

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO

JOÃO FELIPE SERAFIM VILELA

**Em busca de qualidade de vida: Estudo sobre os fatores determinantes em
municípios das cinco regiões do Brasil.**

Ribeirão Preto

2014

Prof. Dr. Marco Antonio Zago
Reitor da Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Sigismundo Bialoskorski Neto
Diretor da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto

Profa. Dra. Sonia Valle Walter Borges de Oliveira
Chefe de Departamento de Administração / FEA-RP

JOÃO FELIPE SERAFIM VILELA

**Em busca de qualidade de vida: Estudo sobre os fatores determinantes em
municípios das cinco regiões do Brasil.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de Economia,
Administração e Contabilidade de Ribeirão
Preto da Universidade de São Paulo, para a
obtenção do título de Bacharel em
Administração.

Área de Concentração: Administração
Pública

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto
Gabrieli Barreto Campello

Ribeirão Preto

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Vilela, João Felipe Serafim

Em busca de qualidade no setor de saúde: Estudo sobre os fatores determinantes em municípios das cinco regiões do Brasil, 2014.

108p.:

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Administração Pública.

Orientador: Campello, Carlos Alberto Gabrieli Barreto

1. Setor de Saúde. 2. Desigualdades socioeconômicas. 3. Políticas Públicas. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Qualidade de vida

DEDICATÓRIA

À Fernanda Do Val Serafim Vilela, que me criou, educou, me amou e me bancou. Me mostrou que o mundo é feito de opções e que cabe a nós escolhermos qual devemos seguir. O livre-arbítrio que me foi concedido me permitiu escolher e apaixonar pelo caminho e pelos princípios da fé e do cristianismo. Se para ele são todas as coisas, para ela encontro motivos para seguir. Agradeço por hoje e pelo eterno. Te amo.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Fernando Antônio Amorim Vilela e Fernanda Do Val Serafim Vilela, que sempre me apoiaram e me instruíram nas minhas escolhas, que permitiram a realização deste sonho e suportaram financeiramente meus estudos em outra cidade.

Aos meus irmãos, Ana Carolina e Luís Fernando que apesar da saudade, sempre estiveram torcendo por mim e a alegria ao revê-los sempre fazia o esforço valer a pena e renovava os ânimos.

À minha família, que cada integrante teve uma participação especial, seja incentivando, orando e me instruindo no caminho do bem.

Aos meus novos e velhos amigos, que me suportaram e deram forças quando eu estava indeciso sobre as escolhas feitas, e me ajudaram a superar a saudade de casa.

Ao Prof. Dr. Carlos Alberto Campello, que me auxiliou durante todo o processo de elaboração do presente trabalho.

Aos Srs. Referenciados neste trabalho, que de alguma forma contribuíram no desenvolvimento deste estudo e deram a oportunidade de aprender com seus trabalhos.

A você, caro leitor, que reservou um tempo para ler estas palavras simples, extensas, mas que tem o objetivo nobre de ajudar a melhorar o mundo, ou pelo menos o IDH do seu município.

E à Deus, por me amar e me conceder saúde e bênçãos para trilhar meu caminho todos os dias.

*“Quem não critica o que crê não lapida suas crenças,
quem não lapida suas crenças, será servo de suas verdades.
E se suas verdades forem doentias, você certamente será uma
pessoa doente. (Cury, Augusto)*

RESUMO

Vilela, João Felipe Serafim. **Em busca de qualidade de vida: Estudo sobre os fatores determinantes em municípios das cinco regiões do Brasil**. 2014. Monografia (Graduação em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

O Brasil é um país carente de infraestrutura, principalmente em setores como a saúde e educação. O desenvolvimento de práticas que ajudam a promovê-las devem ser diretrizes dos planos públicos e/ou privados. Este trabalho tem foco em indicadores determinantes para a qualidade de vida e pretende comparar as práticas adotadas por determinados municípios distribuídos entre as cinco regiões do país a fim de identificar fatores relevantes que configurem uma melhor qualidade de vida utilizando, para isso, o método QCA. A partir dos resultados, a discussão se daria sobre melhores práticas nos setores e de como agir para expandir por todo país.

Palavras-chave: Setor de saúde, QCA, Desigualdades socioeconômicas, Políticas públicas, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Vilela, João Felipe Serafim. **In search of quality of life: study on the determinants of municipalities in five regions from Brazil.** 2014. Monografia (Graduação em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2013.

Brazil is a country that lacks infrastructure, especially in sectors such as health and education. The development of practices that help promote them should be guidelines for public and / or private plans. This work focuses on determining indicators for quality of life and want to compare the practices adopted by certain municipalities distributed among the five regions of the country to identify relevant factors that constitute a better quality of life using, for this, the QCA method. From the results, the discussion would take place on best practices in the sectors and how to act to expand throughout the country.

Keywords: Health sector, QCA, Socioeconomic inequalities, Public Policy, Unified Health System.

LISTA DE SIGLAS

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

CIT - Comissões Intergestores Tripartite

CNS - Conselho nacional de saúde

PPA - Planos Plurianuais

QualiSUS – Qualificação da Atenção à Saúde

PAB - Piso de Atenção Básica

PSF - Programa de Saúde da Família

FNS - Fundo Nacional de Saúde

CF - Constituição Federal

RAWP - *Resource Allocation Working Party*

PAD-RS - Pesquisa Avaliativa de Desigualdade em saúde no Rio Grande do Sul

QCA - *Qualitative Comparative Analysis*

PIB – Produto Interno Bruto

PNAD - Pesquisas Nacionais Domiciliares

AMS - Assistência Médica e Sanitária

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

IDB - Indicadores e Dados Básicos para Saúde

RIPSA - Rede Interagencial de Informações para a Saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH-M – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

csQCA – *Crisp set Qualitative Comparative Analysis*

mvQCA – *Multi-value Qualitative Comparative Analysis*

fsQCA – *Fuzzy set Qualitative Comparative Analysis*

IDSUS – Índice de Desempenho do SUS

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Indicadores de expectativa de vida.....	20
Tabela 2: Elementos de comparação entre os métodos quantitativos e os métodos qualitativos: algumas forças respectivas.....	35
Tabela 3: Elementos de comparação entre os métodos quantitativos e os métodos qualitativos: algumas fraquezas respectivas	36
Tabela 4: Assuntos valorizados correntemente nas pesquisas qualitativas nas áreas de saúde	36
Tabela 5: Assuntos valorizados correntemente nas pesquisas quantitativas nas áreas de saúde	38
Tabela 6: Relação dos municípios selecionados	41
Tabela 7: Sistemas de informação de abrangência nacional operados pelo Ministério da Saúde	44
Tabela 8: Premissas da QCA e dos métodos quantitativos	47
Tabela 9: Qualidade e Acesso ao SUS	52
Tabela 10: Indicadores Sociais - Demográficos	56
Tabela 11: Indicadores Sociais - Percentuais	60
Tabela 12: Indicadores Econômicos dos municípios	65
Tabela 13: Resumo dos dados coletados	81

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Relação entre qualidade de vida e conceitos de saúde.....	15
Figura 2: Como as cidades são avaliadas	51
Figura 3: Outcome x Causal Conditions	84
Figura 4: Planilha de Dados importação	85
Figura 5: Definição das variáveis	85
Figura 6: Resultados “Truth Table”	86
Figura 7: Determinação do Threshold	88
Figura 8: Atribuição de valores para o outcome.....	88
Figura 9: Prime Implicants	89
Figura 10: Prime Implicants - Solution	90
Figura 11: Resultados das saídas	92
Figura 12: Solução Parcimoniosa do IDH-M.....	95
Figura 13: Solução Intermediária do IDH-M	97

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Despesa Total per capita em Saúde.....	20
Gráfico 2: Fatores de riscos em Adultos	22
Gráfico 3: População com acesso a água potável e saneamento	22
Gráfico 4: Número de leitos e médicos por mil habitantes	53
Gráfico 5: Número de leitos e médicos por mil habitantes	53
Gráfico 6: Número de leitos e médicos por mil habitantes	54
Gráfico 7: Número de leitos e médicos por mil habitantes	55
Gráfico 8: Número de leitos e médicos por mil habitantes	55
Gráfico 9: Saneamento Básico - Sudeste.....	57
Gráfico 10: Saneamento Básico – Centro-Oeste	58
Gráfico 11: Saneamento Básico - Sul.....	58
Gráfico 12: Saneamento Básico - Norte	59
Gráfico 13: Saneamento Básico -Nordeste.....	59
Gráfico 14: Verba da União x Receita Total - Sudeste	62
Gráfico 15: Verba da União x Receita Total – Centro-Oeste.....	63
Gráfico 16: Verba da União x Receita Total - Sul	63
Gráfico 17: Verba da União x Receita Total - Norte.....	64
Gráfico 18: Verba da União x Receita Total - Nordeste	64
Gráfico 19: Índice de Gini - Sudeste	66
Gráfico 20: Índice de Gini – Centro-Oeste.....	67
Gráfico 21: Índice de Gini - Sul	67
Gráfico 22: Índice de Gini - Norte.....	68
Gráfico 23: Índice de Gini - Nordeste	68
Gráfico 24: Taxa de analfabetismo - Sudeste	69
Gráfico 25: Taxa de analfabetismo – Centro-Oeste	69
Gráfico 26: Taxa de analfabetismo - Sul	70
Gráfico 27: Taxa de analfabetismo - Norte	70
Gráfico 28: Taxa de analfabetismo - Nordeste.....	71
Gráfico 29: Componentes IDH-M Sudeste	72
Gráfico 30: Componentes IDH-M Centro-Oeste.....	73
Gráfico 31: Componentes IDH-M Sul.....	73
Gráfico 32: Componentes IDH-M Norte.....	74
Gráfico 33: Componentes IDH-M Nordeste	74
Gráfico 34: IDH-M Sudeste (2010).....	76
Gráfico 35: IDH-M Centro-Oeste (2010).....	77
Gráfico 36: IDH-M Sul (2010).....	77
Gráfico 37: IDH-M Norte (2010).....	78
Gráfico 38: IDH-M Nordeste (2010).....	78

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Contexto da saúde no Brasil	16
1.2	Problema de Pesquisa	23
1.3	Objetivos.....	24
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	25
2.1	Discussão sobre a regulação do sistema atual de saúde pública e as Leis Federais.....	25
2.1.1	Lei nº 8080/90	29
2.1.2	Lei nº 8142/90	30
2.2	Estudos das desigualdades em saúde	31
2.3	Pesquisa dos métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde.....	35
3	METODOLOGIA	40
3.1	Seleção das cidades pesquisadas.....	40
3.2	Estabelecendo os indicadores	42
3.2.1	Coleta e análise de dados.....	44
3.3	Metodologia de análise qualitativa comparativa (QCA)	46
4	DESENVOLVIMENTO	51
4.1	Saúde.....	51
4.2	Sociais.....	56
4.3	Renda	61
4.4	Educação	69
4.5	IDH-M	71
4.6	Tratamento, adequação e importação dos dados.....	79
4.6.1	Receita Total.....	79
4.6.2	Total da Verba da União destinada ao Município	80
4.6.3	Índice de Gini	80
4.6.4	Tamanho da População.....	81
4.6.5	Dados Importados.....	81
4.6.6	Fuzzy-Set Analysis	83
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	92
6	CONCLUSÕES	99
	REFERÊNCIAS	101

1 INTRODUÇÃO

Os países/regiões/pessoas são objetos de análise em vários contextos a fim de se obter respostas para questionamentos diversos, dentre eles: Qual o melhor lugar para se viver? Qual oferece melhores oportunidades? Qual religião é predominante? A busca por conclusões e conhecimentos sempre moveram a humanidade. O conhecimento é um fato inerente à própria existência da humanidade, pois, desde que a sociedade humana existe, a produção de conhecimento constitui um aspecto dessa própria existência (FERREIRA Jr.; BITTAR, 2005).

A era técnico-científica vivida nos dias de hoje, possibilita o acesso rápido a informação e a manipulação das mesmas. Nesse sentido, cabe fazer referência a classificação feita por Peter Bruke de que a “*informação*” diz respeito ao que é relativamente “*cru*”, específico e prático, e “*conhecimento*”, ao que foi “*cozido*”, processado ou sistematizado pelo pensamento.

Baseado no que foi dito, esse estudo tem como objetivo verificar configurações de processos e estruturas em saúde em determinados municípios das cinco regiões do Brasil (Norte, Nordeste, Sudeste, Centro-Oeste e Sul), que levem os mesmos a obterem valores mais elevados do índice de qualidade de vida em saúde.

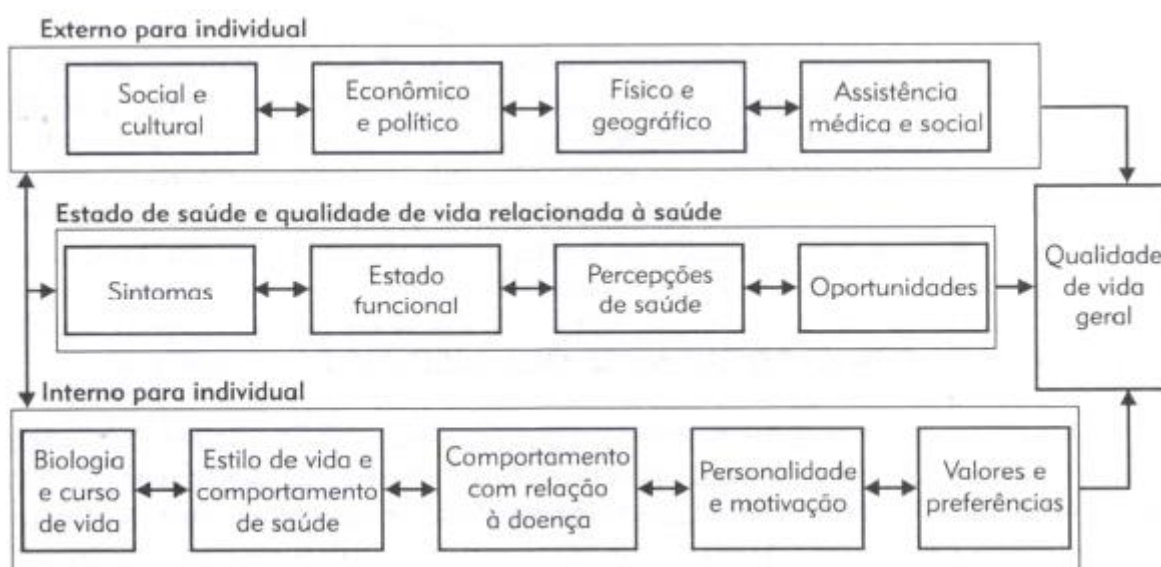
O termo saúde foi, em 1946, definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença” (FLECK, 2000). Dentro do contexto de qualidade de vida, atrelaram os indicadores da qualidade da saúde como determinantes para a presença ou ausência de qualidade de vida a partir da década de 70 (FLECK, 2008).

Embora saúde e qualidade de vida já foram consideradas sinônimas, é válido ressaltar que a saúde apenas integra um indicador de qualidade de vida. Assim, a saúde está associada à qualidade de vida, havendo diversos pontos de intersecção entre ambas as variáveis. No entanto, o conceito de qualidade de vida transcende a sinonímia de saúde (FLECK, 2008). Indicadores como segurança, moradia, renda, liberdade são de extrema importância na conceituação da qualidade de vida, mas elas não integram a conceituação de saúde, ainda que tais indicadores possam afetar a saúde, a avaliação do estado de saúde não inclui estes (PATRICK, 2008).

De acordo com Patrick (2008), o conceito de qualidade de vida proferido por diferentes indivíduos podem ser variados devido a subjetividade do conceito, o que acabaria por limitar as conclusões obtidas com este estudo.

A qualidade de vida, propriamente dita, engloba a qualidade de vida relacionada à saúde acrescida de determinantes do ambiente interno e ambiente externo. Com base nessa prospecção, os elementos que constituem a qualidade de vida são:

Figura 1: Relação entre qualidade de vida e conceitos de saúde



Fonte: Patrick (2008).

Embora já se tenham realizados conhecimentos expressivos sobre o sistema e a política de saúde no Brasil, McGahan e Porter (2002) sugerem que, enquanto há maneiras de continuar a aprender com esta pesquisa, seus limites sugerem que chegou o momento de explorar novas abordagens integrais. Portanto, a realização de um estudo mais aprofundado no ambiente interno nacional, abrangendo a complexidade e diversidade existente no país pode colaborar para o desenvolvimento de políticas específicas para determinadas regiões a fim de promover melhorias. O ganhador do prêmio Nobel de 1998, Amartya Sen, em seu livro *“Development as Freedom”*, reforça que para superar a pobreza e, portanto, permitir a todos o pleno uso de suas liberdades e capacidades, são essenciais, dentre outros, a infra-estrutura adequada, especialmente, em educação, **saúde** e distribuição de terras.

Dado a importância em se avaliar o desempenho da saúde e promover a adequação de sua infra-estrutura em determinados locais, a mensuração da qualidade e quantidade em programas e serviços de saúde é importante, segundo Bittar (2001), para o planejamento, organização, coordenação/direção e avaliação/controle das atividades desenvolvidas, sendo alvo dessa medição os resultados, processos e a estrutura necessária ou utilizada, bem como as influências e repercussões promovidas no meio ambiente. As comparações feitas entre as metas, fatos, informações e dados são peças fundamentais para o conhecimento das mudanças ocorridas em uma instituição, área ou subáreas.

1.1 Contexto da saúde no Brasil

Segundo Teixeira (1989), a intervenção estatal na área de saúde no Brasil ocorreu em três períodos: nos governos populistas, nos governos burocráticos-autoritários e o que corresponde a transição democrática. Todos apresentando padrões distintos.

Os governos populistas basearam-se no corporativismo fragmentado, através de privilégios como aposentadoria e caixas de pensão. O período autoritário-militar criou o INAMPS, centralizando toda a operação de saúde nacional, o sistema funcionava através de um repasse de verbas para o setor privado, promovendo serviço médico a toda população trabalhadora filiada ao sistema. Essa política foi determinante para desenvolver o setor privado e deteriorar o setor público no ramo da saúde. O crescimento descontrolado, a falta de integração e sem um sistema efetivo de referencia culminou na ineficiência do sistema. Na década de 70, diante da redemocratização que começava a ocorrer, todo o sistema de saúde foi repensado, a burocratização e os interesses corporativos de geração de lucros deram espaço para a busca por satisfazer as reivindicações e preencher os valores provenientes da sociedade civil (QUEIROZ & VIANNA, 1992).

Ainda segundo Queiroz & Vianna (1992), na década de 80, com a crise econômico-financeira do país e a crise da previdência social colaborou para que a gestão de saúde no país se tornasse impraticável. O sistema deteriorou-se, pois procurou servir muito mais aos propósitos das atividades burocráticas e às necessidades lucrativas das empresas do que as necessidades de saúde da população. “O colapso do sistema de saúde brasileiro e a necessidade de uma reforma profunda em seu interior foi um

diagnóstico consensual entre a grande maioria dos técnicos do setor” (QUEIROZ & VIANNA, 1992, p. 132).

A política nacional de saúde, atualmente, é baseada na constituição federal de 1988, que define as diretrizes para a prestação dos cuidados na área de saúde do Brasil. O sistema de saúde brasileiro é formado por uma complexa rede de instituições públicas e privadas dedicadas ao fornecimento, financiamento e gestão de serviços de saúde; levantamento, produção e distribuição de recursos; capacitação de recursos humanos e regulação, legislação e jurisdição do sistema. Este sistema, cujo funcionamento e normas foram estabelecidas em 1990, é guiado pelos princípios de acesso universal e equitativo aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, integrados em uma rede regionalizada sob a responsabilidade dos três níveis de governo (Constituição Federal, 1988). O setor privado desempenha um papel complementar. As diretrizes operacionais do SUS pedem gestão descentralizada, a atenção integral e a participação da comunidade. Segundo o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2011:

[...] o Sistema Único de Saúde (SUS) é o responsável pela cobertura exclusiva de 78,8% da população brasileira, sendo a principal rede de instituições públicas dedicada à prestação, ao financiamento e à gestão de serviços de saúde. Os 21,2% restantes da população - que são cobertos pelo Sistema Suplementar - também têm o direito de acessar os serviços prestados pelo SUS. Além disto, o SUS também se responsabiliza pela prestação de serviços coletivos de vigilância sanitária, controle de enfermidades e regulação setorial (Resumo Relatório Brasil da OMS, 2011, pág. 01)

Em 2006, um novo instrumento de compromisso foi adotado, o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de gestão do SUS, o resultado de um longo processo de negociação entre as partes interessadas iniciadas em 2003. Aprovado pelas Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS) em fevereiro de 2006, o pacto estabelece uma nova dinâmica na gestão coletiva do SUS e introduz mudanças na forma como o governo federal, estadual e municipal interagem uns com os outros (PORTARIA Nº 399/GM DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006).

