

FATORES DETERMINANTES PARA A QUALIDADE DA SAÚDE NOS MUNICÍPIOS MINEIROS

DETERMINANTS FOR QUALITY HEALTH IN MUNICIPALITIES MINEIROS

Evandro Rodrigues de Farias¹

Márcio Augusto Gonçalves²

Lélis Pedro de Andrade³

RESUMO

A pesquisa objetivou avaliar quais são os fatores determinantes da variação da qualidade no provimento de saúde pública tomando como referência do estudo os municípios do estado de Minas Gerais. Para a operacionalização da pesquisa, foram utilizados dados secundários e informações de organismos oficiais extraídos da base de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda (STN); e dados contidos no Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS) da Fundação João Pinheiro (FJP). Para quantificar a influência das variáveis preditoras na variação dos indicadores de qualidade na saúde dos municípios estudados foram realizadas análises multivariadas com destaque para as análises de correlação e de regressão linear múltipla. Como resultados, observa-se que as variáveis saneamento, PSF, Bolsa família e transferências do SUS conjuntamente apresentam o maior poder de explicação. A partir dos resultados sugere-se que os municípios ampliem a cobertura do programa saúde da família, e ampliem os investimentos em Saneamento básico.

Palavras-chave: Saúde Pública; Eficiência; Gestão Pública.

ABSTRACT

The research aimed to evaluate what are the determinants of variation in the provision of quality public health with reference to study the municipalities of the state of Minas Gerais. For the operationalization of the research, we used secondary data and information from official bodies extracted from the database of the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE), the National Treasury of the Ministry of Finance (STN) and data contained in the Index Miner Social Responsibility (IMRS) of João Pinheiro Foundation (FJP). To quantify the influence of predictor variables on the variation of the quality indicators in the health of cities studied were performed multivariate analysis with emphasis on correlation analysis and multiple linear regression. As a result, it is observed that the sanitation variables, PSF, family allowance and transfers SUS jointly present the greatest explanatory power. From the results it is suggested that municipalities expand the coverage of family health program, and expand investments in basic sanitation.

Keywords: Public Health; Efficiency; Public Management.

¹ Doutorando em Administração pela Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: evandrozd@hotmail.com.

² Professor Associado do Departamento de Administração da Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: marciouk@yahoo.com.br.

³ Doutorando em Administração pela Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: lelis.pedro@ifmg.edu.br.

1 - INTRODUÇÃO

Os custos envolvidos no setor saúde são expressivos e afetam vários países do mundo. Segundo Morgan e Orosz (2010), nos países que compõem a *Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD), os sistemas de Saúde, nos últimos anos, passaram a ser mais efetivos, provendo serviços com qualidade mais alta, e tendo um percentual maior da população com acesso a serviços públicos.

Porém, estas realizações não vieram com baixo custo. Nas últimas décadas foram necessários aumentos fixos nos recursos alocados no setor de saúde. As despesas totais com saúde alcançou a média de 9% do PIB para os países da OECD, tendo sete países com uma relação acima de 10% (os Estados Unidos, França, Suíça, Áustria, Alemanha, Canadá e Bélgica). Olhando para o futuro, os países da OECD ainda continuarão enfrentando pressões para aumentarem seus gastos em saúde, devido a vários fatores que incluem mudança demográfica, avanços da tecnologia na área médica, aumento da expectativa de vida da população, entre outros. Assim, estas demandas crescentes para serviços de saúde precisam ser vistas no contexto das finanças públicas que serão cada vez mais comprometidas (Morgan e Orosz, 2010).

No Brasil os recursos alocados na saúde correspondem a 8% do PIB. Em 2002, o montante de gasto com saúde representou R\$ 70,4 bilhões, sendo que 67% - R\$ 47,3 bilhões foram gastos com atenção hospitalar. Destes valores, o SUS constitui a maior fonte de financiamento contribuindo com 58% ou R\$ 27,5 bilhões do total de gastos com hospitais, enquanto os planos privados e os pagamentos diretos (de pacientes privados) respondem por 33 e 8,5%, respectivamente (LA FORGIA E COUTTOLENC, 2009).

Apesar do volume de gastos, as problemáticas que envolvem o setor saúde, no Brasil, são muitas e destacam-se ao analisarmos os estabelecimentos médicos, as políticas setoriais e o modelo de saúde que vem sendo adotado nas últimas décadas.

