

O setor de saúde pública em Teresina: uma análise dos gastos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no período de 2003 a 2015

The public health sector in Teresina: an analysis of expenditures by the Unified Health System (SUS) for the period 2003 to 2015

Darlan Oliveira Silva¹, Edivane de Sousa Lima¹

DOI: 10.21115/JBES.v9.n3.p282-91

Palavras-chave:

economia da saúde,
gastos, SUS, Teresina

Keywords:

health economics,
expenditures, SUS, Teresina

RESUMO

Objetivo: Analisar a distribuição dos gastos do Sistema Único de Saúde em Teresina (PI) no período de 2003 a 2015. Especificamente, realiza-se revisão de literatura sobre sistemas de saúde, economia da saúde e coleta de dados sobre os gastos em saúde, e identifica-se a distribuição dos gastos com os serviços de saúde. **Métodos:** Foi utilizado o Índice de Gini como medida apropriada para a mensuração da distribuição dos gastos com os serviços de assistência à saúde. A pesquisa se justifica devido à importância que o setor de saúde tem assumido no contexto econômico piauiense e pela escassez de estudos acadêmicos sobre economia da saúde. **Resultados:** Mostram que Teresina tem concentrado maior participação dos gastos com saúde nos serviços de assistência hospitalar e ambulatorial, sendo o Índice de Gini dos gastos totais em saúde igual a 0,314, portanto com baixa concentração. **Conclusão:** A pesquisa conclui que os gastos com saúde estão dispersos de forma desigual ao longo do tempo entre as subfunções, justificados, em parte, pela rápida elevação dos gastos com os serviços de saúde em Teresina.

ABSTRACT

Objective: To analyze the distribution of expenditures of the Unified Health System in Teresina (SP) from 2003 to 2015. Specifically, a review of the literature on health systems, health economics, data collection on health expenditures and identifies the distribution of spending on health services. **Methods:** The Gini Index was used as an appropriate measure to measure the distribution of health-care expenses. The research is justified due to the importance that the health sector has assumed in the Piauí an economic context and by the scarcity of academic studies on health economics. **Results:** They show that Teresina has concentrated a greater share of health spending in hospital and outpatient care services, with the Gini Index of total health expenditures being equal to 0.314, thus, a low concentration. **Conclusion:** The research concludes that health expenditures are unevenly dispersed over time between the subfunctions, justified in part by the rapid increase in spending on health services in Teresina.

Recebido em: 20/10/2017. Aprovado para publicação em: 22/02/2018.

1. Departamento de Economia (Decon) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina, PI, Brasil.

Conflitos de interesse: Este artigo é original, resultado da pesquisa realizada durante a participação no Programa de Iniciação Científica Voluntária (ICV) e não teve nenhum financiamento de instituição pública ou privada ou órgão de fomento. Não há potenciais conflitos de interesse.

Autor correspondente: Darlan Oliveira Silva. Universidade Federal do Piauí (UFPI). Telefones: (86) 3215-5788/(86) 3215-5789. E-mail: odarlan26@yahoo.com

Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS – 2015), os gastos com saúde representaram 9,7% do produto interno bruto (PIB) brasileiro no ano de 2013. No Piauí, o setor de serviços registrou o maior número de empregos gerados no ano de 2013 e representou 81,26% do valor adicionado, portanto um crescimento de 4,0% em relação a 2012. Considerando especificamente o setor de saúde, é difícil estimar o seu peso na economia, pois enquanto as atividades mercantis relacionadas à educação e saúde são mensuradas separadamente e representam 2,5% do valor adicionado de 2013, os gastos públicos com saúde são mensurados juntamente com todos os outros gastos da administração pública e representam 34,41% do valor adicionado (Fundação Cepro, 2014).

Na intenção de analisar o setor de saúde, esta pesquisa tem o objetivo geral de analisar os gastos do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de Teresina no período de 2003 a 2015. Especificamente, procura-se realizar revisão de literatura sobre sistemas de saúde na América do Sul, como referencial teórico abordar a economia da saúde e, empiricamente, coletar e analisar a distribuição dos gastos com os serviços de saúde na cidade de Teresina de 2003 a 2015. Para sua realização foram consultadas as bases de dados secundários existentes no Ministério da Saúde, na intenção de identificar a forma da distribuição dos principais gastos com os serviços de saúde. A análise foi feita considerando um tratamento estatístico e econômico dos dados.

A pesquisa se justifica devido à importância que o setor de saúde tem assumido no contexto econômico piauiense e, também, pela escassez de estudos sobre economia da saúde, o que possibilitará a ampliação de trabalhos acadêmicos nessa área de pesquisa. Nesse sentido, este artigo está dividido da seguinte forma: na seção seguinte é apresentado o conceito de sistemas de saúde e alguns casos de países no mundo além do Brasil. Na terceira seção é apresentada a metodologia de pesquisa, assim como o objeto e o local de estudo. Na seção 4 são apresentados os resultados da pesquisa e na última seção, as conclusões.

Sistemas de saúde

A OMS (2005) define sistema de saúde como sendo o conjunto de todas as organizações, instituições e recursos que têm como objetivo principal a promoção da saúde da população de um país.

Os sistemas de saúde são formados por um conjunto de serviços de saúde e surgiram com a manifestação das primeiras doenças na humanidade e da percepção da necessidade de tratamento. Conceitualmente, os serviços de saúde estão inseridos dentro dos sistemas de saúde em que as estruturas e os mecanismos de cada serviço se relacionam com o pró-

prio sistema de serviços e os demais sistemas, por meio da fisiologia que está relacionada com a capacidade de manutenção do sistema e pelos instrumentos, dados os recursos disponíveis (Bispo Jr. & Messias, 2005).

A Figura 1 apresenta o esquema descrito no parágrafo anterior. Como exemplo, é citada a atenção básica que caracteriza um serviço de saúde¹, que possui a sua estrutura, fisiologia e instrumentos e faz parte do SUS brasileiro, que, por sua vez, é parte integrante do sistema de assistência social.

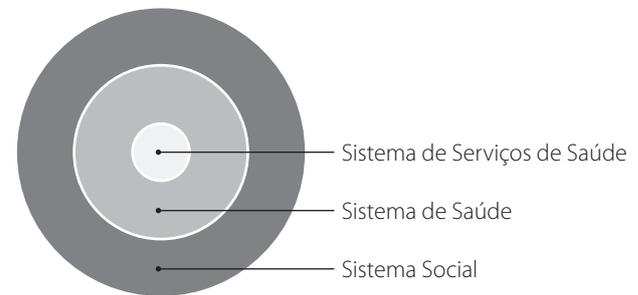


Figura 1. Relação do sistema de serviço de saúde, sistema de saúde e do sistema social. Fonte: Adaptação de Bispo Jr. & Messias (2005).