Segundo a Constituição de 1988, as atividades do governo federal devem ser realizadas de acordo com os planos plurianuais (PPAs), aprovado pelo Congresso Nacional por períodos de quatro anos. O PPA estabelece iniciativas de alta prioridade,

identificando as prioridades na área da saúde, dentre as quais: saneamento; aumento do acesso a medicamentos de baixo custo através do programa Farmácia Popular; melhoria da qualidade dos cuidados prestados através do Sistema Único de Saúde (projeto QualiSUS); acompanhamento, avaliação e supervisão das atividades de saúde e recursos financeiros transferidos para estados, municípios e instituições no âmbito do SUS; formulação de regulamentos para a implementação da Emenda Constitucional 29, que estabelece a alocação de recursos para o SUS; saúde oral através do programa "Brasil Sorridente"; saúde mental; saúde da mulher; serviço público profissional no setor da saúde; a aprovação do Plano Nacional de Saúde; a descentralização do SUS para o nível regional e melhoria da sua gestão; e melhoria da qualidade dos cuidados prestados em planos de saúde privados.

Para assegurar a coordenação das atividades do SUS nas três esferas da administração pública, foram criados os conselhos de saúde. Estes são organizados em níveis federais, estaduais e municipais e foram criados com o objetivo de garantir a existência do funcionamento dos conselhos estaduais e municipais, durante o processo de descentralização, como condição para a transferência regular e automática dos recursos financeiros federais. O Ministério da Saúde é responsável por liderar o processo de regionalização das redes de cuidados de saúde e de garantir que o sistema de saúde pública tem capacidade de resposta adequada. Para o efeito, propõe e aprova as diretrizes gerais e as normas para a regionalização. O Ministério, por meio dos estados e municípios, também é responsável pela prestação de cooperação técnica e financeira para as regiões de saúde, com prioridade para as regiões mais vulneráveis, e promove a equidade entre as regiões e estados (Constituição Federal, 1988).

O Ministério da Saúde estabelece os critérios de regulação, monitoramento e controle da produção de todos os bens e serviços no setor da saúde. Ele regula todas as atividades de saúde, incluindo as instalações de ambulatórios e hospitais, nos vários níveis do sistema de saúde (primário, intermediário e superior) e o acesso de usuários nesses níveis (LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990).

Atividades de inspeção de saúde estão sendo descentralizados para os governos estaduais e municipais, que participam na análise técnica dos processos de registro de produtos. A nível central, o Ministério da Agricultura é responsável pelo registro e

inspeção industrial de produtos de origem animal, bebidas, pesticidas e drogas de uso veterinário (DECRETO Nº 69.502, DE 5 DE NOVEMBRO DE 1971).

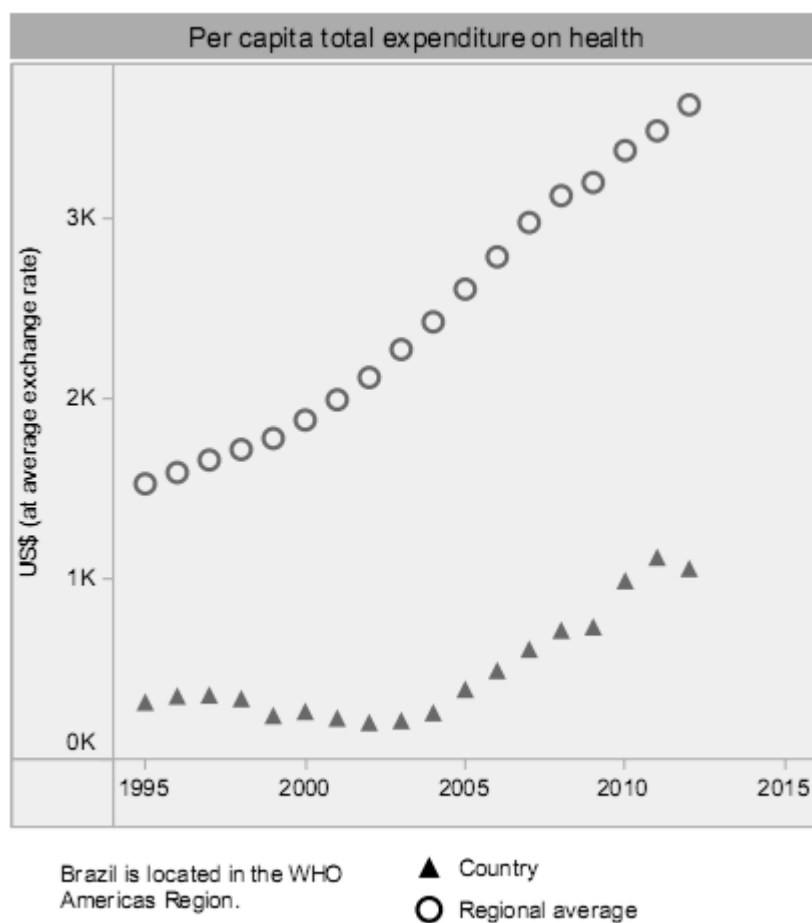
O setor de saúde no Brasil é composto por uma complexa rede de serviços que abrangem tanto os fornecedores e financiadores públicos e privados. O setor privado inclui provedores com fins lucrativos e organizações de caridade sem fins lucrativos. O sistema privado de planos de saúde e seguro cobre 24,5% dos brasileiros, 44% da população cobertos sendo os beneficiários primários do plano de saúde e 56% dependentes dos beneficiários primários. A maioria da clientela do sistema privado reside nas cidades das regiões Sudeste e Sul. O sistema privado sofreu um crescimento considerável durante a década de 1990, especialmente na segunda metade da década (relatório OMS, 2011).

O setor de saúde pública, cujo acesso é universal, é o único fornecedor de cobertura de saúde para 75% da população, além de proporcionar serviços públicos de saúde (por exemplo: controle de doenças transmissíveis) para toda a população. Parte da população coberta por planos de saúde privado também utilizam os serviços do SUS, especialmente para procedimentos ou tratamentos de alta complexidade ou onerosos (relatório OMS, 2011).

Além do SUS, vários programas foram criados a partir dos anos 90 para reforçar os cuidados de saúde primários (primeiro nível do sistema de saúde), como uma estratégia para reduzir as desigualdades de acesso e incentivar a reorientação dos cuidados no âmbito de um modelo universal e abrangente, que antes tinha sido excessivamente focado no atendimento hospitalar. Os principais mecanismos utilizados para expandir a cobertura e reduzir as desigualdades inter-regionais são o pacote básico de cuidados de saúde (Piso de Atenção Básica, ou PAB) e Programa de Saúde da Família (PSF). Outros exemplos são o Brasil Sorridente e o Programa Fome Zero que tem vários componentes, um deles sendo o subsídio alimentar familiar (Bolsa Família).

Embora o país esteja desenvolvendo suas políticas públicas, aumentando os gastos e promovendo o acesso facilitado aos serviços de saúde para toda população, em comparação com a média regional da qual o Brasil faz parte, que inclui os países da América do Norte, Central e do Sul, o país está aquém, conforme consta nos dados do relatório da OMS de 2011:

Gráfico 1: Despesa Total per capita em Saúde



Fonte: Relatório OMS (2011).

O Brasil apresenta pouca despesa per capita em saúde frente aos países da mesma região, o que poderia ser alvo de maior foco de destinação dos tributos recebidos pelos entes da federação. Por outro lado, o mesmo relatório apresenta outros gráficos para caracterizar e comparar em outras perspectivas a saúde no país em comparação com a média da região da qual faz parte. Os resultados mostram um certo equilíbrio.

O país está passando por um processo de transição epidemiológica, em que doenças não transmissíveis e as doenças resultantes de causas externas (violência) estão aumentando no lugar de doenças infecciosas e parasitárias (relatório OMS, 2011).

Tabela 1: Indicadores de expectativa de vida

Selected Indicators (2012)					
		Country	Regional average	Global average	
General	Total Population (thousands)		198.656	...	...
	Population living in urban areas (%)		85	80	53
	Gross National income per capita (PPP int. \$)		11.530	27.457	12.018
	Total fertility rate (per woman)		1.8	2.1	2.5
Mortality and Morbidity	Life expectancy at birth (years)	Both sexes	74	76	70
	Life expectancy at age 60 (years)	Both sexes	21	22	20
	Health life expectancy at birth (years)	Both sexes	64	67	62
	Under-five mortality rate (per 1.000 live births)	Both sexes	14	15	48
	Adult mortality rate (probability of dying between 15 and 60 years per 1.000 population)	Male	210	161	187
		Female	107	89	124
	Maternal Mortality ratio (per 100.000 live births)		69	68	210

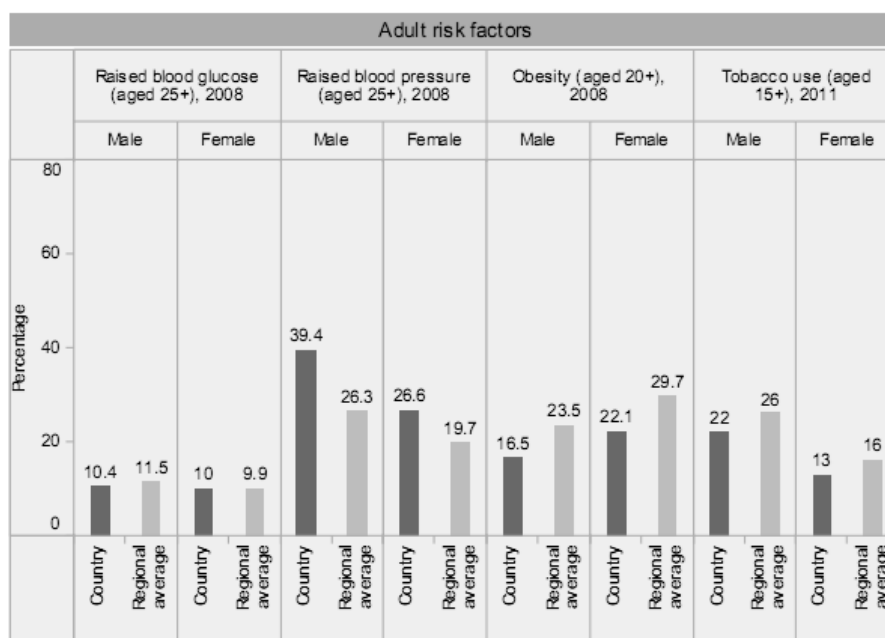
Fonte: Relatório OMS (2012).

O Brasil deve atingir o ápice populacional (228,4 milhões) no ano de 2042. Depois disso, a expectativa é que o número de habitantes comece a diminuir (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2013). Ainda segundo o IBGE, em 2020, a população chegará a 212,1 milhões, e em 2060, deverá ser de 218,2 milhões. Políticas de saúde devem ser tomadas de modo a abranger todo esse contingente populacional. Este será um desafio para os próximos anos.

Outro ponto relevante do relatório é com relação aos principais fatores de riscos que os adultos correm, destacando a alta porcentagem de incidência do aumento da

pressão arterial e da obesidade, presente em aproximadamente $\frac{1}{4}$ da população de homens e mulheres.

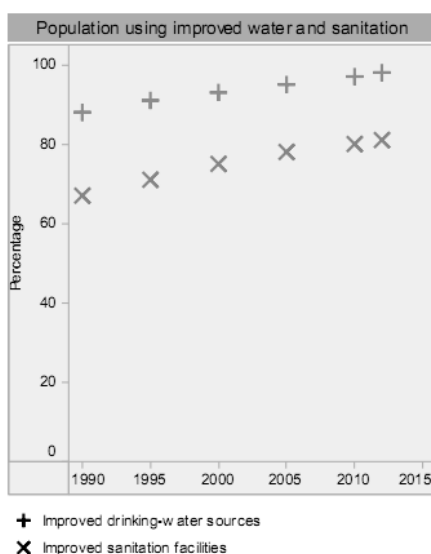
Gráfico 2: Fatores de riscos em Adultos



Fonte: Relatório OMS (2011).

Analisando o país isoladamente, um indicador importante de saúde é demonstrado no relatório, e que, felizmente, apresenta uma tendência ao crescimento de modo a cobrir quase toda a população.

Gráfico 3: População com acesso a água potável e saneamento



Fonte: Relatório OMS (2011).

A relevância deste estudo e os fatores levados em consideração pela OMS na elaboração do seu relatório serão importantes na formação dos indicadores avaliáveis no presente estudo sobre qualidade da saúde no Brasil. Dada a complexidade das desigualdades na saúde, o estabelecimento de metas é um desafio metodológico para a compreensão de como alcançá-los (BLACKMAN, 2006)

1.2 Problema de Pesquisa

No contexto apresentado, diante das dificuldades de gerir político e administrativamente os setores da saúde e a necessidade de se expandir a reformulação iniciada nos anos 90 de todo o setor, têm-se o objetivo de encontrar melhores práticas na saúde no setor privado e, principalmente, no setor público. A criação do SUS buscava romper com o modelo discriminatório, curativo e mercantilista vigente, contudo, após vinte anos, o quadro da saúde não mudou consideravelmente (VOLPATO, 2010).

A população, por meio constitucional, teve garantido o direito de acesso à saúde, entretanto o sistema público ainda deixa a desejar por ser precário, nesse sentido e diante de um contexto do país de extrema desigualdade social, péssimas condições de vida e de saúde da população, má alocação dos recursos, ineficiência, custos crescentes e desigualdade nas condições de acesso dos usuários, a necessidade de se melhorar a qualidade é objeto de busca (FADEL, 2009). Não alheia aos acontecimentos, a imprensa exhibe constantemente a falência do sistema público de saúde, retratando as imensas filas e as macas espalhadas pelos corredores dos hospitais (RONCALLI, 2003).

A qualidade referida, além de abrigar outros fatores lógicos como o trabalho, a capacidade de atendimento, se trata também do cuidado integral, do acolhimento, da equipe de trabalho, pois é um aspecto essencial para que a excelência no atendimento seja alcançada (VOLPATO, 2010). Nos serviços de saúde, isso é visto principalmente no setor privado (MATSUDA, 2000), a participação do usuário unido aos profissionais transforma o sistema em mais humano e eficaz. A capacidade de prevenção e instrução do usuário também refletirá em qualidade neste estudo.

O setor público é o maior prestador de bens e serviços à população, possuindo responsabilidades que dependem da qualidade, da agilidade e da localização desses serviços, no entanto ainda focaliza sua própria existência, deixando a qualidade em segundo plano (MUNRO, 1994).

O problema de pesquisa é o ponto de partida para o projeto do estudo que se quer fazer (YIN, 2003, pág.21). Para Yin o enunciado da pesquisa deve ser simples e direto utilizando como pergunta os itens: “qual”, “por que”, “como”, “quem”; “de que forma”, entre outros da mesma linha.

Em busca de melhores práticas nos diversos setores do Brasil, este trabalho terá como problema de pesquisa “Quais fatores são relevantes na obtenção de uma melhor qualidade de vida?”

1.3 Objetivos

Esse estudo será sustentado pela análise do setor de saúde de cidades das cinco regiões do Brasil (Sul, Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Nordeste). As comparações terão como ponto de referência o IDH-M das cidades.

Objetivo: Identificar as práticas adotadas pelas cidades no âmbito da saúde, educação, bem como sua capacidade e características sociais e demográficas que levem a maiores valores de qualidade de vida.

Objetivo específico: Analisar quais são as variáveis ausentes ou presentes em uma cidade que lhe atribuam o status de cidade com qualidade de vida.

A ressalva deste estudo está na impossibilidade em se fazer generalizações para toda a região através de uma única amostra dentre as milhares de cidades possíveis. Diferentes circunstâncias e contextos locais, as diferentes formas de trabalho e múltiplas interações fazem com que generalizações sejam muito complicadas (Asthana e Halliday, 2006;. Bauld et al, 2005).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A presente pesquisa tem como base no referencial os seguintes temas: Discussão sobre a regulação do sistema atual de saúde pública e as Leis Federais; estudos das desigualdades em saúde; e as diferenças e objetos de pesquisa dos métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde.

2.1 Discussão sobre a regulação do sistema atual de saúde pública e as Leis Federais

A saúde deve ser reconhecida como direito humano, e assim respeitada para fins de constituições de políticas. Sendo assim, os formuladores de políticas têm a responsabilidade fundamental de proteger e promover a saúde dos indivíduos e populações a que eles servem, além de ser também de seu próprio interesse, uma vez que a negligência com a atenção à saúde e com a saúde pública está se tornando uma importante causa de mudanças nos governos em países democráticos como o Brasil (IJSELMUIDEN & MATLIN, 2007).

Até pouco tempo, as melhorias na saúde eram vistas principalmente como uma consequência do desenvolvimento – fruto da diminuição da pobreza e do aumento do acesso a educação e melhores condições de vida. A partir de 1993, o consenso promoveu a idéia de que uma saúde melhor é um elemento necessário ao desenvolvimento, logo os investimentos na saúde tornaram-se essenciais para as políticas de crescimento econômico que buscam melhorar as condições de vida das pessoas mais pobres (WORLD BANK, 1993; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996, 2001). Tal política obteve resultados, visto que os investimentos em saúde têm-se mostrado capazes de gerar taxas mais altas de retorno do que qualquer investimento que um governo possa fazer (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001) e de ser um componente indispensável de qualquer estratégia nacional que busque dar suporte ao alívio da pobreza e à redução das desigualdades (IJSELMUIDEN & MATLIN, 2007).

Os Ministérios das finanças modernos devem ser guardiães enxuto de dinheiro público. Isto tornou-se uma noção internacionalmente aceita de melhores práticas de gestão da despesa pública. Os controles das burocracias tradicionais devem ser cortados, pois eles são muito ineficientes e difíceis de controlar. Muitos países adotaram reformas que visam esse ideal, muitas vezes apoiados por assessoria técnica e política de organizações internacionais (KRAUSE, 2009). Até agora, o sucesso tem sido limitado.

Há muito que se argumentou que a evidência de uma convergência internacional das práticas de gestão pública é escassa na melhor das hipóteses (POLLITT, 2001b). Cada vez mais, os analistas começaram a argumentar que as reformas orçamentais com base em uma noção ideal de modernos sistemas de governança não são adequadas para a maioria dos países.

O orçamento - no sentido moderno de ser abrangente, regular, proposto e executado pelo executivo, votado e controlado pelo Legislativo e codificada por lei - é um atraso relativo. No entanto, um orçamento moderno faz pouco sentido sem um grau de democracia formal, onde os diferentes atores participam na elaboração de orçamentos para requerer suas reivindicações com base nos fundos públicos e para manter o executivo sob controle (KRAUSE, 2009).

Ainda segundo Krause (2009), o controle das despesas implica uma centralização da autoridade em um ator, uma estrutura hierárquica, onde o dinheiro só pode ser gasto por um ator depois de ter sido autorizado por outro. O exercício do controle ocorre dentro do aparato burocrático do Estado, sem interferência do exterior.

O Brasil, sendo um sistema de governo presidencialista, em regra se enquadra no descrito por Krause, portanto, a avaliação do sistema de Saúde atual pode ser iniciada a partir da análise de sua regulamentação, consubstanciada na elaboração da Lei Orgânica da Saúde, e de seus desdobramentos em Portarias, Resoluções e Normas Operacionais (QUEIROZ & VIANNA, 1992).

O SUS foi reconhecido e promulgado através da Constituição Federal de 1988 (Artigo 196 a 200) e teve sua implementação através da elaboração de Lei Orgânica nº 8080/90 aprovada pelo Congresso Nacional, como fruto do Relatório do Deputado Geraldo Alckmin na Comissão de Assistência, Previdência e Saúde e dos Projetos de Lei do Deputado Raimundo Bezerra (1989) e do próprio Executivo (1989).

Duas ordens de problemas se impuseram no centro das discussões sobre a implementação do SUS: a definição das instâncias gestoras do sistema de Saúde e a adoção de critérios para os repasses dos recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Estados e Municípios. O Projeto original previa a existência de Conselhos de Saúde, envolvendo a participação dos diferentes agentes com atribuição de formular, acompanhar, planejar e fiscalizar a implementação da política de saúde.

