a agregação e a divulgação de dados estatísticos. Essas divisões, que se estabelecem em diversos níveis de abrangência, conduziram, num primeiro momento, à agregação de Unidades Federadas em espaços macrorregionais institucionalizados, em 1942, como: Região Norte, Região Meio-Norte, Região Nordeste Ocidental, Região Nordeste Oriental, Região Leste Setentrional, Região Leste Meridional, Região Sul e Região Centro-Oeste. (Cartograma – Evolução das Unidades Político-Administrativas Divisão Regional – IBGE, 2014)

Até ser vista como está hoje, a regionalização do espaço brasileiro passou por diversas mudanças, como mostra a figura 4.2.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) comenta sobre a divisão e menciona parte dos critérios explorados, dizendo que:

O caráter intrínseco da revisão da Divisão Regional do Brasil refere-se a um conjunto de determinações econômicas, sociais e políticas que dizem respeito à totalidade da organização do espaço nacional, referendado no caso brasileiro pela forma desigual como vem se processando o desenvolvimento das forças produtivas em sua interação com o quadro natural. Sem deixar de lado as partes constitutivas da referida totalidade, a Divisão Regional em macrorregiões a partir de uma perspectiva histórico-espacial enfatiza a divisão inter-regional da produção no País, a par da internacionalização do capital havida após década de 1960, buscando as raízes desse processo de acumulação e de valorização do capital. (Cartograma – Evolução das Unidades Político-Administrativas Divisão Regional – IBGE, 2014).

As transformações havidas no espaço brasileiro no decorrer das décadas de 1950 e 1960 levaram a uma nova divisão em macrorregiões, sendo essa institucionalizada em 1970 e vigente até os dias atuais, dela fazem parte as Regiões:

- I – Norte: Acre, Rondônia, Amazonas, Roraima, Pará, Amapá e Tocantins;
- II – Nordeste: Maranhão, Piauí, Bahia, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas e Sergipe;

- III – Centro-Oeste: Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás e Distrito Federal;
- IV – Sudeste: Minas Gerais, São Paulo, Espírito Santo e Rio de Janeiro;
- V – Sul: Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.



Figura 4.2 – Evolução da Divisão Regional do Brasil. Fonte: Cartograma – Evolução das Unidades Político-Administrativas Divisão Regional – IBGE, 2014.

4.2 O Centro-Oeste

O termo Região Centro-Oeste existe institucionalizado pelo Governo Federal, desde 1941, o IBGE elaborou a primeira divisão regional do Brasil para fins estatísticos e didáticos. Naquela época a região era constituída por Mato Grosso e Goiás (DUARTE, 1989).

A regionalização vigente do país utilizado como parâmetro para análises foi institucionalizada em 1970. As macrorregiões foram conceituadas como espaços homogêneos. Criado em 1960, o Distrito Federal, foi incorporado ao Centro-Oeste.

Atualmente para o IBGE a Região Centro-Oeste é composta por três Estados (Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Goiás) e um Distrito Federal.

Durante o processo de regionalização no qual propunha o IBGE para garantir a organização de padrões a serem seguidos para fins estatísticos, o Centro-Oeste era caracterizado como um território de chapadas areníticas, com relevo suave, recoberto por uma vegetação de campos e cerrados. Também atribuíam-se a ele as características de ser pouco povoado e sustentado por uma incipiente economia (DUARTE, 1989).

A Região Centro-Oeste, assim como todas as outras, possui um papel para a totalidade nacional, ou seja, participa de forma específica na divisão do trabalho no país. Segundo DUARTE (1989), no contexto nacional, ela é a fornecedora de

produtos agropastoris, de modo especial, grãos e carne, para abastecimento das indústrias de produtos alimentares e dos núcleos urbanos das Regiões Sudeste e Sul do Brasil. Ao mesmo tempo, produz para a exportação. Durante grande período foi vista também como área de assentamento de migrantes procedentes do Nordeste e do Sul do país, cujo fluxo migratório era atraído pelas ofertas de emprego em um mercado agrícola em desenvolvimento ou simplesmente pela busca de terras amenizando tensões sociais em torno dessa.

O Centro-Oeste possui sua maior extensão territorial coberta pela paisagem fitoecológica denominada Cerrado. Sua estrutura compreende basicamente dois estratos: o superior, formado por árvores e arbustos, e o estrato inferior, composto por um tapete de gramíneas. O estrato superior é caracterizado por indivíduos de troncos e galhos retorcidos, de caule grosso e recoberto de casca espessa. As folhas são grandes e certas espécies as possuem grossas, coriáceas e ásperas, podendo atingir comprimento superior a 30 cm, e largura superior a 20 cm, sendo nestas raros os espinhos (SILVA, 1989).

Em todo o território regional, o inverno é uma estação de temperaturas predominantemente amenas, de insuficiência de chuva e de déficit de água no solo que pode se estender até a primavera, enquanto que o verão é uma estação muito quente, excessivamente chuvosa, de solos saturados de umidade e de intenso escoamento superficial de água posto à disposição dos processos erosivos dos solos e da realimentação das enchentes dos rios (NIMER, 1989).

4.2.1 Evolução do quadro econômico

A história econômica do Centro-Oeste é tardia, pois pertencente à Espanha pelo Tratado de Tordesilhas não despertava em seus colonizadores europeus interesse econômico. O que somente veio ocorrer com a exploração de ouro as margens dos rios mineiros, levando a construção da capitania de Mato Grosso (1748) e Goiás (1765), segundo MIRAGAYA (2003).

A base geográfica da economia mineira estava situada numa vasta região compreendida entre a serra da Mantiqueira, no atual Estado de Minas, e a região de Cuiabá, no Mato Grosso, passando por Goiás (FURTADO, 2004, p. 84.).

O auge da atividade de mineração ocorreu em 1760, quando atingiu cerca de 2,5 milhões de libras. Entretanto, o declínio no terceiro quartel do século foi rápido e já não alcançava 1 milhão de libra em 1780. (FURTADO, 2004).

As últimas décadas do século XVIII, a produção de ouro na região declinou de forma acentuada e a economia local seguiu a mesma direção. Houve uma grande queda populacional e a maior parte dos mineiros e escravos que permaneceram, passaram a se dedicar à agricultura de subsistência, pecuária, caça e pesca (MIRAGAYA, 2003).

Segundo MIRAGAYA (2003) ao findar o século XIX, a Região Centro-Oeste era a menos povoada do país, assim como a de economia mais atrasada.

O desenvolvimento econômico da região Centro-Oeste no século seguinte está diretamente relacionado ao sucesso econômico de São Paulo, que no final do século XIX expandiu sua produção de café até as fronteiras daquela região (FURTADO, 2004).

Segundo MIRAGAYA (2003) o sul do Mato Grosso e o sudeste de Goiás passaram a receber capitais oriundos de São Paulo, gerados na atividade cafeeira, e de pecuaristas do Triângulo Mineiro, e que buscavam diversificação, investindo na criação bovina, assim como na atividade comercial. A ligação entre Centro-Oeste e a economia paulista se deu via ferrovia.

O crescimento de São Paulo propiciou o crescimento de produtos alimentares, a pecuária foi uma atividade privilegiada. A transposição do rio Paraná em direção ao Mato Grosso, do rio Grande, rumo ao Triângulo e em seguida do Parnaíba, adentrando terras goianas, era o caminho natural dos pecuaristas paulistas (MIRAGAYA, 2003). Tanto é que em 1912 o rebanho de Mato Grosso e Goiás equivaliam a 15% do total nacional.

A estreita relação com o mercado paulista foi a responsável pelo crescimento da região quando a industrialização da mesma era praticamente inexistente em meados da década de 1945. Mesmo assim, seu desenvolvimento agropecuário não agregava valores significantes ao PIB (Produto Interno Bruto) agropecuário do país.

O crescimento mais expressivo foi registrado pela agricultura. A área destinada à lavoura aumentou de 730 mil para 1,38 milhão de hectares. Três culturas se destacavam no cenário regional (arroz, milho e feijão),

aparecendo em segundo plano o café, o algodão e a mandioca. O crescimento mais expressivo foi o da produção de arroz, que multiplicou-se por nove, passando de 81 mil t em 1940 para 767 mil t em 1960. Nos três casos, a produção superava amplamente o consumo local, tornando-se a região uma importante exportadora de alimentos, principalmente para o mercado de São Paulo. (MIRAGAYA, 2003)

A transferência da Capital Federal para o interior do país seria de extrema importância ao crescimento regional a partir de 1960. Muito embora a transferência de Brasília não tenha gerado nenhum impulso ao desenvolvimento industrial pelo menos nas duas décadas seguintes à sua fundação, a decisão de sua construção se deu em uma das principais fases de industrialização do país. Brasília fora projetada para ser símbolo de Estado forte e burocrático, diante os ideais fordistas (MIRAGAYA, 2003).

A política industrial proposta pelo então presidente Juscelino Kubstichek tornou-se famosa por propor um desenvolvimento de 50 anos em apenas 5. O país observou um vertiginoso crescimento na produção de automóveis e na instalação de indústrias diversas, além da expansão rodoviária. “Num prazo muito curto, até o final da década de 60, a Capital Federal estava ligada às principais metrópoles litorâneas do país e suas regiões de influência por rodovia asfaltada” (MIRAGAYA, 2003), de modo que estava facilitado o processo de ocupação do cerrado e a intensificação populacional.

“Foi com base, portanto, no forte fluxo de migrantes, que a Região Centro-Oeste desenvolveu um notável crescimento de sua base econômica capitaneada pela atividade agropecuária” (MIRAGAYA, 2003).

Cada vez mais, em meados da década de 1970, a Região Centro-Oeste assumia seu papel na divisão do trabalho em escala nacional. A extraordinária incorporação de espaços à agropecuária, estimulada pelos incentivos fiscais e financeiros, já se verificou em um contexto de progressiva articulação da agricultura com o setor dominante da economia, o que respondeu pelo emprego de maquinário e insumos de origem industrial, em um processo acelerado de modernização da agricultura regional (MESQUITA, 1989). Tal modernização foi outro grande fator ao dinamismo econômico da região em questão.

Concomitante ao desenvolvimento aperfeiçoado da agricultura, a década de 70 para a região central também foi decisiva para o desenvolvimento da pecuária bovina. O plantio de pastos, técnica já comum na região, estendeu-se no ano exposto e aumentou a criação de gado em fase de engorda e maximizou a produção de leite (MESQUITA, 1989).

As transformações ocorridas no Centro-Oeste, após 1970, também são resultantes de planos de desenvolvimento traçados pelo poder central que induziu o processo através de política claramente formulada e por um aparato institucional especificamente organizado para a formulação dessa política (DUARTE, 1989).

O aparato institucional se deu via fortalecimento da Comissão para o Desenvolvimento do Centro-Oeste que originou a Superintendência de Desenvolvimento do Centro-Oeste (Sudeco), criada em 1967, que norteou as ações governamentais em torno de uma análise da estrutura de terra e ocupação pela qual passava a região central (DUARTE, 1989).

Contudo foi, portanto, baseada na expansão da agricultura comercial, liderada pela produção de arroz e soja, assim como com a pecuária tecnificada, que a região central do país se integrou a economia nacional e internacional (MIRAGAYA, 2003).

É com base nesse quadro favorável e bem diferente de anos anteriores para economia da região em questão, que sua participação no PIB nacional evoluiu, chegando aos 8% em 2001 (IBGE, 2014).

Com o exposto citado até é visível em qual setor econômico região se destaca. Para o êxito da atividade agrícola MIRAGAYA (2003) ressalta a importância da Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA). Fundada em 1973, esta empresa foi a responsável pelo desenvolvimento de sementes de soja, milho, algodão e feijão especiais as condições de solo e clima do cerrado. Houve também desenvolvimento de tecnologias de irrigação, de correção do solo, de rotação de culturas, de manejo de solo, controle de pragas e adubação. Pesquisas também foram desenvolvidas para a área da pecuária e os resultados levaram, por exemplo, a redução do tempo de abate do gado de 72 para 24 meses, em média (MIRAGAYA, 2003).

Na atualidade, a Região Centro-Oeste é fortemente conhecida e preenchida por enormes plantações, principalmente de soja. MIRAGAYA (2003) ressalta que o cultivo da leguminosa na região começou muito timidamente nos anos 70 como uma

extrapolação do cultivo na Região Sul. Em 1975, o Brasil já cultivava 5,65 milhões de hectares de soja e já era o segundo exportador mundial, estando a produção bastante concentrada na sul do país.

O cultivo alcançou o sul do Mato Grosso do Sul e o sudoeste de Goiás. Em 1975, essas duas áreas plantavam 180 mil hectares da leguminosa, ou 3,3% do total nacional. Em 1980, a área cultivada cresceu para 880 mil hectares (11,3% do país). Em 1985, a região já respondia por 25,4% da área colhida com soja no Brasil. Em 1995 foi observado um aumento na área cultivada para 3,38 milhões de hectares (35,7% da área do país), dando ao Mato Grosso o título de principal produtor da região. Em 2000, a soja cultivada na região alcança 5,6 milhões de hectares e 41% do total cultivado no Brasil, percentual que cresceu para 44,6% na safra de 2003 (MIRAGAYA, 2003). Para 2012, segundo o IBGE (2013), somente o Estado de Mato Grosso alcançou 6,9 milhões de hectares plantados.

A concentração de terras, a redução do contingente de pessoas ocupadas proveniente de tal mecanização, o desenvolvimento das indústrias alimentícias e de suprimento da agropecuária, a demanda por infraestrutura, são poucas das reações em cadeias desse processo que fizeram o centro do país crescer mais que a média nacional e que estados com uma cultura industrial consolidada.

A história do desenvolvimento econômico do Centro-Oeste apresenta certa homogeneidade quanto seu produto principal. O que observa-se com o passar dos anos é que o aperfeiçoamento tecnológico nas áreas de agricultura e pastagem foram os grandes responsáveis pela maximização da produção e a inserção dessa região na economia nacional e posteriormente mundial.

4.2.2 Evolução do quadro social

Durante todo o período colonial e imperial, apenas entre 1720 e 1780, o auge na economia de mineração em Goiás e Mato Grosso, a Região Centro-Oeste recebeu um fluxo de imigrantes. Remotamente a região era habitada somente por índios, mas com a descoberta do ouro e do diamante a área recebeu uma população branca (vindos de São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia e de Portugal) e negra (escravos) que correspondia a 5% do total colonial (MIRAGAYA, 2003).

Segundo MIRAGAYA (2003), na virada do XIX para o século XX, o Centro-Oeste possuía menos de 400 mil habitantes, tendo em vista que a população branca e negra caíra, o que representava cerca de 2,1% da população nacional.

Entretanto, nas primeiras décadas do século XX, as transformações ocorridas na economia central, proveniente do deslocamento de capital oriundos da cafeicultura paulista que buscava oportunidades na produção de alimentos voltados para o mercado interno em expansão, gera uma forte demanda de mão-de-obra imigrante, essa, em especial, nordestina. As correntes migratórias do Nordeste também são impulsionadas pela falta de terra e pelas secas (MIRAGAYA, 2003).

A década de 1930, período no qual gira em torno o crescimento mencionado, o país vivia uma grande mudança estrutural em termos econômicos, políticos e culturais. A ocupação do Centro-Oeste também parte de uma iniciativa governamental materializada no lançamento da “Marcha para o Oeste” determinada pelo presidente Vargas em 1938.