Assim, torna-se necessário intensificar o debate gestão/financiamento no setor de saúde no Brasil. Pois, comparando com outros países, ainda é investido um percentual do PIB abaixo da média, o que poderia sugerir uma falta de financiamento no setor. Contudo, a má alocação dos recursos é um dos maiores problemas da Gestão Pública brasileira.

Diante dessa questão surge à necessidade de mensurar as ações dos governos no provimento da saúde para a população. Sendo assim, despontam os indicadores sociais, considerados construções que procuram refletir uma realidade mais simplificada do que a

complexidade observada, mas que, compreendidas as suas devidas limitações, são poderosos refletores dos fenômenos percebidos (MORÃO, 2004).

Porém, além de conhecer a situação do município quanto à qualidade no provimento da saúde, é necessário conhecer quais os fatores que influenciam estes indicadores. Sendo assim, esta pesquisa tem o objetivo de avaliar quais são os fatores determinantes da variação da qualidade no provimento de saúde pública tomando como referencia do estudo os municípios do estado de Minas Gerais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Entendendo a política de saúde no Brasil

No Brasil, desde 1930, a política de saúde privilegia o modelo hospitalocêntrico (atendimento voltado para dentro dos hospitais, sendo estes considerados como a “porta de entrada” aos sistemas de saúde) e biologicista (saúde obtida, essencialmente, através do tratamento com atos médicos e medicamentos) (FONSECA e FERREIRA, 2009).

É a partir de 1970 que os sistemas de saúde passam a ser questionados e surgem novas concepções de saúde e, em decorrência, novos modelos de atenção. O conceito de saúde como simplesmente ausência de doença precisa ser superado, principalmente quando se busca uma alteração na estrutura do sistema de saúde. Ao analisar a crise que se abateu sobre os sistemas de saúde nas sociedades ocidentais e apontar a importância da construção social de um novo sistema de saúde (FADEL e FILHO, 2009).

É possível perceber que o sistema de saúde que privilegia unicamente a ótica da atenção médica, agrava a crise da saúde, pois, é mais custoso o tratamento da doença do que a prevenção através de programas fundamentados em ações interdisciplinares. Porém, pode-se dizer que o setor de saúde privado ainda se baseia no paradigma sanitário hegemônico, ou seja, da produção de serviços de saúde de ordem curativa e clínica (MATTOS et al., 2009).

O debate sobre a realidade da saúde no Brasil se apoiou em estudos e pesquisas que apontavam a fragilidade do modelo de desenvolvimento e ainda caracterizavam o sistema de saúde adotado durante a ditadura militar como centralizador, hierarquizado e, principalmente, ineficiente e irracional. A partir do descontentamento da população surge, na década de 1970, o movimento sanitário (FONSECA e FERREIRA, 2009).

O movimento sanitário discutia os efeitos perversos do sistema implantado, sobre a saúde da população. A sua característica principal é a construção da proposta de um novo modelo, o Sistema Único de Saúde – SUS, que deveria substituir os sistemas de saúde até então adotados pelo governo. O SUS caracteriza-se pela universalização e integralidade do

atendimento, descentralização do poder de decisão, racionalidade, eficácia e eficiência na qualidade do serviço e democracia no sentido de garantir a participação popular nas decisões, principalmente através dos Conselhos de Saúde (FONSECA e FERREIRA, 2009).

Em 1987, é criado, pelo governo federal, o Sistema Único Descentralizado de Saúde – SUDS, que implementa algumas propostas do movimento sanitário, buscando, principalmente, a descentralização do sistema.

Logo depois, o Projeto de Reforma Sanitária foi levado à Assembléia Nacional Constituinte e aprovado quase em sua totalidade na Constituição Federal de 1988 – CF/88, que adotou a proposta do SUS. A CF/88 trata da saúde, do art. 196 ao art. 200, sendo o ponto mais importante a concepção da saúde como direito de todos e dever do Estado, assim como o seu acesso universal e igualitário, além da sua inclusão no tripé da seguridade social, juntamente com a previdência e a assistência social (BRASIL, 1988).