Quanto à transferência de recursos, Queiroz & Vianna aborda o seguinte impasse:

[...] a Lei original previu o repasse automático, baseado nos seguintes critérios: população, perfil epidemiológico, gasto proporcional em saúde dos Estados e Municípios, capacidade instalada dos serviços, desempenho técnico/financeiro e econômico do período anterior e plano quinquenal de investimento. A Lei definia um teto mínimo para o repasse aos Municípios (não inferior a 45% do Fundo de Saúde) e a abolição da forma Convênio. Os vetos presidenciais extinguiram o repasse automático, o teto mínimo, a abolição dos Convênios e definiram os seguintes critérios para repasse: 50% dos recursos do Fundo de Saúde, perfis demográficos e epidemiológicos, característica da rede de saúde, desempenho do sistema e níveis de participação do setor Saúde nos orçamentos estaduais. Os outros 50% seriam negociados segundo Programas e Projetos. (Queiroz & Vianna, 1992, pág. 137 e 138)

A lei nº 8142/90 deixou o repasse automático em aberto e impôs que o repasse seja feito baseado em critérios demográficos, reajustado pela unidade de cobertura ambulatorial, o teto mínimo para repasse ao Município foi expandido para 70% do Fundo de Saúde, devendo o Município cumprir com os requisitos estabelecidos em lei para que o repasse seja legal. As novas regulamentações definem, ainda, o pagamento da cobertura ambulatorial pública e privada com base em procedimentos diagnósticos, e o repasse direto para municípios e prestadores privados (QUEIROZ & VIANNA, 1992).

Para Queiros & Vianna (1992) essa resolução traz enormes problemas ao sistema de saúde, entre eles: (1) o pagamento por produção na rede ambulatorial pública introduz uma série de inconvenientes, desde a falta de recursos para os gastos com programas especiais, como para os de tuberculose, hanseníase, AIDS, hemoterapia, e outras ações tipo educação em saúde e ações coletivas. Acrescente-se ainda a falta de tradição do setor público em contabilizar as ações curativas e preventivas da mesma forma que o setor privado, o que significa dizer que as ações públicas em saúde fogem da regra oferta/cadastramento e produção/faturamento de atos médicos; (2) o repasse direto para municípios e setor privado esvazia os serviços de avaliação e controle das instâncias regionais do Estado; (3) os recursos a serem repassados aos Estados e Municípios serão resultados da subtração dos gastos com os prestadores privados. Isso significa que os serviços privados serão privilegiados; (4) há demonstração de que os

municípios grandes serão agraciados com recursos que superam a antiga lógica de pagamento por custeio, ao mesmo tempo em que os municípios pequenos serão prejudicados.

A partir dos problemas levantados acima, fica característico que as bases de sustentação do sistema passam a ser o setor privado especializado e as prefeituras de grande porte, e provado que a saúde coletiva depende dos insuficientes recursos oriundos dos orçamentos estaduais e municipais.

O cenário atual do SUS mostra um esforço muito grande dos municípios para contribuir com a assistência à saúde, pois evoluíram de simples expectadores a prestadores de serviços. No entanto, eles não podem ainda ser considerados como participantes em conjunto com outro alguém do sistema único, mas apenas como ofertantes que são contratados para prestar este serviço, baseado na forma de pagamento definida pelas novas resoluções. Essa configuração constitui um obstáculo ao poder de decisão da comunidade de promover saúde (QUEIROZ & VIANNA, 1992).

Nesse cenário atual, é função do Estado promover a equidade na saúde. A promoção da mesma, segundo Ijsselmuiden & Matlin (2007):

[...] requer que se assegure a todas as pessoas, independentemente de sua formação, etnia, gênero, local de moradia, raça ou posição social, a proteção adequada contra os fatores de adoecimento; o acesso a conhecimentos, produtos e serviços que as habilitem a reduzir os fatores de risco e a obter aconselhamento e tratamento; e a certeza de que não serão impedidas, por falta de recursos ou por outros obstáculos, de utilizarem o que está disponível para que alcancem e mantenham a boa saúde e otimizem o desenvolvimento pessoal (Ijsselmuiden & Matlin, 2007, pag. 07).

Tais requisitos apontam para obtenção dos determinantes de saúde, que não estão apenas no setor saúde e vão muito além da criação de conhecimentos, tecnologias e serviços que visam tratar doenças. Ijsselmuiden & Matlin (2007) listam alguns: (1) fatores que determinam níveis elevados de educação e acesso a emprego, nutrição, transporte, água limpa e saneamento decentes e seguros; (2) proteção legal dos direitos; (3) boa gestão, sistemas democráticos, equidade e crescimento econômico.

Conclui-se que a responsabilidade pela saúde não está apenas com os formuladores de políticas que trabalham diretamente no setor de saúde, mas é

compartilhada por todos os formuladores de políticas no governo e nas agências internacionais que influenciam políticas globais em uma ampla gama de assuntos como mercado, meio-ambiente, propriedade intelectual, leis, direitos humanos, assistência e financiamento do desenvolvimento.

2.1.1 Lei nº 8080/90

Lei Orgânica foi aprovada pelo Congresso e sancionada com vários vetos pelo Presidente da República (8080/90).

A lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Ela trata do dever do Estado de prover as condições indispensáveis para garantir a saúde ao ser humano. Vigorando em todo o território nacional, para qualquer ação ou serviço de saúde realizado por pessoas ou empresas (TETZLAFF, 2010).

O provimento da saúde pelo Estado se dará por meio da formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Entretanto, o dever do Estado não exclui o dever das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013). Buscam garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

A lei também identifica e caracteriza o Sistema Único de Saúde, como sendo “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. Possuindo como objetivos a identificação de fatores condicionantes da saúde, a formulação de política de saúde para o Estado garantir a saúde, e a 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.

Os campos de atuação do SUS, ainda são: a execução de ações de vigilância sanitária, epidemiológica, de saúde do trabalhador e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; a formulação da política e nas ações de saneamento básico; recursos humanos na saúde; orientação alimentar; proteção ao meio ambiente; política de medicamentos e insumos de interesse; de fiscalização de produtos, serviços para a saúde; fiscalização de alimentos, água e na utilização de produtos tóxicos; desenvolvimento científico e tecnológico; política de sangue e seus derivados.

Seguem os princípios da universalidade de acesso; integralidade de assistência; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde; direito à informação; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades; participação da comunidade; descentralização político-administrativa; integração das ações da saúde, meio ambiente e saneamento básico; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente. É unicamente exercida no âmbito da União pelo Ministério da Saúde e no âmbito dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente. Os Municípios podem constituir consórcios para desenvolver serviços de saúde.

2.1.2 Lei nº 8142/90

Em dezembro de 1990, em uma tentativa de reparar os problemas gerados pelos vetos presidenciais a Lei nº 8080/90, o Poder Executivo enviou ao Congresso novo Projeto de Lei (8142/90) após absorver propostas de vários segmentos envolvidos no setor (QUEIROZ & VIANNA, 1992). A lei dispõe sobre a participação da comunidade

na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, entre outras providências.

A Lei 8080/90 veta a existência de Conselhos, e a Lei 8142/90 prevê, não só o Conselho, como designa que a participação entre burocracia prestadores de serviços do setor de saúde será paritária.

A Norma Operacional definiu, ainda, como atribuições dos Conselhos de Saúde, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, a formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão utilizados em despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta; investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional; investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde; cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

2.2 Estudos das desigualdades em saúde

Esta parte do trabalho tem como objetivo identificar estudos que já foram feitos na área e nortear o restante do trabalho para os fatores relevantes a fim de atingir o objetivo do mesmo. Inicialmente, partimos da definição de desigualdade socioeconômica como sendo distribuição desigual de bens e serviços entre grupos sociais (DUARTE, 2002). Absorvendo este conceito para a saúde, Mackenbach & Kunst (1997) definiu como desigualdade para saúde um termo genérico que se refere às diferenças nos níveis de saúde de grupos socioeconômicos distintos em um sentido descritivo, ou seja, a distribuição desigual dos fatores de exposição, dos riscos de adoecer ou morrer e do acesso a bens e serviços de saúde entre grupos populacionais distintos, podendo ser agravadas por aspectos demográficos, ambientais e ao acesso de políticas sociais.

Em contramão as idéias propostas no parágrafo anterior, têm-se que a Constituição brasileira tem como objetivos nacionais o conceito de igualdade

reconhecendo que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza”(C. F., art. 5º, caput); “erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais”, bem como “promover o bem de todos sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (C. F., art. 3º, III e IV). Simultaneamente, evoca-se o conceito de equidade que incorpora algum valor de justiça, reconhecendo que os indivíduos são diferentes entre si e, portanto, merecem tratamento diferenciado, de modo a eliminar/reduzir as desigualdades existentes, ou seja, indivíduos pobres necessitam de uma parcela maior de recursos públicos que ricos, pelo fato da justaposição de riscos (tradicionais: ausência de saneamento básico, desnutrição; e modernos: poluição industrial e violência) encontrará, como segmento mais vulnerável, as populações mais empobrecidas que experimentarão altos níveis de interação de risco. Como consequência, o excedente de doenças provocado pelas desigualdades em saúde poderia acarretar nos grupos mais vulneráveis maiores demandas por serviços sociais e reduzida possibilidade de ascensão social (DUARTE, 2002). Diante dessa abordagem, diminuir desigualdades - diante da impossibilidade de eliminá-las - deve ser o objetivo central de toda política pública (VIANA, S.M et al., 2001).

A utilização de serviços de saúde por uma população é explicado por seu perfil de necessidades em saúde (HULKA & WHEAT, 1985). A isto se relaciona, também, fatores internos e externos ao setor, por exemplo: tanto à forma como está estruturada a oferta de serviços (WENNERBERG, 1985), quanto as preferências e escolhas do usuário. O uso de serviços de saúde não só depende das necessidades e do comportamento dos indivíduos diante dos seus problemas de saúde, mas também da disponibilidade dos serviços e recursos, das formas de financiamento e mecanismo de pagamento (TRAVASSOS et al., 2000).

O que se tem, diante dessa perspectiva, são gestores públicos tentando combater desigualdades sociais marcantes e crescentes, em um contexto de restrição de recursos e de crítica ao modelo keynesiano de intervenção estatal (O’Brien e Penna, 1998).

Os governos vêm utilizando a estratégia de “pesquisas avaliativas de prioridades para a gestão pública” (TOWNSEND et al., 1992) para identificar prioridades de atuação governamental para maior equidade em saúde. Os governos solicitam grupos de pesquisadores independentes para realizarem esta pesquisa que tem como objetivo:

investigar evidências da abrangência e magnitude das desigualdades sociais nos níveis de saúde da população; analisar a determinação social dessas desigualdades; examinar os fundamentos científicos, a eficácia, a efetividade e que justifiquem a intervenção do Estado de modo a ser eficiente e ter um alcance universal. (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

No Reino Unido como exemplo, temos: Townsend e Davidson (1992); Townsend et al. (1992); e Acheson (1998). Suas pesquisas colaboraram para estabelecer estratégias governamentais para promover a equidade em saúde a médio e longo prazo, identificação de áreas carentes de informação em saúde e definições de linhas de pesquisa para financiamento com recursos públicos (DRACHLER, 2003). Ben-Shlomo et. al. (1996) mostra que a desigualdade nas distribuições salariais tem-se mostrado associada aos diferenciais quanto à expectativa de vida no Reino Unido. Uma das maiores contribuições, senão a maior, foi feita por um grupo de trabalho que visava à equidade na distribuição dos recursos financeiros públicos em saúde entre regiões da Grã-Bretanha (Department of Health and Social Security, 1976, 1988), eles criaram uma fórmula denominada RAWP (Resource Allocation Working Party) que consiste na estimativa das necessidades regionais a partir da população ponderada pela taxa nacional de utilização dos serviços, pela idade e sexo e pela taxa de mortalidade regional padronizada. A RAWP ainda é um dos principais métodos de distribuição de recursos financeiros por região na Grã-Bretanha e foi referência no Brasil para a elaboração da Constituição no seu tópico sobre a distribuição e das leis do SUS (DRACHLER, 2003).

Foram feitos estudos similares nos Estados Unidos, Prothrow-Stith et al (1996) mostra que a mesma desigualdade nas distribuições salariais mostrou-se relacionada com a distribuição desigual das tendências de mortalidade na população norte-americana. Outro estudo provou que diferenças quanto à renda relativa estão associadas aos homicídios e ao baixo peso ao nascer nos Estados Unidos (Kaplan, et al, 1996).

No Brasil algumas pesquisas no âmbito possuem relevância e merecem ser citados neste trabalho. Baseado no RAWP, Drachler (2003) desenvolveu o PADS-RS (Pesquisa Avaliativa de Desigualdade em saúde no Rio Grande do Sul), que tem como um dos objetivos sistematizar informações de saúde e sociais para diferentes áreas territoriais visando auxiliar os gestores estaduais de saúde a estabelecerem critérios de

alocação de recursos financeiros, materiais e humanos e a priorizarem políticas, programas e projetos em diferentes áreas do território, mas diferentemente do RAWP, o PADS-RS leva em consideração a peculiaridades da experiência brasileira. Travassos et al. (2000) concluiu que, *ceteris paribus*, as pessoas mais pobres têm menor chance de consumir serviços de saúde comparativamente às mais ricas. Travassos (2000) também constatou com sua pesquisa que as chances de adoecer diminuem com o aumento da renda, o inverso ocorrendo com o consumo de serviços de saúde, concluindo que o sistema de saúde brasileiro permanece apresentando desigualdades sociais, pelo fato de que as pessoas que mais precisam têm menor chance de receber atendimento, por outro lado, ele afirma que a política de saúde recente produziu algum impacto na busca por uma maior equidade. O mesmo estudo mostra que as pessoas com plano de saúde apresentam maior chance de uso de serviços de saúde comparativamente às pessoas que não tem plano; o uso de postos, serviços hospitalares e centros de saúde diminuem com o aumento da renda, ao mesmo tempo em que o uso do consultório privado e de clínica aumenta com a renda.

Viana, S.M et al. (2001) afirma que existe iniquidade na distribuição espacial principalmente na oferta de médicos, estando a maior parte deles concentrada nos estados mais urbanizados e com menores taxas de pobreza: estados do Sul e do Sudeste, mostrando que a distribuição segue conduzida pelo mercado ao invés das necessidades da população. Porém, seus dados mostram que há uma redução das desigualdades entre as regiões brasileiras na vigência do SUS que pode ser decorrente da adoção de tetos financeiros estaduais uniformes, baseados no tamanho da população e não só na capacidade instalada, por outro lado o consumo de outras modalidades de assistência, fortemente vinculados com a renda, continuam desiguais. Os estados mais pobres são os que mais se apropriam das prestações do SUS. Constatou-se que a média de vida é reduzida no Nordeste devido as baixas condições de vida, enquanto no Rio de Janeiro os impactos são das seqüelas da violência. De modo geral, Viana, S.M et al. (2001) finaliza sua obra com três conclusões:

“[...] a primeira é a persistência das desigualdades tanto geográficas como de renda, em praticamente todas as dimensões estudadas, embora essas desigualdades possam variar conforme a dimensão ou o indicador utilizado. A segunda se refere à tendência de redução das desigualdades geográficas em algumas áreas, como na oferta de leitos e de unidades ambulatoriais e o agravamento em outras, como na distribuição regional de médicos.

Finalmente, a constatação da importância do SUS no processo de construção de um sistema nacional de saúde - em especial de seu componente público - dentro de pressupostos de eficiência e equidade.” (Viana, S.M et al., 2001, pág. 172 e 173)

Duarte (2002) obteve algumas conclusões, dentre elas o autor relata no aspecto das desigualdades em saúde que a mesma está concentrada a nível nacional e intra-regional, sendo a região Sul com indicadores mais favoráveis que as demais regiões. Norte e Nordeste apresenta indicadores desfavoráveis e o Sudeste e Centro-Oeste com indicadores predominantemente favoráveis. De acordo com ele, três macrodeterminantes explicam os diferenciais encontrados: (1) urbanização; (2) pobreza; e (3) aspectos relacionados à organização dos serviços de saúde. Duarte faz uma relação de atitudes cabíveis ao Estado: a intervenção tanto por meio de políticas de ampliação de infra-estrutura, redistribuição de riqueza e ampliação do acesso aos serviços públicos, quanto pela maior eficiência na regulação da composição dos produtos de consumo doméstico e de uso na produção e nas políticas de combate à violência e detecção precoce e tratamento das doenças crônico-degenerativas. O autor termina fazendo ressalvas quanto a qualidade da informação disponível que limitam o estudo.

2.3 Pesquisa dos métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde

Existe uma distinção entre os dois tipos de métodos. Diversos autores sugerem que as perspectivas quantitativas e qualitativas deveriam ser encaradas como complementares (LÉTOURNEAU, 1989). As pesquisas qualitativas, por um lado, indicam o que é importante estudar em um dado contexto sociocultural, permitindo que se formulem hipóteses e identificar variáveis relevantes. Já as pesquisas quantitativas são construídas a partir de uma amostra populacional que permitem que as hipóteses formuladas sejam testadas (UCHOA & VIDAL, 1994).

Johnson e Onwuegbuzie (2004) realizaram uma análise comparativa dos métodos qualitativos e quantitativos colocando em destaque suas forças e suas fraquezas:

Tabela 2: Elementos de comparação entre os métodos quantitativos e os métodos qualitativos: algumas forças respectivas

Métodos quantitativos	Métodos qualitativos
Verificação e validação sustentadas por quadros conceituais ou teóricos	Os dados são baseados em categorias de pensamento dos participantes
Generalização dos resultados em função da amostragem	Estudo profundo de um número limitado de casos
Predições	Fácil descrição de fenômenos complexos
Controle de variáveis	Rica descrição de fenômenos em seu contexto local
Dados precisos, rapidamente coletados e analisados	Possibilidades de análise comparativa de casos
Independência relativa dos dados em relação ao pesquisador	Dados coletados habitualmente em contexto natural
Larga amostragem	Análises dinâmicas (ex. processo de construção)
Credibilidade elevada dos resultados junto aos governantes e administradores políticos	Possibilidade de identificar como o participante interpreta os significados atribuídos aos dados

Fonte: Johnson e Onwuegbuzie (2004)

Tabela 3: Elementos de comparação entre os métodos quantitativos e os métodos qualitativos: algumas fraquezas respectivas

Métodos quantitativos	Métodos qualitativos
As categorias utilizadas pelo pesquisador podem não refletir a compreensão do meio estudado	Impossibilidade frequente - de generalização - de transferência dos resultados - de predições - de verificar hipóteses e teorias
Esquecimento eventual do fenômeno ou incapacidade de apreendê-lo	Credibilidade problemática dos resultados
O saber produzido pode ser demasiadamente abstrato ou demasiadamente geral	Necessidade de muito tempo para coletar e analisar os resultados
Teorias utilizadas às vezes de forma inadequada com relação às compreensões locais	Maior perigo de alteração dos resultados devido à pouca distanciação do pesquisador

Fonte: Johnson e Onwuegbuzie (2004)

Considere-se que os estudos relacionados a Ciências Naturais, entre elas Física, Química, Biologia mescla-se com o entendimento dos métodos quantitativos ou explicativos. Já as Ciências Humanas engloba a discussão sobre métodos qualitativos ou compreensivos (TURATO, 2005).

Turato (2005) faz uma compilação entre as abordagens correntemente valorizadas por cada método.