Lançada na véspera de 1938, a Marcha para o Oeste foi um projeto dirigido pelo governo para ocupar e desenvolver o interior do Brasil [...]. Apesar do extenso território, o Brasil havia prosperado quase que exclusivamente na região litoral, enquanto o vasto interior mantinha-se estagnado – vítima da política mercantilista colonial, da falta de estradas viáveis e de rios navegáveis, do liberalismo econômico e do sistema federalista que caracterizavam a Velha República (GARFIELD, 2000, p.15).

Segundo MIRAGAYA (2003), o ano de 1940 marcou uma verdadeira virada no processo de urbanização para a Região Centro-Oeste. A população urbana cresceu em uma velocidade jamais vista. A região saiu da posição de menor taxa de urbanização em 1940, da ordem de 20%, para o terceiro lugar em 1960, com 34% (ano da inauguração de Brasília no interior do país).

Com a expansão da agricultura comercial em sua fase ainda não mecanizada, o que significava forte absorção de mão-de-obra nas atividades de plantio e de colheita, observou-se que a população rural no Centro-Oeste cresceu de forma acelerada, praticamente dobrando de 990 mil pessoas em 1940 para 1,94 milhão em 1960. (MIRAGAYA, 2003, p. 85).

No Centro-Oeste, o acelerado crescimento das cidades se deu em função das demandas geradas pela economia agrária em rápida expansão, envolvendo a atividades como armazenamento e comercialização da produção; fornecimento de sementes, implementos agrícolas e outros insumos; suprimentos de bens de consumo e serviços diversos para a população no campo. (MIRAGAYA, 2003, p. 85).

Ainda segundo MIRAGAYA (2003) as décadas de 1960 e 1970 vão marcar o excepcional crescimento do Centro-Oeste tendo influência direta da construção de Brasília. Os imigrantes são direcionados principalmente para a nova capital e Goiânia, mas também para a vasta fronteira agrícola. Brasília passava a representar o sonho de uma melhor oportunidade para milhares de pessoas, de fato, a sua construção empregou um enorme contingente de mão-de-obra.

Durante a década de 1980 até meados dos anos 2000, a região manteve o ritmo de crescimento, embora menor que aquele observado no auge de seu crescimento que foi o período anterior exposto acima. A taxa de urbanização subiu para quase 84%, devido principalmente a queda da população rural (MIRAGAYA, 2003), esta alterada dentre outros fatores, pela mecanização da agricultura.

A alternativa dessas pessoas que saíam dos centros agrícolas eram os centros urbanos. Nessas cidades, tem ocorrido uma relativa oferta de emprego, seja no setor terciário voltado para o atendimento das demandas da agropecuária; na atividade agroindustrial ou assalariados para a atividade agrícola (MIRAGAYA, 2003).

O quadro social da Região Centro-Oeste possui um desenvolvimento concomitante ao desenvolvimento econômico. O fluxo populacional principal acompanha as etapas de desenvolvimento da agricultura e pecuária em seu auge e seguem caminhos diferentes quando a mão-de-obra já não é mais tão necessária quanto antes. A capitalização da atividade agrícola assim como o uso recorrente de tecnologias no campo divide as cidades da região entre aquelas cuja produtividade é elevada e aquelas onde ainda prevalece a atividade de subsistência.

5 ANÁLISE GEOGRÁFICA DO ÍNDICE DE DESEMPENHO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SEGUNDO QUADRO SOCIOESPACIAL E ECONÔMICO DO CENTRO-OESTE

5.1 O Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde para os municípios do Centro-Oeste

O Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde para os municípios do Centro-Oeste, como observado na figura 5.1, está disposto na forma de mapa coroplético. As classes dizem respeito ao agrupamento dos municípios com características semelhantes e as cores representam de forma ordenada o resultado obtido pelo município, onde a cor vermelha variando de 0 a 3,99 representa o valor que mais se distancia da situação ideal de desempenho do SUS e a cor verde com resultados acima de 8 representa um resultado muito próximo do ideal.

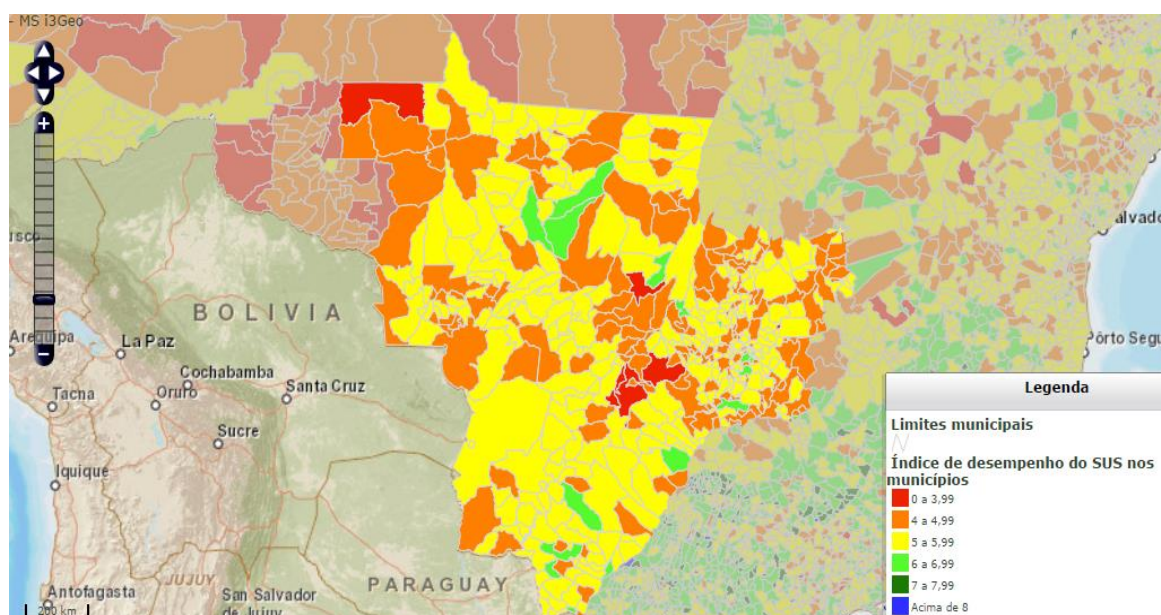


Figura 5.1 – Índice de Desempenho do SUS nos municípios – Fonte: SAGE-IDSUS. Disponível em <<http://189.28.128.182/i3geo/sage/abremapa.php?id=1>>. Acesso em: 12 out. 2014.

Visualizando o mapa apresentado, pode-se dizer que o desempenho do Sistema Único de Saúde nos municípios (466 mais o Distrito Federal no ano de 2010) do Centro-Oeste encontra-se em sua grande maioria na faixa que varia de 5 a 5,99, ou seja, podemos dizer que a Região central do país um desempenho médio ao SUS. O extremo positivo, que seriam notas superiores a 8 não são observados

em tal região, contudo o extremo negativo que varia de 0 a 3,99, apresenta algumas ocorrências.

Como observado no gráfico a seguir, dos 466 municípios presentes na Região Centro-Oeste no ano de 2010, 7 municípios (Alto Taquari, Colniza, Nova Xavantina, Aguas Lindas de Goiás, Caiapônia, Mineiros e Santa Rita do Araguaia) obtiveram desempenho que varia de 0 a 3,9; a classe que varia de 4 a 4,9 possui 161 ocorrências; comprovando o mencionado no paragrafo anterior a classe amarela que varia de 5 a 5,9 é a mais expressiva para o Centro-Oeste, possuindo 279 municípios; os melhores desempenhos não são tão expressivos se considerarmos que representam 4,07% do total, sendo somente 19 municípios (Campo Grande, Dourados, Japorã, Laguna Carapã, Paranaíba, Taquarussu, Feliz Natal, Nova Nazaré, Nova Ubiratã, Sorriso, Britânia, Goianápolis, Goiânia, Goiatuba, Guaraíta, Hidrolândia, Palmelo, Senador Canedo e Três Ranchos); nenhum município na região em destaque obteve pontuação superior a 7.

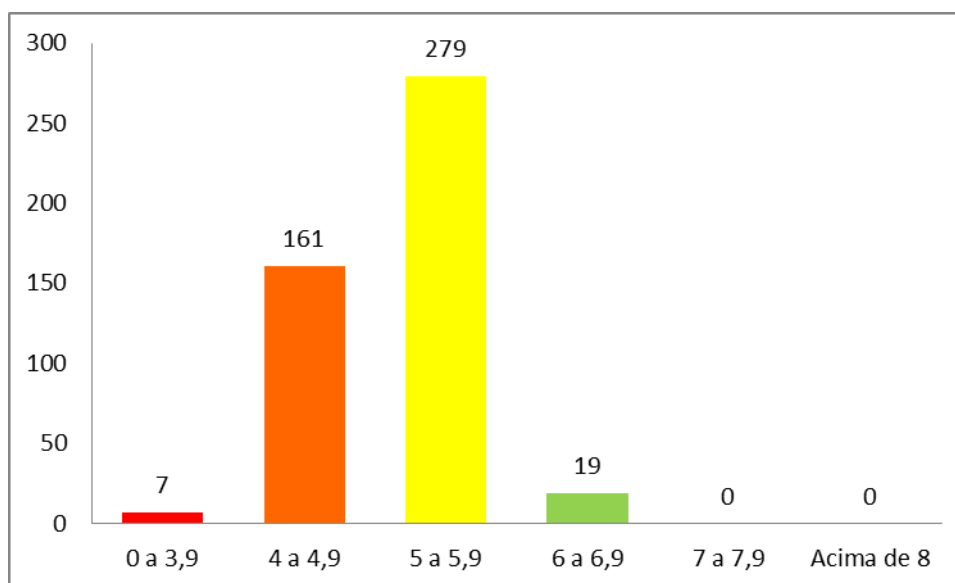


Gráfico 5.1 – Quantidade de municípios por classe do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. Fonte dos dados: SAGE – Avaliação dos SUS. Disponível em <<http://189.28.128.182/i3geo/sage/abremapa.php?id=1>>. Acesso em: 14 de out. 2014. Elaboração Própria.

Não podemos observar continuidade e homogeneidade para os resultados, pois municípios com resultados superiores dificilmente encontra-se rodeados de forma significativa por outros com resultados semelhantes, ou seja, existem municípios com resultados abaixo do esperado rodeados por outros com resultados

melhores, e o contrario também se aplica, visto que bons resultados muitas vezes encontram-se rodeados por desempenhos inferiores. Cabe ressaltar que a situação descrita não se aplica por completo para os municípios com desempenhos considerados médios e para a classe que varia de 4 a 4,9.

5.2 Análise do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde segundo variáveis para os municípios do Centro-Oeste

Os resultados do IDSUS são distribuídos espacialmente de forma bastante elucidativa conforme o objetivo imposto por tal índice, de modo que a leitura do mapa apresentado na figura 5.1 permite que o leitor identifique com considerável facilidade o desempenho obtido por seu município, para o Estado e para o Brasil como um todo. Contudo, questionamentos surgem de quase imediato visto que o índice por si só não traz informação suficiente sobre outras variáveis capazes de justificar, mesmo que inicialmente, o motivo pelo qual o desempenho apresentado pela região caracteriza-se de tal modo.

Os índices e indicadores, sociais e econômicos - aqui utilizados com esse propósito, assim como definido no objetivo principal do trabalho, são aqueles comumente utilizados pela mídia e que de certo modo já estão consolidados como ferramentas à comparação e análise.

Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e o IDSUS

O Índice de Desenvolvimento Humano é comumente utilizado em comparações entre países, mas também é um importante indicador da qualidade de vida das pessoas para unidades federativas e recentemente para os municípios do Brasil.

Em 2012, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) Brasil, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e a Fundação João Pinheiro assumiram o desafio de adaptar o IDH global para o IDH municipal a partir do censo demográfico de 2010. (ATLAS do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013).

O IDHM é uma medida composta de indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda, tal como o IDH global,

mas vai além: adequando a metodologia global ao contexto brasileiro e à disponibilidade de indicadores nacionais (PNUD, 2014).

O índice varia de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano.

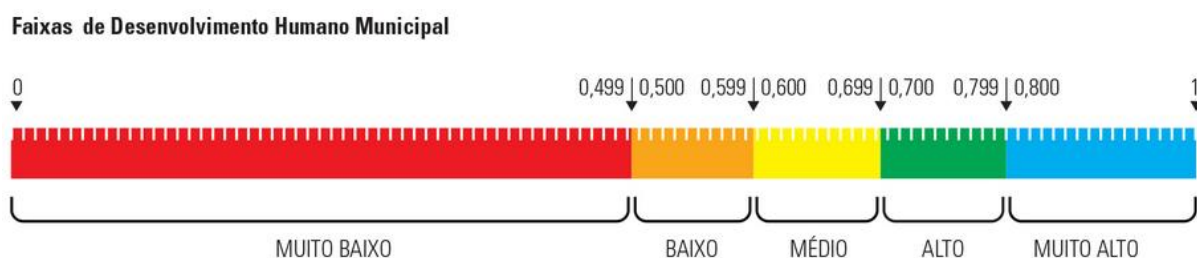


Figura 5.2 – Como ler o IDHM. Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013. Disponível em <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/idhm/>. Acesso em 16 out, 2014.

O IDHM é acompanhado por mais de 180 indicadores socioeconômicos, que dão suporte à análise do IDHM e ampliam a compreensão dos fenômenos e dinâmicas voltados ao desenvolvimento municipal. (ATLAS do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013).

Sua importância é ampla, visto que em contraposição ao PIB (Produto Interno Bruto), ele populariza o conceito e desenvolvimento centrado nas pessoas, e não a visão de que desenvolvimento se limita a crescimento econômico. É um importante indicador a comparação municipal e seus resultados servem de estímulo aos gestores para que priorizem a melhoria de vida das pessoas. (ATLAS do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013).

Como já mencionado o IDHM é composto por três importantes dimensões do desenvolvimento humano: a oportunidade de viver uma vida longa e saudável, de ter acesso ao conhecimento e ter um padrão de vida que garanta as necessidades básicas, representadas pela saúde, educação e renda (PNUD, 2014).

Vida longa e saudável é medida pela expectativa de vida ao nascer, calculada por método indireto, a partir dos dados dos Censos Demográficos do IBGE. Esse indicador mostra o número médio de anos que uma pessoa nascida em determinado município viveria a partir do nascimento, mantidos os mesmos padrões de mortalidade.

Acesso a conhecimento é composto por dois indicadores. A escolaridade da população adulta é medida pelo percentual de pessoas de 18 anos ou mais de idade

com ensino fundamental completo – tem peso 1. O fluxo escolar da população jovem é medido pela média aritmética do percentual de crianças de 5 a 6 anos frequentando a escola, do percentual de jovens de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental, do percentual de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo e do percentual de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo – tem peso 2. O IDHM Educação é a média geométrica desses dois componentes.

Padrão de vida é medido pela renda municipal *per capita*, ou seja, a renda média dos residentes de determinado município. É a soma da renda de todos os residentes, dividida pelo número de pessoas que moram no município.