Os sistemas de saúde podem ser classificados de diversas formas e, considerando o financiamento dos gastos da saúde, foco desta pesquisa, pode ser exclusivamente financiado pelo setor público ou ser totalmente financiado pelo setor privado; ou ainda simultaneamente, pelo poder público e privado. A proposta de Rodrigues & Santos (2008) consiste em dividir os sistemas de saúde em três tipos distintos. O primeiro corresponde aos sistemas baseados no livre acesso da população, o segundo, aos sistemas ligados ao seguro social e o terceiro, o sistema privado. Todos os sistemas são brevemente apresentados a seguir:

- 1) Público de acesso universal – baseado na organização pública, o sistema está fundamentado no livre acesso da população aos serviços de saúde. A prestação de serviços pode ser pública e/ou privada e os serviços, financiados pelo governo por meio da aplicação de tributos;
- 2) Seguridade social – corresponde aos sistemas que estão ligados à contribuição sobre a folha de pagamento das empresas, em que o acesso ocorre por meio de acordos coletivos. A sua organização é semipública, sendo o sistema financiado simultaneamente pelo setor público e privado e, como no modelo anterior, os serviços de saúde podem ser prestados pelos setores públicos e/ou privados. Esse sistema é financiado pelas empresas, pelos trabalhadores e pelo governo;

1 Os serviços de saúde são divididos em seis blocos relacionados na subseção 2.3.4, que trata sobre o financiamento da saúde no Brasil.

- 3) Privado – o sistema privado é caracterizado pelo acesso individual e pelo financiamento particular. O setor privado é responsável pela organização e a prestação dos serviços de saúde oferecidos à população, sendo o mais restrito dos sistemas de saúde, quando considerada a privação do acesso.

Os sistemas de saúde financiados por seguros são baseados no modelo de Bismarck², enquanto sistemas que predominantemente dependem da arrecadação de impostos são baseados no modelo de Beveridge³ (Barros & Gomes, 2002). Os sistemas de saúde podem também ser administrados e financiados por organizações não governamentais (ONGs) como é o caso de Ruanda, conforme afirma Escoval (2009).

Os modelos de sistemas de saúde podem, também, apresentar diferentes formas de organização. Contudo, a forma mais adotada divide o sistema em três níveis de atenção e distribui os serviços entre eles, conforme demonstrado na Figura 2. Além da eficiência operacional, a hierarquização do sistema de saúde procura diminuir os desperdícios provocados pela oferta desproporcional ou indevida dos serviços de saúde. Na base, estão localizados os serviços de saúde básicos, chamados de primários e formados por atendimentos rotineiros e de baixa complexidade. O atendimento primário é formado pelo atendimento em domicílio, por Unidades Básicas de Saúde (UBS) e consultórios. Os serviços secundários correspondem aos hospitais gerais e ambulatórios especializados centrados na média complexidade. O terciário é formado por hospitais especializados de alta complexidade (Cecílio, 1997).

Diferentes sistemas de saúde do continente americano

As formas de assistência à saúde da população diferem entre si nas várias partes do mundo. Nesta subseção, procura-se comparar os sistemas de saúde dos principais países do continente americano, citando como exemplo o Canadá, os Estados Unidos, a Argentina e o Brasil.

Canadá

O Sistema Nacional de Saúde do Canadá foi criado pelo *Canadian Health Act* de 1984. Nesse caso, o sistema de saúde é de responsabilidade do governo federal e do governo das províncias, sendo formado por dois seguros: um seguro para os serviços hospitalares e outro seguro para os serviços médicos (Andrade, 2000). Entretanto, o sistema está centrado no Medicare, um seguro de saúde nacional composto por um conjunto de seguros regionais, e segue cinco princípios que

2 Modelos que se destinam a manter a renda dos trabalhadores em momentos de risco social decorrentes da ausência de trabalho (Beveridge, 1943).

3 Modelo que tem como principal objetivo a luta contra a pobreza (Beveridge, 1943).

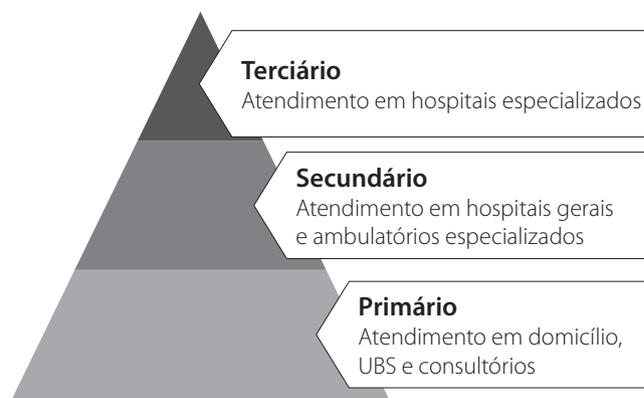


Figura 2. Pirâmide dos serviços de saúde. Fonte: Adaptação de Cecílio (1997).

fundamentam o sistema: a administração pública, a abrangência, a universalidade, a portabilidade e a acessibilidade (Canadá, 2016).

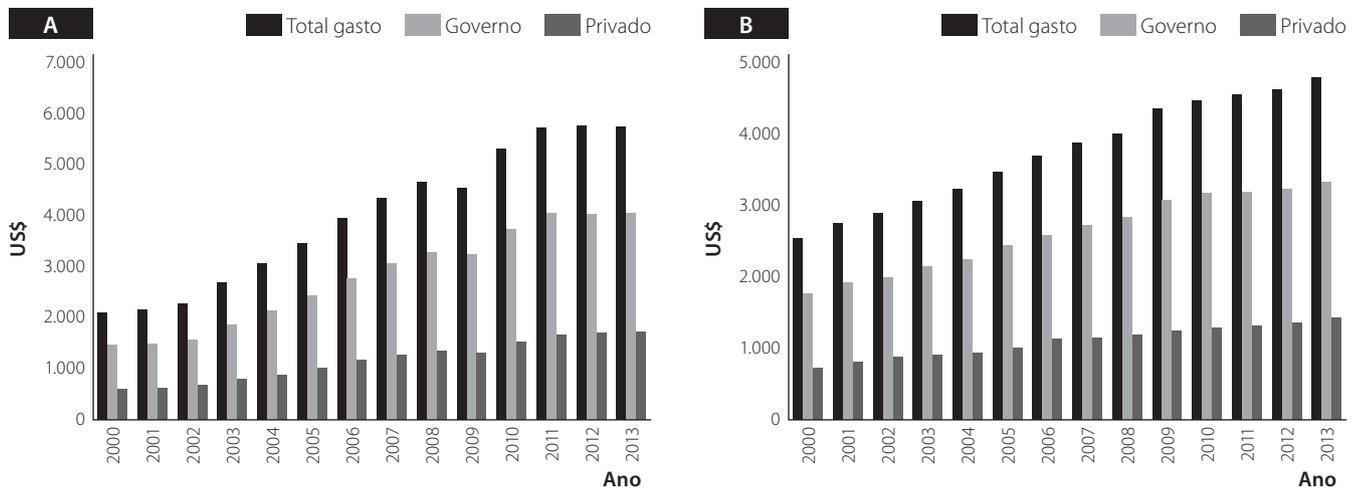
O sistema de saúde público no Canadá é focado na atenção primária e toda a população tem o direito de acesso (Andrade, 2000). A atenção primária está interligada às demais funções do sistema de saúde e o governo tem promovido a sua modernização para melhorar a eficiência do sistema (Escoval, 2009).