Tabela 4: Assuntos valorizados correntemente nas pesquisas qualitativas nas áreas de saúde

Construtos habituais em métodos qualitativos	Como se constituem
Significados/ significações/ ressignificações	Estudo dos fenômenos habituais ou novos nos settings da saúde quanto ao que querem dizer, passam a representar ou simbolizam – psicológica ou sociologicamente – para certos indivíduos ou para determinado grupo sociocultural.
Representações psíquicas/ representações sociais	Estudo do conjunto dos elementos da realidade, conforme apreendidos pela senso-percepção e representados na consciência, então construídos em imagens e caracterizados na história pessoal (representações psicológicas) ou coletiva (representação social).
Simbolizações/ simbolismos	Estudo (ênico) dos processos mentais inconscientes ou dos processos socioculturais subjacentes, nos quais objetos em geral e idéias partem de outros elementos, seja por qualidades específicas ou por aspectos gerais que tenham em comum, emergindo símbolos que carregam elementos investidos nos objetos e idéias iniciais.
Percepções/ pontos de vista/ perspectivas	Estudo do modo de apreender que se dá pelos órgãos dos sentidos dos sujeitos da pesquisa, tendo como objeto os fenômenos em suas qualidades para sua identificação e compreensão por parte do pesquisador.
Vivências/ experiências de vida	Estudo sobre o percebido e relembado do que se viveu (experimentou, pensou), sobre sentidos desconhecidos do interjogo da vida, ou sobre as significações não-ditas dos conhecimentos adquiridos e acumulados historicamente pelas pessoas ou grupos.
Metáforas/ analogias	Respectivamente: estudo das translações semânticas e similaridades de sentido; encontradas no discurso dos sujeitos e relevante para o entendimento dos significados ocultos referentes ao assunto sob entrevista
Mecanismos de defesa (egóicos)/ mecanismos de adaptação (psicossociais)	Estudo psicanalítico da dinâmica das defesas nos processos inconscientes (repressão, negação, e outros) protetores do sujeito (de seu ego) frente a seus impulsos e idéias inaceitáveis (para o consciente). Estudo psicológico da dinâmica das adaptações nos processos psicossociais que permitem à pessoa organizar-se frente a exigências internas (psíquicas) e/ou externas (sociais, culturais, ambientais).
Adesão e não-adesão a tratamentos e prevenções	Estudo de motivos/razões psicológico-psicanalíticos e/ou socioantropológicos, devido aos quais as pessoas cumprem corretamente ou não as indicações, aconselhamentos, solicitações e condutas preconizadas pelos profissionais da saúde.
Estigmas	Estudo psicossociológico das repercussões das situações de indivíduos que se encontram inabilitados para a aceitação social plena; interpretação das vivências das pessoas enxergadas em seus sinais externos que os excluem dos grupos seguidores da norma biológica, psicológica ou sociológica.
Cuidados/ confortos	Estudo sobre o que representam a atenção e a proteção, em condições e situações desfavoráveis de doentes, visando orientar a melhora de seu estar físico, psíquico e social.
Reações e papéis de cuidadores profissionais e domésticos/ burn-out	Estudo sobre como são vivenciados problemas de profissionais de saúde, familiares ou pessoas relacionadas, por prestarem cuidados a doentes ou incapacitados. Em particular, a dinâmica da síndrome do esgotamento com o estudo dos significados da exaustão devido a tarefas de cuidados a doentes, bem como o estudo do manejo psicológico frente ao trabalho excessivo com doentes
Fatores facilitadores/ pontes e barreiras frente a abordagens	Estudo da dinâmica dos fatores tidos como responsáveis pelo melhor ou pior resultado das aproximações diagnósticas, terapêuticas ou preventivas, do ponto de vista dos acometidos por problemas de saúde ou de seus cuidadores
Revisão narrativa da literatura	Levantamento de trabalhos científicos publicados na abordagem qualitativa, equivalente à revisão sistemática de literatura (usual nas abordagens quantitativas). Discussão de vários trabalhos conduzidos no rigor metodológico, incluindo análise de conteúdo do material examinado e selecionado.
Metassíntese	Versão polêmica imitativa da metanálise (originalmente usada para estudos quantitativos), consistindo de técnica voltada para estudos qualitativos; propósito de sintetizar conclusões de uma quantidade de pesquisas publicadas em periódicos, selecionadas de acordo com o objeto enfocado; realizada por meio de levantamento de banco eletrônico de dados, referente geralmente a período curto e recente de anos.

Fonte: Turato (2005)

De acordo com Turato (2005) as pesquisas qualitativas só vieram a ser aceitas na última década por serem consideradas de caráter “*não-científico*”, “*histórias curiosas contadas por pessoas sobre os eventos de suas vidas, sem preocupação sistemática.*” Atualmente, essa aceitação passa até por um roteiro de avaliação próprio para artigos qualitativos. Com relação as abordagens quantitativas, têm-se:

Tabela 5: Assuntos valorizados correntemente nas pesquisas quantitativas nas áreas de saúde

Construtos habituais em métodos quantitativos	Como se constituem
Frequência/ incidência/ prevalência/ surto	Estudo do número de ocorrências em um intervalo de tempo numa população. Medidas epidemiológicas principais sobre como certo evento se distribui, relacionado a uma suposta causa, em estudos do processo saúde-doença, definindo: o número de casos novos de uma determinada doença num período de tempo considerado (incidência) e o número total de casos (novos e antigos) da doença em igual período (prevalência). Surto: estudo mensurado do aparecimento ou aumento espontâneo repentino das doenças numa população, geralmente de circunstâncias indesejáveis.
Fatores de risco/ fatores de sobrevida	Estabelecimento teórico de elementos, de efeitos geralmente desfavorável à saúde, baseado no estudo da probabilidade de que ocorrerá o respectivo evento ao qual a população está exposta. Estabelecimento teórico de elementos, com medidas da continuação da vida, após o sucesso de certa intervenção médica ou sob a existência de condições adversas. Usados para inferências sobre efeitos de tratamento, fatores prognósticos, e outros.
Estudos retrospectivos/ prospectivos/ experimentos controlados randomizados/ seguimentos	Pesquisas nas quais os dados coletados se referem a eventos do passado ou a nas quais se planeja a observação de eventos que se supõe que ocorrerão. Seguimentos como ação mensurada para controlar, garantir ou aumentar eficácias de medidas terapêuticas ou profiláticas previamente aplicadas.
Achados clínicos/ sinais e sintomas/ síndromes/ transtornos	Segundo frequência das manifestações e simultaneidade causal da ocorrência destas, estabelecimento do conjunto de elementos como indicativos de quadros diagnósticos; determinação descritiva de manifestações clínicas correlacionadas, em indivíduos e populações acometidos, visando propostas terapêuticas e profiláticas para problemas da saúde.
Diagnósticos/ prognósticos/ evolução/ tratamentos/ manejos/ resultados	Determinação teórica da natureza e das condições múltiplas referentes a entidades clínicas e abordagens em saúde; conceitos basicamente construídos a partir de médias aritméticas de uma população acometida por doenças e assim eleita para estudo, visando classificações nosográficas, projetos terapêuticos e planejamentos para qualidade de vida.
Avanços no tratamento/ controvérsias/ atualizações/ impactos da doença	Respectivamente: determinação de condutas terapêuticas novas; discussão sistematizada acerca de questão científica polêmica na clínica e na literatura; conhecimentos complementares novos sobre entidades clínicas; medida de nível ou disfunção de saúde gerada por uma doença por meio de escalas ou questionários baseados em alterações do comportamento e da qualidade de vida de pacientes, de grupos ou ao longo do tempo. Entidades fruto de observações quantificadas em certas situações.
Efeitos/ marcadores/ redução de danos/ preditores	Estudos sistematizados sobre a ação - espontânea ou programada - de elementos diversos na evolução de situações clínicas individuais ou populacionais ou sob influências ambientais; assim como na aplicação de meios planejados, associados com a ocorrência de certos comportamentos humanos, com intuito de reduzir riscos de danos à saúde.
Algoritmos	A partir de concepção da Matemática e posteriormente da Informática, trazido à Medicina um quadro com conjunto de condutas terapêuticas definidas, dispostas em ordem de escolha, para serem empregadas sucessivamente até alcançar uma resolatividade clinicamente aceitável para um considerado transtorno de saúde.
Relação ou análise custo-benefício	Cálculos para produzir resultados clínicos e médico-sociais entendidos como otimizados, com finalidade de organizar dispêndios com recursos humanos, materiais, político-financeiros e outros afins, disponíveis ou solicitados para a área da saúde.
Qualidade de vida	Mensuração das características essenciais ou distintivas da vida de pessoas submetidas a certas condições. Especificamente, medida da percepção de doentes quanto à própria posição no sistema de valores da cultura em que vivem e em relação a suas expectativas e padrões pessoais.
Qualidade de vida relacionada à saúde	Mensuração com instrumentos de caráter multidimensional, mas com avaliadores particulares da percepção do indivíduo sobre seus sintomas, incapacidades, limitações pela enfermidade, e outros.
Crenças e atitudes	Mensuração, pelo emprego de escalas, da frequência e intensidade de determinadas crenças e atitudes das pessoas frente a certo evento do campo da saúde-doença.
Surveys	Estudo feito com uma amostra de pessoas, pela mensuração de fatos psicossociais ou de suas opiniões (enquete). Ambas as questões levantadas e analisadas para eventual intervenção na população.

Medicina baseada em evidências/ metanálise	Estudo fundamentado em provas ("as melhores evidências"), atualizadas para decisões sobre cuidados com pacientes; uso de pesquisas das ciências básicas da medicina e das pesquisas clínicas, respeitadas e devidas a: exatidão e precisão de testes diagnósticos (incluindo exame clínico); poder de marcadores prognósticos (como preditivos de eventos clínicos); eficácia e segurança de condutas terapêuticas, de reabilitação e preventivas. Com um alvo no conjunto de análises de trabalhos científicos, há uso de métodos estatísticos para combinar tais resultados (metanálise), encontrados nos muitos estudos disponíveis nas bases de dados eletrônicas.
Revisão sistemática da literatura	Estudo quantificado sobre recente material científico publicado, focando certa amplitude de questões de um tema levantado em bases de dados.
Perfis psicossomáticos	Estudo de tipos, padrões, traços ou características de personalidade conforme achados na correlação estatística com certas doenças ou síndromes.
Estilos de vida	Tabulação de hábitos, condutas, gostos, padrões morais que constituem um modo de viver de um indivíduo ou de uma sociedade.
Comportamentos	Estudo classificatório de tipos de atitudes, assim como manifestações físicas, psíquicas ou sociais, ambos observáveis em indivíduos ou grupos como respostas a estímulos intrapessoais ou ambientais.
Estresse	Na física dos materiais, comportamento do corpo submetido a ações mecânicas. Por uma analogia reducionista, para os comportamentos humanos é um estudo classificatório das reações pessoais a estímulos físicos, psíquicos ou ambientais – perturbadores de seu equilíbrio.
Mecanismos de enfrentamento	Estabelecimento teórico da luta e adaptação frente a traumas psicológicos ou estresse ambiental (<i>coping</i>), baseadas em escolhas pessoais, que aumentariam o controle sobre comportamentos adversos ou melhoraria seu conforto psicológico.

Fonte: Turato (2005)

Esse trabalho terá como foco as abordagens compreendidas pelos métodos qualitativos: analisando as causalidades proporcionadas pela combinação de fatores variados. Sendo essa combinação de fatores um elemento fundamental da metodologia que será adotada neste estudo, a opção de ferramenta será o método de Análise Qualitativa Comparativa (QCA) desenvolvida por Ragin (1987), que será detalhado mais adiante.

3 METODOLOGIA

Para a elaboração de uma pesquisa, Diehl e Tatim (2006) afirmam que a metodologia permite avaliar qual a melhor maneira de se abordar determinado problema, a fim de solucioná-lo. Existem diversos modelos para a classificação de metodologias, onde deve ser levado em conta as bases lógicas da investigação, a abordagem do problema, o objetivo geral da pesquisa, o propósito do estudo, assim como o procedimento técnico de pesquisa.

Nesse contexto, o trabalho será, do ponto de vista do objeto, como uma pesquisa exploratória, pois objetivará proporcionar maior familiaridade com o problema (no caso a qualidade do setor de saúde no município) (GIL, 2008).

Se trata de um estudo da distribuição e dos determinantes das doenças ou condições relacionadas à saúde em populações especificada, ou seja, um estudo epidemiológico (LAST, 1995), com um enfoque ecológico, comparando-se a ocorrência da doença/condição relacionada à saúde e a exposição de interesse entre agregados de indivíduos (populações de países, regiões ou municípios, por exemplo) para verificar a possível existência de associação entre elas (LIMA-COSTA & BARRETO, 2003), cujas unidades de análise serão determinados municípios das cinco regiões do Brasil.

Vale ressaltar que este estudo tem uma abordagem qualitativa, e desenvolvida a partir da análise configuracional “*set-theoretic approach*” (RAGIN, 1987:2008). Esta abordagem permite analisar as possíveis combinações de causas de um fenômeno.

3.1 Seleção das cidades pesquisadas

Eisenhardt (1989, pág. 533) estabeleceu que a seleção dos casos passe dois estágios: o primeiro é com relação a definição da população de interesse, para em seguida, através das lentes teóricas escolhidas, definir a amostra.

O objetivo desse trabalho é estabelecer comparações entre as cinco regiões de modo a definir as características relevantes no setor de saúde que as permitem ser consideradas como “cidades saudáveis”. Baseados nisso, a seleção das cidades foram feitas conforme algumas semelhanças como tamanho, contingente populacional e importância econômica. Além disso, foram feitas as seleções de cidades que possuem

representatividade nas regiões, ou seja, as escolhidas foram as capitais dos estados da federação e algumas cidades com mais de 200 mil habitantes localizadas fora da região metropolitana das capitais possuindo independência com relação a infraestrutura, como, por exemplo, a cidade de Campinas. Obtêm-se assim as seguintes cidades:

Tabela 6: Relação dos municípios selecionados

MUNICÍPIOS	REGIÃO	HABITANTES (2010)
São Paulo – SP	Sudeste	11.244.369
Belo Horizonte – MG	Sudeste	2.375.444
Rio de Janeiro – RJ	Sudeste	6.323.037
Vitória – ES	Sudeste	325.453
Campinas – SP	Sudeste	1.080.999
Ribeirão Preto – SP	Sudeste	605.114
Uberlândia – MG	Sudeste	600.285
Goiânia – GO	Centro-Oeste	1.301.892
Cuiabá – MT	Centro-Oeste	551.350
Campo Grande – MS	Centro-Oeste	787.204
Anápolis – GO	Centro-Oeste	335.032
Joinville – SC	Sul	515.250
Florianópolis – SC	Sul	421.203
Curitiba – PR	Sul	1.746.896
Londrina – PR	Sul	506.645
Porto Alegre – RS	Sul	1.409.939
Palmas – TO	Norte	228.297
Rio Branco – AC	Norte	335.796
Manaus – AM	Norte	1.802.525
Belém – PA	Norte	1.392.031
Macapá – AP	Norte	397.913
Porto Velho – RO	Norte	426.558
Boa Vista – RR	Norte	284.258
Maceió – AL	Nordeste	932.608
Salvador – BA	Nordeste	2.676.606
Fortaleza – CE	Nordeste	2.447.409

São Luís – MA	Nordeste	1.011.943
João Pessoa – PB	Nordeste	723.514
Recife – PE	Nordeste	1.536.934
Teresina – PI	Nordeste	814.439
Natal – RN	Nordeste	803.811
Aracaju – SE	Nordeste	570.937

Fonte: Elaborado a partir dos dados do Censo Demográfico 2010 - IBGE (2010)

Como já mencionado, diferentes circunstâncias e contextos locais, as diferentes formas de trabalho e múltiplas interações fazem com que generalizações sejam muito complicadas (Asthana e Halliday, 2006;. Bauld et al, 2005), dificultando assim a ampliação dos resultados para a região respectiva de cada município.

3.2 Estabelecendo os indicadores

Indicador é uma unidade de medida de uma atividade, podendo estar relacionado a uma medida quantitativa que funciona como um guia para monitorar e avaliar a qualidade de importantes cuidados providos ao paciente e as atividades dos serviços de suporte (Agenda for change, 1989). Um indicador pode ser uma taxa ou coeficiente, um índice, um número absoluto ou um fato. Também podem ser chamados de itens de controle (NOGUEIRA, 1999). Os indicadores medem aspectos qualitativos e/ou quantitativos relativos ao:

- Meio ambiente: De acordo com Bittar (1997), são aqueles relacionados às condições de saúde de uma determinada população, a fatores demográficos, geográficos, educacionais, socioculturais, econômicos, políticos, legais e tecnológicos e existência ou não de instituições de saúde e epidemiológicas;
- Estrutura: é definida por autores como Donabedian e Fleming, citados por Bittar (1997) como a parte física de uma instituição e os seus funcionários;
- Processos: são as atividades de cuidados realizadas para um paciente, freqüentemente ligadas a um resultado, assim como atividades ligadas à infraestrutura para prover meios para atividades-fins;

- Resultados: são demonstrações dos efeitos conseqüentes da combinação de fatores do meio ambiente, estrutura e processos acontecidos ao paciente depois que algo é feito (ou não) a ele, ou efeitos de operações técnicas e administrativas entre as áreas e subáreas de uma instituição.

Segundo a *Agenda for Change (1989)*, os indicadores necessitam de alguns atributos: validade, sensibilidade, especificidade, simplicidade, objetividade e baixo custo.

A seleção dos indicadores de saúde analisados foi feita seguindo alguns critérios:

I. Importância epidemiológica definida pelo julgamento de especialistas (técnicos, médicos e gestores); II. A necessidade de resultados variados para cada município analisado; III. Disponibilidade de dados com cobertura e validade adequadas.

No aspecto do meio ambiente, os indicadores selecionados foram:

- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – Renda
- Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* municipal, que expressa o montante de produção de renda da economia do município;
- Taxa de alfabetização;
- Grau de urbanização: dado pela razão entre a população urbana / população total;
- Receita corrente;
- Índice de Gini;
- Total da verba da União destinada ao município;
- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – Educação
- Taxa de pobreza;
- Taxa de desemprego;
- Renda per capita
- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – Longevidade
- Tamanho da população e taxa de crescimento da população;
- Indicadores relacionados à violência e segurança pública;
- Óbitos;
- Expectativa de vida;

- Saneamento Básico

Com relação aos aspectos estruturais e de processos, serão objetos de avaliação os seguintes indicadores:

- Indicadores de cobertura do SUS;
- Médicos por habitantes;
- Razão do número de leitos por habitantes;

A análise dos indicadores de saúde da comunidade deve ser associada a outras para que se possa formar um melhor juízo das condições de promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico, tratamento e reabilitação das pessoas que compõem determinada comunidade ou, em outras palavras, dos fatores ou influências que formam o perfil epidemiológico dela. A utilização dos mesmos se aplica à perspectiva dos acionistas, governo, comunidades, quando se utiliza o marcador balanceado, ou mesmo o *benchmarking* para comparação com outras unidades ou programas e serviços de saúde entre regiões.

3.2.1 Coleta e análise de dados

O ano de referência para o estudo foi de 2010, incluindo algumas estimativas feitas em 2013. A coleta de dados pode-se dar através de fontes primárias e secundárias. Diehl e Tatim (2006) classificam a primeira como uma informação obtida por meio de pessoas, enquanto a segunda é colhida através de dados já existentes, que podem ser arquivos, banco de dados, índices, relatórios e fontes bibliográficas. Para a elaboração da presente pesquisa, a coleta se dará através de fontes secundárias, disponíveis na internet, podendo ser obtidas através das bases de dados nacionais operadas pelo Ministério da Saúde:

Tabela 7: Sistemas de informação de abrangência nacional operados pelo Ministério da Saúde

Sistemas	Sigla	Órgão	Tipo de Informação
Sistemas de Informação sobre Mortalidade Sistema de Inf. Sobre Agravos Notificáveis Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos	SIM SINAN SINASC	CENEPI	Relacionadas ao perfil epidemiológico
Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS Sistemas de Informações Hospitalares do SUS Sistema de Informação sobre Atenção Básica Sist. de Inf. do Progr. Nacional de Imunizações Sist. Inf. sobre Vigilância Alimentar e Nutricional Sistema de Controle Logístico de Medicamentos Sist. de Gerenciamento de Unid. Ambulat. Básica Sist. Integr. Informatização de Ambiente Hosp.	SIA-SUS SIH-SUS SIAB SI-PNI SISVAN SICLOM SIGAB HOSPUB	DATASUS	Relacionadas à assistência e administração

Fonte: Ferreira (2000)

Para os indicadores com periodicidade irregular, as fontes são as pesquisas realizadas pelo IBGE, principalmente as pesquisas nacionais domiciliares (PNADs) e as pesquisas sobre Assistência Médica e Sanitária (AMS). As PNADs permitem uma análise das desigualdades entre grupos sociais, segundo renda ou escolaridade. Já a AMS incorpora informações sobre todo o sistema de saúde e não apenas aquele vinculado ao SUS como acontece com as bases de dados do Ministério da Saúde (DATASUS). Além dos já citados, inclui a eles os dados publicados dos Indicadores e Dados Básicos para a Saúde (IDB) / Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA).