IDHM – Municípios do Centro-Oeste

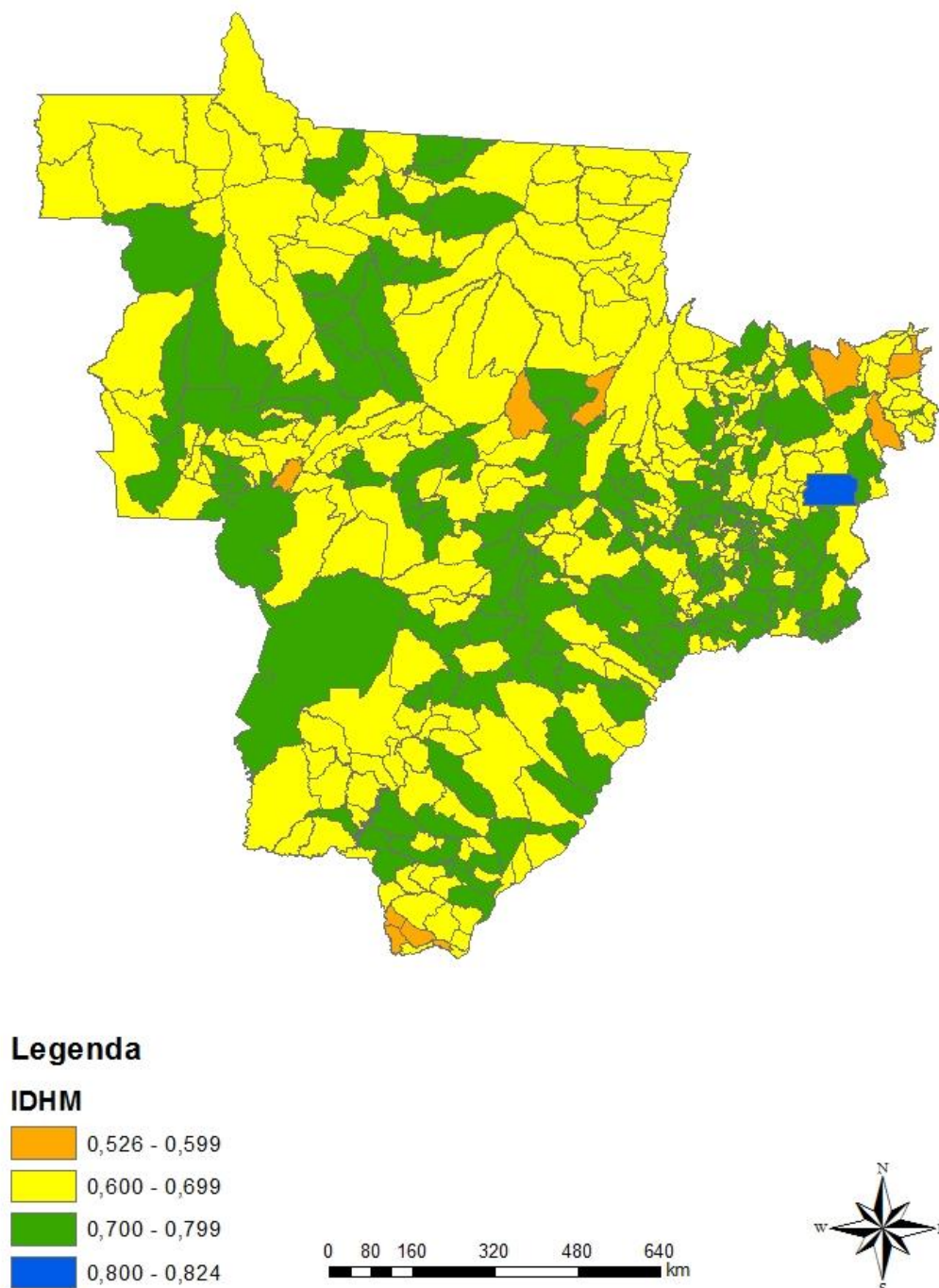


Figura 5.3 – IDHM 2013 para a Região Centro-Oeste. Fonte dos Dados: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013. Elaboração Própria.

Como mostrado na legenda da figura 5.3 o menor IDHM encontrado na região Centro-Oeste é de 0,526, motivo pelo qual a quantidade de classes foi reduzida para a elaboração do mapa temático, desconsiderando para análise o resultado *muito baixo* do IDHM que varia de 0 a 0,499. As cores também foram manipuladas para que obedecessem a leitura feita ao IDHM e facilitasse a visualização de tal variável no mapa.

De forma geral a média do IDHM para a Região Centro-Oeste é de 0,689, o que seria para o índice uma classificação tida como *média*. A visualização do mapa do IDHM da região permite constatar que os baixos resultados para o IDHM não condizem com os baixos resultados do IDSUS, visto que a espacialização das duas variáveis produzem mapas pouco semelhantes. Em suma os mapas permitem concluir que nem os baixos resultados do IDHM condizem por completo com os baixos resultados do IDSUS, nem os baixos resultados do IDSUS condizem com os baixos valores dos IDHM.

O *ranking* (posição) obedece uma ordem decrescente de modo que o número 1 possui o melhor IDHM da Região e o número 466 o pior IDHM.

Resultados Mais Baixos			
MUNICÍPIO	IDSUS	IDHM	Posição
Alto Taquari	2,5 a 3,9	0,705	155
Colniza	2,5 a 3,9	0,611	452
Nova Xavantina	2,5 a 3,9	0,704	161
Águas Lindas de Goiás	2,5 a 3,9	0,686	270
Caiapônia	2,5 a 3,9	0,693	228
Mineiros	2,5 a 3,9	0,718	97
Santa Rita do Araguaia	2,5 a 3,9	0,714	117

Tabela 5.A – Municípios segundo resultados mais baixos do IDSUS na Região Centro-Oeste e IDHM. Elaboração Própria.

De tal modo, contrariando o que muitos esperavam, o IDSUS e o IDHM pouco relacionam-se quando se diz respeito aos resultados obtidos em ambos os índices, ou seja, não poderíamos justificar o baixo desempenho no IDSUS através do resultado obtido pelo mesmo município no IDHM. Dos sete municípios com resultados de 2,5 a 3,9 no IDSUS, o que para o índice seria considerado o resultado mais baixo possível, 3 possuem valores referentes a um IDHM médio e 4 desses municípios apresentam um IDHM alto, conforme a tabela 5.A.

Quando analisado os resultados de ambos os índices para os municípios que obtiveram melhor desempenho do SUS a situação também não se mostra tão reveladora quanto esperado. No entanto, os resultados para o IDHM obtidos pelos municípios com desempenho considerado acima da média da Região Centro-Oeste são mais esperados do que para aqueles que tiveram resultados baixos no IDSUS. Dos 19 municípios com desempenho acima da média no IDSUS (6 a 6,9), 57,84% obtiveram um IDHM alto; 26,31% ou 6 dos municípios obtiveram um IDHM médio; dois dos municípios - Japorã e Nova Nazaré – quando analisados o IDHM e o IDSUS chamam a atenção, pois, as duas regiões em questão obtiveram um desempenho para o IDSUS acima da média, contudo, o IDHM desses dois municípios, 0,526 e 0,595 respectivamente, são considerados baixos.

Resultados Mais Altos			
MUNICÍPIO	IDSUS	IDHM	Posição
Campo Grande	6 a 6,9	0,784	4
Dourados	6 a 6,9	0,747	19
Japorã	6 a 6,9	0,526	466
Laguna Carapã	6 a 6,9	0,672	327
Paranaíba	6 a 6,9	0,721	80
Taquarussu	6 a 6,9	0,651	406
Feliz Natal	6 a 6,9	0,692	235
Nova Nazaré	6 a 6,9	0,595	460
Nova Ubitatã	6 a 6,9	0,669	341
Sorriso	6 a 6,9	0,744	27
Britânia	6 a 6,9	0,672	329
Goianápolis	6 a 6,9	0,703	169
Goiânia	6 a 6,9	0,799	2
Goiatuba	6 a 6,9	0,725	71
Guaraíta	6 a 6,9	0,687	262
Hidrolândia	6 a 6,9	0,706	151
Palmelo	6 a 6,9	0,73	57
Senador Canedo	6 a 6,9	0,701	187
Três Ranchos	6 a 6,9	0,745	24

Tabela 5.B – Municípios segundo resultados mais altos do IDSUS na Região Centro-Oeste e IDHM. Dados: IDSUS e PNUD. Elaboração Própria.

Renda per capita média e o IDSUS

Como mencionado o IDHM é um índice composto por outros três indicadores: educação, renda e longevidade. Do mesmo modo que o IDHM pode mascarar situações adversas mascaradas pelo alto desempenho de um grupo da população,

esses indicadores específicos podem acobertar resultados inferiores entre si, ou seja, é provável, embora esses três estejam bastante correlacionados, que um desempenho atípico em longevidade mascare um desempenho ruim em educação, por exemplo, visto que o IDHM é resultado da raiz cúbica da multiplicação do resultado dos três.

O IDHM renda é composto pela renda municipal *per capita*, ou seja, a renda média mensal dos indivíduos residentes em determinado município. A renda *per capita* mede a capacidade média de aquisição de bens e serviços por parte dos habitantes de determinado município. (ATLAS do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013).

Segundo o ATLAS do Desenvolvimento Humano (2013) o indicador é calculado com base nas respostas ao questionário da amostra do Censo Demográfico. O indicador corresponde à razão entre o somatório de todos os rendimentos de todos os indivíduos residentes no município, recebidos no mês anterior à data do Censo, e o número total desses indivíduos.

A renda de um indivíduo está diretamente relacionada a sua qualidade de vida, pois é uma das garantias ao acesso a bens e serviços diversos da comunidade, indicando seu poder de compra, principalmente para regiões cujo o fornecimento público de saúde, educação, transporte e segurança pública não são satisfatórios, de modo que o contribuinte parte sua renda entre impostos e a contratação desses serviços com particulares.

Para que fosse desenvolvida uma relação entre a Renda *per capita* média e os resultados do IDSUS para os municípios que se destacaram positivamente e negativamente, assim como para facilitar a comparação entre a totalidade dos municípios da região, foi-se desenvolvido um *ranking* ordenado de forma decrescente no qual todos os municípios da Região Centro-Oeste estão inseridos, logo aquele município cuja Renda *per capita* é a maior da região estará posicionado na primeira colocação do *ranking*, e de modo que a posição 466 será preenchida por aquele município que obteve a menor Renda *per capita*.

Renda *per capita* Média – Municípios do Centro-Oeste

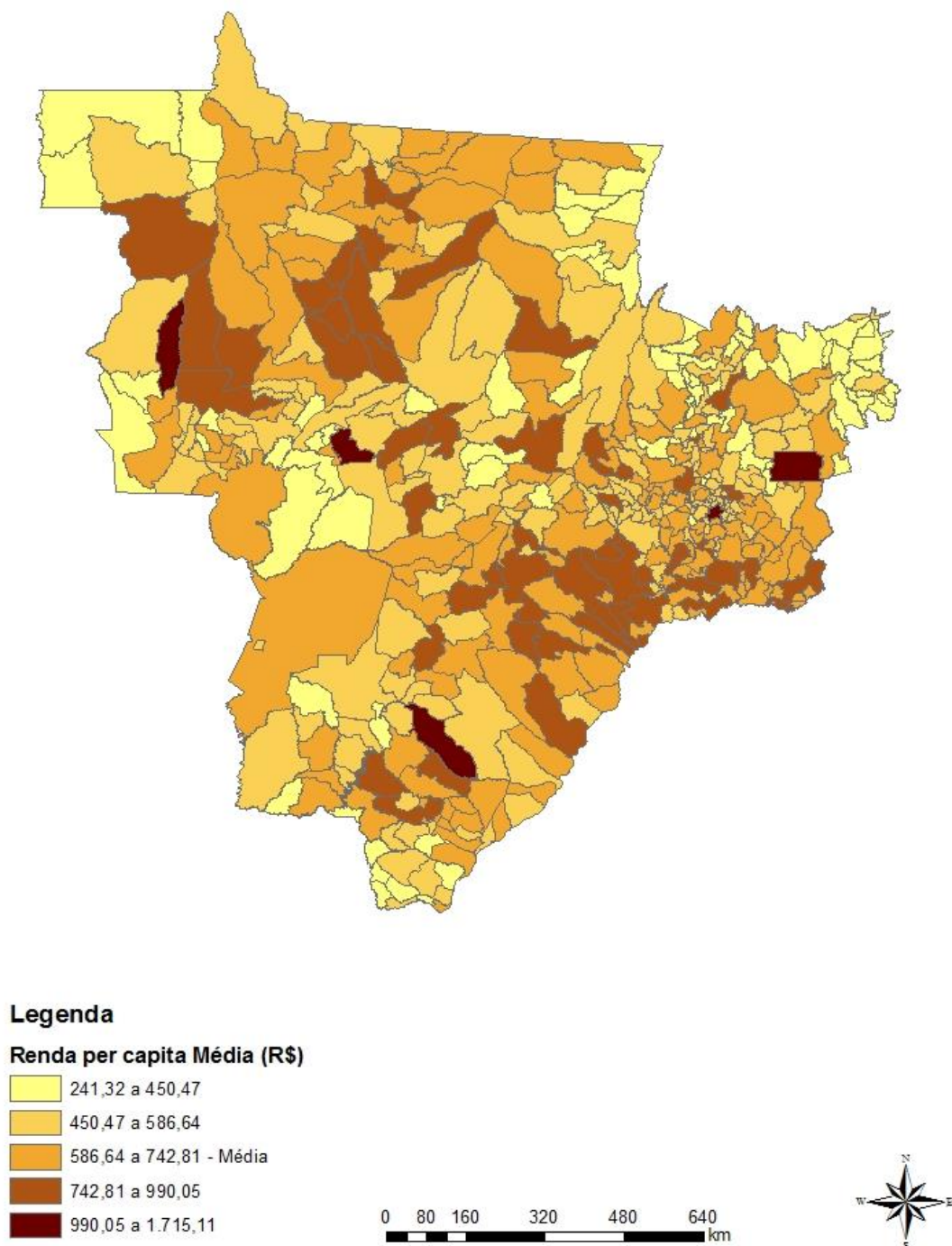


Figura 5.4 – Distribuição da Renda *per capita* Média por municípios do Centro-Oeste. Dados: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013. Elaboração Própria.

A distribuição da Renda *per capita* média para os municípios do Centro-Oeste está longe de configurar uma homogeneidade. A renda do município com o melhor desempenho na região é sete vezes maior que a do pior desempenho. De modo geral, a média da Renda *per capita* para os municípios da região gira em torno dos R\$ 586,64.

No ano de 1991 a Renda *per capita* média do Brasil era equivalente a R\$ 447,56. Ao analisarmos os municípios da Região Centro-Oeste no ano de 2010 constatamos que 78 municípios da região possuem uma renda inferior a essa 14 anos depois, ou seja, 16,73% da totalidade. Para alguns especialistas na área, o fator ocorre devido a renda desses municípios serem muito menor em 1991 e mesmo crescendo mais que a média nacional, seu valor ainda é baixo.