O repasse do governo federal às províncias é estabelecido por meio de um valor fixo *per capita*, que é reajustado de acordo com o crescimento do PIB dos três anos anteriores. Entretanto, são as províncias que geram a maior parte das receitas gastas no sistema público de saúde desse país (Andrade, 2000).

O sistema de saúde canadense é administrado pelo poder público e consiste em um conjunto de planos de seguridade de saúde levando em consideração o *Canadian Health Act*, e a qualidade do sistema é observada na própria expectativa de vida de seus cidadãos, que ultrapassa os 80 anos de idade (Moura, 2006).

Esse autor destaca os aspectos positivos e negativos do sistema de saúde canadense. Os aspectos positivos envolvem a universalidade do sistema, os baixos custos (para a administração pública), a descentralização e a autonomia clínica que os médicos possuem. Os aspectos negativos do sistema levam em consideração os custos relativamente baixos, quando comparados aos de outras economias. O governo gasta grande quantia de sua receita com a saúde e os diferentes planos de saúde dentro do território, isso porque cada província tem autonomia para administrar seu plano de saúde, o que reflete diferentes qualidades dos serviços prestado à população (Moura, 2006).

No Gráfico 1, por exemplo, são apresentadas as evoluções dos gastos anuais *per capita* com saúde, tanto do governo quanto da iniciativa privada, no Canadá, de 2000 a 2013. Nele, é possível observar uma tendência de crescimento com os gastos com saúde do setor público e privado no período



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da Organização Mundial de Saúde (2015). A: As despesas consideram uma taxa média de câmbio ao longo do ano. B: As despesas consideram a paridade do poder de compra (PPC).

Gráfico 1. Evolução dos gastos anuais *per capita* com saúde no Canadá, no período de 2000-2013, considerando uma taxa média de câmbio e a paridade do poder de compra.

analisado, em que são superados os gastos com os anos anteriores, com exceção dos anos de 2009 e 2013, que sofreram pequenas retrações, considerando a taxa média de câmbio. Entretanto, considerando a paridade do poder de compra, o Canadá aumentou seus gastos com saúde no período de forma ininterrupta, sempre superando os gastos do ano anterior. Dessa forma, as retrações ocorridas em 2009 e 2013 foram provocadas simplesmente por variações nas taxas de câmbio.

Nesse período, os gastos totais com saúde no país praticamente triplicaram, passando de aproximadamente 2.000 dólares para quase 6.000, considerando uma taxa média de câmbio. Por outro lado, quando se considera a paridade do poder de compra, o acréscimo no período é de quase 90% dos gastos totais com saúde. De acordo com as informações, observa-se que o governo manteve sua participação nos gastos de saúde constante ao longo do período, com aproximadamente 70% dos gastos totais.

Estados Unidos

Nos Estados Unidos, o papel do governo nos serviços de saúde da população é relativamente pequeno. A saúde é basicamente privada e a maior parte da população economicamente ativa paga algum tipo de assistência médica. O governo se restringe a incentivar pesquisas na área da saúde e amparar casos em que as pessoas não possuem condições de arcar com as despesas do sistema de seguridade privado, por exemplo, os idosos, as pessoas de baixa renda e as pessoas com deficiência física e que não possuem condições para trabalho (Andrade, 2000).

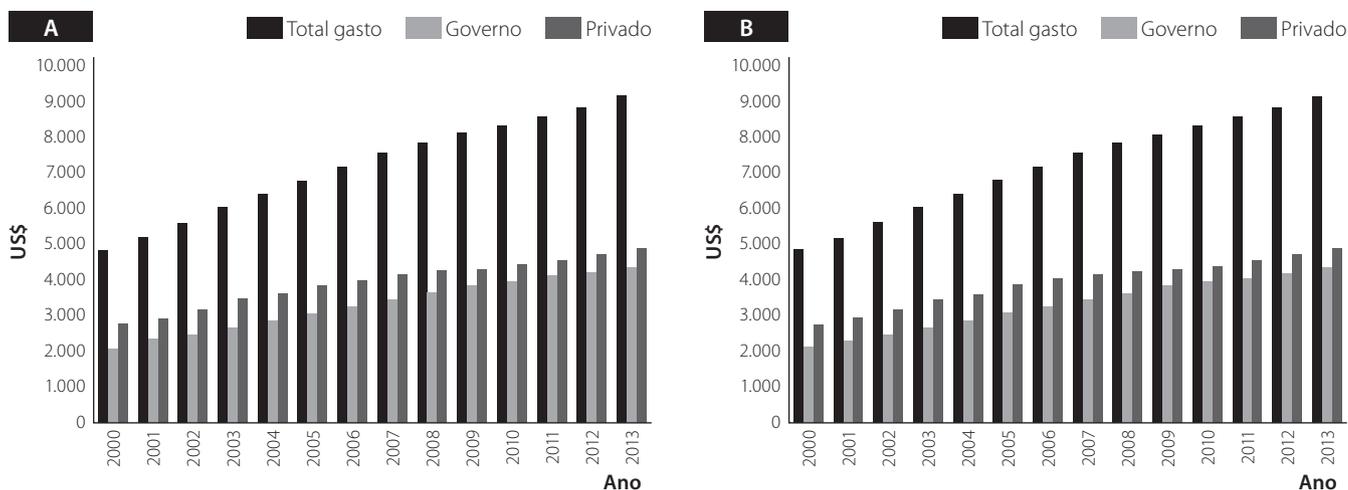
O sistema de saúde é formado por um conjunto de planos de saúde, dos quais se destacam o Medicare, dirigido a idosos, e o Medicaid, para as pessoas de baixa renda (Escoval, 2009).