Previamente à análise dos dados, serão feitas avaliações quanto a qualidade e a cobertura das informações de saúde de cada município brasileiro estudado. O tratamento se dará da seguinte forma:

1. Os municípios serão organizados de forma crescente com relação ao tamanho da população;
2. Os dados serão segmentados em um grupo macro. Estes grupos serão a base das comparações entre os municípios da mesma região.
3. Os dados serão submetidos a uma análise univariada evidenciando a magnitude das desigualdades entre os municípios, descritas através das seguintes medidas: diferença de taxas, percentuais e valores, e índice de Gini;
4. Cada valor observado, por critérios específicos baseados em outros estudos, determinará a existência ou não do construto analisado, a partir disto serão atribuídos valores de forma a se adequarem a álgebra booleana;

5. Os valores codificados receberão tratamento através do método QCA por meio do *software fsQCA* versão 2.0.

Os resultados do QCA serão levados em consideração para a realização de afirmações a respeito das relações existentes entre os indicadores relevantes e determinantes para a validação da qualidade do setor de saúde do município analisado. É, portanto, o principal elemento deste estudo.

3.3 Metodologia de análise qualitativa comparativa (QCA)

A análise qualitativa comparativa (*Qualitative Comparative Analysis* - QCA) foi desenvolvida por Charles Ragin (1987) como forma de análise de dados através da álgebra booleana, contemplando variáveis binárias. Surgiu a partir da necessidade de se fazer inferências causais sobre o relacionamento de variáveis na ocorrência de um fenômeno, maximizando o número de comparações e combinações (RAGIN, 1987), isso a difere das técnicas convencionais, como regressão linear, *cluster* e fatorial (GRANDORI; FURNARI, 2008).

Encarado tanto como uma estratégia de pesquisa quanto um conjunto de técnicas específicas, o QCA é utilizado em pesquisas comparativas e estudos de caso, mais adequado para estudo de caso envolvendo três e 250 casos. Com o foco de estudar a causalidade entre as variáveis, o QCA é utilizado em um estágio sistemático, logo após a análise qualitativa (RIHOUX; RAGIN, 2009).

O método se esforça para atender dois objetivos aparentemente contraditórios: coletar visão aprofundada nos diferentes casos e captar a complexidade dos casos (ganhando "intimidade" com os casos), mas também produzindo um certo nível de generalização (RAGIN, 1987).

O QCA incorpora alguns pontos fortes da abordagem orientada para o caso (Ragin 1987; Berg-Schlosser et.al. 2009). Para começar, é uma abordagem integrada, no sentido em que cada caso é considerado como um todo complexo, que necessita ser compreendido e que não deve ser esquecido no decurso da análise. Assim, QCA é, em essência, uma abordagem sensitiva dos casos. Por outro lado, como em toda técnica quantitativa, o QCA admite que existam regularidades causais nos fenômenos sociais (RAGIN, 1987; RIHOUX & RAGIN, 2009).

A intenção de Ragin era desenvolver uma estratégia sintética e original como um meio-termo entre estudos orientados a caso, ou qualitativos, e estudos orientados a variáveis, ou de abordagem quantitativa. A meta desta estratégia era integrar as melhores características da abordagem qualitativa com as melhores características da abordagem orientada a variáveis (RAGIN, 1984). O método QCA pode ser confrontado ao método quantitativo conforme o quadro abaixo, apresentado na tese de doutorado de Cristina Gurgel (2011).

Tabela 8: Premissas da QCA e dos métodos quantitativos

TÉCNICAS QUANTITATIVAS	QCA
Exige robustez teórica	Exige robustez teórica
Evita explicações individuais	Evita explicações individuais
Ferramenta replicável e formalizada	Ferramenta replicável e formalizada
Amostra aleatória	Seleção intencional dos casos, para incluir casos típicos, exceções e/ou <i>outliers</i> .
Generalização estatística	Generalização modesta, limitada no tempo e no espaço.
Causalidade única ou múltipla	Causalidade múltipla conjuntural
Universalidade ou equifinalidade	Equifinalidade
Unifinalidade	Multiplifinalidade
Relações lineares causais e aditividade	Relações constitutivas e não aditivas
Simetria causal	Assimetria causal
Desmembra os casos em um conjunto de variáveis independentes.	Desmembra casos em um conjunto de atributos inter-relacionados.
Foco nas variáveis e nas relações entre variáveis causais e dependentes.	Foco em configurações de variáveis que resultem em diferentes resultados.
Número de vezes que a variável independente é observada é relevante (quantificação das ocorrências).	Número de observações dos atributos não é relevante (não há quantificação de ocorrências)
Casos podem ser analisados de forma anônima. Possível manipulação de variáveis.	Casos são conhecidos e manipulados. Há transparência na intervenção sobre os dados, vista como um incremento substantivo do conhecimento teórico.

*Fonte: Resumo elaborado por Cristina Gurgel, na sua tese de doutorado, 2011, a partir dos livros *Configurational Comparative Methods* de Rihoux e Ragin (2009) e *Redesigning Social Inquiry* de Ragin (2008).*

Em sua base, a QCA visa identificar duas premissas essenciais às hipóteses de causalidade de um fenômeno: necessidade e suficiência. Causas únicas de um fenômeno são necessárias e suficientes à sua ocorrência. Causas combinadas são necessárias, mas unitariamente insuficientes à ocorrência de um fenômeno (GURGEL, 2011).

Exemplo das premissas do método pode ser visto na tese de Cristina Gurgel (2011):

“Um exemplo simples de dedução diária pode ser dado. (1) regra da concordância: Se três pessoas comeram um bolo e duas delas comeram também ovos e as três passaram mal, apenas o bolo pode ser considerado causa do fenômeno “passar mal”. (2) regra da diferença: se uma pessoa comeu bolo e ovos e outra apenas ovos, a primeira se sentiu mal e a segunda não, o bolo pode ser considerado causa do fenômeno “passar mal”. (3) método de concordância e diferença: se uma pessoa que passou mal comeu bolo, ovos e carne, outra que passou mal comeu bolo e ovos; se uma pessoa que não passou mal comeu carne e ovos e outra que não passou mal comeu apenas carne, então bolo é causa ou parte da causa do fenômeno “passar mal”.” (Gurgel, 2011, p. 55)

De acordo com Gurgel (2011), a grande contribuição da QCA é a de identificar situações onde exista:

1. Causalidade complexa: considera que cada caso individual é uma combinação complexa de propriedades, um todo específico que não poder ser perdido em desmembramentos de variáveis;
2. Causalidade assimétrica: existe quando a ocorrência de um fenômeno e sua não ocorrência requerem análises separadas e explicações diversas;
3. Relações não lineares: as relações são constitutivas, um fator não tem o mesmo efeito incremental entre casos para a ocorrência de um fenômeno. Considera-se que não há aditividade, ou seja, que as condições não sejam variáveis independentes e que a intensidade de seu efeito dependa de outras variáveis relevantes (Berg-Schlosser, De Meur, Rihoux, & Ragin, 2009);
4. Equifinalidade: são casos onde diferentes combinações de fatores podem gerar o mesmo fenômeno;
5. Multifinalidade: existe quando uma mesma condição pode gerar resultados diferentes em contextos ou tempos diversos.

Sabe-se que o QCA faz uso de conjuntos Booleanos convencionais (por exemplo, variáveis que podem ser codificadas somente como ‘0’ ou ‘1’ e que, portanto, precisam ser dicotomizadas) foi o primeiro desenvolvimento da técnica. Entretanto, a prática atual é distinguir quatro classificações: (RIHOUX; RAGIN, 2009)

1. csQCA – Se refere explicitamente à versão original (Booleana) de QCA, usa-se a notação csQCA (onde ‘cs’ significa ‘*crisp set*’ – conjunto numérico tradicional);
2. mvQCA – Se refere explicitamente à versão que permite condições de multicategoria, usa-se a notação mvQCA (onde ‘mv’ significa ‘*multi-value*’);
3. fsQCA – Se refere explicitamente à versão de Conjuntos fuzzy que também liga os Conjuntos Fuzzy às tabelas de análise, usa-se fsQCA (onde ‘fs’ significa ‘*fuzzy set*’);
4. *Fuzzy Set*, que é utilizada para designar a análise *fuzzy set* original, conforme desenvolvida por Ragin (2000).

Como a ideia principal está na representação dos dados pela função booleana, temos que na versão ‘*crisp set*’ os dados são tratados de forma binária, sendo que 0 indica que o construto é ausente e 1 para construto presente. Com o aprimoramento da versão para a versão *fuzzy*, ocorreu a possibilidade dos valores variarem entre 0 indicando completa exclusão da condição e 1 indicando completa inclusão (RAGIN, 2008).

Este estudo trabalhará com fsQCA, pelo fato dos Conjuntos fuzzy serem muito superiores à abordagem meramente quantitativa, pois permitem a percepção muito mais aproximada da complexidade das situações estudadas (RAGIN, 2000). A característica chave para entender Conjuntos *Fuzzy* é que eles fazem a mensuração de casos de acordo com seus graus de pertencimento, entre ‘0’ e ‘1’, em categorias qualitativas, não quantitativas. Por exemplo, antes de dar uma medida ordinal ou nominal sobre quão saudável deve ser uma cidade, *fuzzy set* o descreveria como ‘completamente dentro’ do conjunto saudável (um escore de 1,0), ‘quase todo dentro’ (um escore de 0,75), ‘mais dentro que fora’ (acima de 0,5), ‘quase todo fora’ (escore 0,25), ‘completamente fora’ (escore 0), ou em algum lugar entre estes escores todos (RAGIN, 2000). Conjuntos fuzzy distinguem claramente objetos que podem ser considerados mais dentro ou mais fora de uma dada categoria de objetos, ou explicar mais ou menos um dado fenômeno (RAGIN, 2000). A inclusão de Conjuntos Fuzzy permite inferências muito claras de

causas de fenômenos, pois permite a demonstração de graus de intensidade diferentes para os fenômenos avaliados.

Os seguintes passos são feitos pelo método:

Passo 1: As variáveis dependentes e independentes são transformadas em conjunto de combinações, construindo uma matriz, conhecida como Tabela Verdade (RAGIN, 1987). Cada linha da Tabela Verdade representa uma combinação específica de estruturas de governança e a tabela inteira apresenta todos os casos de combinações possíveis, as quais podem estar ou não contidas na amostra empírica estudada (FISS, 2011).

Passo 2: O pesquisador avalia a pertinência empírica dessas combinações com base na frequência (número mínimo de casos necessários para uma solução ser considerada) e consistência (representa a proporção de casos em cada linha da Tabela Verdade que exibe o resultado desejado)(FISS, 2011).

Passo 3: Um algoritmo baseado na álgebra booleana é usado para reduzir as linhas da Tabela Verdade e simplificar as combinações (FISS, 2011).

Passo 4: A análise é realizada por um *software* que gera três tipos de soluções: a complexa, a parcimoniosa e a intermediária. O *software* apontará as combinações possíveis entre as causas encontradas e os casos estudados. O processo de combinações resultará de uma lista de causas combinadas. O *software* apontará as melhores ou mais parcimoniosas combinações de causas.

Passo 5: Consiste na avaliação dos resultados e interpretação das combinações de causas. A condição que aparece na solução intermediária e na parcial será considerada a condição que apresenta forte evidencia de relação causal com o resultado de interesse (FISS, 2011).

Espera-se encontrar configurações em que seja possível identificar os fatores que levam as cidades a obterem maiores valores de qualidade de vida em saúde. Com isso, pode-se estabelecer condições aos gestores públicos e especificamente aos de saúde na estruturação de seus serviços e organizações.

Este trabalho fará uso do *software* fsQCA versão 2.0 para a amostra estudada. A pesquisa empírica realizada e os resultados serão detalhados no próximo capítulo.

4 DESENVOLVIMENTO

Sistemas de informação em saúde compreendem o conjunto de subsistemas de informações de natureza demográfica, epidemiológica, administrativa e gerencial necessárias ao estudo e gestão dos bens e serviços de saúde. Assim como os sistemas de informação em saúde, este estudo abriga informações econômicas, sociais e de educação, todas elas obtidas através de sistemas públicos de informação, tais dados possibilitaram expandir os resultados da pesquisa e os relacionamentos entre as variáveis.

Baseado no que foi proposto no tópico 3.2.1 deste estudo, a primeira parte da demonstração dos resultados será feita através de tabelas e análise gráfica por região do Brasil da qual correspondem os municípios estudados, antes de receberem o tratamento pela álgebra booleana. Cada análise será separada por macros indicadores (social, econômico, saúde e educação).

4.1 Saúde

Os indicadores de saúde selecionados têm como finalidade constatar a eficiência do suporte que esse setor oferece para a população, referente a acesso, qualidade e capacidade de acomodação e tratamento.

A tabela a seguir foi construída baseada em notas de 0 a 10 avaliadas da seguinte forma:

Figura 2: Como as cidades são avaliadas



Fonte: Ministério da Saúde.

Através desse método, aperfeiçoado em 2012 com o Índice de Desempenho de Saúde (IDSUS), obtivemos as notas que seguem na tabela abaixo:

Tabela 9: Qualidade e Acesso ao SUS

Região	Cidade	Qualidade do SUS (0 a 10)	Acesso ao SUS (0 a 10)
SUDESTE	São Paulo – SP	8,16	5,48
	Belo Horizonte – MG	8,39	5,81
	Rio de Janeiro – RJ	7,88	3,04
	Vitória – ES	8,12	7,07
	Campinas – SP	8,20	6,00
	Ribeirão Preto – SP	8,61	6,21
	Uberlândia – MG	6,14	5,44
CENTRO-OESTE	Goiânia – GO	6,14	6,77
	Cuiabá – MT	6,82	5,17
	Campo Grande – MS	6,69	5,88
	Anápolis – GO	7,74	5,44
SUL	Joinville – SC	8,95	5,75
	Florianópolis – SC	7,89	6,23
	Curitiba – PR	8,23	6,66
	Londrina – PR	7,25	5,93
	Porto Alegre – RS	8,46	5,89
NORTE	Palmas – TO	7,37	6,00
	Rio Branco – AC	6,89	4,86
	Manaus – AM	7,82	4,72
	Belém – PA	6,01	4,26
	Macapá – AP	6,93	4,05
	Porto Velho – RO	7,48	4,75
	Boa Vista – RR	6,47	5,09
NORDESTE	Maceió – AL	5,79	4,83
	Salvador – BA	7,46	5,13
	Fortaleza – CE	6,29	4,78
	São Luís – MA	7,99	5,22
	João Pessoa – PB	5,77	5,10
	Recife – PE	7,08	5,55
	Teresina – PI	5,92	5,44
	Natal – RN	7,33	5,40
	Aracaju – SE	7,24	4,70

Fonte: Ministério da Saúde (2010)

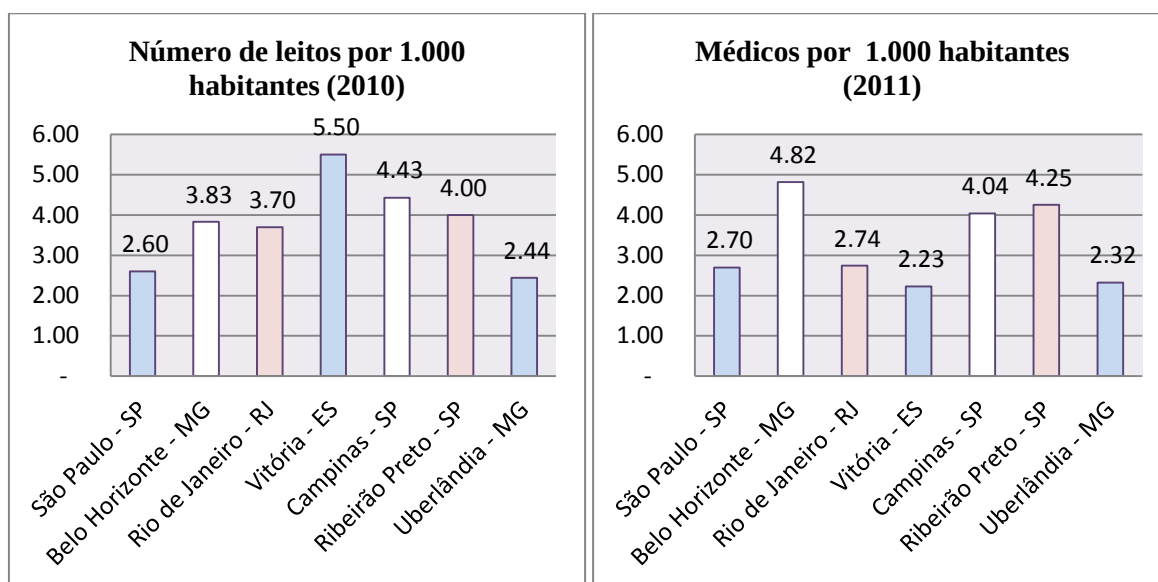
A região Sudeste apresenta os melhores indicadores quanto ao acesso e a qualidade. Algumas disparidades regionais são evidenciadas, o município de Vitória-ES apresenta os melhores indicadores se combinados e Belém-PA o pior. Analisando

individualmente cada indicador, o destaque fica com a cidade de Joinville-SC quanto a qualidade e Vitória-ES no acesso. Negativamente estão os municípios de João Pessoa na qualidade e Macapá-AP no acesso.

Outro indicador analisado é com relação ao número de leitos e médicos por 1.000 habitantes. A Organização Mundial da Saúde recomenda um mínimo de 2,5 a 3,0 leitos para cada grupo de 1.000 pessoas e o Ministério da Saúde recomenda 2,5 médicos para cada grupo de 1.000 pessoas.

Abaixo se encontra os resultados para os municípios estudados da região Sudeste.

Gráfico 4: Número de leitos e médicos por mil habitantes

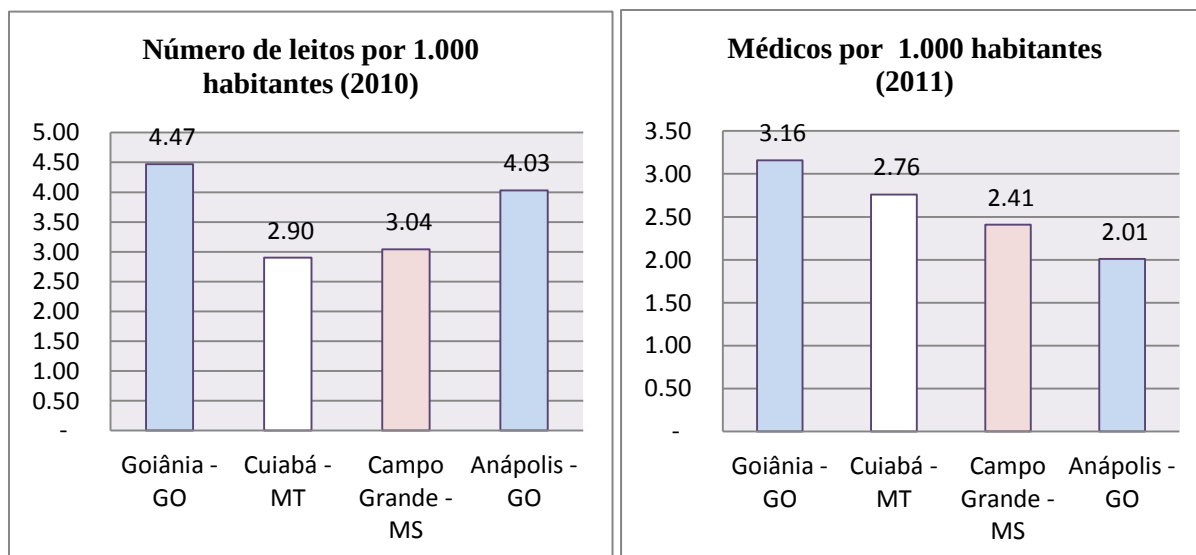


Fonte: Ministério da Saúde (2010)

O número de leitos está de acordo com o recomendado pela OMS, exceto o município de Uberlândia-MG que apresenta uma diferença mínima a ser alcançada. O número de médicos só não é o ideal nas cidades de Uberlândia-MG e Vitória-ES.

A região Centro-Oeste apresenta resultados satisfatórios quanto ao número de leitos, as duas cidades de Goiás mostram melhores resultados neste aspecto. O número de médicos por habitantes é precário em Anápolis-GO e Campo Grande-MS.