Resultados Mais Baixos			
MUNICÍPIO	IDSUS	Renda média <i>per capita</i> (R\$)	Posição
Alto Taquari	2,5 a 3,9	781,26	50
Colniza	2,5 a 3,9	411,69	417
Nova Xavantina	2,5 a 3,9	674,44	107
Águas Lindas de Goiás	2,5 a 3,9	449,38	386
Caiapônia	2,5 a 3,9	628,14	163
Mineiros	2,5 a 3,9	869,04	23
Santa Rita do Araguaia	2,5 a 3,9	634,76	152

Tabela 5.C – Municípios segundo resultados mais baixos do IDSUS na Região Centro-Oeste e Renda média *per capita*. Dados: IDUS e Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013. Elaboração Própria.

Teremos como parâmetro à comparação a média da Região Centro-Oeste já exposta (R\$ 586,64). Dentre os municípios cujo desempenho no IDSUS foi abaixo do esperado, dois (Colniza e Águas Lindas de Goiás) possuem rendas inferiores a esse valor. Para que pudéssemos afirmar que renda está diretamente relacionada ao IDSUS deveríamos obter um padrão no qual os municípios com menor desempenho também fossem possuidores das menores rendas. Tal qual não é, que a média da renda dos municípios de pior desempenho ao SUS é de R\$ 635,53. Todos os municípios da tabela acima possuíam em 2010 rendimento médio *per capita*, superior, por exemplo, ao salário mínimo pago na época que era de R\$ 510,00, quando no mesmo período a cesta básica custava R\$ 265,15.

Resultados Mais Altos			
MUNICÍPIO	IDSUS	Renda média <i>per capita</i> (R\$)	Posição
Campo Grande	6 a 6,9	1.089,37	5
Dourados	6 a 6,9	866,40	24
Japorã	6 a 6,9	241,32	466
Laguna Carapã	6 a 6,9	536,02	283
Paranaíba	6 a 6,9	738,58	63
Taquarussu	6 a 6,9	478,38	357
Feliz Natal	6 a 6,9	786,26	47
Nova Nazaré	6 a 6,9	381,54	432
Nova Ubitatã	6 a 6,9	599,32	196
Sorriso	6 a 6,9	988,74	7
Britânia	6 a 6,9	594,38	204
Goianópolis	6 a 6,9	543,48	268
Goiânia	6 a 6,9	1.348,55	2
Goiatuba	6 a 6,9	785,84	48
Guaraíta	6 a 6,9	421,71	413
Hidrolândia	6 a 6,9	651,41	127
Palmelo	6 a 6,9	769,47	53
Senador Canedo	6 a 6,9	537,58	281
Três Ranchos	6 a 6,9	723,26	68

Tabela 5.D – Municípios segundo resultados mais altos do IDSUS na Região Centro-Oeste e Renda média *per capita*. Dados: IDUS e Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013. Elaboração Própria.

Para os municípios que obtiveram o melhor desempenho da região, três (Campo Grande, Sorriso e Goiânia) se destacam a uma relação positiva entre o desempenho do SUS e a renda da população. Esses três citados estão colocados entre os 10 melhores valores para renda de toda a região. A grosso modo falando e sem considerar uma possível disparidade econômica entre os que possuem uma renda muito elevada e aqueles cuja renda beira a pobreza, significa dizer que a população desses três municípios está melhor equipada financeiramente e o acesso aos bens e serviços está melhor assegurado. Como mostra a tabela 5.D, 12 municípios possuem renda superior à média regional, isso equivale a 63,15% do total. Contudo a correlação positiva é trazida para baixo quando no mesmo grupo se encontra os extremos da tabela, ou seja, são três desempenhos de renda elevados contra três dos piores desempenhos de toda a região em questão, inclusive a menor Renda *per capita* média (Japorã), município que também possui o pior IDHM do Centro-Oeste.

População Total e o IDSUS

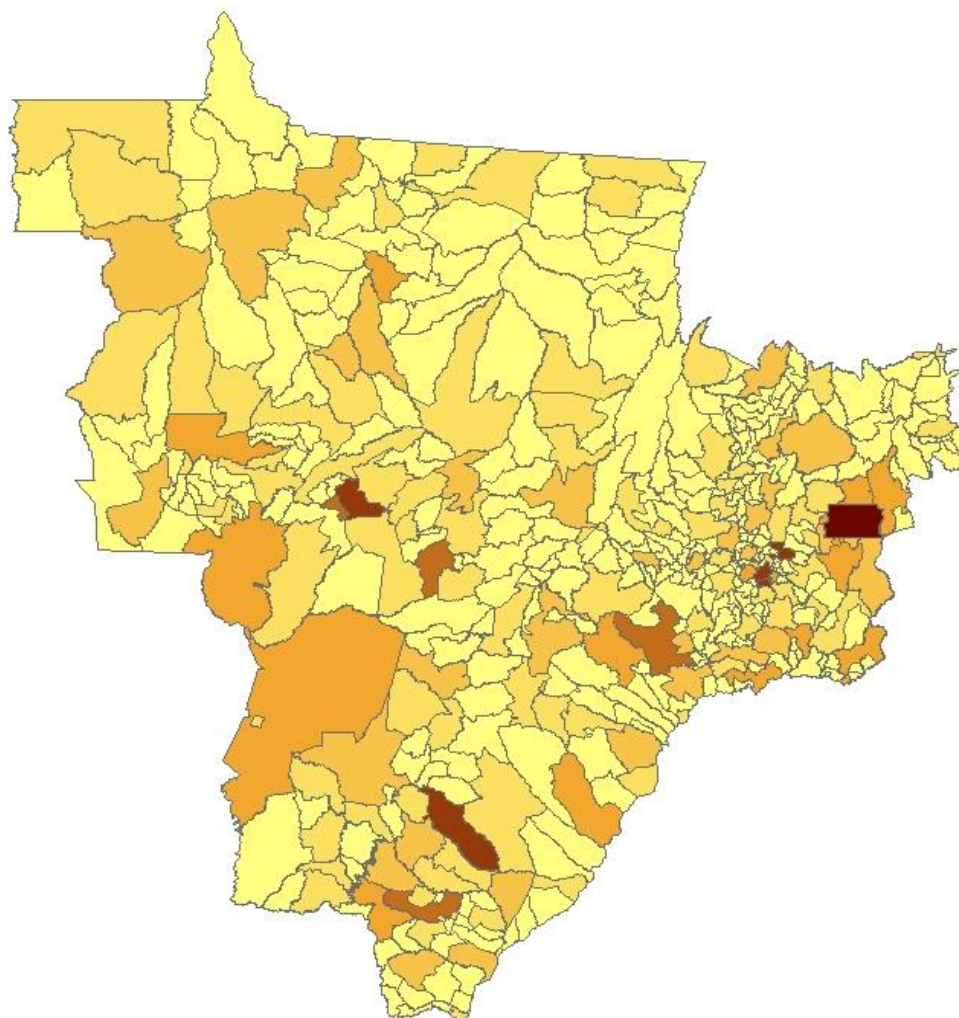
O conceito de população total, que é um indicador demográfico, é o número total de pessoas residentes e sua estrutura, em determinado espaço geográfico, no ano considerado, no caso o IDSUS veio a público em 2012, os indicadores que o compõe, principalmente os que foram obtidos pelo IBGE datam de 2010, data do último censo demográfico. Esse número expressa a magnitude do contingente demográfico e sua distribuição relativa (REDE, 2008).

Os usos do indicador População Total são diversos, segundo REDE (2008) ele propicia: prover o denominador para cálculo de taxas de base populacional; dimensionar a população-alvo de ações e serviços; analisar variações geográficas e temporais na distribuição de idades; contribuir para o planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas relacionadas à saúde, educação, trabalho, previdência e assistência social, para os diversos segmentos de idade; orientar a alocação de recursos públicos, como, por exemplo, no financiamento de serviços em base *per capita*.

O método de cálculo consiste na utilização direta da base de dados, expressando-se os resultados em números absolutos e relativos. As populações adotadas para o cálculo dos indicadores estão ajustadas ao meio do ano (dia 1º de julho). Nos anos censitários, são utilizadas as datas de referências de cada censo. (REDE, 2008).

Os municípios da Região Centro-Oeste que compõem os extremos do resultado do IDSUS possuem populações bem variadas. A importância de saber tal indicador passa pelos critérios hoje utilizados ao repasse de verba aos municípios e ao Distrito Federal, que são: o perfil demográfico; a rede de saúde na área, inclusive seu desempenho no período anterior e a previsão de investimentos; a participação do setor de saúde nos orçamentos estaduais e municipais e o ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo (CAMARA dos Deputados, 2013).

População Total – Municípios do Centro-Oeste



Legenda

População








	350 a 5000 - Pequeno Porte 1
	5001 a 10000 - Pequeno Porte 2
	10001 a 20000 - Pequeno Porte 3
	20001 a 50000 - Pequeno Porte 4
	50001 a 100000 - Médio Porte
	100001 a 500000 - Grande Porte
	500001 a 774021 - Metrópole



Figura 5.5 – Distribuição da População Total por municípios do Centro-Oeste. Dados: IBGE (2010). Elaboração Própria.

De modo geral, e como observa-se no mapa, a Região Centro-Oeste possui a maioria de seus municípios com população até 20.000 habitantes. O destaque do Distrito Federal parte de sua particularidade já exposta anteriormente, visto que considerado um distrito, sua população, assim como todos os outros indicadores provenientes do censo demográfico, são direcionados a toda sua extensão territorial desconsiderando a unidade de suas regiões administrativas.

O porte dos municípios segundo o IBGE é definido levando em consideração o tamanho de sua população. De tal modo podemos afirmar que dentre os municípios que obtiveram um desempenho indesejável no IDSUS, todos são classificados como de pequeno porte, embora os municípios de Aguas Lindas de Goiás e Mineiros sejam considerados, respectivamente, *pequeno porte 4* (20.001 a 50.000 habitantes) e *pequeno porte 3* (10.001 a 20.000).

Resultados Mais Baixos			
MUNICÍPIO	IDSUS	População Total	Situação
Alto Taquari	2,5 a 3,9	2.393	Pequeno Porte 1
Colniza	2,5 a 3,9	7.640	Pequeno Porte 2
Nova Xavantina	2,5 a 3,9	6.378	Pequeno Porte 2
Águas Lindas de Goiás	2,5 a 3,9	44.228	Pequeno Porte 4
Caiapônia	2,5 a 3,9	5.676	Pequeno Porte 2
Mineiros	2,5 a 3,9	15.933	Pequeno Porte 3
Santa Rita do Araguaia	2,5 a 3,9	2.260	Pequeno Porte 1

Tabela 5.E – Municípios segundo resultados mais baixos do IDSUS e População Total. Dados: IDSUS e IBGE (2010). Elaboração Própria.

Contudo não podemos afirmar também que exista relação direta entre o indicador População Total e o desempenho aferido pelo município. Tal afirmação parte da análise daquelas regiões cujo desempenho se destaca na Região Centro-Oeste, ou seja, obtiveram um desempenho que varia de 6 a 6,9 no IDSUS, visto que a heterogeneidade existente entre o porte populacional desses municípios é considerável. Como mostra a tabela 5.F não existe nenhum padrão populacional para esses municípios. O município de Nova Nazaré, por exemplo, possuía em 2010 uma população equivalente a 760 habitantes, contudo, Goiânia, uma das cidades mais importantes para a região também está contida nesse mesmo grupo e sua população total era equivalente a 442.710 habitantes, o que por pouco não podemos considerar como uma metrópole, visto que essas devem obter população superior a 500.000 habitantes.

Dentre os 19 entes da federação cujo desempenho se destaca, 52,63% são classificados como *pequeno porte 1* (até 5.000 habitantes); 5,26% são tidos como *pequeno porte 2* (5.001 até 10.000); 15,78% são de *pequeno porte 3* (10.001 até 20.000); Senador Canedo representa 5,26% e pode ser classificado como *pequeno porte 4* (20.001 a 50.000); já Dourados é um município de *médio porte* (50.001 a 100.000); por fim, Campo Grande e Goiânia são municípios de *grande porte* (100.001 a 500.000)¹.

Resultados Mais Altos			
MUNICÍPIO	IDSUS	População Total	Situação
Campo Grande	6 a 6,9	249.800	Grande Porte
Dourados	6 a 6,9	60.851	Médio Porte
Japorã	6 a 6,9	2.004	Pequeno Porte 1
Laguna Carapã	6 a 6,9	1.907	Pequeno Porte 1
Paranaíba	6 a 6,9	13.700	Pequeno Porte 3
Taquarussu	6 a 6,9	1.174	Pequeno Porte 1
Feliz Natal	6 a 6,9	2.940	Pequeno Porte 1
Nova Nazaré	6 a 6,9	760	Pequeno Porte 1
Nova Ubiratã	6 a 6,9	2.748	Pequeno Porte 1
Sorriso	6 a 6,9	19.887	Pequeno Porte 3
Britânia	6 a 6,9	1.848	Pequeno Porte 1
Goianápolis	6 a 6,9	3.230	Pequeno Porte 1
Goiânia	6 a 6,9	422.710	Grande Porte
Goiatuba	6 a 6,9	10.890	Pequeno Porte 3
Guaraíta	6 a 6,9	852	Pequeno Porte 1
Hidrolândia	6 a 6,9	5.432	Pequeno Porte 2
Palmelo	6 a 6,9	784	Pequeno Porte 1
Senador Canedo	6 a 6,9	24.260	Pequeno Porte 4
Três Ranchos	6 a 6,9	944	Pequeno Porte 1

Tabela 5.F – Municípios segundo resultados mais altos do IDSUS e População Total. Dados: IDSUS e IBGE (2010). Elaboração Própria.

PIB per capita e o IDSUS

O PIB *per capita* consiste no valor médio agregado por indivíduo, em moeda corrente e a preços de mercado, dos bens e serviços finais produzidos em determinados espaços geográficos, no ano considerado. É responsável por medir a produção do conjunto dos setores da economia por habitante, assim como, indicar o nível de produção econômica em um território, em relação ao seu contingente populacional. Valores muito baixos assinalam, em geral, a existência de segmentos sociais com precárias condições de vida (REDE, 2008).

Analisar os diferenciais geográficos e temporais da produção econômica, identificando desníveis na produção média da renda nacional; contribuir para a análise da situação social, identificando espaços cujo desempenho econômico pode demandar mais atenção para investimentos na área social; subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de interesse social. Estes são algumas das utilidades do uso de tal indicador segundo REDE (2008).

Contudo, e como todo indicador que visa a totalidade populacional, não devemos deixar de considerar suas limitações visto que essas também podem indicar ocorrências de fenômenos atípicos ou indesejáveis. Segundo REDE (2008) a situação média representada pelo indicador pode estar condicionada por forte concentração de riqueza no estrato superior de renda, não deixando transparecer a existência de situações de pobreza extrema.

Para o cálculo do PIB são levados em consideração bens e produtos finais (aqueles vendidos ao consumidor final, do bem mais supérfluo ao bem mais necessário), serviços (prestados e remunerados, desconsiderando atividades informais e ilegais), investimentos (os gastos que as empresas fazem para aumentar a produção no futuro) e os gastos do governo (tudo que for gasto para atender a população, do salário dos professores à compra de armamento bélico).

O método de cálculo para o PIB *per capita* consiste em uma razão simples entre o valor do PIB em moeda corrente, a preços de mercado pela população total residente.