Os Estados Unidos não possuem um sistema universal de saúde e, embora existam elevados gastos com o setor, uma parcela considerável da população não possui assistência básica de saúde (Ugá, 2001). O governo de Barack Obama apresentou uma proposta de reforma ao congresso americano recentemente. Segundo o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS)⁴, a reforma do sistema de saúde norte-americano foi motivada pelo custo *per capita* crescente dos gastos, ao mesmo tempo em que milhares de pessoas são excluídas do acesso aos serviços (Escoval, 2009). Essa reforma tem o objetivo de aumentar o número de pessoas atendidas pelo sistema público de saúde, entretanto o plano não obteve êxito (IESS, 2010).

A expectativa de vida no país é baixa, quando comparada aos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), assumindo a expectativa de vida como um indicador da qualidade do sistema de saúde nacional. Seus gastos também são maiores em relação aos demais países dessa organização, o que demonstra menor eficiência do sistema de saúde (Ugá, 2001).

Os gastos públicos e privados em saúde podem ser observados no Gráfico 2, que mostra a evolução dos gastos com saúde nos Estados Unidos, de 2000 a 2013. De acordo com as informações, é possível observar uma tendência de crescimento dos gastos em saúde ao longo do tempo. Entre os anos de 2000 e 2013, os gastos *per capita* com saúde praticamente dobraram, passando de 4.818,00 dólares para 9.146,00 dólares.

4 IESS – “O Instituto de Estudos de Saúde Suplementar é uma entidade sem fins lucrativos que tem por objetivo promover e realizar estudos de aspectos conceituais e técnicos que sirvam de embasamento para implementação de políticas e introdução de melhores práticas voltadas para a saúde suplementar” (IESS, 2015).



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da Organização Mundial de Saúde (2015). A: As despesas consideram uma taxa média de câmbio ao longo do ano. B: As despesas consideram a paridade do poder de compra (PPC).

Gráfico 2. Evolução dos gastos anuais *per capita* com saúde nos Estados Unidos, no período de 2000-2013, considerando uma taxa média de câmbio e a paridade do poder de compra

O setor privado possui maior participação nas despesas com saúde no ano de 2013. Entretanto, o setor público vem aumentando sua participação ao longo do tempo. Em 2000, representava cerca de 43% dos gastos totais em saúde, já ano de 2013 correspondia a aproximadamente 47% dos custos totais com saúde.

Argentina

A partir da década de 1990, a Argentina tem promovido algumas mudanças em seu sistema de saúde. Promoveu processo de descentralização, em que as responsabilidades que antes eram do governo federal passaram aos governos provinciais, aumentando as dificuldades para a universalização da saúde pública.

Em 1990, a Argentina passou por um processo de descentralização de algumas responsabilidades para as províncias. Com esta mudança, as dificuldades para oferecer uma cobertura de saúde pública a toda população ficaram ainda maiores. Neste contexto, o mercado de saúde da Argentina possui três sistemas coexistentes: o público, o de serviços sociais (chamado de *Obras Sociales*) e o privado. (FIA, 2008, p. 77)

A Argentina já possuía, em 1990, amplos recursos para o sistema de saúde pública, entretanto o seu sistema de saúde não conseguia atender a toda a população. Estima-se que 63% da população possuíssem acesso aos sistemas de saúde em 1991. Esse número foi reduzido para 52% da população no ano de 2001 (FIA, 2008).

A crise econômica que atingiu o país na última década do século XX contribuiu, em parte, para a redução da faixa da população com acesso aos serviços de saúde e a inten-

sificação da precariedade do sistema (Biasoto Jr. *et al.*, 2006). Entre 2001 e 2005, o país volta a estender os seus serviços de saúde à população, alcançando estatísticas semelhantes às registradas em 1991. Nesse período, o percentual de pessoas que não possuía acesso ao sistema de saúde caiu de 48%, em 2001, para 41%, em 2005 (FIA, 2008).

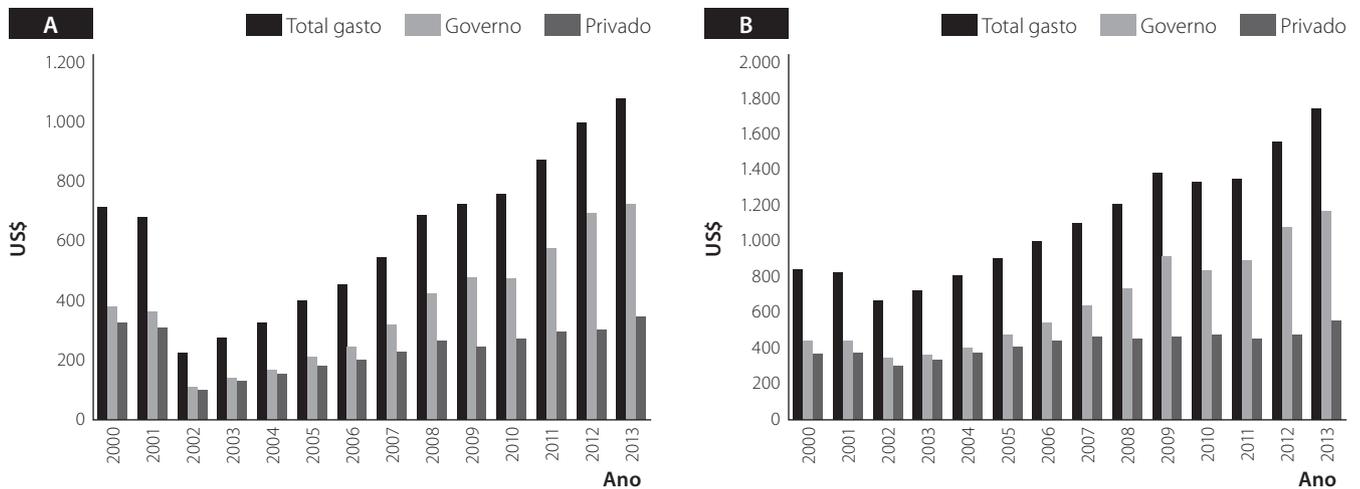
De acordo com o Gráfico 3, a Argentina demonstra tendência de crescimento com os gastos da saúde ao longo dos últimos anos. Considerando uma taxa média de câmbio, os dados mostram que os custos com saúde na Argentina sofreram forte retração entre 2001 e 2002. Entretanto, os custos que consideram a paridade do poder de compra demonstram que a retração dos gastos foi mais suave. Essa situação é justificada, em parte, pela desvalorização da moeda argentina no mesmo período. A partir de 2003, os gastos voltam a crescer e o país retorna, no ano de 2006, aos mesmos níveis registrados em 2001.