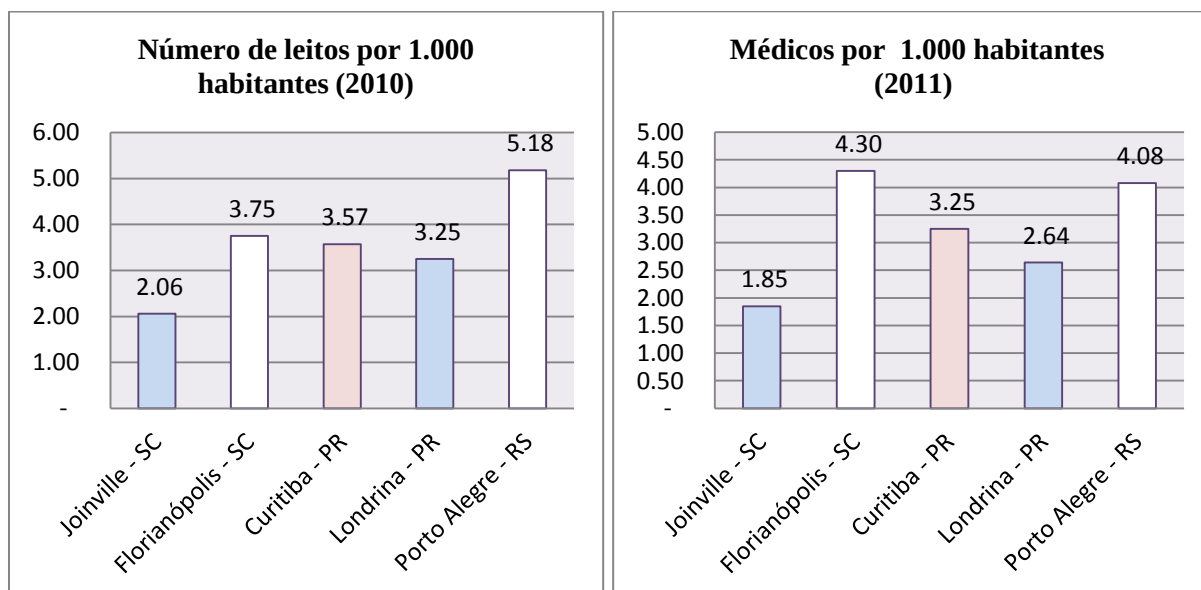
Gráfico 5: Número de leitos e médicos por mil habitantes



Fonte: Ministério da Saúde (2010)

A região Sul apresenta indicadores expressivos, com exceção da cidade de Joinville –SC. A cidade do estado de Santa Catarina é carente em leitos e médicos.

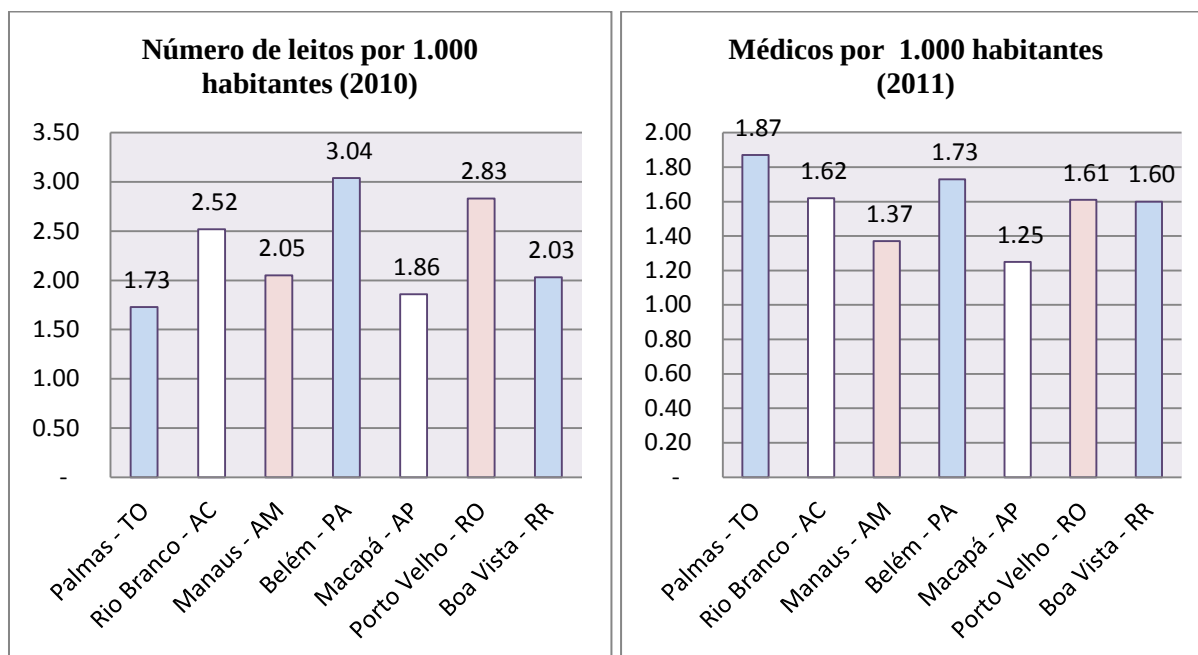
Gráfico 6: Número de leitos e médicos por mil habitantes



Fonte: Ministério da Saúde (2010)

As disparidades também se fazem presente neste aspecto de análise. Em alguns municípios se faz presente o recomendado para leitos, porém o número de médicos não é suficiente para o Ministério da Saúde. A carência dessa região se expande quanto mais se adentra os estados.

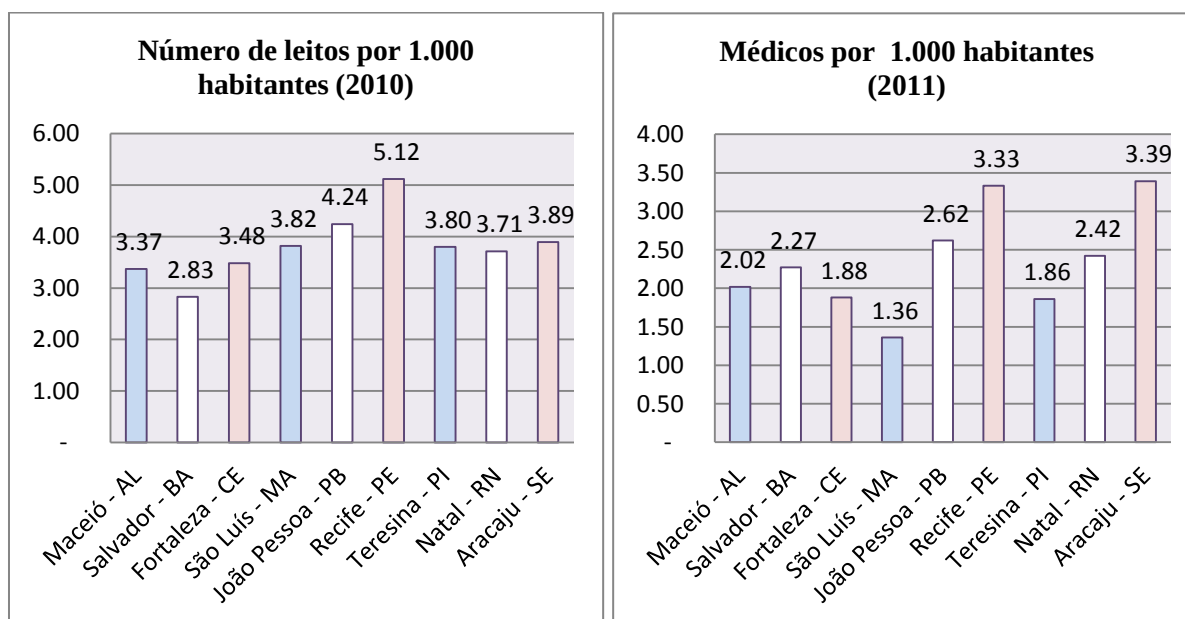
Gráfico 7: Número de leitos e médicos por mil habitantes



Fonte: Ministério da Saúde (2010)

A região Nordeste apresenta indicadores melhores que a região Norte, com destaque para Recife-PE. Todos os municípios apresentam dados aceitáveis para leitos, porém em grande parte o número de médicos não são satisfatórios.

Gráfico 8: Número de leitos e médicos por mil habitantes



Fonte: Ministério da Saúde (2010)

Estes dados serão relevantes na consolidação da álgebra booleana. Os dados descritos acima serão a base para definição dos valores conforme solicita o fsQCA.

4.2 Sociais

Os indicadores sociais serão importantes para o estudo para compreender o total da população que cada município se responsabiliza. As políticas, rendas, investimentos e capacidade de fomento são relacionados a demanda, e a demanda é diretamente proporcional as necessidades do seus responsabilizados. Sendo assim, os indicadores sociais relevantes serão apresentados neste tópico.

Tabela 10: Indicadores Sociais - Demográficos

Região	Cidade	Tamanho da População	Número de registro de óbitos	Expectativa de vida (anos)
SUDESTE	São Paulo – SP	11.253.503	77.286	76,30
	Belo Horizonte - MG	2.375.151	19.758	76,37
	Rio de Janeiro – RJ	6.320.446	60.021	75,69
	Vitória – ES	327.801	3.950	76,28
	Campinas – SP	1.080.113	8.443	76,59
	Ribeirão Preto – SP	604.682	5.339	75,65
	Uberlândia – MG	604.013	3.758	78,09
CENTRO-OESTE	Goiânia – GO	1.302.001	11.492	75,28
	Cuiabá – MT	551.098	5.214	75,01
	Campo Grande - MS	786.797	5.638	75,62
	Anápolis – GO	334.613	2.651	74,33
SUL	Joinville – SC	515.288	2.934	78,34
	Florianópolis – SC	421.240	2.996	77,35
	Curitiba – PR	1.751.907	13.081	76,30
	Londrina – PR	506.701	4.457	75,19
	Porto Alegre – RS	1.409.351	17.023	76,42
NORTE	Palmas – TO	228.332	1.065	74,61
	Rio Branco – AC	336.038	2.044	72,85
	Manaus – AM	1.802.014	8.671	74,54
	Belém – PA	1.393.399	10.903	74,33
	Macapá – AP	398.204	1.889	74,19
	Porto Velho – RO	428.527	3.071	74,14
	Boa Vista – RR	284.313	1.448	73,95
NORDESTE	Maceió – AL	932.748	6.704	72,94
	Salvador – BA	2.675.656	18.932	75,10
	Fortaleza – CE	2.452.185	15.859	74,41
	São Luís – MA	1.014.837	5.653	73,76
	João Pessoa – PB	723.515	6.513	74,89
	Recife – PE	1.537.704	22.250	74,50
	Teresina – PI	814.230	4.471	74,22

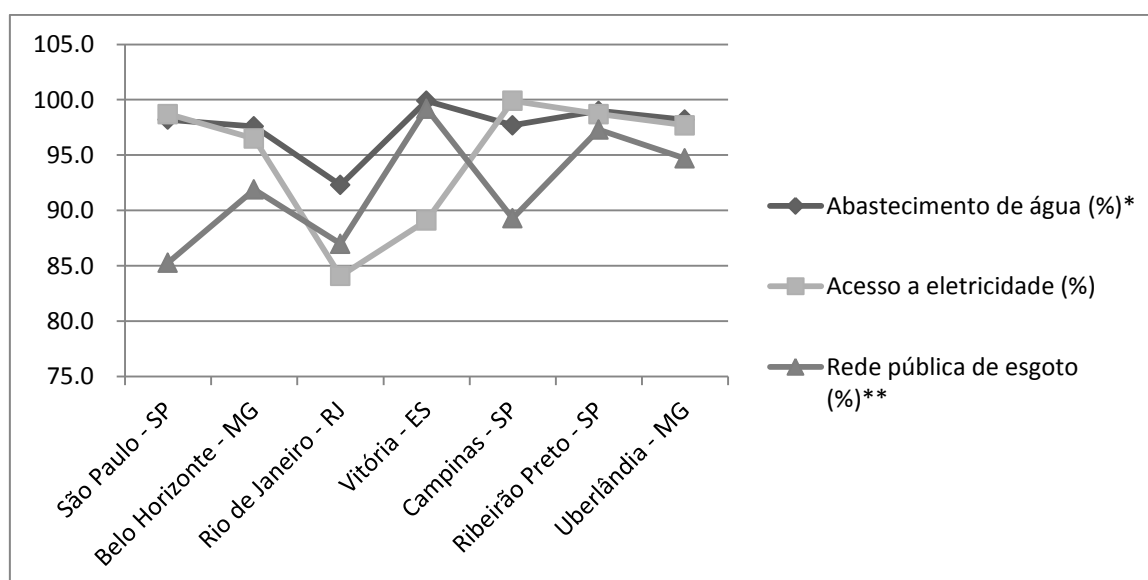
	Natal - RN	803.739	5.611	75,08
	Aracaju - SE	571.149	4.841	74,36

Fonte: IBGE (2010)

A região Sudeste possui o maior contingente populacional, contribuindo para os maiores valores em registro de óbitos. Vale ressaltar que os óbitos considerados são os totais, englobando violência, doenças, acidentes e ausência de necessidades básicas. É visto uma média em relação a expectativa de vida, o que corrobora para sua exclusão nos testes do fsQCA.

Outro ponto social importante para a análise é com relação ao saneamento básico e o percentual atendido por município.

Gráfico 9: Saneamento Básico - Sudeste



** Percentual de domicílios*** com rede pública de esgoto

* Percentual de domicílios*** com rede de abastecimento

*** Famílias cadastradas no SIAB (57,6% dos brasileiros)

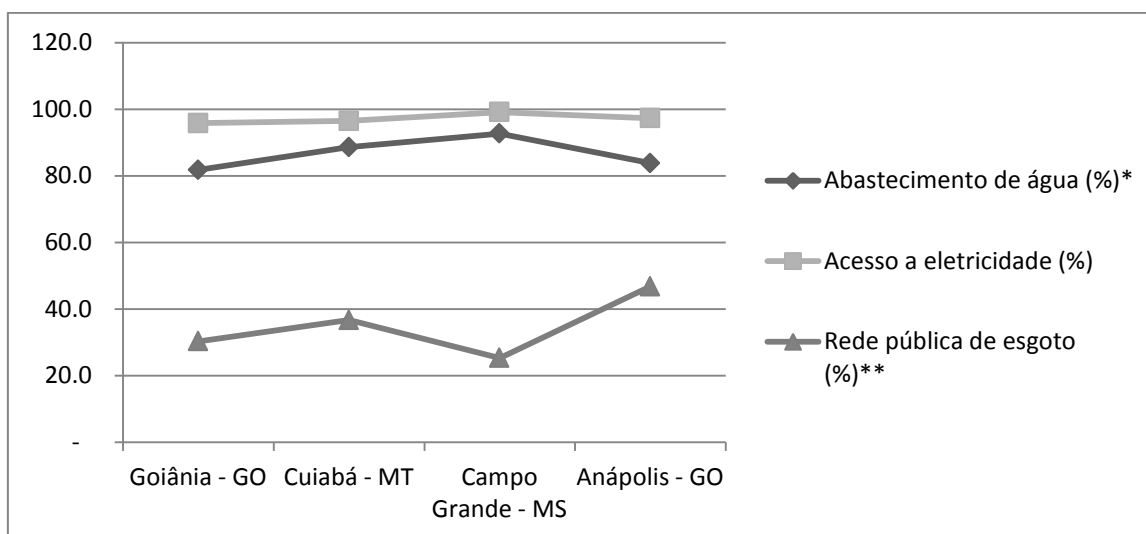
Fonte: DATASUS (2010)

A região Sudeste abrange as necessidades de saneamento de forma satisfatória como pode ser visto no gráfico, com um percentual da população atendida acima de 85%. As cidades do interior apresentam os melhores resultados no quesito.

No gráfico da região Centro-Oeste, a cidade de Goiânia apresenta uma especificidade. Por falta de dados do ano de 2010 para o indicador “Acesso a Eletricidade”, foram utilizados, para isso, o mais recente constatado na base de dados do DATASUS, referente ao ano de 2005.

O déficit da região é com relação a rede pública de esgoto, se destacando nessas regiões o esgoto por fossa.

Gráfico 10: Saneamento Básico – Centro-Oeste



*** Percentual de domicílios*** com rede pública de esgoto

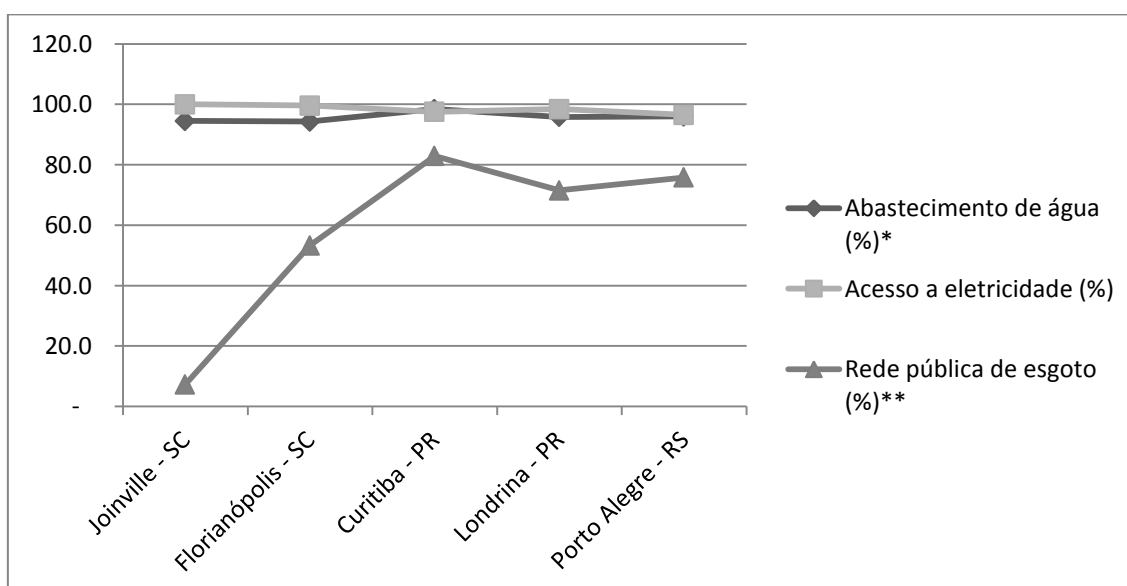
* Percentual de domicílios*** com rede de abastecimento

*** Famílias cadastradas no SIAB (57,6% dos brasileiros)

Fonte: DATASUS (2010)

A região Sul é balanceada com a região Sudeste, exceto pelos municípios de Santa Catarina que com relação a rede pública de esgoto apresenta a mesma estrutura das cidades do Centro-Oeste, com o sistema de esgoto composto por fossa.

Gráfico 11: Saneamento Básico - Sul



** Percentual de domicílios*** com rede pública de esgoto

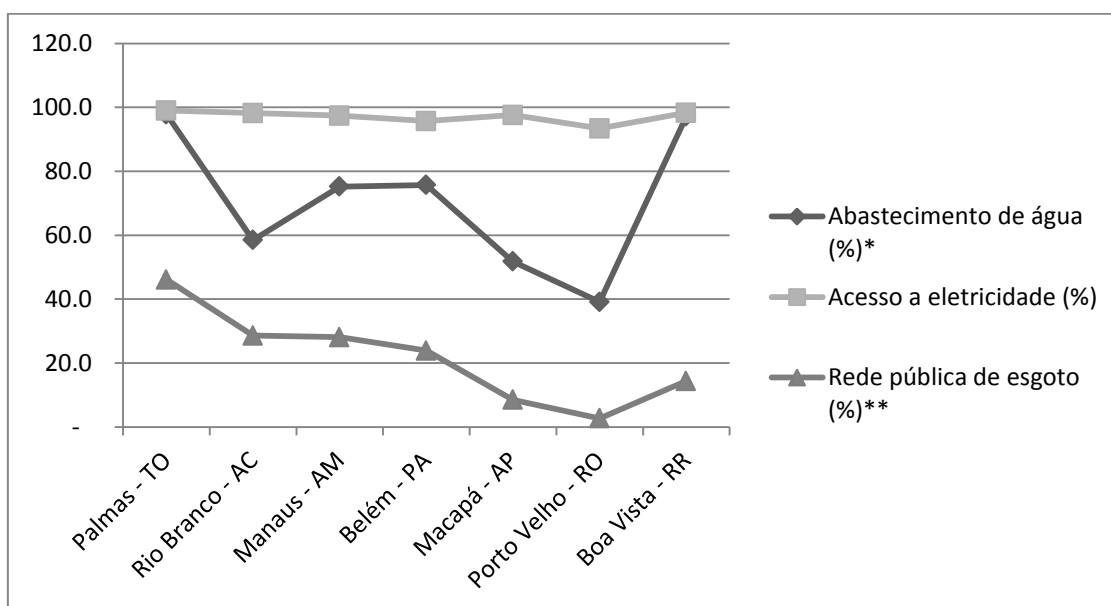
* Percentual de domicílios*** com rede de abastecimento

*** Famílias cadastradas no SIAB (57,6% dos brasileiros)

Fonte: DATASUS (2010)

A região Norte também faz uso do esgoto por fossa como principal sistema. Porém, em alguns municípios, as famílias sofrem carência quanto ao abastecimento de água. Os encarregados pelo abastecimento nos estados são os poços/nascentes.