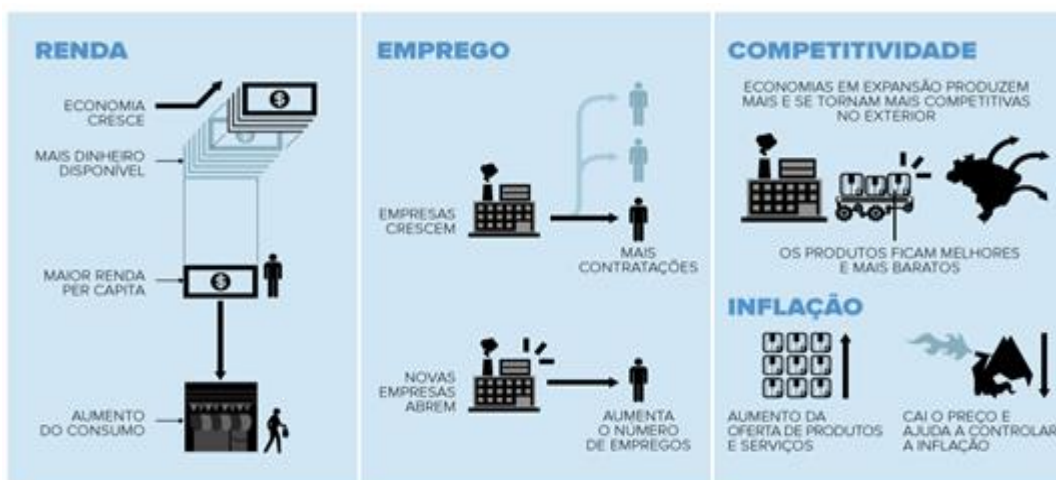


Figura 5.6 – “PIB Alto”, O que significa? – Fonte: G1/Economia. Disponível em <<http://g1.globo.com/economia/pib-o-que-e/platb/>>. Acesso em: 20 out. 2014.

Embora o PIB *per capita* possa mascarar uma situação real de distribuição de renda e desenvolvimento econômico, seus valores elevados em países ou regiões menores quase sempre estão associados a boas condições de vida, ou seja, em se tratando de valores elevados do PIB por pessoa na moeda corrente em questão (real) pode-se associar ao bom consumo e ao acesso a serviços gerais, normalmente estão relacionados a um IDH também favorável.

Para os municípios da Região Centro-Oeste essa regra não se aplica como um todo, pois se calcularmos o índice de correlação entre as duas variáveis (IDHM e PIB *per capita*) o valor de 0,267 indica uma correlação existente, porém muito baixa, visto que o índice de correlação varia de 0 a 1, onde um (1) representa uma correlação total entre duas variáveis quantitativas e o zero a inexistência de correlação.

Em prol de uma visualização mais simples do PIB *per capita* municipal para a Região Centro-Oeste e de uma maneira que torne de imediato viável a comparação entre os municípios da mesma, optou-se por classificar todos os 466 municípios da região de forma decrescente para o valor do PIB *per capita*, de modo que o 1 (um) significa que o município em questão obteve o maior PIB *per capita* da Região Centro-Oeste e o número 466 (quatrocentos e sessenta e seis) significa que o município em questão obteve o menor PIB *per capita* da região.

Resultados Mais Baixos			
MUNICÍPIO	IDSUS	PIB <i>per capita</i> (R\$)	Posição
Alto Taquari	2,5 a 3,9	77.978,60	7
Colniza	2,5 a 3,9	9.431,79	309
Nova Xavantina	2,5 a 3,9	11.536,07	233
Águas Lindas de Goiás	2,5 a 3,9	3.081,77	466
Caiapônia	2,5 a 3,9	16.404,33	127
Mineiros	2,5 a 3,9	18.349,70	94
Santa Rita do Araguaia	2,5 a 3,9	9.991,33	294

Tabela 5.G – Municípios segundo resultados mais baixos do IDSUS e PIB *per capita*. Dados: IDSUS e IBGE (2010). Elaboração Própria.

PIB *per capita* municipal – Municípios do Centro-Oeste

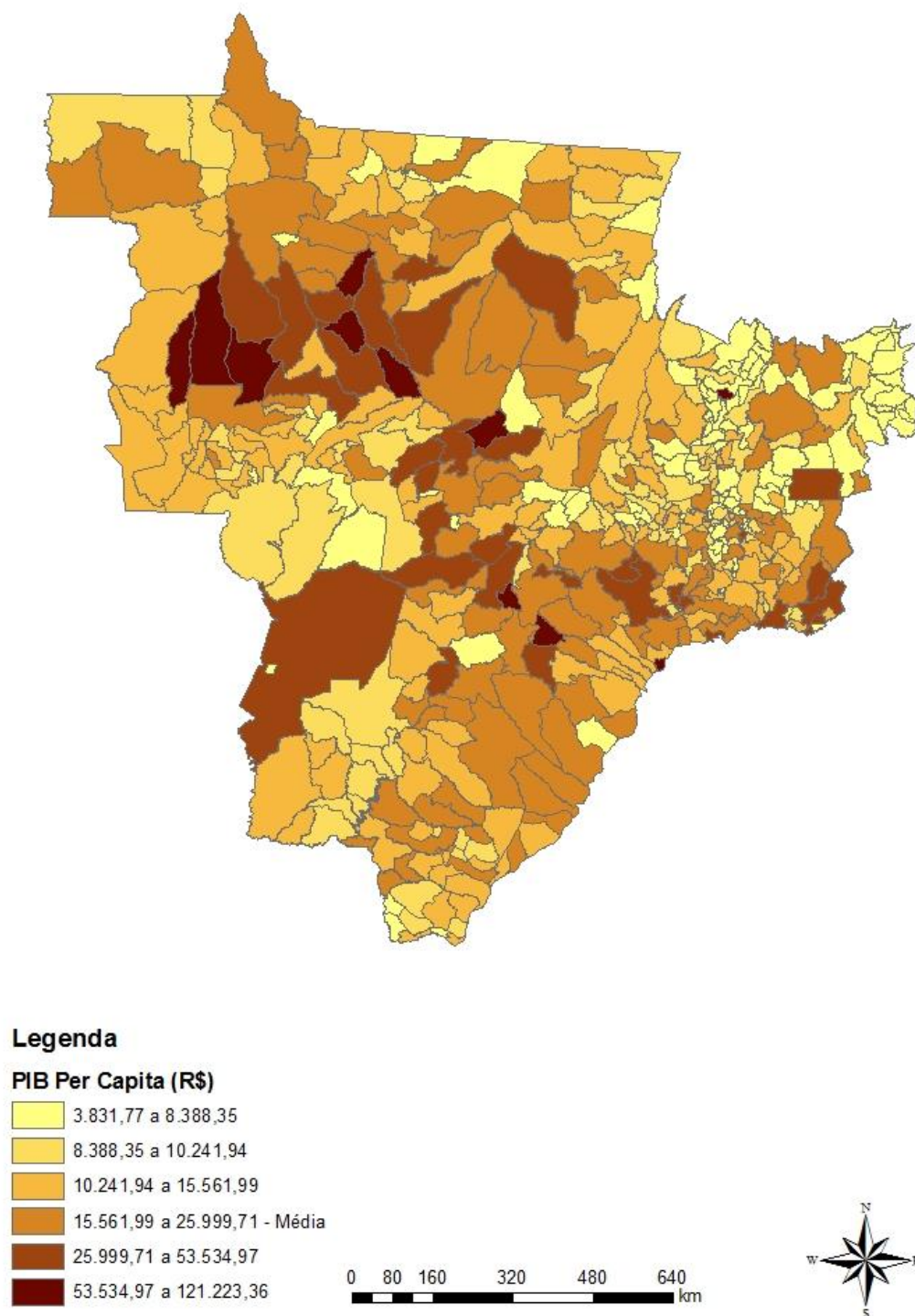


Figura 5.7 – Distribuição do PIB *per capita* Municipal do Centro-Oeste. Dados: IBGE (2010). Elaboração Própria.

Diante o exposto na figura 5.6 algumas conclusões podem ser aferidas. A média para o PIB *per capita* dos municípios da Região Centro-Oeste é R\$ 15.561,80. A priori a visualização espacial da distribuição de tal variável pouco se assemelha ao mapa do IDSUS, não nos proporcionando de imediato uma inferência positiva quanto à relação direta entre as duas variáveis. Contudo, 70,17% dos municípios da região em questão possuem um PIB *per capita* inferior à média da mesma.

Não existe nenhuma base que facilite ou norteie a interpretação dos valores do PIB, logo o parâmetro a ser utilizado será a média da Região Centro-Oeste de modo que possamos definir como bons e ruins aqueles resultados cujo valor em reais se aproxima ou afasta do número da região.

Sendo assim, dentre os municípios que obtiveram um baixo resultado no IDSUS, à exceção de Alto Taquari que ocupa a posição de número 7 no ranking explicitado acima, somente dois (Caiapônia e Mineiros) municípios são superiores a média regional, para os outros o PIB *per capita* pode ser considerado baixo. Contrariando, portanto os elevados resultados em IDHM, mas comprovando que de algum modo o fator econômico está envolvido no desempenho inesperado do município em estudo. O destaque a uma correlação positiva entre ambas as variáveis fica para o município de Águas Lindas de Goiás, cujo resultado para o IDSUS foi insatisfatório e o seu PIB *per capita* é o menor da Região Centro-Oeste, assim como seu IDHM é mediano.

A correlação, mesmo que modo não integral, se mantém para os municípios cujo desempenho se destacaram para o IDSUS. Dentre os 19 entes presentes nessa situação, 42,10% destes obtiveram desempenho para o PIB *per capita* superior a média nacional, como pode-se observar na tabela 5.H. O destaque fica para o município de Nova Ubiratã, que ocupa a posição 12 no ranking e possui um PIB *per capita* mais que duas vezes maior que a média regional. Contudo, outros 7 municípios (Japorã, Nova Nazaré, Britânia, Goianápolis, Guaraíta, Palmelo e Três Ranchos) com bom desempenho no SUS não alcançaram se quer R\$ 10.000 estando de tal modo bem abaixo da média regional e impossibilitando que uma correlação direta e concisa seja elaborada.

De modo geral ao considerarmos o PIB *per capita* e mantivermos como padrão a média regional para o mesmo indicador, algumas correlações podem ser

elaboradas, contudo, ainda, a exceção excede a regra e não podemos afirmar com convicção que as duas variáveis estão intrinsecamente relacionadas.

Resultados Mais Altos			
MUNICÍPIO	IDSUS	PIB <i>per capita</i> (R\$)	Posição
Campo Grande	6 a 6,9	15.422,30	143
Dourados	6 a 6,9	15.826,58	134
Japorã	6 a 6,9	5.076,51	454
Laguna Carapã	6 a 6,9	19.046,05	84
Paranaíba	6 a 6,9	12.806,97	201
Taquarussu	6 a 6,9	14.750,72	161
Feliz Natal	6 a 6,9	14.892,07	156
Nova Nazaré	6 a 6,9	9.449,51	314
Nova Ubiratã	6 a 6,9	38.977,85	12
Sorriso	6 a 6,9	52.666,86	27
Britânia	6 a 6,9	9.309,41	324
Goianápolis	6 a 6,9	5.145,62	453
Goiânia	6 a 6,9	16.682,49	121
Goiatuba	6 a 6,9	21.932,66	63
Guaraíta	6 a 6,9	7.037,80	415
Hidrolândia	6 a 6,9	17.510,70	109
Palmelo	6 a 6,9	6.554,63	423
Senador Canedo	6 a 6,9	34.297,52	34
Três Ranchos	6 a 6,9	7.785,57	388

Tabela 5.H – Municípios segundo resultados mais altos do IDSUS e PIB *per capita*. Dados: IDSUS e IBGE (2010). Elaboração Própria.

Investimento na Saúde por município e o IDSUS.

Segundo o site do Ministério da Saúde, o financiamento do SUS é feito pelas três esferas de governo, federal, estadual e municipal, conforme determina a Constituição Federal de 1988, que estabelece as fontes de receita para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde.

A Emenda Constitucional nº 29/2000 define os percentuais mínimos de aplicação em ações e serviços públicos de saúde e estabelece regras para o período de 2000 a 2004. O Artigo 198 prevê que a regulamentação por meio de Lei Complementar deverá ocorrer no final desse período, e deverá ser reavaliada a cada cinco anos.

A EC 29 representou um importante avanço para diminuir a instabilidade no financiamento que o setor de saúde enfrentou a partir da Constituição de 1988 (com

o não cumprimento dos 30% do orçamento da seguridade social), bem como uma vitória da sociedade na questão da vinculação orçamentária como forma de diminuir tal instabilidade. (SAÚDE, 2014).

De acordo com o levantamento realizado pela consultoria técnica da Comissão de Financiamento e Orçamento – COFINS/CNS, a pedido do Conselho Nacional de Saúde, os gastos de ações em serviços de saúde na esfera federal após a vigência da EC 29 tiveram uma ligeira oscilação, ficando em torno de 1,85% do Produto Interno Bruto, o que representa uma estabilidade desses gastos em relação ao PIB. Já os gastos Estaduais apresentaram um crescimento, passando de 0,57% do PIB em 2000 para 0,79% do PIB em 2003, enquanto os gastos municipais passaram de 0,67% do PIB para 0,91% do PIB no mesmo período, segundo dados do SIOPS. (SAÚDE, 2014).

Diante os tramites da EC 29, fica assegurado o investimento mínimo de 15% do PIB municipal através da Resolução CNS nº 322, de 8 de maio de 2003, segundo o Sistema de Informação Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Perante tal resolução, as atribuições e serviços prestados pelo SIOPS consistem no esclarecimento das despesas dos entes federados para/com a saúde, dentre outros, através da elaboração de indicadores.

Um dos indicadores gerados é o do percentual de recursos próprios aplicados em ações e serviços públicos de saúde, que demonstra a situação relativa ao cumprimento da Constituição Federal, com base nos parâmetros definidos na Resolução CNS nº 322, de 8 de maio de 2003, até 2012, diante da não regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000 e, a partir daí, com base nos requisitos da LC 141/2012, que regulamentou a referida emenda.

A Lei Complementar número 141 de 2012 trata o percentual mínimo a ser aplicado em saúde.

A Lei Complementar n. 141 de 13 de janeiro de 2012 regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal (e por consequência, a Emenda Constitucional nº 29) para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em

ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferência para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 esferas de governo. (BRASIL, Lei Complementar, 141 jan, 2012).

A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante, corresponde ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentaria anual. (BRASIL, Lei Complementar, 141 jan, 2012).

Os Estados e Distrito Federal aplicarão anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos e os Municípios no mínimo, 15% (quinze por cento) (BRASIL, Lei Complementar, 141 jan, 2012)

A base de cálculo para definição dos recursos mínimos a serem aplicados na saúde dar-se de forma diferenciada para União, Estados e Municípios. Para estes, o percentual aplicado é proveniente do total das receitas de impostos municipais, receitas de transferências da União, imposto de renda retido na fonte, receitas de transferência do Estado e outras recitas correntes (multas, juros de mora, correção monetária) que somados resultam na base de cálculo municipal. (Resolução CNS nº 322, de 8 de maio de 2003).

Os investimos são de suma importância, pois garantem a qualidade dos serviços prestados visto que esses são destinados para as diversas esferas que compõe um serviço de saúde de qualidade, desde a preparação e qualificação de profissionais até a aquisição de equipamentos.