A partir da década de 1990 inicia-se o processo de descentralização no Brasil, onde o governo federal pretende dar maior autonomia aos estados e municípios. Com isso surge a necessidade de otimização dos gastos municipais e, ao mesmo tempo, com o aumento da participação popular na gestão das políticas públicas, cresce também a exigência de maior qualidade nos serviços como a saúde (FADEL e FILHO, 2009).

Foram grandes as transformações quanto à transferência de capacidade decisória, funções e recursos para os estados e, principalmente, para os municípios. No entanto, segundo Faria et al. (2008) “é fato que a descentralização de corte municipalizante acarretou a indefinição das competências e atribuições dos estados, criando um vazio no que se refere a medidas que atenuem as desigualdades regionais”.

As problemáticas que envolvem o setor saúde, no Brasil, são muitas e destacam-se ao analisarmos os estabelecimentos médicos, as políticas setoriais e o modelo de saúde que vem sendo adotado nas últimas décadas (VARELA e FARINA, 2007). Torna-se necessário, então, racionalizar as ações em neste âmbito, analisando as relações custo-efetividade e minimizando os equívocos no direcionamento dos investimentos e na condução das políticas públicas voltadas ao setor, buscando sempre a otimização da aplicação dos recursos. Por isso que este estudo abordará um enfoque multidimensional da performance como indica Forbes e Lynn (2007), em detrimento de outras abordagens apenas do ponto de vista financeiro.

Pode-se dizer que o processo de descentralização impôs a municipalização de forma radical, onde os municípios passam a assumir as funções de coordenação e gestão da política de saúde local, devendo cumprir as metas dos programas nacionais, utilizando os recursos destinados pelo governo federal.

2.2 Finanças Públicas

Finanças públicas são o complexo de problemas que se concentram em torno do processo de receitas e despesas (MUSGRAVE e MUSGRAVE, 1980). Trata-se da atividade financeira orientada para a obtenção e a aplicação dos recursos materiais e de serviços cujo objetivo é o atendimento às necessidades da coletividade, por meio do processo do serviço público. Cabe ao Estado, todavia, a responsabilidade de viabilizar o funcionamento dos serviços públicos essenciais demandados por essa coletividade.

A receita pública, como fonte de obtenção, é o ingresso de dinheiro nos cofres públicos, que se efetiva de maneira permanente no patrimônio do Estado e que não esteja condicionado à sua devolução ou correspondente baixa patrimonial. A despesa pública se constitui de toda saída de recursos ou de todo pagamento efetuado, a qualquer título, pelos agentes pagadores para saldar gastos fixados na Lei do Orçamento ou em lei especial e destinados à execução dos serviços públicos (PEREIRA, 2006).

É importante ressaltar que, se, de um lado, é possível fixar despesas, por outro lado, a receita pública é necessariamente orçada. Esta é a razão pela qual se torna fundamental estimar com precisão o montante de dinheiro com que a pessoa de direito público poderá contar para suprir as despesas públicas.

Em relação aos estudos sobre o processo de crescimento das despesas públicas, Peacock e Wiseman (1970) consideram-no como limitado pelas possibilidades de expansão da oferta que, por consequência, limitar-se-ia pelas possibilidades de incremento na arrecadação tributária. Lotz (1970) reconhece que a oferta de recursos cria sua própria demanda por bens e serviços públicos. A justificativa apresentada é que o volume e a ampliação dos gastos públicos dependem do nível de renda, à medida que esta determina a disponibilidade da arrecadação pública.

Segundo Rocha e Giuberti (2007), as funções mais priorizadas, tanto em termos regionais como em classes de municípios, são a educação, o planejamento, a saúde e a habitação. Além disso, estas são as áreas mais importantes para os municípios de pequeno porte. Sendo assim torna-se extremamente necessário analisar se estes recursos são gastos de forma eficiente, tendo a saúde como área chave para o desenvolvimento de qualquer município.

3. METODOLOGIA

Segundo Vergara (2005), existem diversas taxionomias de tipos de pesquisa que variam conforme os critérios utilizados na categorização. Essa autora sugere duas formas de classificação: quanto aos fins e quanto aos meios. De maneira semelhante, Gil (2002) apresenta dois critérios de classificação, sendo um baseado nos objetivos gerais do estudo, e o outro, com base nos procedimentos técnicos adotados.