Gráfico 12: Saneamento Básico - Norte



** Percentual de domicílios*** com rede pública de esgoto

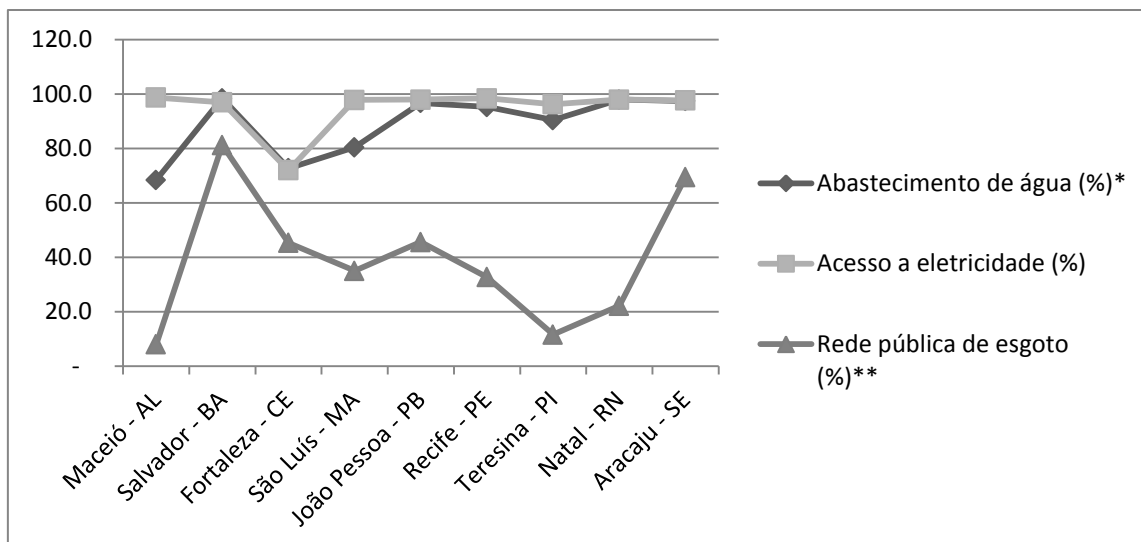
* Percentual de domicílios*** com rede de abastecimento

*** Famílias cadastradas no SIAB (57,6% dos brasileiros)

Fonte: DATASUS (2010)

Por fim, a região Nordeste apresenta alguns indicadores que merecem destaque. A capital Fortaleza-CE apresenta um déficit em eletricidade para as famílias e os municípios intercalam entre rede pública de esgoto e esgoto por fossa.

Gráfico 13: Saneamento Básico -Nordeste



** Percentual de domicílios*** com rede pública de esgoto

* Percentual de domicílios*** com rede de abastecimento

*** Famílias cadastradas no SIAB (57,6% dos brasileiros)

Fonte: DATASUS (2010)

Além dos indicadores citados, foram adicionados a nossa análise algumas taxas relevantes que ajudam a caracterizar ainda mais os municípios.

Os municípios são em suas totalidades urbanizados, o percentual de crescimento é maior em cidades com menor número de habitantes e o desemprego é maior nas região Norte e Nordeste.

Tabela 11: Indicadores Sociais - Percentuais

Região	Cidade	Grau de urbanização	Taxa de crescimento	Taxa de desemprego
SUDESTE	São Paulo – SP	99,10%	0,76%	7,5%
	Belo Horizonte - MG	100,00%	0,59%	6,5%
	Rio de Janeiro – RJ	100,00%	0,76%	7,3%
	Vitória – ES	100,00%	1,15%	7,3%
	Campinas – SP	98,28%	1,09%	6,5%
	Ribeirão Preto – SP	99,72%	1,82%	5,2%
	Uberlândia – MG	97,23%	1,88%	5,4%
CENTRO-OESTE	Goiânia – GO	99,62%	1,77%	5,3%
	Cuiabá – MT	98,13%	1,32%	6,8%
	Campo Grande - MS	98,66%	1,72%	6,6%
	Anápolis – GO	98,25%	1,51%	6,8%
SUL	Joinville – SC	96,62%	1,84%	4,8%
	Florianópolis – SC	96,21%	2,10%	5,0%
	Curitiba – PR	100,00%	0,99%	4,9%
	Londrina – PR	97,40%	1,26%	5,1%
	Porto Alegre – RS	100,00%	0,35%	5,5%
	Palmas – TO	97,11%	5,21%	6,6%
	Rio Branco – AC	91,82%	2,88%	9,6%

NORTE	Manaus – AM	99,49%	2,51%	11,1%
	Belém – PA	99,14%	0,85%	10,3%
	Macapá – AP	95,73%	3,46%	11,8%
	Porto Velho – RO	91,18%	2,50%	5,8%
	Boa Vista – RR	97,71%	3,55%	7,6%
NORDESTE	Maceió – AL	99,93%	1,58%	12,3%
	Salvador – BA	99,97%	0,91%	13,1%
	Fortaleza – CE	100,00%	1,36%	7,7%
	São Luís – MA	94,45%	1,55%	12,0%
	João Pessoa – PB	99,62%	1,92%	9,9%
	Recife – PE	100,00%	0,78%	12,5%
	Teresina – PI	94,27%	1,30%	9,8%
	Natal - RN	100,00%	1,21%	10,2%
	Aracaju - SE	100,00%	2,15%	10,9%

Fonte: IBGE (2010)

Os dados serão codificados para a álgebra booleana mediante critérios que serão especificados adiante. Indicadores como grau de urbanização e expectativa de vida serão descartados, por terem resultados semelhantes para todos os municípios. Os indicadores de saneamento serão convertidos em apenas um, para isso, será feita a média dos dados e o resultado final será codificado para a estrutura desejada.

4.3 Renda

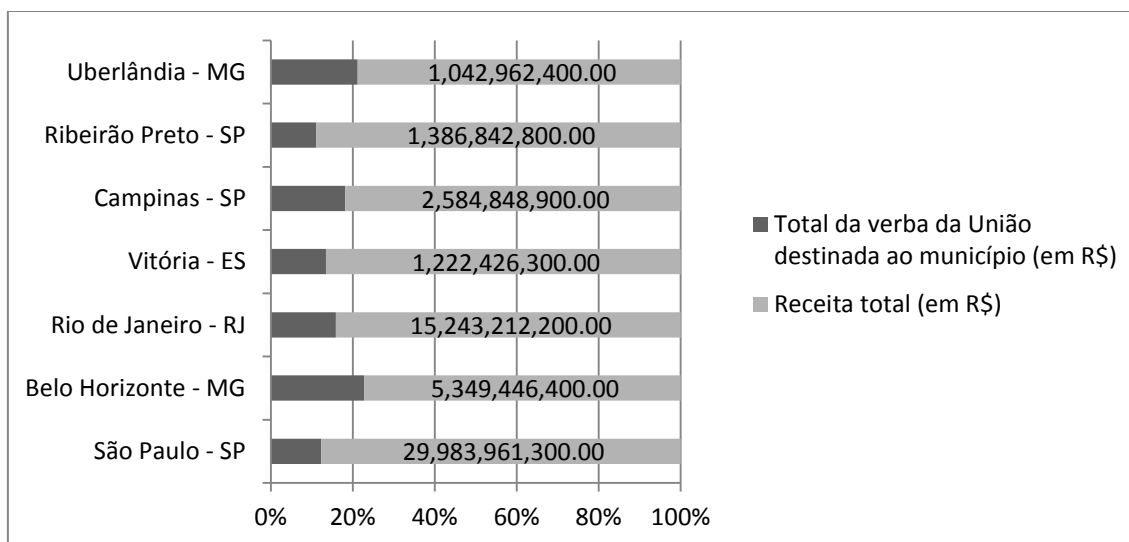
Os indicadores de renda indicam a capacidade da população e do município de obter acesso aos recursos. A renda permite elevar a qualidade de vida, e melhorar infraestrutura e cobertura dos serviços prestados pelo poder público e a capacidade de ampliar os planos assistenciais opcionais pelas famílias.

Os indicadores de gasto com saúde, selecionados para este estudo, referem-se ao gasto público e privado, limitados todavia aos dispêndios federal e das famílias (não inclui empresas).

Para a primeira análise desse indicador, o Portal da Transparência (Sistema do governo federal) permite a obtenção de verba da União destinada aos municípios para os gastos diversos do local. Paralelamente a isso, a Secretaria do Tesouro Nacional e o IBGE divulgam a Receita Total dos municípios, incluindo as receitas correntes e gerais. Sendo assim, a análise será feita sobre a correspondência da verba da União frente a Receita Total.

Na região Sudeste, o maior percentual de verba da União na composição da receita total do município foi em Belo Horizonte - MG. Existe uma grande vantagem da cidade de São Paulo - SP em relação aos demais municípios, visto que a receita total da mesma é quase duas vezes maior que a do Rio de Janeiro – RJ, o segundo colocado.

Gráfico 14: Verba da União x Receita Total - Sudeste



Fonte: Portal da Transparência e IBGE (2010)

A região Centro-Oeste já possui um percentual maior de verba da União no montante da sua receita total.

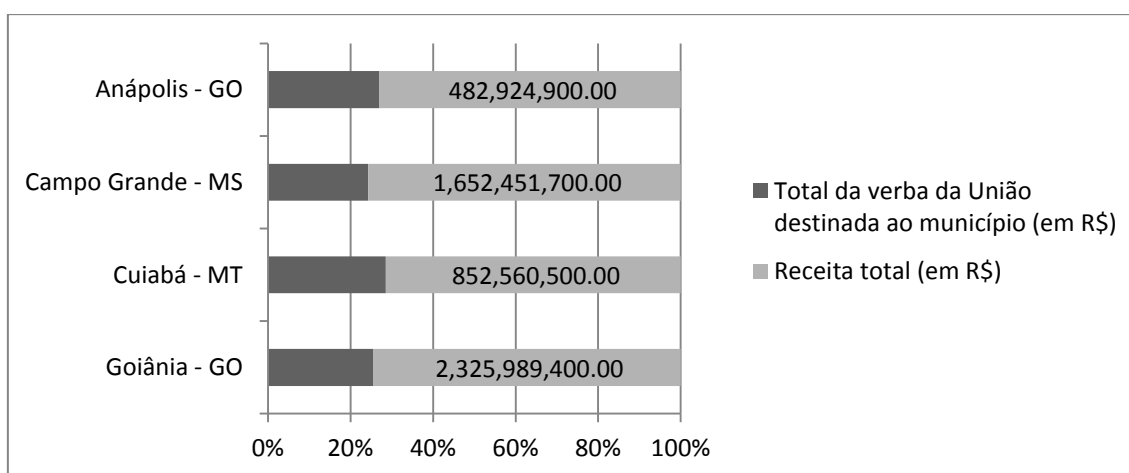
Os critérios que vigoram o Fundo de Participação dos Estados (FPE) é composto de 22,5% das arrecadações do governo federal com Imposto de Renda e IPI. De 1989 até 2012, o critério utilizado pela União foi sempre o mesmo: 85% do montante para estados do Norte, Nordeste e Centro-Oeste. E 15% para os estados do Sul e do Sudeste. A parcela que cabe a cada estado obedece a um coeficiente que leva em conta tamanho do território, renda per capita e o tamanho da população.

O Fundo de Participação dos Municípios (FPM) é uma transferência constitucional (CF, Art. 159, I, b), da União para os Estados e o Distrito Federal, composto de 22,5% da arrecadação do Imposto de Renda (IR) e do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI). (Ministério da Fazenda, Secretaria do Tesouro Nacional, 2012)

A distribuição dos recursos aos Municípios é feita de acordo com o número de habitantes, onde são fixadas faixas populacionais, cabendo a cada uma delas um coeficiente individual.

Ainda segundo o ministério da fazenda, os critérios atualmente utilizados para o cálculo dos coeficientes de participação dos Municípios estão baseados na Lei n.º. 5.172/66 (Código Tributário Nacional) e no Decreto-Lei N.º 1.881/81.

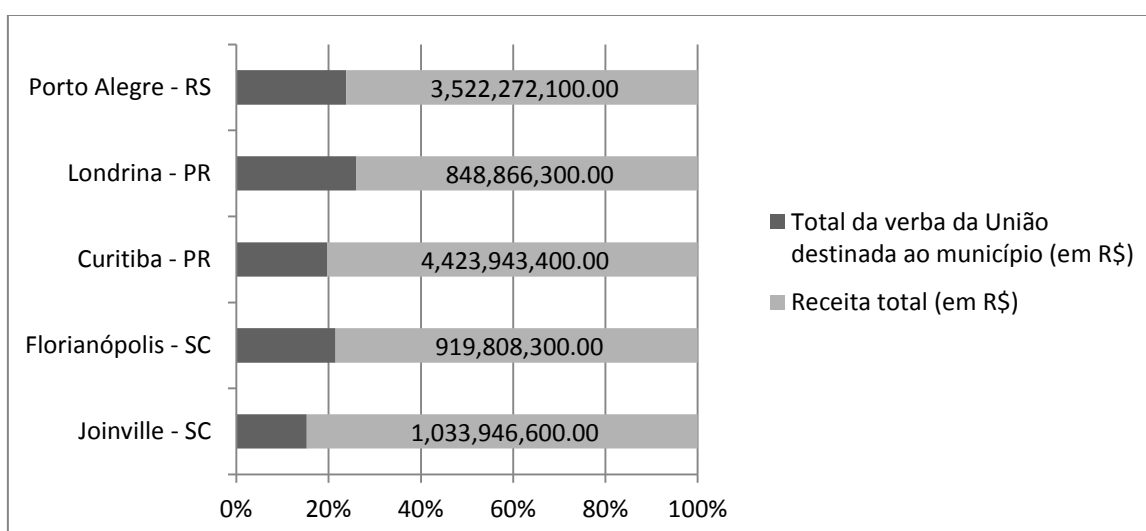
Gráfico 15: Verba da União x Receita Total – Centro-Oeste



Fonte: Portal da Transparência e IBGE (2010)

A região Sul, assim como a região Sudeste, recebe menos verba da União frente as outras regiões, porém sua receita total supera a região Norte e Centro-Oeste.

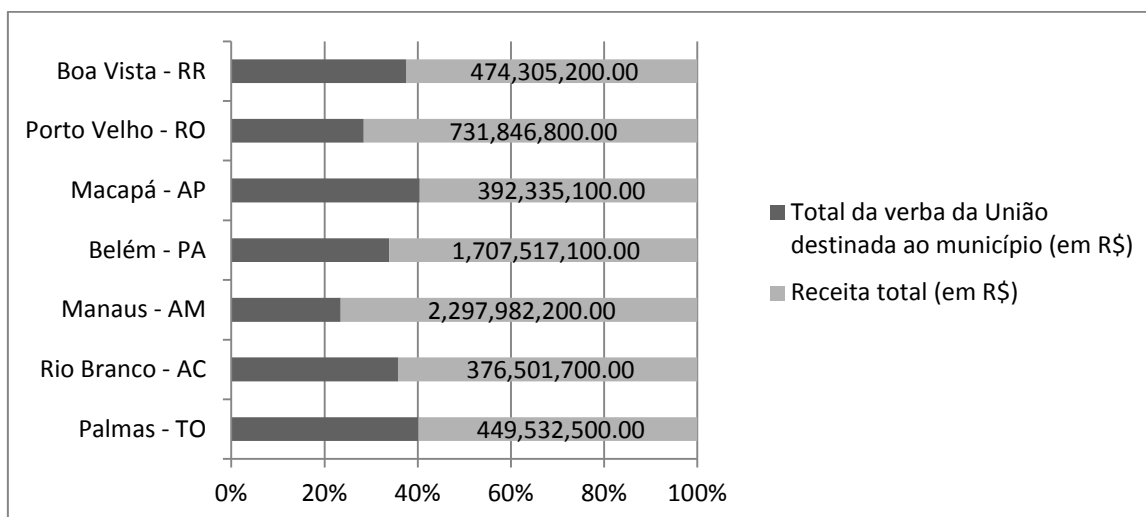
Gráfico 16: Verba da União x Receita Total - Sul



Fonte: Portal da Transparência e IBGE (2010)

A região Norte mostra em sua composição das receitas totais a importância da verba da União para seus municípios. Em alguns casos específicos, como a capital Macapá-AP e Palmas-TO, a verba corresponde a 40% da receita.

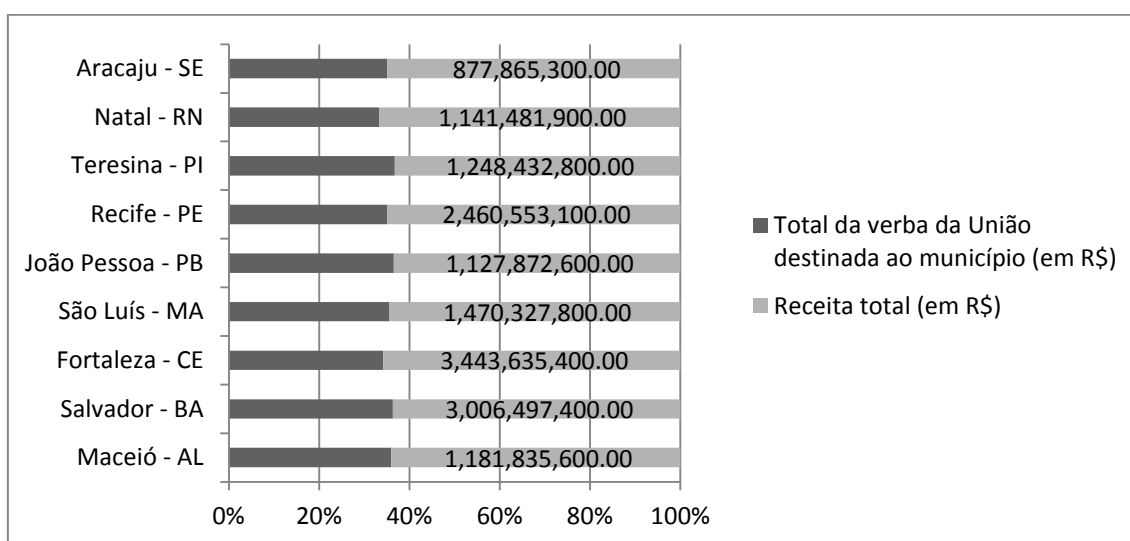
Gráfico 17: Verba da União x Receita Total - Norte



Fonte: Portal da Transparência e IBGE (2010)

O Nordeste apresenta o maior beneficiado na transferência de verba da União. Seguindo os critérios de distribuição, a Bahia é a maior privilegiada. O gráfico abaixo mostra a taxa representativa da verba da União na composição do saldo do município que é superior aos demais da região, se equiparando apenas a cidade de Fortaleza-CE.

Gráfico 18: Verba da União x Receita Total - Nordeste



Fonte: Portal da Transparência e IBGE (2010)

Além dos indicadores públicos, serão analisados os indicadores privados. Se tratando de renda da população dos municípios, o objetivo deste trabalho é analisar qual município proporciona a melhor distribuição de recursos e como está a composição socioeconômica do município.