Percentual Aplicado na Saúde – Municípios do Centro-Oeste

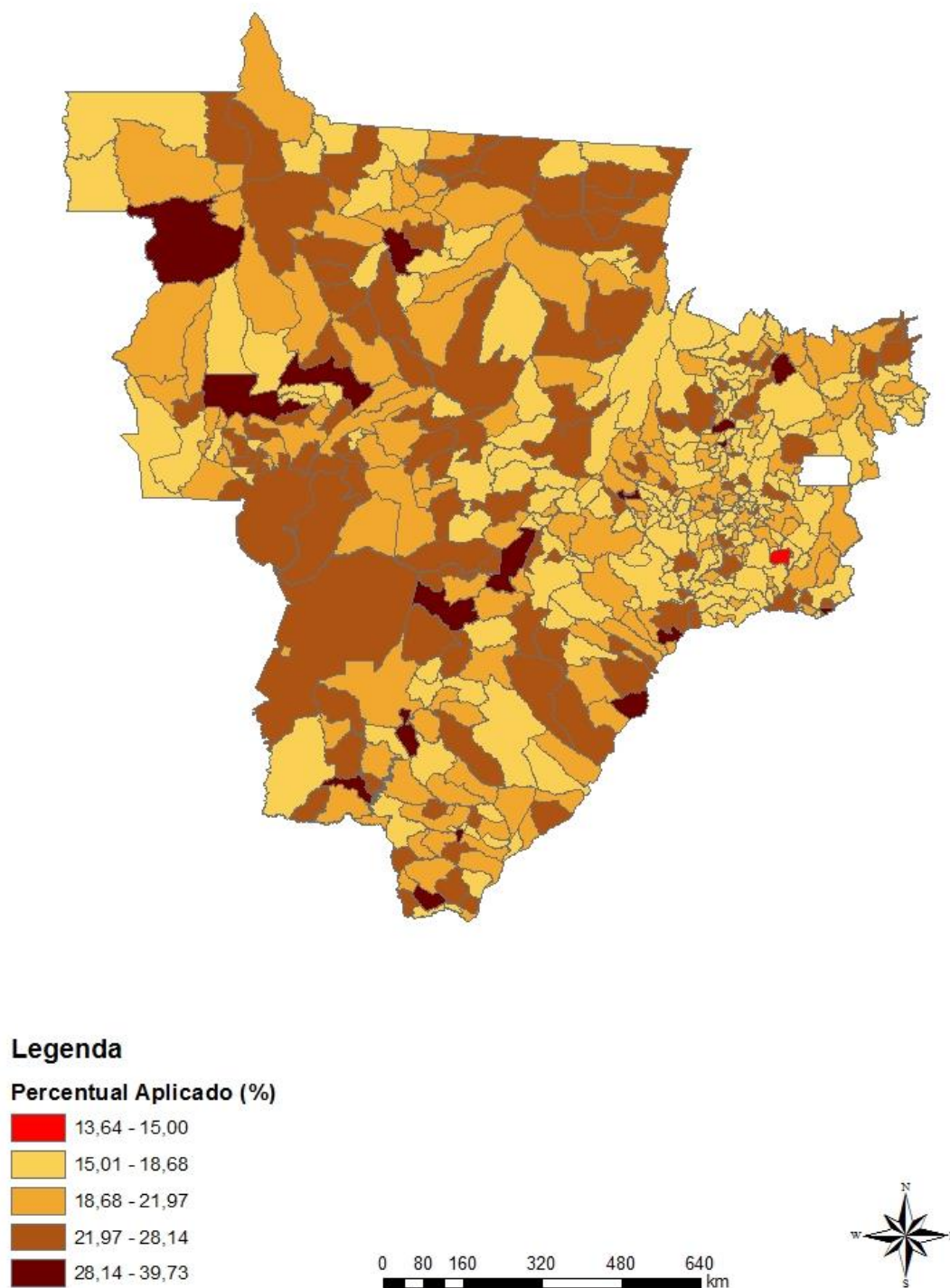


Figura 5.8 – Distribuição do Percentual Aplicado na Saúde para os municípios do Centro-Oeste. Dados: SIOPS (2010). Elaboração Própria.

O mapa da figura 5.7 representa de forma espacial a distribuição do percentual aplicado por município para a Região Centro-Oeste. Diante o mínimo exigido de 15% do total das receitas, somente o município de Santa Cruz de Goiás investiu menos que o exigido, sendo seu percentual aplicado de 13,64%, por isso estando representado no mapa com a cor vermelha. A classe seguinte inicia-se em um percentual aplicado de 15,01% visto que esse é o segundo menor valor aplicado diante todos os municípios da região. A primeira visualização do mapa pouco infere-se da semelhança existente entre o percentual aplicado e sua direta influência ao desempenho do SUS.

Para os indicadores em que as classes possuem valores fixos e já estão classificadas como boas ou ruins não se faz necessário à criação do *ranking* para que a comparação seja facilitada, contudo, isso não ocorre para o indicador em questão. De modo que foi desenvolvida uma classificação dos municípios segundo ordem crescente do percentual de investimento, ou seja, a pior colocação (465) pertence neste caso a Santa Cruz de Goiás, e com um percentual de 39,73% Vicentina é o município melhor posicionado. Além do *ranking*, a média dos percentuais aplicados (20,11%) também será levada em consideração. O Distrito Federal não está incluso.

Resultados Mais Baixos			
MUNICÍPIO	IDSUS	Percentual Aplicado	Posição
Alto Taquari	2,5 a 3,9	21,23	149
Colniza	2,5 a 3,9	16,59	390
Nova Xavantina	2,5 a 3,9	22,98	86
Águas Lindas de Goiás	2,5 a 3,9	18,75	266
Caiapônia	2,5 a 3,9	19,3	245
Mineiros	2,5 a 3,9	18,39	289
Santa Rita do Araguaia	2,5 a 3,9	22,56	99

Tabela 5.1 – Municípios segundo resultados mais baixos do IDSUS e Percentual Aplicado na Saúde por município. Dados: SIOPS (2010). Elaboração Própria.

Para os municípios que obtiveram um desempenho abaixo do esperado quanto ao SUS, 57,14% ou 4 municípios possuíram um investimento menor que a média regional: Colniza (16,59% - 390º), Águas Lindas de Goiás (18,75% - 266º), Caiapônia (19,3% - 245º) e Mineiros (18,39% - 289º). Mais uma vez, os municípios de Águas Lindas de Goiás e Colniza se comportam com resultados pouco

satisfatórios levando em consideração a nota recebida quanto ao SUS. Os demais municípios que preenchem a tabela 5.I, embora possuam um investimento acima da média regional e superem o mínimo exigido, também obtiveram resultado baixo ao desempenho do SUS.

Resultados Mais Altos			
MUNICÍPIO	IDSUS	Percentual Aplicado	Posição
Campo Grande	6 a 6,9	26,47	31
Dourados	6 a 6,9	21,00	159
Japorã	6 a 6,9	15,87	422
Laguna Carapã	6 a 6,9	20,27	189
Paranaíba	6 a 6,9	26,66	27
Taquarussu	6 a 6,9	18,01	309
Feliz Natal	6 a 6,9	20,12	201
Nova Nazaré	6 a 6,9	16,96	365
Nova Ubiratã	6 a 6,9	21,85	124
Sorriso	6 a 6,9	25,29	43
Britânia	6 a 6,9	21,22	150
Goianápolis	6 a 6,9	27,05	23
Goiânia	6 a 6,9	18,86	261
Goiatuba	6 a 6,9	15,55	439
Guaraíta	6 a 6,9	17,37	342
Hidrolândia	6 a 6,9	17,51	335
Palmelo	6 a 6,9	16,9	372
Senador Canedo	6 a 6,9	15,1	458
Três Ranchos	6 a 6,9	29,56	13

Tabela 5.J – Municípios segundo resultados mais altos do IDSUS e Percentual Aplicado na Saúde por município. Dados: SIOPS (2010). Elaboração Própria.

Para os municípios cujo desempenho do SUS se destaca na Região Centro-Oeste a situação é bem variada. Os municípios de Campo Grande, Paranaíba, Sorriso, Goianápolis e Três Ranchos estão colocados entre os 50 melhores percentuais de aplicação de verba para a saúde. 47,36% dos municípios presentes na tabela 5.J possuíam em 2010 um percentual aplicado inferior a média regional, embora superior ao mínimo estipulado. O destaque para uma comparação negativa fica para o Senador Canedo, que apresentou um percentual de aplicação de 15,1% e está posicionado entre os 10 piores percentuais de aplicação, assim como, outros percentuais destoam de um desempenho bom ao SUS, é o caso de Japorã e Goiatuba.

De modo geral, ao levarmos em consideração a média dos percentuais aplicados e os desempenhos do SUS, podemos perceber algumas relações positivas, nas quais um desempenho ruim está associado a um percentual de investimento baixo. O mesmo acontece na situação contrária, é possível perceber municípios com desempenho ao SUS satisfatório, considerando-se a totalidade da Região Centro-Oeste, e também percentuais de investimento elevados. Contudo, as exceções presentes nos dois extremos - melhores e piores desempenhos - levam a correlação geral para valores mínimos.

Embora o percentual aplicado esteja diretamente relacionado ao PIB municipal, neste caso, para os municípios com os piores e melhores desempenhos pouco podemos afirmar, visto que a correlação dessas variáveis é de 0,229 e 0,035 respectivamente. Por exemplo, o município de Alto Taquari possui um percentual de aplicação equivalente a 21,23% segundo dados do SIOPS 2010, menor que o de Santa Rita do Araguaia, o que o coloca no *ranking* dessa variável na posição de número 149, contudo, o mesmo possui um PIB *per capita* municipal equivalente a R\$ 77.798,60, o sétimo maior da região, enquanto o PIB de Santa Rita do Araguaia é de R\$ 9.991,33.

Índice de Gini municipal e IDSUS

O índice de Gini, criado pelo matemático italiano Conrado Gini, é um instrumento para medir o grau de concentração de renda em determinado, ou o nível de desigualdade. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de zero a um. O valor zero representa a situação de igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda. O valor um está no extremo oposto, isto é, uma só pessoa detém toda a riqueza. (WOLFFENBÜTTEL, 2004).

A construção do índice de Gini é baseada na curva de Lorenz. A curva mostra como a proporção acumulada da população (p), estando os indivíduos ordenados pelos valores crescentes da renda.

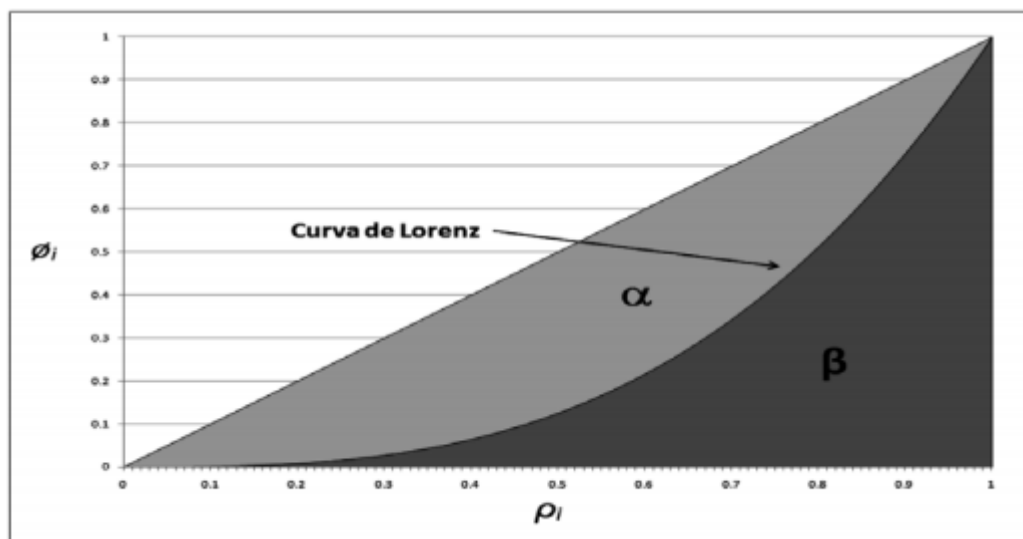


Figura 5.9 – Curva de Lorenz. Fonte: IPECE

Por definição, índice de Gini é uma relação entre a área da desigualdade, indicada por α e a área do triângulo.

Uma das principais vantagens do coeficiente de Gini, segundo publicação do IPECE, é que ele é uma medida de desigualdade calculada por meio de uma análise de razão, ao invés de uma variável representativa da maioria da população. Sua utilidade é diversa, sendo empregado principalmente na comparação entre países.

O mesmo instituto coloca como desvantagem o fato do índice medir a desigualdade de renda, mas não a desigualdade de oportunidades. O exemplo colocado no estudo, diz que alguns países podem ter uma estrutura de classes sociais que apresentam barreiras à mobilidade ascendente, o que não se reflete em seus coeficientes de Gini.

A análise dos municípios que compõem a Região Centro-Oeste, segundo seus índices de desigualdade será efetuada através da classificação de seus valores. Considerando a média entre 0 e 1, 0,5 será atribuído como o valor médio mínimo, de modo que, os desempenhos inferiores a esse valor serão considerados baixos ou muito baixos e os valores acima dessa média serão considerados médios, altos ou muito altos. Tal distribuição visa, primordialmente, facilitar a comparação entre os índices conquistados pelos municípios de modo que os resultados possam ser comparados com outros valores e entre si. Seguindo esse princípio deu-se a elaboração do mapa da figura 5.9 e o ordenamento de sua legenda, assim como a escolha dos valores de suas classes.

De modo geral o Brasil sempre esteve colocado entre os países mais desiguais do mundo. Especialistas apontam que a desigualdade de renda tem fonte dentre outros fatores na educação dos pais. Na atualidade é sabido que o nível de escolaridade está fortemente relacionado à conquista de uma boa remuneração. Contudo, desde 2001, há uma tendência decrescente desse valor. Na última pesquisa do IBGE, para o ano de 2013, o Brasil obteve um índice de 0,495. A tendência decrescente configura-se a partir do momento que esse valor já foi, em 2001, 0,563; no ano de 2005 era equivalente a 0,542; em 2009 mais uma redução o levou a 0,516.