Assim, de acordo com a classificação sugerida por Vergara (2005), quanto aos fins, esta pesquisa caracteriza-se como descritiva, uma vez que se pretende descrever e analisar os fatores determinantes da qualidade no provimento de saúde pública dos municípios mineiros.

Segundo Vergara (2005), as pesquisas descritivas têm como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno, podendo ainda estabelecer correlações entre variáveis e definir sua natureza.

Quanto aos meios de investigação, para este trabalho utilizou-se de análise bibliográfica e documental. A pesquisa bibliográfica foi empregada na definição dos conceitos utilizados no estudo, bem como na consulta a outros estudos sobre qualidade no provimento de serviços de saúde pública. Utilizou-se, para tal, a consulta de livros, teses, dissertações, artigos científicos e demais materiais disponíveis ao público em geral. Vergara (2005) define pesquisa bibliográfica como o estudo sistematizado desenvolvido com base em material publicado.

A metodologia encontra-se dividida em três seções, sendo elas, estratégia de coleta de dados, análise e tratamento dos dados e modelo estatístico onde é descrita a escolha do método e variáveis.

3.1 Estratégia de Coleta de Dados

Para a operacionalização da pesquisa, foram utilizados dados secundários e informações de organismos oficiais extraídos da base de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda (STN); e dados contidos no Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS) da Fundação João Pinheiro (FJP). Foram utilizados os dados correspondentes ao período de 2006 para os municípios de Minas Gerais. Não foi possível utilizar dados mais atualizados por razão de a base de dados estar desatualizada na fonte.

A amostra da pesquisa foi delimitada através de escolha aleatória, sendo composta de 117 municípios do Estado de Minas Gerais.

3.2 Análise e tratamento dos dados

Para alcançar o objetivo geral da pesquisa, que é construir um modelo quantitativo para explicar as variáveis que determinam as variações na qualidade da saúde dos municípios mineiros, foi escolhida uma abordagem metodológica de natureza quantitativa, pois serão adotadas variáveis quantificáveis. De acordo com Bruyne et al. (1991), a quantificação estabelece uma correspondência entre as dimensões de cada conceito e números dispostos segundo determinadas regras; autoriza a comparabilidade numérica e a aplicação de métodos de tratamento quantitativo.

Para quantificar a influência das variáveis preditoras na variação dos indicadores de qualidade na saúde dos municípios estudados foram realizadas análises multivariadas utilizando o software *Statistical Package for the Social Science* (SPSS versão 15.0), com destaque para as análises de correlação e de regressão linear múltipla.

3.3 Modelo Estatístico

Para avaliar as variáveis que influenciam o índice de qualidade na saúde foram testadas algumas variáveis, cujas descrições estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1 - Descrição das variáveis testadas pelo modelo.

Variável	Descrição
Y_{IMRS}	Variável a ser explicada pelo modelo. Ela corresponde ao Índice mineiro de responsabilidade social da Saúde (IMRS - Saúde) no ano de 2004.
$B.Fam_n$	Total de recursos, <i>per capita</i> , repassados, aos municípios, através do Bolsa Família.
PSF_n	Percentual de famílias assistidas pelo Programa Saúde da Família, de um município n da amostra.
$IPTU_n$	Quantidade de recursos, <i>per capita</i> , recolhidos, através do imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU), por um município n da amostra.
$Saneam._n$	Percentual da população que tem acesso ao saneamento básico.
SUS_n	Registra o valor total dos recursos, <i>per capita</i> , repassados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) aos municípios.
PIB_n	Produto Interno Bruto, <i>per capita</i> , do Município

Fonte: Resultados de pesquisa

Os modelos foram estimados pelo método dos mínimos quadrados ordinários (MQO) por ser o mais utilizado em ciências sociais aplicadas (CORRAR et al. 2007). O modelo poderá ser representado pela equação 1 .

$$Y_{IMRS} = \alpha_0 B.Fam_n + \alpha_1 PSF_n + \alpha_2 IPTU_n + \alpha_3 Saneam_n + \alpha_4 SUS_n + \alpha_5 PIB_n + \varepsilon_n \quad (1)$$

É importante ressaltar que foram utilizados valores per capita, que reduz o viés de porte e refletem mais a realidade de aporte de recursos e esforços dentro do município.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para verificar a existência de relação linear entre as variáveis utilizadas e a qualidade da saúde dos municípios mineiros, primariamente foi realizado teste de correlação de Pearson.