Após o ano de 2006, o governo aumentou a sua proporção nos gastos totais em saúde. Em 2007, ele contribuía com aproximadamente 58% dos gastos, aumentando para quase 70% dos gastos totais em saúde no ano de 2013. Os dados revelam a forte dependência do sistema em relação aos gastos governamentais.

O SUS do Brasil

Surgimento do SUS

As discussões sobre o SUS brasileiro surgiram com a criação da Constituição de 1988 e com a lei orgânica da saúde. Antes dessas normas, o sistema de saúde vigente não atendia a toda população, pois o acesso à saúde estava interligado ao sistema previdenciário (Conass, 2003).



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da Organização Mundial de Saúde (2015). A: As despesas consideram uma taxa média de câmbio ao longo do ano. B: As despesas consideram a paridade do poder de compra (PPC).

Gráfico 3. Evolução dos gastos anuais *per capita* com saúde na Argentina, no período de 2000-2013, considerando uma taxa média de câmbio e a paridade do poder de compra

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)⁵ esclarece melhor como funcionava o sistema de saúde:

Essa divisão, profundamente injusta do ponto de vista social, separava a população brasileira em cidadãos de 1ª e de 2ª classe. Os de 1ª classe, representados pelos contribuintes da previdência, tinham, mesmo com as dificuldades inerentes ao sistema de então, um acesso mais amplo à assistência à saúde dispondo de uma rede de serviços e prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares providos pela previdência social por meio do INAMPS⁶. Os de 2ª classe, representados pelo restante da população brasileira, os não-previdenciários, tinham um acesso bastante limitado à assistência à saúde – normalmente restrito às ações dos poucos hospitais públicos e às atividades filantrópicas de determinadas entidades assistenciais. (Conass, 2003, p. 14)

A Constituição Federal de 1988 estende o direito de saúde a toda população e estabelece que: “a saúde é direito de todos e dever do Estado (...)”, assim como o livre acesso sem discriminação de pessoas: “(...) acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Constituição Federal, 1988).

É a partir da Constituição Federal que a separação entre a previdência e o sistema de saúde é efetivada, mas pro-

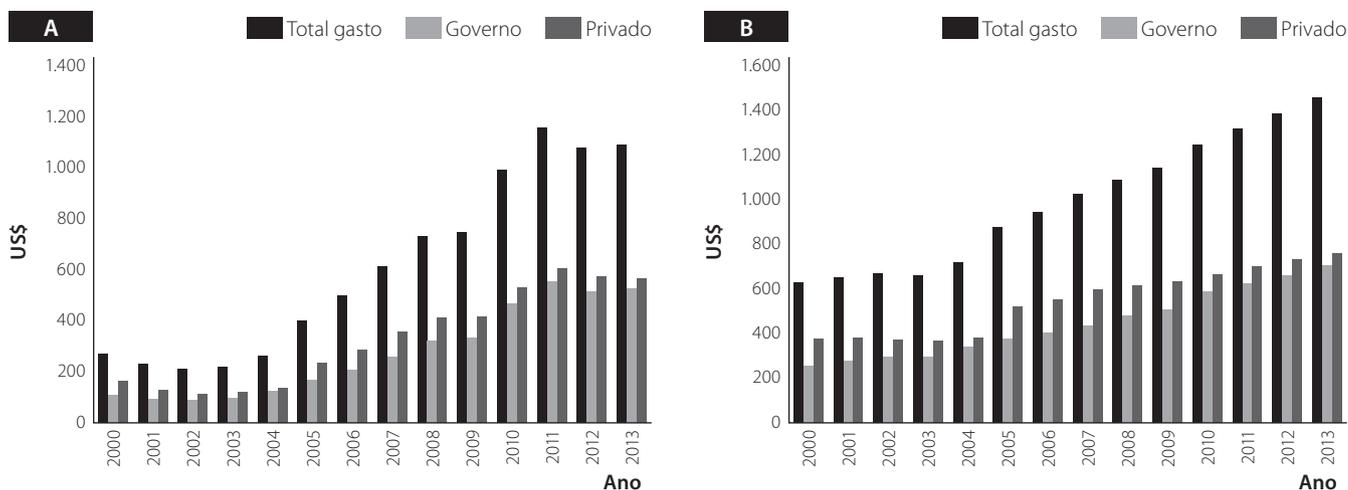
blemas sobre o financiamento dos serviços de saúde ainda permaneceram (Paiva & Teixeira, 2014). Entretanto, a primeira tentativa de criação de um sistema de saúde universal ocorreu por meio do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Esse sistema funcionava por meio de convênios realizados entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e as Secretarias Estaduais de Saúde, que possuíam autonomia para aderir ou não ao novo sistema. O SUS, que atua hoje no Brasil, foi implantado por meio de Normas Operacionais estabelecidas pelo Ministério da Saúde que definem as competências de cada unidade da federação. Nessas normas, são estabelecidos critérios para que os governos estaduais e municipais se habilitem a receber repasses para seus respectivos fundos de saúde (Conass, 2003).

A criação do SUS e a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (1990) levaram o Brasil a realizar mudanças no sistema político, na economia e na administração públicas mais profundas do que aparentavam de fato ocorrer, considerando a crise econômica pela qual o país passou durante a década de 1980 e a tendência mundial da política de Estado mínimo, a exemplo dos Estados Unidos e Inglaterra. Entretanto, problemas estruturais econômicos e políticos não possibilitaram que o país promovesse a plena implementação do novo modelo de sistema de saúde (Paiva & Teixeira, 2014).

O Brasil aumentou seus gastos com saúde consideravelmente ao longo do período analisado. Com uma tendência de crescimento, o país manteve seus gastos constantes nos últimos dois anos analisados. Essa tendência pode ser observada no Gráfico 4. Considerando uma taxa média de câmbio, no ano 2000, seus gastos totais com saúde eram de 265 dólares. Esse valor aumentou para mais de 1.000 dólares em 2013. Entretanto, esse aumento foi mais suave, de acordo

5 Conass é uma entidade privada, sem fins lucrativos, que congrega os secretários e seus substitutos legais – gestores oficiais das Secretarias de Estado de Saúde dos Estados e do Distrito Federal. Tem sede e foro na Capital da República (Conass, 2015).