Índice de Gini – Municípios do Centro-Oeste

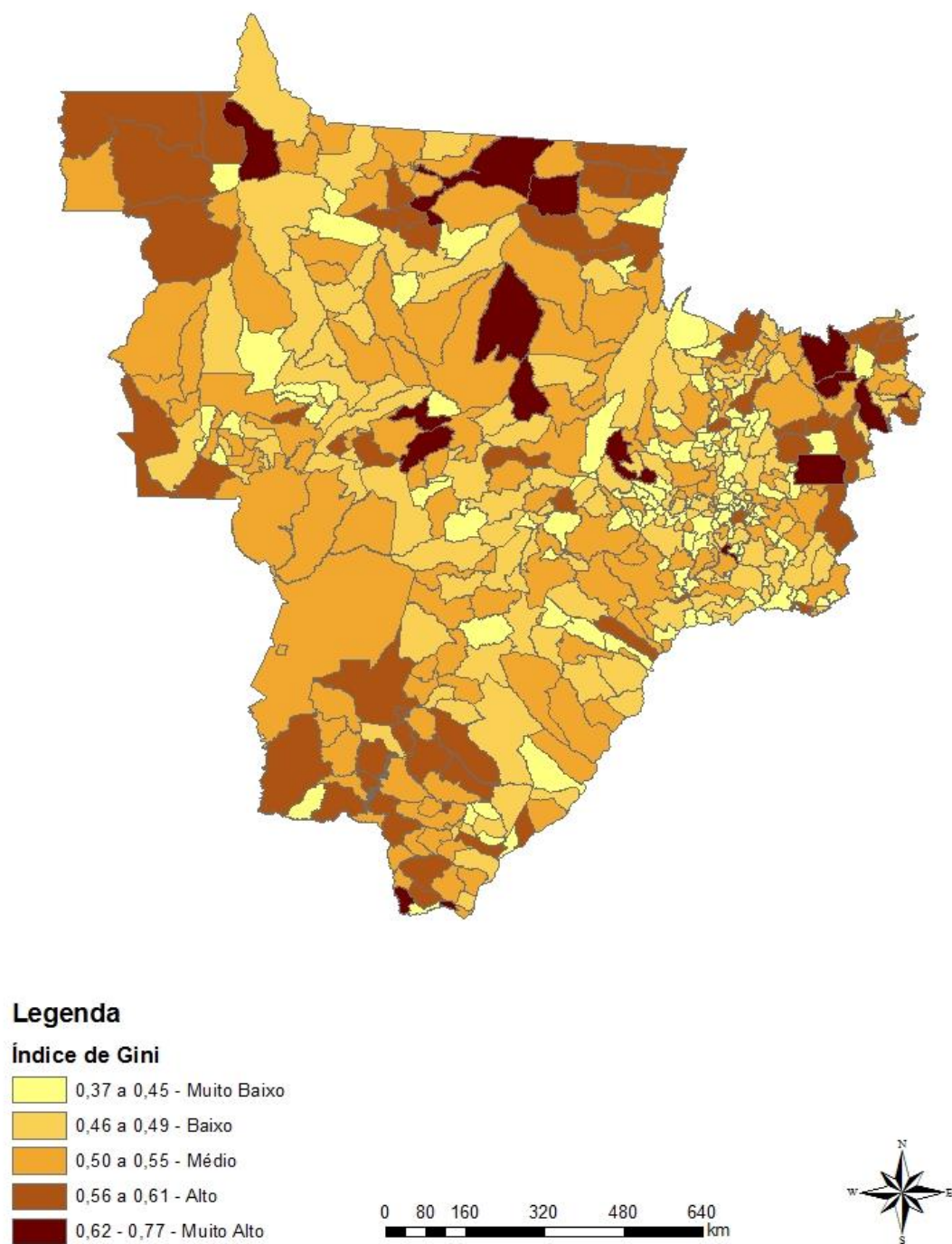


Figura 5.10 – Distribuição do Índice de Gini para os municípios do Centro-Oeste. Dados: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013 (2010). Elaboração Própria.

Ao analisarmos os resultados do índice de Gini dos municípios com o pior desempenho do SUS para a Região Centro-Oeste constatamos de imediato que as exceções são aqueles cujo desempenho não supera o valor médio estipulado, no caso os municípios de Alto Taquari (0,46), Santa Rita do Araguaia (0,48) e Águas Lindas de Goiás (0,43). Cabe ressaltar que o ideal, diante a leitura do índice de Gini é que o desempenho seja inferior à média, pois quanto mais próximo de zero, melhor.

Perante esses dois últimos municípios citados algumas peculiaridades podem ser percebidas. Alto Taquari possui um PIB *per capita* equivalente a R\$ 77.978,60 um dos maiores de todo o Centro-Oeste. Esse valor conduziria uma análise negativa, levando em consideração seu desempenho do SUS, pois a priori poderíamos inferir que talvez existisse uma grande concentração de renda que justifica-se tal valor ao PIB. Contudo, somente 32,83% dos municípios possuem um índice de Gini igual ou inferior a seu valor. De acordo com o mapa seu índice classifica-se como baixo, ou seja, uma baixa desigualdade.

Diferente de Alto Taquari, Águas Lindas de Goiás possui o menor PIB *per capita* da Região Centro-Oeste, o que dentre outros, significa que a região em questão pouco produz. Em seu caso específico as atividades de sua população estão fortemente vinculada a Brasília. O município possui uma Renda *per capita* média situada entre as piores da região o que indica, perante seu índice de Gini que grande parte de sua população tem uma renda baixa.

Resultados Mais Baixos			
MUNICÍPIO	IDSUS	Índice de Gini	Posição
Alto Taquari	2,5 a 3,9	0,46	319
Colniza	2,5 a 3,9	0,58	36
Nova Xavantina	2,5 a 3,9	0,53	121
Águas Lindas de Goiás	2,5 a 3,9	0,43	401
Caiapônia	2,5 a 3,9	0,52	149
Mineiros	2,5 a 3,9	0,55	89
Santa Rita do Araguaia	2,5 a 3,9	0,48	278

Tabela 5.K – Municípios segundo resultados mais baixos do IDSUS e Índice de Gini. Dados: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013 (2010). Elaboração Própria.

Dentre os municípios que preenchem o quadro dos menores desempenhos ao SUS não existe um padrão quanto ao índice de Gini: Águas Lindas de Goiás possui um índice *muito baixo*; Alto Taquari e Santa Rita possuem um índice *baixo*; Nova

Xavantina, Caiapônia e Mineiros possuem um índice *médio*; Colniza detêm um Gini *alto*.

Para os municípios que possuem o melhor desempenho ao SUS, a homogeneidade também não prevalece, como bem ilustra a tabela 5.L: Taquarussu e Guaraíta possuem um índice de Gini *muito baixo*; Paranaíba, Feliz Natal, Hidrolândia, Senador Canedo e Três Ranchos possuem um índice *baixo*; na média estão outros oito municípios; Campo Grande, Goiânia e Palmelo possuem um índice *alto*; Japorã, embora esteja posto na tabela com um bom desempenho do SUS ao considerarmos a totalidade da região, apresenta resultados bem discrepantes, pois é o município com a pior Renda *per capita* média do Centro-Oeste, um dos PIB *per capita* mais baixo também e mesmo assim apresenta um alto nível de desigualdade de renda.

Diante o exposto, principalmente as exceções para os dois extremos, pouco podemos afirmar sobre a relação direta entre o resultado do IDSUS e o índice de Gini, visto que existem situações bastante diversas.

O *ranking* para os municípios esta disposto de forma decrescente para o índice de Gini, de tal modo, o número 1 possui a maior desigualdade da Região.

Resultados Mais Altos			
MUNICÍPIO	IDSUS	Índice de Gini	Posição
Campo Grande	6 a 6,9	0,56	57
Dourados	6 a 6,9	0,52	138
Japorã	6 a 6,9	0,66	5
Laguna Carapã	6 a 6,9	0,53	115
Paranaíba	6 a 6,9	0,49	216
Taquarussu	6 a 6,9	0,42	423
Feliz Natal	6 a 6,9	0,46	322
Nova Nazaré	6 a 6,9	0,55	77
Nova Ubiratã	6 a 6,9	0,5	197
Sorriso	6 a 6,9	0,54	105
Britânia	6 a 6,9	0,55	82
Goianápolis	6 a 6,9	0,52	151
Goiânia	6 a 6,9	0,58	43
Goiatuba	6 a 6,9	0,5	209
Guaraíta	6 a 6,9	0,41	443
Hidrolândia	6 a 6,9	0,47	305
Palmelo	6 a 6,9	0,56	66
Senador Canedo	6 a 6,9	0,43	419
Três Ranchos	6 a 6,9	0,47	311

Tabela 5.L – Municípios segundo resultados mais altos do IDSUS e Índice de Gini. Dados: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013 (2010). Elaboração Própria.

6 CONCLUSÕES

A saúde, em suas mais variadas leituras, é um direito básico de qualquer cidadão. O Estado tem o dever de cumprir com suas atribuições para que tal direito seja exercido com plenitude e seu alcance seja o maior possível, assim como idealiza, e de fato constitui-se, o Sistema Único de Saúde aquém de sua qualidade ou não e da forma que ele é tratado nos mais variados Estados e Municípios brasileiros.

O Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde caracteriza-se como uma importante ferramenta na avaliação do serviço de saúde oferecida a população, juntamente a todos os outros artefatos desenvolvidos em prol de uma garantia de melhores qualidades do sistema para as mais diversas esferas e a partir das mais diversas esferas governamentais, sejam elas medidas que estipulam a quantidade mínima de verba a ser aplicada em cada ente da federação ou a decisão da escala na qual a responsabilidade pela oferta de um serviço de qualidade instaura-se com grande vigor, no caso o município.

Os resultados do IDSUS mostraram-se tão diversos quanto ao espaço nos quais foram empregados, como bem dizia Milton Santos espaços estes resultantes de uma formação desigual com reflexos do passado e do presente. A necessidade de contextualizar o valor do índice com outros valores sociais e econômicos parte da tentativa de buscar em indicadores e índices mais consolidados para pesquisas e comparações vestígios de uma resposta que justificasse ou ao menos indicasse o motivo pelo qual o valor se instaurou de tal maneira.

Contestando o que muitos poderiam supor, o IDSUS mostrou-se pouco influenciado pelas variáveis escolhidas para a correlação: Índice de Gini, Índice de Desenvolvimento Humano, indicador do percentual de verba aplicado, PIB *per capita*, População Total e Renda *per capita* média.

A afirmação parte da análise individual de cada uma dessas variáveis e da constatação dos municípios com desempenho abaixo do esperado e aqueles com o melhor desempenho não obedecerem a um padrão no qual pudéssemos inferir que, por exemplo, quanto maior o resultado do IDSUS maior seria o PIB *per capita* ou o IDHM daquele município ou quanto menor o desempenho do SUS menor teria sido o percentual de verba aplicado à saúde e a Renda *per capita* média, assim como o PIB, representariam valores baixos.

Alguns municípios, contudo, não fogem o que poderia ser uma regra. Águas Lindas de Goiás, por exemplo, é um dos que necessitam de uma atenção especial por parte das governanças, pois uma das maiores populações municipais da Região possui um dos mais baixos valores de Renda *per capita* e PIB *per capita*, além de um IDHM mediano e um investimento que diante seu desempenho no SUS não faz jus a sua população de milhares de habitantes.

Contudo, no mesmo grupo de baixos resultados ao SUS está Alto Taquari, com um IDHM alto, um dos PIB *per capita* mais elevado de toda a Região Centro-Oeste, acompanhado de uma Renda *per capita* média também elevada e o que contraria uma possível concentração de renda visto que seu coeficiente de desigualdade é baixo em comparação a totalidade da Região central.

Para os municípios com os melhores desempenhos ao SUS no Centro-Oeste, a situação também mostra-se intrigante. O município de Nova Nazaré possui, junto a outros 18, o maior IDSUS da Região, contudo é detentor de um baixo IDHM, uma baixa Renda *per capita*, um dos menores PIB *per capita*, um percentual de investimento equivalente a 16,96%, sendo o mínimo permitido de 15%, e um índice de Gini de 0,55.

As demais regiões comportam-se nas situações e combinações da forma mais variada possível, não permitindo que a correlação entre seus valores e o IDSUS alcance sequer 0,1 em uma escala de correlação que varia de 0 a 1. O porte dos municípios é menos revelador ainda visto que a exceção são aqueles com população de médio porte ou metrópoles.

Embora os resultados não tenham obtido valores esperados no início, a atividade como um todo foi bastante reveladora ao mostrar que nem sempre o óbvio e as relações que parecem ser insuperáveis acontecem. Foram usadas seis variáveis que não puderam ser correlacionadas, o que de fato, não significa que a atividade não possa ser continuada nos mesmos moldes com outros valores e representantes de outras esferas, sejam elas mais específicas ou não.

7 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ARCHELA, Rosely Sampaio et THÉRY, Hervé. *Orientação metodológica para construção e leitura de mapas temáticos*. Confins: revista franco-brasileira de geografia. 2008. Disponível em <<http://confins.revues.org/3483>>. Acesso em 04 set. 2014.

ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. *Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo*. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2002, vol.7, n.3, pp. 455-479. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13025.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2014.

ATLAS do Desenvolvimento Humano no Brasil. O IDHM. 2013. Disponível em <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/idhm/>. Acesso em: 16 out. 2014.

BARCELLOS, Christovam; BASTOS, Francisco Inácio. *Geoprocessamento, ambiente e saúde, uma união possível?*. Cadernos de Saúde Pública, 1996; 12(3): p. 390-396.

BELLEN, Hans Michael Van. *Indicadores de sustentabilidade: uma análise comparativa*. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Abordagens espaciais na saúde pública*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 136 p. Série: Capacitação e atualização em geoprocessamento em saúde.

BRASIL. Decreto-lei nº 311, de 2 de março de 1938. Dispõe sobre a divisão territorial do país e dá outras providências. *Revista Brasileira de Geografia*, Rio de Janeiro: IBGE, ano 1, n.2,p.147-154, abr. 1939. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/colecao_digital_publicacoes.php>. Acesso em 20 ago. 2014

BRASIL. Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm>. Acesso em: 20 out. 2014.

BRASIL. 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 20 out. 2014.

CAMARA, G. Anatomia de sistemas de informações geográficas: visão atual e perspectiva de evolução. In: ASSAD, E., SANO, E., ed. Sistema de Informações geográficas: aplicação na agricultura. Brasília, DF: Embrapa, 1993.

CARTOGRAMA – Evolução das Unidades Político-Administrativas Divisão Regional. IBGE, 2014. Disponível em <<http://www.ibge.com.br/home/geociencias/cartogramas/evolucao.html>>. Acesso em 04 out. 2014.

DORIGO, Gianpaolo; VICENTINO, Cláudio. *O Brasil atual*. In: _____ História para o ensino médio: história geral e do Brasil. São Paulo: Scipione, 2005. p. 567-585

DUARTE, A. C. O Centro-Oeste na organização regional do Brasil. In: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Geografia do Brasil*. Região Centro-Oeste. Rio de Janeiro: IBGE, 1989. 1 v.

FARIA, Rivaldo Mauro de; BORTOLOZZI, Arlêude. *Espaço, Território e Saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil*. Curitiba: UFPR, 2009. n 17, p. 31-41.

FURTADO, Celso. *Formação econômica do Brasil*. 32. ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2005. p. 84-89.

GARFIELD, Seth. *As raízes de uma planta que hoje é o Brasil: os índios e o Estado-Nação na era Vargas*. Revista brasileira de História., São Paulo, v.20, n.39, 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-01882000000100002&script=sci_arttext>. Acesso em 05 out. 2014.

GUIMARÃES, Fábio de Macedo Soares. *Divisão Regional do Brasil*. Revista brasileira de Geografia. Rio de Janeiro: IBGE, 1941. Disponível em <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/divisaoregionalbrasil.pdf>>. Acesso em 04 out. 2014.

HAESBAERT, Rogério. Região, Diversidade Territorial e Globalização. *GEOgraphia*. nº 1.1999. <<http://www.uff.br/geographia/ojs/index.php/geographia/article/view/4/3> >. Acesso em 03 set. 2014.

IBGE. *Noções Básicas de Cartografia – Manuais Técnicos em Geociências número 8*. Rio de Janeiro, 1999, p. 114-116.