Ao analisar os resultados, presentes na Tabela 2, verifica-se que, das seis variáveis estudadas, cinco possuem correlações significantes a 5%. As variáveis que possuem maior intensidade de relações significativas, respectivamente, são o montante, *per capita*, de transferências do SUS, percentual de famílias assistidas pelo programa saúde da família, gastos, *per capita*, com saneamento do município, bolsa família e IPTU.

Tabela 2 – Correlação entre o IMRS saúde e as variáveis utilizadas.

		$B.Fam_n$	PSF_n	$IPTU_n$	$Saneam_n$	PIB_n	SUS_n
o cia	Correlaçã	-21,4	2	20,0	25,8	1	8
	Significân	0,020	7,6	0,03	0,005	0,1	3,7
			0	1		0	0,
			,003		,278	000	

Fonte: Resultados de pesquisa

Para a construção do melhor modelo explicativo foi utilizado o método *stepwise*. Nesse sentido, Maroco (2003, p. 420) afirma que os procedimentos de seleção de variáveis apresentam vantagem de indicar, com base num critério exato, quais as variáveis que apresentam relações mais fortes com a variável dependente e por isso são melhores candidatas ao modelo definitivo.

De acordo com a Tabela 4 observa-se que o modelo que apresentou maior poder de explicação contém as variáveis: saneamento, PSF, bolsa família e transferências do SUS. Estas variáveis juntas apresentaram um grau de associação de 91,50 % com a variável IMRS- Qualidade da saúde e o coeficiente de determinação (R²) mostra que 83,1% das variações do IMRS-Saúde são explicadas pela variação conjunta das variáveis escolhidas pelo modelo.

Tabela 3 – Poder de explicação do modelo utilizando IMRS - Saúde.

Variáveis Predictoras	R	R ²	R ² Ajustado
-----------------------	---	----------------	----------------------------

SUS_n , PSF_n , $B.Fam_n$, $Saneam_n$ 0,9
15

0,837

0,831

Fonte: Resultados de pesquisa

O poder explicativo dos gastos com saneamento apontam uma questão fundamental para a saúde pública brasileira, que é o acesso a água potável todas as doenças que a falta de saneamento pode acometer. Então, quanto maior os gastos com saneamento, maior a qualidade da saúde no município e consequentemente menor vai ser a necessidade investimento no setor.

O poder de explicação da variável cobertura do Programa Saúde da Família mostra que a atenção básica é de vital importância para a qualidade da saúde nos municípios mineiros. Assim os resultados da pesquisa sugerem que os objetivos do programa estão sendo atendidos e que é necessário que os municípios melhorem sua cobertura para melhorar a qualidade no provimento da saúde pública.

De acordo com os coeficientes expostos na Tabela 4, a variável bolsa família contrariou a expectativa inicial. Esperava-se que o aumento do repasse estivesse associado com a elevação da qualidade do IMRS-Saúde. Porém, o resultado inesperado pode estar ligado ao fato de que o aumento dos repasses pode indicar maior número de famílias em condições de pobreza que necessitam do programa para adquirir condições de alimentação, saúde e moradia.

Na Tabela 4 pode-se verificar o coeficiente beta das variáveis presentes na construção do modelo de regressão múltipla. É importante ressaltar que através do teste t pôde-se rejeitar, com nível de significância de 5%, a hipótese de que os coeficientes são iguais à zero.

Tabela 4 – Coeficientes da regressão utilizando o IPQV

Variável	Beta	Coeficiente	Erro-padrão	a (t)	Significânci
Constante		,401	,017		,000
SUS_n		,260	,012		,000
PSF_n		,119	,015		,000
$B.Fam_n$		-,001	,000		,003
$Saneam_n$		,001	,000		,018

Fonte: Resultados de pesquisa

Porém, para melhor validação dos resultados, é necessário analisar a validade dos pressupostos do modelo.

O primeiro passo é refutar a hipótese de R^2 ser igual à zero. Utilizando o teste F – ANOVA, verifica-se na Tabela 5 que a significância é menor que 0,01%, por isso rejeita-se a hipótese de que o coeficiente de determinação seja igual a zero. Sendo assim, pelo menos uma das variáveis independentes exerce influência sobre a qualidade da saúde.