6 O Inamps era uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (hoje Ministério da Previdência Social), e tinha a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuíam com a previdência social, ou seja, aos empregados de carteira assinada (Ministério da Saúde, 2016).



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da Organização Mundial de Saúde (2015). A: As despesas consideram uma taxa média de câmbio ao longo do ano. B: As despesas consideram a paridade do poder de compra (PPC).

Gráfico 4. Evolução dos gastos anuais *per capita* com saúde no Brasil, no período de 2000-2013, considerando uma taxa média de câmbio e a paridade do poder de compra

com a paridade do poder de compra em que os gastos totais com saúde subiram de 626,00 dólares para 1.454,00 no mesmo período. A representatividade do governo nos gastos em saúde sofreu rápidas variações, mas se manteve praticamente constante ao longo do tempo. O setor privado ainda financia a maior parte dos gastos com saúde no Brasil, com aproximadamente 52% dos gastos totais no ano de 2013.

Métodos

Nesta seção são apresentados os procedimentos metodológicos de pesquisa, iniciando por uma breve revisão sobre economia da saúde, a área geográfica de estudo e a abordagem utilizada.

Economia da Saúde

A economia da saúde é o campo de conhecimento que estuda as questões relacionadas à saúde com o objetivo de desenvolver políticas de planejamento para o setor da saúde. Os estudos em economia da saúde envolvem questões relacionadas à alocação de recursos, custos em saúde, as especificidades entre a oferta e a demanda etc. Dessa forma, ela busca a análise e eficiência do setor de saúde (Ministério da Saúde, 2016).

Del Nero (2002, p. 19) conceitua economia da saúde como:

Ramo do conhecimento que tem por objetivo a otimização das ações de saúde, ou seja, o estudo das condições ótimas de distribuição dos recursos disponíveis para assegurar à população a melhor assistência à saúde e o melhor estado de saúde possível, tendo em conta meios e recursos limitados.

Afirma ainda existir vários vínculos entre economia e saúde, desde o seu método de estudo e pesquisa passando pela sua aplicação. Dessa forma, elas se complementam, considerando que a economia procura solucionar controvérsias existentes no setor de saúde (Del Nero, 2002).

Arrow (1963) afirma que o setor de saúde não corresponde aos princípios básicos das leis de oferta e demanda em economia. Existem, segundo ele, especificidades sobre a oferta e a demanda em saúde relacionada à incerteza em relação ao futuro. Nesse sentido, a economia da saúde surge sendo uma área de pesquisa em expansão, no sentido de contribuir na melhor gestão e alocação de recursos escassos nessa área de conhecimento (Herrera *et al.*, 2002).

Área geográfica de estudo

A pesquisa é realizada no município de Teresina, que possui uma área de 1.391,981 (km²) e uma população estimada em mais de 840 mil habitantes no ano de 2015 (IBGE, 2015). Ele se destaca na área de serviços, em especial na área de educação e saúde. É considerado um polo da saúde na região Nordeste e, de modo geral, no Brasil. Em 2005, por exemplo, Teresina possuía 275 estabelecimentos de saúde e 2.472 leitos para internação. Em 2009, o número elevou-se para 366 estabelecimentos e 3.093 leitos, o que corresponde a um crescimento de aproximadamente 33% no número de estabelecimentos e de 25% no número de leitos (IBGE, 2009). Entre os estabelecimentos observados no ano de 2009, 75 estabelecimentos eram da rede pública, dos quais 18 realizavam internação com um total de 1.913 leitos, enquanto a rede privada possuía 291 estabelecimentos, dos quais 20 realizavam internação e possuíam 1.180.

No ano de 2009, aproximadamente 85% dos estabelecimentos em saúde pública eram administrados pelo governo

Quadro 1. Número de estabelecimentos de saúde e leitos no ano de 2009

Natureza	Número de estabelecimentos	Número de leitos*
Pública		
Federal	1	0
Estadual	10	1.315
Municipal	64	598
Total Público	75	1.913
Privada		
Com fins lucrativos	277	--
Sem fins lucrativos	14	--
Total privado	291	1.180
Total geral	366	3.093

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do IBGE (2009). * O IBGE não discrimina os leitos privados com fins lucrativos e sem fins lucrativos.

municipal, que possuía aproximadamente 30% dos leitos públicos da cidade. O governo estadual administrava 13% dos estabelecimentos de saúde pública e detinha aproximadamente 70% do número total de leitos públicos. O número de estabelecimentos privados correspondia a 291, dos quais 95% possuíam fins lucrativos.

Em um levantamento realizado pela prefeitura municipal de Teresina, no ano de 2015 a cidade possuía 843 estabelecimentos de saúde, dos quais 71,4% correspondiam a clínicas e consultórios e 3.289 leitos de internação e consultas. A importância do setor de saúde é representada, ainda, pelo mercado de trabalho, no qual o setor de saúde humana e serviços sociais representaram 7% dos vínculos empregatícios diretos da cidade, com um número total de 20.775 trabalhadores no ano de 2014 (PMT, 2015).

Abordagem utilizada na pesquisa

Buscou-se realizar a mensuração da distribuição dos gastos com os serviços de assistência à saúde por meio do Índice de Gini. Esse índice representa uma medida de concentração. É usado para medir o grau de dispersão de uma distribuição estatística. Ele varia entre zero e um (0 e 1): zero representa não haver desigualdade na distribuição, enquanto um representa uma distribuição é completamente concentrada e desigual (Hoffmann, 1998).

Esse índice tem sido amplamente utilizado para medir a concentração de renda. Em período recente, sua utilização tem ocorrido em pesquisas que estudam a relação existente entre o estado de saúde e a pobreza no Brasil, e entre condições de saúde e a desigualdade econômica, conforme os trabalhos de Noronha & Andrade (2004) e Szwarcwald *et al.* (1999).

Nesta pesquisa, o Índice de Gini é utilizado para medir a distribuição dos gastos com saúde em Teresina no período de 2003 a 2015, representado pela expressão analítica:

$$G = 1 - \sum_{i=1}^n (X_i + X_{i-1}) (Y_i - Y_{i-1})$$

Onde, G representa o coeficiente de Gini, X_i a população acumulada e Y_i a proporção acumulada dos gastos com saúde.