IPECE. *Entendo o Índice de Gini*. Governo do Estado do Ceará. Disponível em <http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/Entendendo_Indice_GINI.pdf>. Acesso em: 23 out. 2014.

JANNUZZI, Paulo de Martino. *Indicadores sociais no Brasil: conceitos, fontes de dados e aplicações*. Campinas: Alínea, 2004.

LACAZ, Carlos da Silva.; BARUZZI, Roberto Geraldo.; JÚNIOR, Waldomiro Siqueira., 1972. *Introdução à Geografia Médica do Brasil*. São Paulo: Edgard Bücher.

MEDICI, André. *O Índice de Desempenho do SUS (IDSUS)*. 2012. Disponível em <<http://iepecdg.com.br/uploads/artigos/O%20Indice%20de%20Desenvolvimento%20do%20SUS.pdf>>. Acesso em 21 out. 2014.

MEIRELLES, Hely Lopes. *Direito municipal brasileiro*. 6.ed. atual. São Paulo: Malheiros, 1993. 601 p.

MELLO, Diogo Lordello de. A multiplicação de municípios no Brasil. *Revista de Administração Municipal*, 1992, v.39. nº 203, Rio de Janeiro: IBAM, p. 23-28.

MESQUITA, O. V. Agricultura. In: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Geografia do Brasil: Região Centro-Oeste*. Rio de Janeiro: IBGE, 1989. 1 v.

MIRAGAYA, Júlio Flávio Gameiro. *Dinâmica econômica, migrações e integração do território no Centro-Oeste: o impacto do eixo Brasília-Goiânia*. 2003. 213 f. Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília, Departamento de Geografia.

NALON, Tai. *De 0 a 10, índice do governo dá nota 5,4 à saúde pública no Brasil*. G1. 2012. Disponível em <<http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2012/03/de-0-10-indice-do-governo-da-nota-54-saude-publica-no-brasil.html>>. Acesso em 23 set. 2014.

NIMER, E. Clima. In: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Geografia do Brasil: Região Centro-Oeste*. Rio de Janeiro: IBGE, 1989. 1 v.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L et al. (orgs). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.

PNUD. *O que é o IDHM*. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. 2014. Disponível em <http://www.pnud.org.br/IDH/IDHM.aspx?indiceAccordion=0&li=li_IDHM>. Acesso em: 16 out. 2014.

REDE Interagencial de Informação para a Saúde. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde – Ripsa*. 2.ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. p.13-15.

RODRIGUES, Ubirajara. *Ministério cria índice para avaliar acesso e qualidade dos serviços*. Portal da saúde. 2012. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/noticias-antiores-agencia-saude/1543->>. Acesso em 21 set. 2014.

SANTOS, Milton. *Manual de geografia urbana*. 2. ed. Sao paulo: Hucitec, 1989. 214 p.

SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura. *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. 10. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001. 473 p.

SANTOS, Milton. *Por uma Geografia Nova*. São Paulo: Hucitec, Edusp, 1978.

SAÚDE, Conselho Nacional de. *Emenda Constitucional nº29 garante financiamento da saúde*. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/ec29.htm>. Acesso em: 22 out. 2014.

SILVA, F.C.F da. Vegetação. In: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Geografia do Brasil: Região Centro-Oeste*. Rio de Janeiro: IBGE, 1989. 1 v.

SILVA, Jorge Kleber Teixeira; LIMA, Maria Helena Palmer. Evolução do marco legal da criação de municípios no Brasil. In: *Evolução da divisão territorial do Brasil 1872-2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. 261 p. Disponível em: <ftp://geoftp.ibge.gov.br/organizacao_territorial/divisao_territorial/evolucao_da_divisao_territorial_do_brasil_1872_2010/evolucao_do_marco_legal_da_criacao_de_municipios_no_brasil.pdf>. Acesso em 03 nov. 2014.

SOBRAL, André.; FREITAS, Carlos Machado de. M.; PEDROSO, Marcel de Moraes.; GURGEL, Helen. C. Definições Básicas: Dado, Indicador e Índice. In: Carlos Machado de Freitas. (Org.). *Saúde Ambiental: Guia Básico para a Construção de Indicadores*. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011, v., p. 25-52.

SUS. *Municipalização*. 2014. Disponível em <<http://sistemaunicodesaude.weebly.com/municipalizao.html> >. Acesso em 23 out. 2014.

TOMIO, Fabricio Ricardo de Limas. A criação de municípios após a Constituição de 1988. *Revista brasileira de Ciências Sociais*. São Paulo, v. 17, n. 48, Feb.2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69092002000100006&script=sci_arttext>. Acesso em 05 out. 2014.

WOLFFENBÜTTEL, Andréa. *O que é? – Índice de Gini*. Ipea. 2004. Disponível em: <http://desafios.ipea.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2048:catid=28&Itemid=23>. Acesso em: 23 out. 2014.

WORLD Health Organization. *About WHO*. World Health Organization. 2014. Disponível em <<http://www.who.int/about/en/>>. Acesso em 23 set. 2014.

ANEXOS

Resultados Mais Altos							
MUNICÍPIO	IDSUS	IDHM - Posição	Renda <i>per capita</i> média (R\$) - Posição	População Total	PIB <i>per capita</i> (R\$) - Posição	Percentual Aplicado - Posição	Índice de Gini - Posição
Campo Grande	6 a 6,9	0,784 - 4	1.089,37 - 5	249.800	15.422,30 - 143	26,47 - 31	0,56 - 57
Dourados	6 a 6,9	0,747 - 19	866,40 - 24	60.851,00	15.826,86 - 134	21 - 159	0,52 - 138
Japorã	6 a 6,9	0,526 - 466	241,32 - 466	2.004	5.076,51 - 454	15,87 - 422	0,66 - 5
Laguna Carapã	6 a 6,9	0,672 - 327	536,02 - 283	1.907	19.046,05 - 84	20,27 - 189	0,53 - 115
Paranaíba	6 a 6,9	0,721 - 80	738,58 - 63	13.700	12.806,97 - 201	26,66 - 27	0,49 - 216
Taquarussu	6 a 6,9	0,651 - 406	478,38 - 357	1.174	14.750,72 - 161	18,01 - 309	0,42 - 423
Feliz Natal	6 a 6,9	0,692 - 235	786,26 - 47	2.940	14.892,07 - 156	20,12 - 201	0,46 - 322
Nova Nazaré	6 a 6,9	0,595 - 460	381,54 - 432	760	9.449,51 - 314	16,96 - 365	0,55 - 77
Nova Ubiratã	6 a 6,9	0,669 - 341	599,32 - 196	2.748	38.977,85 - 12	21,85 - 124	0,5 - 197
Sorriso	6 a 6,9	0,744 - 27	988,74 - 7	19.887	52.666,86 - 27	25,29 - 43	0,54 - 105
Britânia	6 a 6,9	0,672 - 329	594,38 - 204	1.848	9.309,41 - 324	21,22 - 150	0,55 - 82
Goianápolis	6 a 6,9	0,703 - 169	543,48 - 268	3.230	5.145,62 - 453	27,05 - 23	0,52 - 151
Goiânia	6 a 6,9	0,799 - 2	1.348,55 - 2	422.710	16.682,49 - 121	18,86 - 261	0,58 - 43
Goiatuba	6 a 6,9	0,725 - 71	785,84 - 48	10.890	21.932,66 - 63	15,55 - 439	0,5 - 209
Guaraíta	6 a 6,9	0,687 - 262	421,71 - 413	852	7.037,80 - 415	17,37 - 342	0,41 - 443
Hidrolândia	6 a 6,9	0,706 - 151	651,41 - 127	5.432	17.510,70 - 109	17,51 - 335	0,47 - 305
Palmelo	6 a 6,9	0,73 - 57	769,47 - 53	784	6.554,63 - 423	16,9 - 372	0,56 - 66
Senador Canedo	6 a 6,9	0,701 - 187	537,58 - 281	24.260	34.297,52 - 34	15,1 - 458	0,43 - 419
Três Ranchos	6 a 6,9	0,745 - 24	723,26 - 68	944	7.785,57 - 388	29,56 - 13	0,47 - 311

Tabela 5.M – Quadro Resumo das variáveis utilizadas e seus respectivos resultados para os municípios da Região Centro-Oeste com o melhor desempenho para o SUS.

Resultados Mais Baixos							
MUNICÍPIO	IDSUS	IDHM - Posição	Renda média <i>per capita</i> (R\$) - Posição	População Total	PIB <i>per capita</i> (R\$) - Posição	Percentual Aplicado - Posição	Índice de Gini - Posição
Alto Taquari	2,5 a 3,9	0,705 - 155	781,26 - 50	2.393	77.978,60 - 7	21,23 - 149	0,46 - 319
Colniza	2,5 a 3,9	0,611 - 452	411,69 - 417	7.640	9.431,79 - 309	16,59 - 390	0,58 - 36
Nova Xavantina	2,5 a 3,9	0,704 - 161	674,44 - 107	6.378	11.536,07 - 233	22,98 - 86	0,53 - 121
Águas Lindas de Goiás	2,5 a 3,9	0,686 - 270	449,38 - 386	44.228	3.081,77 - 466	18,75 - 266	0,43 - 401
Caiapônia	2,5 a 3,9	0,693 - 228	628,14 - 163	5.676	16.404,33 - 127	19,3 - 245	0,52 - 149
Mineiros	2,5 a 3,9	0,718 - 97	869,04 - 23	15.933	18.349,70 - 94	18,39 - 289	0,55 - 89
Santa Rita do Araguaia	2,5 a 3,9	0,714 - 117	634,76 - 152	2.260	9.991,33 - 294	22,56 - 99	0,48 - 278

Tabela 5.N – Quadro Resumo das variáveis utilizadas e seus respectivos resultados para os municípios da Região Centro-Oeste com o pior desempenho para o SUS.

Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde por Municípios do Centro-Oeste

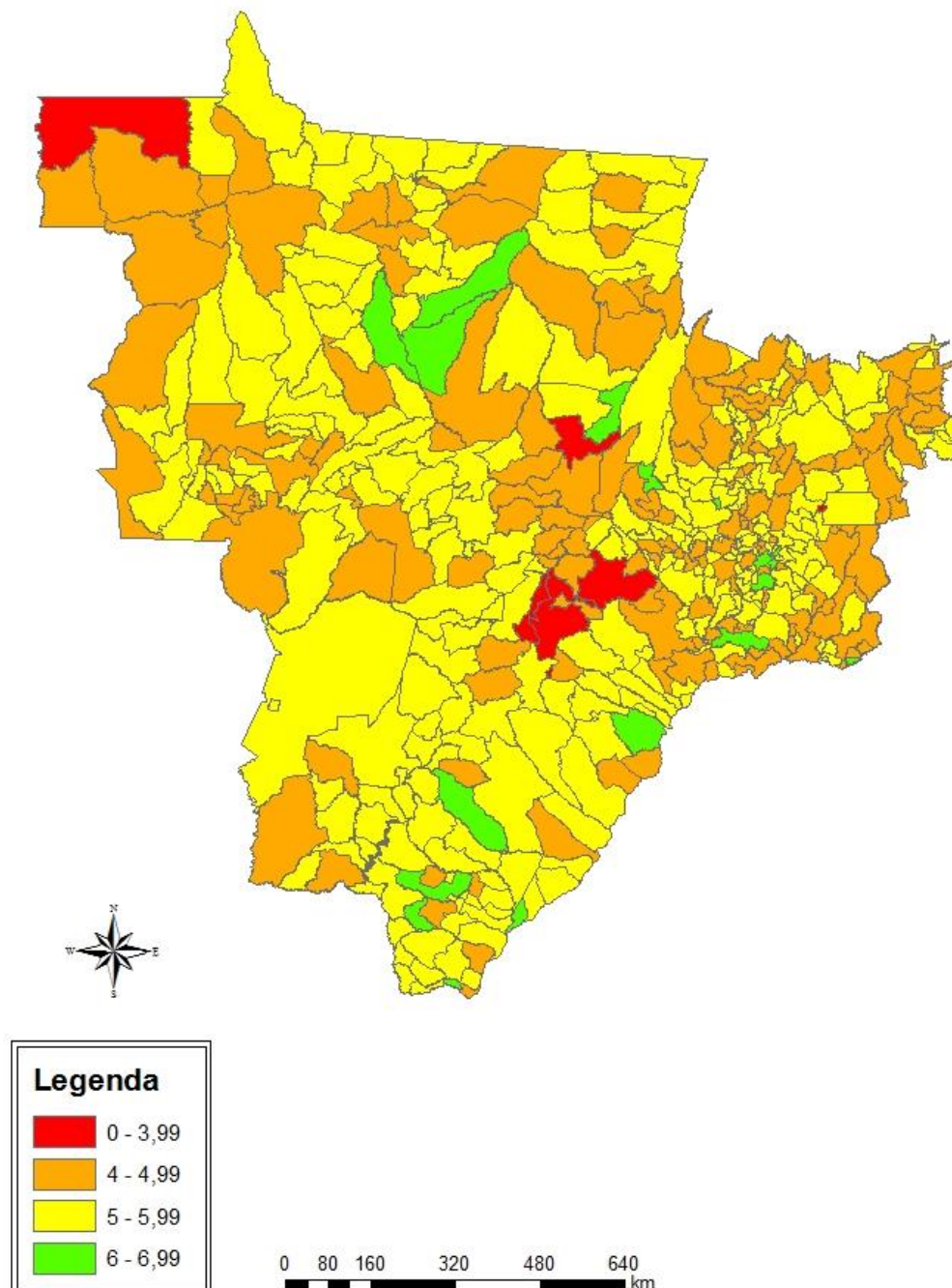


Figura 5.11 – Distribuição do IDSUS para os municípios do Centro-Oeste. Dados: SAGE – Avaliação do SUS. Elaboração Própria

INDICADORES DE ACESSO DO IDSUS

ATENÇÃO BÁSICA
<ul style="list-style-type: none">• Cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde.• Cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal.• Proporção de nascidos vivos com mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.
ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE MÉDIA COMPLEXIDADE
<ul style="list-style-type: none">• Razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.• Razão exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e pop. da mesma faixa etária.• Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente.• Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados e população residente.
ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE ALTA COMPLEXIDADE, REFERÊNCIA DA MÉDIA E ALTA E URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
<ul style="list-style-type: none">• Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e população residente.• Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade e população residente.• Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para não residentes.• Proporção de internações de média complexidade realizadas para não residentes.• Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes.• Proporção de internações de alta complexidade realizadas para não residentes.• Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente.

Figura 5.12 – Indicadores de Acesso do IDSUS .Fonte: André Medici

INDICADORES DE EFETIVIDADE DO IDSUS

ATENÇÃO BÁSICA
<ul style="list-style-type: none">• Proporção de cura de casos novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera (TBC).• Proporção de cura de casos novos de Hanseníase.• Taxa de Incidência de sífilis congênita.• Proporção de internações sensíveis à atenção básica (ISAB).• Média anual da ação coletiva de escovação dental supervisionada.• Proporção de exodontia em relação aos procedimentos.• Cobertura com a vacina tetravalente em menores de 1 ano.
ATENÇÃO HOSPITALAR DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE E URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
<ul style="list-style-type: none">• Proporção de parto normal.• Proporção de óbitos, nas internações em UTI, de menores de 15 anos.• Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).

Figura 5.13 – Indicadores de Efetividade do IDSUS .Fonte: André Medici