Tabela 5 – Teste ANOVA

Modelo		Soma dos Quadrados	Sign. ANOVA
SUS_n , PSF_n , $B.Fam_n$, $Saneam_n$	Regressão Resíduos	0,250 0,002	0,000

Fonte: Resultados de pesquisa

Após a rejeição da hipótese nula, foi possível obter a seguinte equação para previsão da qualidade da saúde pública:

$$Y_n = 0,401 + 0,260SUS_n + 0,119PSF_n - 0,001B.Fam + 0,496Saneam_n$$

(1)

Observa-se que, em média, o aumento de um real, *per capita*, na transferência do SUS proporciona um ganho de 0,26% na qualidade da Saúde Pública do município. Estes valores são tabelados por procedimento, e por isso não tem como aumentar o repasse sem aumentar a cobertura, contudo é importante avaliar esta relação ao criar políticas públicas para a saúde.

Observa-se que, em média, o aumento de um real no repasse de recursos do bolsa família, *per capita*, está associado a uma variação negativa de 0,001% no IMRS. Como interpretado anteriormente, a distribuição de recursos do bolsa família está ligada a níveis de pobreza, denotando ineficiência na geração da qualidade de vida por parte dos municípios.

A variação de cada real gasto, *per capita*, em saneamento provoca um aumento de 0,496% na qualidade da saúde do município. Esta é uma relação óbvia já que a falta de saneamento básico além de prejudicar a saúde da população, eleva os gastos da saúde com o tratamento às vítimas de doenças causadas pela falta de abastecimento de água adequado, sistema de tratamento de esgoto e coleta de lixo. Os resultados comprovam aquela máxima de investir em saneamento é economizar dinheiro público. “Há uma afirmativa clássica de que cada dólar gasto em saneamento provoca uma economia de US\$ 4 a US\$ 5 para os governos”

Porém é importante ressaltar que, segundo Corrar (2007), a análise multivariada requer testes de suposições para as variáveis separadas e em conjunto e cada técnica apresenta

seu conjunto de suposições e pressupostos. Os principais pressupostos para a regressão são: normalidade dos resíduos, homocedasticidade dos resíduos, e multicolinearidade entre as variáveis independentes.

Para testar a normalidade dos resíduos foi utilizado o teste Kolmogorov-Smirnov, que examina se determinada série está conforme a distribuição esperada. Conforme a tabela 6, não rejeita-se a hipótese nula de que se trata de uma distribuição normal, cumprindo-se assim o pressuposto de normalidade.

Tabela 6 – Pressuposto de normalidade da regressão

Kolmogorov-Smirnov	Significância
0,678	0,546

Fonte: Resultados de pesquisa

Para testar se a variância dos resíduos mantém-se em todo o espectro das variáveis independentes ou seja, examinar a existência de homocedasticidade dos resíduos, foi utilizado o teste Pesarán-Pesarán. Sua forma consiste em se regredir os quadrados dos resíduos padronizados em função do quadrado dos valores estimados padronizados. Caso o modelo apresente significância abaixo de 5% o modelo é considerado heterocedástico e por isso não apresenta comportamento aleatório em relação às variáveis independentes.

Após a aplicação do teste pode-se verificar que a significância apresentada foi de 43,2% o que indica a não rejeição da hipótese nula de existência de homocedasticidade.

Tabela 7 – Diagnóstico de homocedasticidade dos resíduos

	Soma dos Quadrados	Significância ANOVA
Regressão	0,867	
Resíduos	72,127	0,432

Fonte: Resultados de pesquisa

É importante ainda analisar o diagnóstico de colinearidade, o qual indica se há correlações entre as variáveis, sob pena de incorrer em problemas na estimação dos parâmetros do modelo. Segundo Hair *et al.*(2005) quando as variáveis são multicolineares fornecem informações semelhantes para explicar e prever determinado fenômeno. O impacto da multicolinearidade é reduzir o poder preditivo de qualquer variável independente na medida em que ela é associada com as demais variáveis.