Resultados e discussão

A evolução dos gastos com saúde em Teresina, por subfunção, é apresentada no Gráfico 5. De acordo com o gráfico, é possível observar uma expansão dos gastos com assistência hospitalar e ambulatorial e com atenção básica. Os gastos com vigilância epidemiológica, com vigilância sanitária e com alimentação e nutrição mantiveram-se constantes ao longo do período analisado.

Os gastos totais com saúde cresceram mais de 350% entre os anos 2004 e 2015. Os gastos com atenção básica cresceram aproximadamente 210% no mesmo período, enquanto os gastos com outras subfunções cresceram 857% de 2004 para 2015.

As proporções dos gastos com saúde, por subfunção, são apresentadas no Gráfico 6. De acordo com esse gráfico, é possível observar que as despesas com outras subfunções cresceram ao longo do período. No ano de 2003, por exemplo, elas representavam 26% dos gastos totais com saúde, dobrando a sua participação para 51% no ano de 2015. Observa-se, ainda, uma diminuição da proporção dos gastos com assistência hospitalar e ambulatorial, que representavam 63% dos gastos com saúde em 2003 e 37% em 2015. Os gastos com atenção básica, apesar de algumas variações, como a ocorrida em 2013, têm mantido as suas proporções constantes ao longo do tempo, com aproximadamente 8,5% dos gastos totais com saúde.

Distribuição dos gastos com saúde em Teresina

Para medir a distribuição dos gastos com saúde em Teresina ao longo do período analisado, foi utilizado o Índice de Gini. O Quadro 2 apresenta esse índice para os gastos, por subfunção, e para os gastos totais em saúde realizados em Teresina.

A subfunção que apresentou menor disparidade entre 2013 e 2015 foi vigilância sanitária, com um índice de 0,058. Isso significa que o crescimento dos gastos com essa subfunção se manteve relativamente próximo ao crescimento populacional registrado. Também foram registrados índices relativamente baixos, em relação ao índice registrado para os gastos totais, para as subfunções assistência hospitalar e ambulatorial, vigilância epidemiológica e alimentação e nutrição.

Em contrapartida, a subfunção de suporte profilático e terapêutico apresentou elevado índice de dispersão, com um valor observado de 0,624. Uma possível explicação está no crescimento dos gastos da subfunção entre os anos de 2013 e 2014 e que se mantiveram elevados em 2015. Somente os

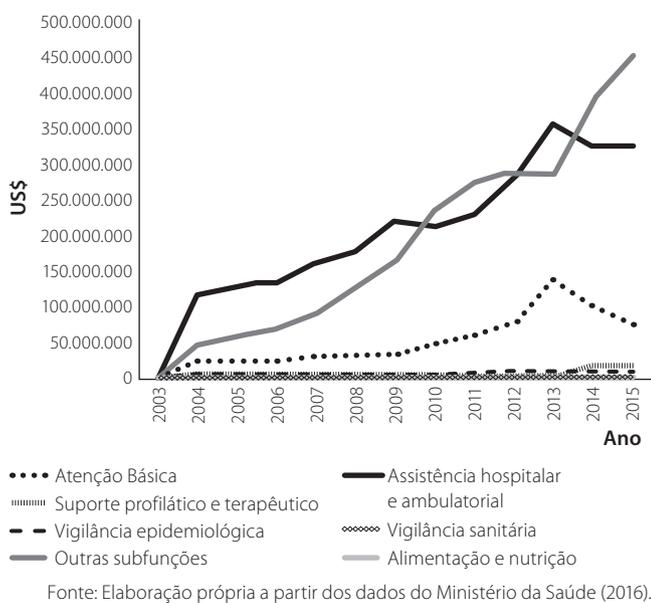


Gráfico 5. Evolução dos gastos com saúde, por subfunção, em Teresina, no período de 2003-2015.

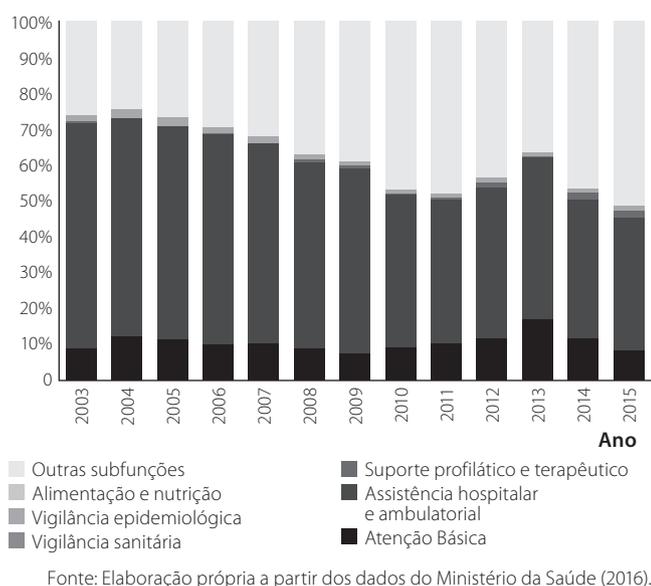


Gráfico 6. Proporção de gastos com saúde, por subfunção, entre os anos de 2003 e 2015.

Quadro 2. Índice de Gini por subfunção

Subfunção	Índice de Gini
Atenção básica	0,331
Assistência hospitalar e ambulatorial	0,242
Suporte profilático e terapêutico	0,624
Vigilância sanitária	0,058
Vigilância epidemiológica	0,204
Alimentação e nutrição	0,307
Outras subfunções	0,383
Total	0,314

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Ministério da Saúde (2016).

gastos nos dois últimos anos somados representam 69% do total dos gastos de todo o período. As subfunções atenção básica e outras subfunções também apresentaram índices mais elevados do que o índice dos gastos totais em saúde.

Um Índice de Gini elevado pode ser justificado por duas situações. Primeiro, os gastos podem ser extremamente concentrados e pontuais, como os registrados com a subfunção suporte profilático e terapêutico. Segundo, os gastos com saúde podem estar aumentando ao longo do tempo de forma mais rápida do que o crescimento populacional, forçando uma concentração maior nos anos subsequentes, o que torna plausível para o que vem ocorrendo com os gastos em saúde em Teresina.

O índice para o total dos gastos observados foi de 0,314, isso significa que os gastos com saúde apresentam uma pequena disparidade ao longo dos anos, motivada principalmente pelo crescimento das outras subfunções e pelo próprio aumento, acima do crescimento populacional, que Teresina vem realizando ao longo dos últimos anos.

Conclusões

A pesquisa objetivou, de forma geral, realizar uma análise dos gastos do SUS na cidade de Teresina, no período de 2003 a 2015. De acordo com os resultados apresentados, é possível perceber uma tendência crescente dos gastos públicos com saúde na cidade de Teresina ao longo do período analisado.

A queda na participação dos gastos com assistência hospitalar e ambulatorial é justificada, principalmente, pelo crescimento das demais subfunções não categorizadas no período. Isso não significa que os gastos com essa subfunção estão diminuindo; eles continuam crescendo, possivelmente, em um ritmo menos acelerado

Destaca-se, também, a participação dos gastos com atenção básica, pois, embora tenham sofrido variações percentuais ao longo do período, mantiveram-se em proporções constantes. Uma possível explicação é de que os gastos com essa subfunção estejam crescendo na mesma proporção que os gastos totais com saúde.

A concentração dos gastos com saúde é apresentada pelo índice de Gini, que demonstrou haver disparidade levemente acentuada na dispersão dos gastos em saúde ao longo do tempo. Uma possível explicação dessa concentração de gastos nos últimos anos é de que tenha sido provocada pela elevação dos gastos com saúde acima do crescimento da população.

Dessa forma, o exercício empírico mostrou ser relevante no sentido de apresentar o grau de concentração ou de distribuição existente entre os gastos públicos, por subfunção, dos serviços de assistência à saúde em Teresina, contribuindo, assim, com mais informações sobre esse setor.

Referências bibliográficas

- Andrade MV. Ensaios em economia da saúde. Rio de Janeiro: EPGE-Foy; 2000.
- Arrow KJ. Uncertainty and the welfare economics of medical care. 1963. Bull World Health Organ. 2004;82(2):141-9.
- Barros PP, Gomes JP. Os Sistemas nacionais de saúde da União Europeia, principais modelos de gestão hospitalar e eficiência no sistema hospitalar português. Lisboa, 2002. Disponível em: <http://goo.gl/Cbx15f>. Acesso em: 19 mar. 2016.
- Biasoto Jr. G, Silva PLB, Dain S (orgs.). Regulação do setor saúde nas Américas: as relações entre o público e o privado numa abordagem sistêmica. Série técnica Opas/MS/Unicamp. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_setor_saude_americas.pdf. Acesso em: 19 mar.
- Bispo Jr. JP, Messias KLM. Sistemas de serviços de saúde: principais tipologias e suas relações com o sistema de saúde brasileiro. Rev Saúde Com. 2005;1(1):79-89. Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/v1/v1n1a10.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2016.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 2016.
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estatística. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://goo.gl/IXJ6xa>. Acesso em: 25 abr. 2016.
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Homepage. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em: 30 nov. 2015.
- Brasil. Ministério da Saúde. Economia da saúde. 2014. Disponível em: <http://goo.gl/zZk3ew>. Acesso em: 24 jun. 2016.
- Brasil. Ministério da Saúde. SUS: Princípios e conquistas. Brasília: MS; 2000. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf. Acesso em: 30 jun. 2016.
- Beveridge SW. O Plano Beveridge: relatório sobre o seguro social e serviços afins. Rio de Janeiro: José Olympio; 1943.
- Canadá. Homepage. Ottawa; 2016. Disponível em: http://www.canadainternational.gc.ca/brazil-brazil/about_a-propos/organization-organisation.aspx?lang=por. Acesso em: 15 jan. 2016.
- Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad Saúde Pública. 1997;13(3):469-78. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v13n3/0171.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2016.
- Conass – Conselho Nacional de Secretarias de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília: Conass; 2003.
- Conass – Conselho Nacional de Secretarias de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília: Conass; 2015.
- Del Nero CR. O que é economia da saúde. In: Piola SF, Vianna SM, organizadores. Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde. 3ª ed. Brasília: IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2002. cap. 1, p. 5-21. Disponível em: <http://goo.gl/IOJ1PF>. Acesso em: 20 maio 2016.
- Escoval A. O processo de contratualização na saúde em Portugal (1996-2005). 2009. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/4461/1/T-10%20ESCOVAL%20p-7.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2016.
- Silva CG. Análise comparativa das características dos sistemas de saúde nas Américas. Monografia (Gestão de Políticas Públicas) - Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo. São Paulo; 2012. p. 40. Disponível em: http://each.uspnet.usp.br/flamori/images/TCC_Cinthia_2012.pdf. Acesso em: 7 abr. 2016.
- Fundação Cepro. Governo do Piauí. Produto interno bruto – PIB Piauí 2013. Teresina; 2014. 1 p. Disponível em: <http://goo.gl/5ERLyB>. Acesso em: 17 maio 2016.
- Herrera MC, Rodríguez JC, López RG, Abreu RM, González AMG, Casulo JC. La economía del la salud: ¿debe ser de interés para el campo sanitario? Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public. 2002;12(5):359-65.
- Hoffmann R. Estatística para economistas. São Paulo: Pioneira; 1998.
- IESS – Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. A reforma da saúde norte-americana. Saúde Suplementar em Foco. 2010;1(2):1-5.
- Moura MC. Mudanças na gestão dos sistemas de saúde – o modelo canadiano. J Port Gastreterol. 2006;13(2):105-10.
- Noronha KVMS, Andrade MV. A importância da saúde como um dos determinantes da distribuição de rendimentos e pobreza no Brasil. UFMG; 2004. Disponível em: <http://www.anpec.org.br/encontro2004/artigos/A04A136.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2016.
- OMS – Organização Mundial de Saúde. 2016. Disponível em: <http://www.who.int/en/>. Acesso em: 12 maio 2016.
- Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. Hist Cienc Saude – Manguinhos. 2014;21(1):15-35.
- Rodrigues PH, Santos IS. Saúde e cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS. São Paulo: Atheneu; 2008.
- Schneider MC, Castillo-Salgado C, Bacallao J, Loyola E, Mujica OJ, Vidaurre M, et al. Métodos de mensuração das desigualdades em saúde. Rev Panam Salud Publica. 2002;12(6).
- Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MAP, Andrade CLT, Paez MS, Medici EV, et al. Desigualdade de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública. 1999;15(1):15-28.
- Teresina. Prefeitura Municipal de Teresina (PMT). Secretaria Municipal de Planejamento e Coordenação (SEMPLAN). Saúde. Teresina, 2015.
- Ugá MAD. Gastos, acesso e condições de saúde: tendências nos países da OCDE. Rev Ass Med Brasil. 2001;47(3):171-2. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n3/6516.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2016.
- WHO – World Health Organization. Homepage. Geneva; 2015. Disponível em: <http://www.who.int/en/>. Acesso em: 10 nov. 2015.