Com base na Tabela 5, percebe-se que o valor do *tolerance* é superior a 0,7 que segundo Hair *et al.*(2005) sugere a ausência de multicolinearidade, como o VIF é o oposto valores abaixo de 1,3 também sugerem esta ausência.

Tabela 8 – Diagnóstico de correlação linear entre variáveis explicativas

Variável	Tolerance	VIF
SUS_n	0,773	1,294
PSF_n	0,800	1,250
$B.Fam_n$	0,837	1,194
$Saneam._n$	0,937	1,067

Fonte: Resultados de pesquisa

Sendo assim comprova-se que o modelo proposto atende aos pressupostos estatísticos de regressão, sendo ele válido para a previsão da qualidade da saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa buscou avaliar os fatores determinantes para a qualidade da saúde pública nos municípios mineiros a partir de IMRS-Saúde.

Como resultados, observa-se que as variáveis saneamento, PSF, Bolsa família e transferências do SUS conjuntamente apresentam o maior poder de explicação.

A partir dos resultados sugere-se que os municípios ampliem a cobertura do programa saúde da família, pois este influencia consideravelmente a qualidade da saúde. Outro ponto relevante é a confirmação do SUS como grande parceiro dos municípios para gerar uma saúde pública de qualidade.

Outro ponto que necessita ser ressaltado é a necessidade de investimentos em Saneamento básico, que como benefícios diretos estão o controle e prevenção de doenças, melhoria da qualidade de vida da população e melhorar a produtividade do indivíduo. Além disso, a pesquisa comprovou que ele está diretamente relacionado com a qualidade da saúde público.

Por fim, é importante ressaltar que entre as principais limitações deste estudo, cita-se a análise no período de um ano, bem como, a análise em, aproximadamente, 21% dos municípios de Minas Gerais. Sugere-se assim, a ampliação da área geográfica, abrangendo mais municípios e mais anos de análise.

4. REFERÊNCIAS

BRUYNE, P. de; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: os pólos da prática metodológica**. Tradução Ruth Joffily. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1991.

FADEL, M. A. V.; FILHO, G. I. R. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. **Revista de Administração Pública (RAP)**. Rio de Janeiro 43(1):07-22, JAN./FEV. 2009.

FARIA, F. P.; JANNUZZI, P. M.; SILVA, S. J. Eficiência dos gastos municipais em saúde e educação: uma investigação através da análise envoltória no estado do Rio de Janeiro. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, 42 (1): 155-177, jan./fev. 2008.

FONSECA, P. C.; FERREIRA, M. A. M. Investigação dos Níveis de Eficiência na utilização de Recursos no Setor de Saúde: uma análise das microrregiões de Minas Gerais. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.18, n.2, p.199-213, 2009.

FORBES, M; LYNN, L.E. Governance and Organizational Effectiveness: toward a theory of government performance. **Public Services Performance: Perspectives on Measurement and Management**, Cambridge, Cambridge University Press, 2007.

MATTOS, E; ROCHA, F.; NOVAES, L. Economias de escala na oferta de serviços públicos de saúde: um estudo para os municípios paulistas. **EconomiA**, Brasília(DF), v.10, n.2, p.02–32, mai/ago 2009.

MORGAN, D.; OROSZ, E. **How Much is Too Much? Value for Money in Health Spending**. In: Value for Money in Health Spending. OECD 2010.

MUSGRAVE, R. A.; MUSGRAVE. P. B. **Finanças públicas: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

PEADOCK, A. T.; WISEMAN. J. **The growth of public expenditure in the United Kingdom**. Princeton: Princeton University Press, 1970.

PEREIRA, L. C. B. “Da administração pública burocrática à gerencial”. In: PEREIRA, L. C. B.; SPINK, P. (Orgs.). **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. 7. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2006.

ROCHA, F.; GIUBERTI, A. C. Composição do gasto público e crescimento econômico: uma avaliação macroeconômica da qualidade dos gastos dos Estados brasileiros. **Revista de Economia Aplicada**, v.11, n.4, Ribeirão Preto out/dez. 2007.

VARELA, P. S.; FARINA, M. C. Relação entre gastos com saúde, índice de esforços da atenção básica em saúde tipologia da estrutura do sistema de saúde dos municípios do Estado de São Paulo. **Revista de Administração Mackenzie**. Volume 8, n. 3, 2007, p. 153-172.