Tabela 12: Indicadores Econômicos dos municípios

Região	Cidade	População com renda < 1/2 SM* (%)	PIB per capita municipal (em R\$)
SUDESTE	São Paulo – SP	20,03%	39.418,85
	Belo Horizonte - MG	16,13%	21.750,94
	Rio de Janeiro – RJ	20,66%	30.100,57
	Vitória – ES	15,02%	76.172,11
	Campinas – SP	15,82%	33.967,40
	Ribeirão Preto – SP	11,32%	28.120,60
	Uberlândia – MG	14,52%	30.275,68
CENTRO-OESTE	Goiânia – GO	15,20%	18.775,52
	Cuiabá – MT	20,01%	20.053,83
	Campo Grande - MS	18,62%	17.634,85
	Anápolis – GO	23,51%	30.063,26
SUL	Joinville – SC	9,01%	35.851,78
	Florianópolis – SC	7,83%	23.280,16
	Curitiba – PR	10,16%	30.100,57
	Londrina – PR	13,88%	19.610,31
	Porto Alegre – RS	14,76%	30.537,53
NORTE	Palmas – TO	23,52%	17.200,60
	Rio Branco – AC	28,97%	12.829,28
	Manaus – AM	37,78%	26.968,80
	Belém – PA	36,23%	12.908,95
	Macapá – AP	39,87%	13.096,63
	Porto Velho – RO	25,30%	17.555,32
	Boa Vista – RR	34,81%	16.390,31
NORDESTE	Maceió – AL	40,67%	12.987,53
	Salvador – BA	33,47%	13.732,96
	Fortaleza – CE	35,26%	15.131,94
	São Luís – MA	37,94%	17.653,13
	João Pessoa – PB	32,43%	13.552,71
	Recife – PE	35,42%	19.530,42
	Teresina – PI	39,18%	12.943,98
	Natal - RN	31,13%	14.926,99
	Aracaju - SE	31,69%	15.322,61

* ½ Salário Mínimo no ano de 2010 corresponde a R\$ 255,00

Fonte: IBGE (2010)

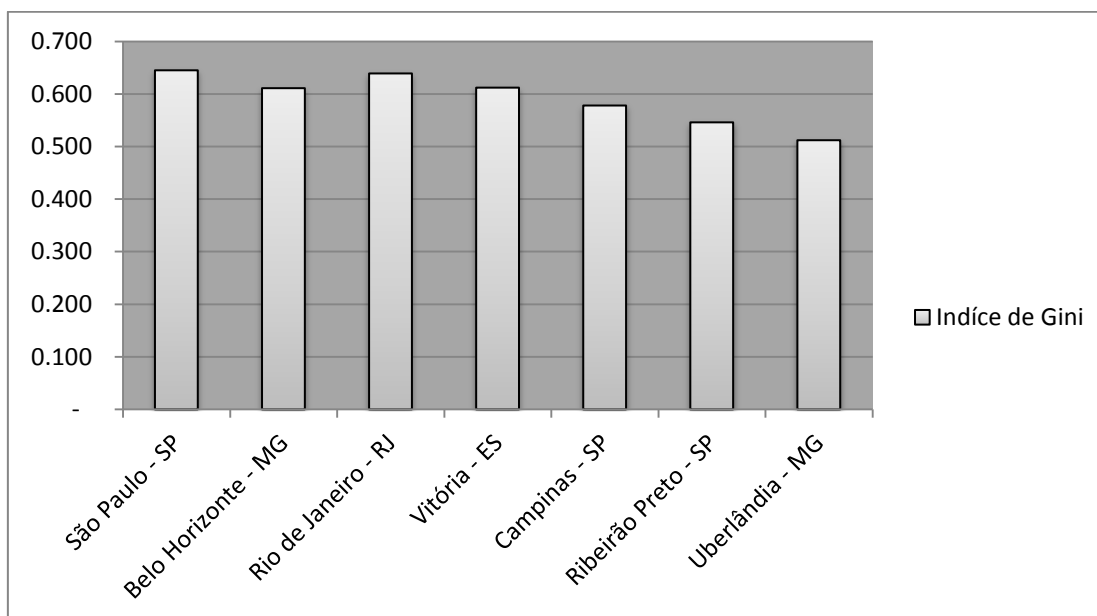
A data de referência de 2010 possui como salário mínimo o valor de R\$ 510,00. Sabendo disso, é verificado um percentil grande de pessoas das regiões Norte e

Nordeste vivendo com menos de $\frac{1}{2}$ salário mínimo por mês. São Paulo-SP, Rio de Janeiro-RJ, Cuiabá-MT e Anápolis-GO aparecem com taxas elevadas também. Porém, o PIB per capita dessas cidades são elevados, assim como na cidade de Manaus-AM que se destaca no Norte. O município de Vitória-ES chama atenção pelo valor do seu PIB per capita, quase duas vezes maior que o segundo São Paulo-SP. Florianópolis-SC é o município onde a população apresenta o menor índice de pobreza.

Para corroborar com os indicadores econômicos, este trabalho fará uso do índice de Gini. O Índice de Gini, criado pelo matemático italiano Conrado Gini, é um instrumento para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo. 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 (IPEA,2004).

O índice da região Sudeste apresenta um grau de distribuição intermediário, com tendência ao valor um. Uberlândia-MG é o menor e São Paulo-SP o maior.

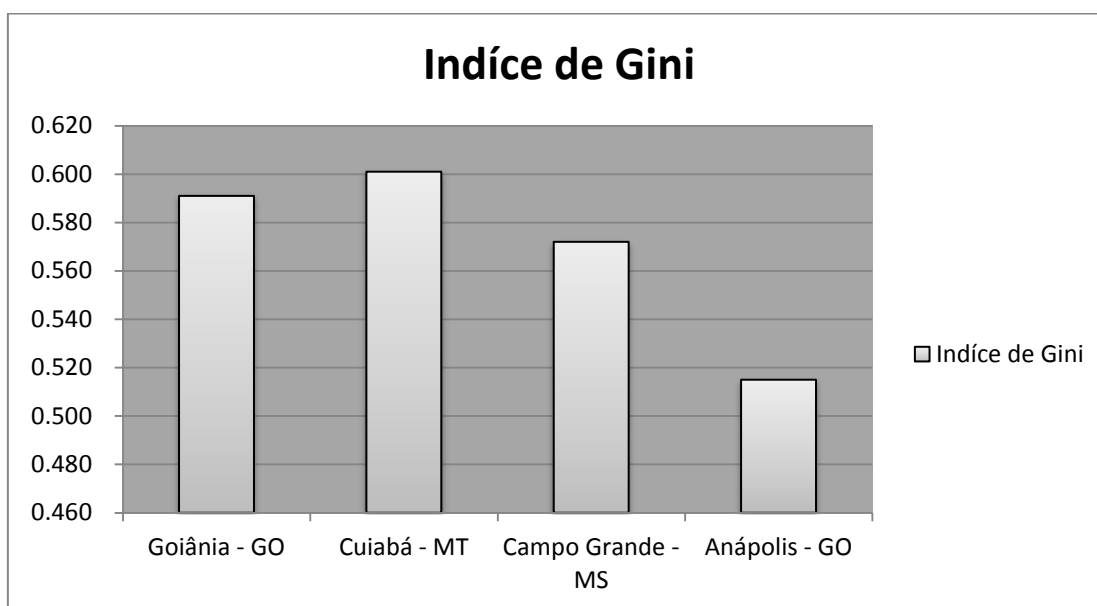
Gráfico 19: Índice de Gini - Sudeste



Fonte: IPEA (2010)

A região Centro-Oeste apresenta valores semelhantes a região Sudeste, com o índice variando entre 0,5 e 0,6. Destaque positivamente para o município de Anápolis-GO e negativamente para Cuiabá-MT.

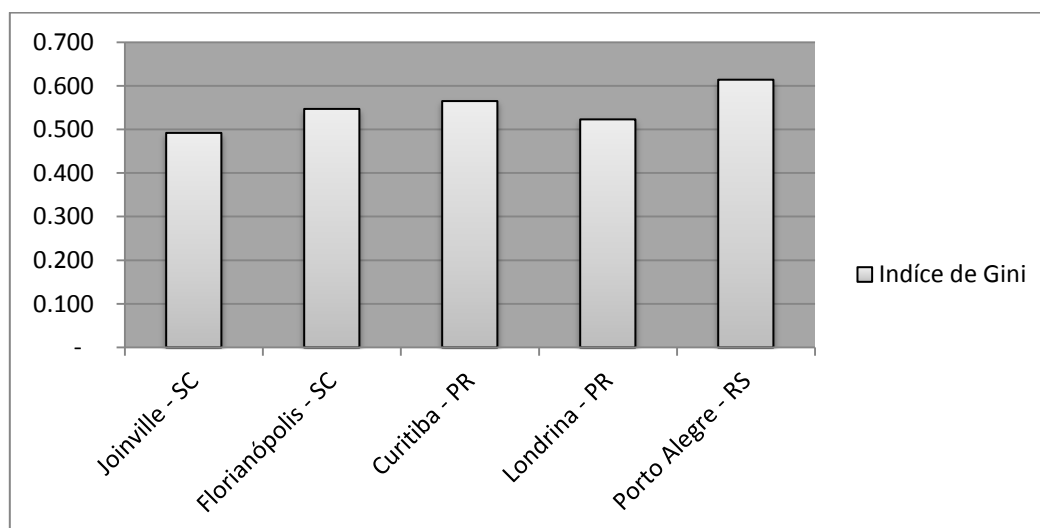
Gráfico 20: Índice de Gini – Centro-Oeste



Fonte: IPEA (2010)

A região Sul se destaca positivamente. Dentre os municípios listados, essa região é a que apresenta a menor média do índice no valor de 0,548. A cidade de Joinville-SC é, dentre os municípios analisados, o único que consegue ser inferior a 0,5.

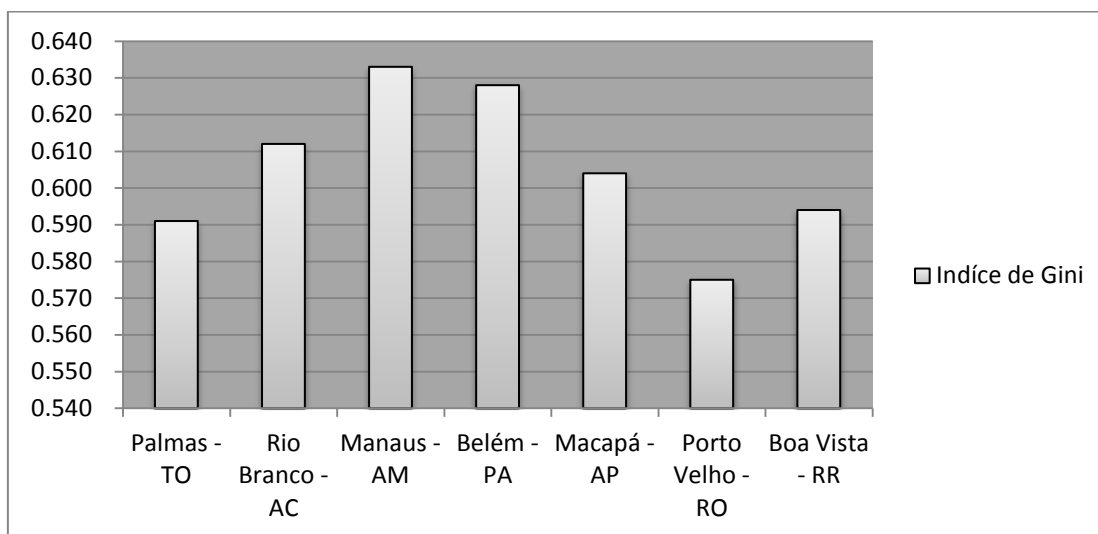
Gráfico 21: Índice de Gini - Sul



Fonte: IPEA (2010)

A região Norte apresenta valores intermediários para o índice. Cabe ressaltar a diferença do município de Porto Velho-RO para os demais municípios da região, bem como os altos índices de Manaus-AM e Belém-PA.

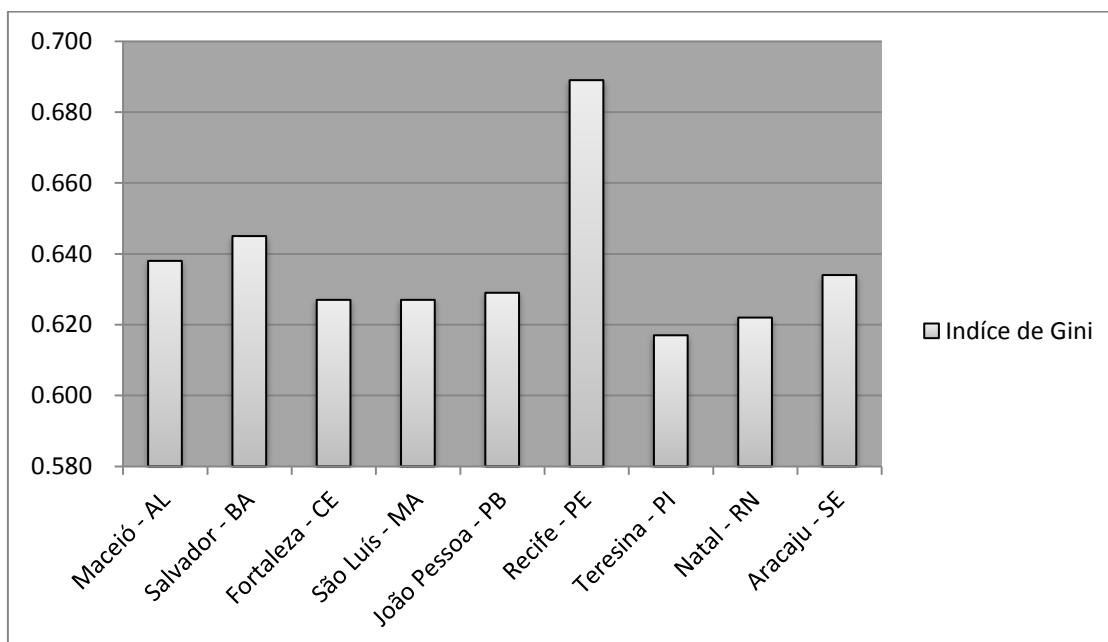
Gráfico 22: Índice de Gini - Norte



Fonte: IPEA (2010)

A região Nordeste apresenta os piores indicadores para o índice. A média da região é a maior de todos os municípios comparados, ela é de 0,636. Muito do alto valor se deve ao município de Recife-PE, o maior índice individualmente analisado no valor de 0,689. Os demais municípios mantêm um equilíbrio de valores, mas continuam acima da média dos demais.

Gráfico 23: Índice de Gini - Nordeste

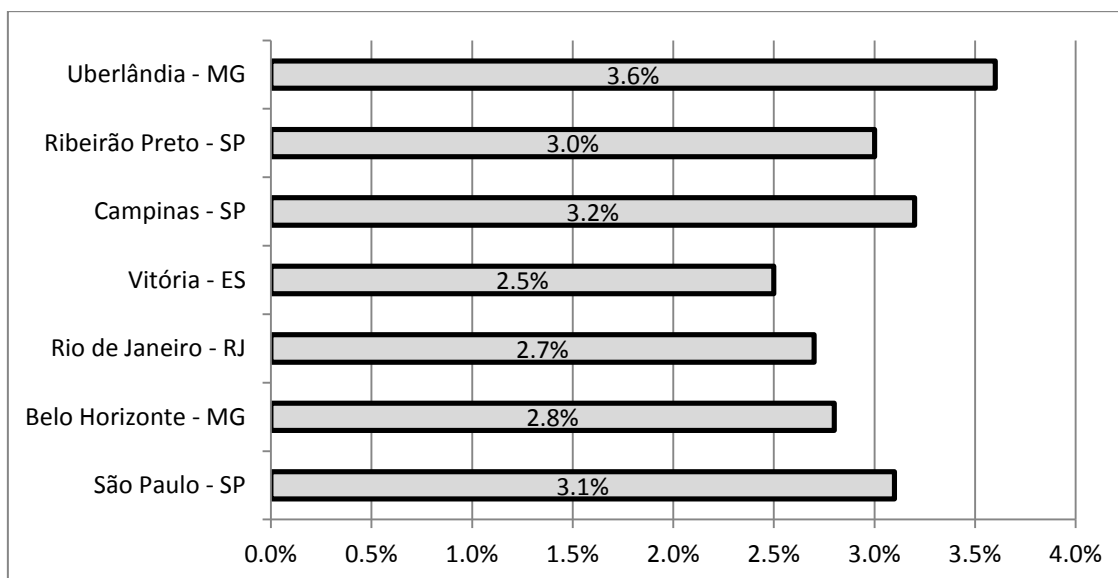


Fonte: IPEA (2010)

4.4 Educação

Para o quadro de educação, a análise foi feita com base na taxa de analfabetismo da população dos municípios.

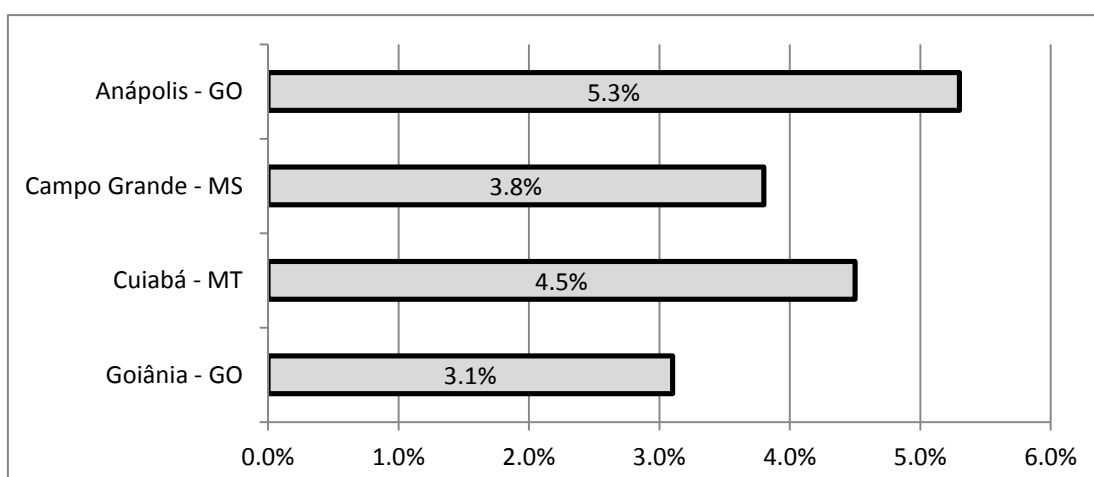
Gráfico 24: Taxa de analfabetismo - Sudeste



Fonte: IBGE (2010)

A região Sudeste apresenta um percentual nivelado de instrução da população, visto que os resultados estão entre 2,5% em Vitória-ES e 3,6% em Uberlândia-MG.

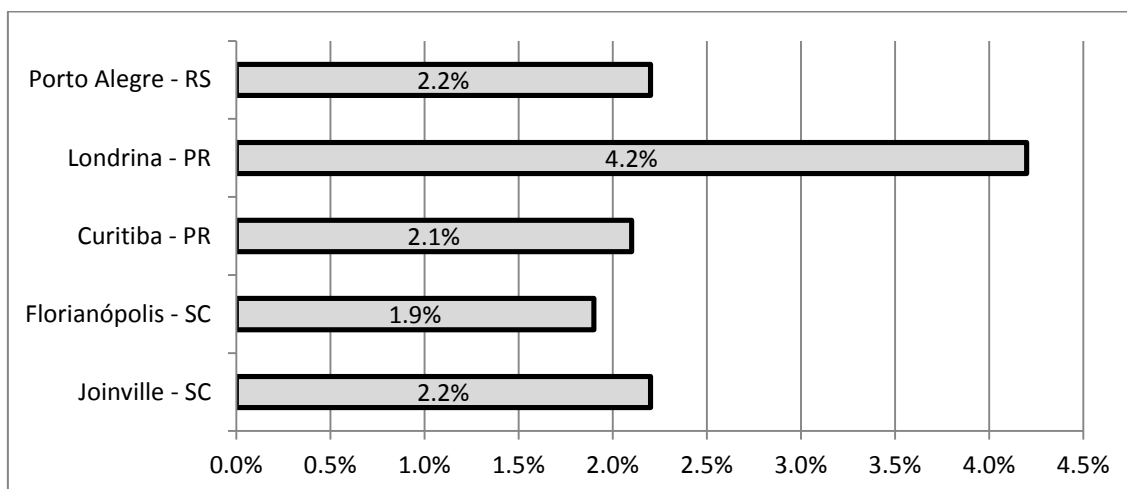
Gráfico 25: Taxa de analfabetismo – Centro-Oeste



Fonte: IBGE (2010)

A região Centro-Oeste comporta um índice abaixo da média nacional, porém nenhum se destaca positivamente ou negativamente a ponto de ser destaque na análise.

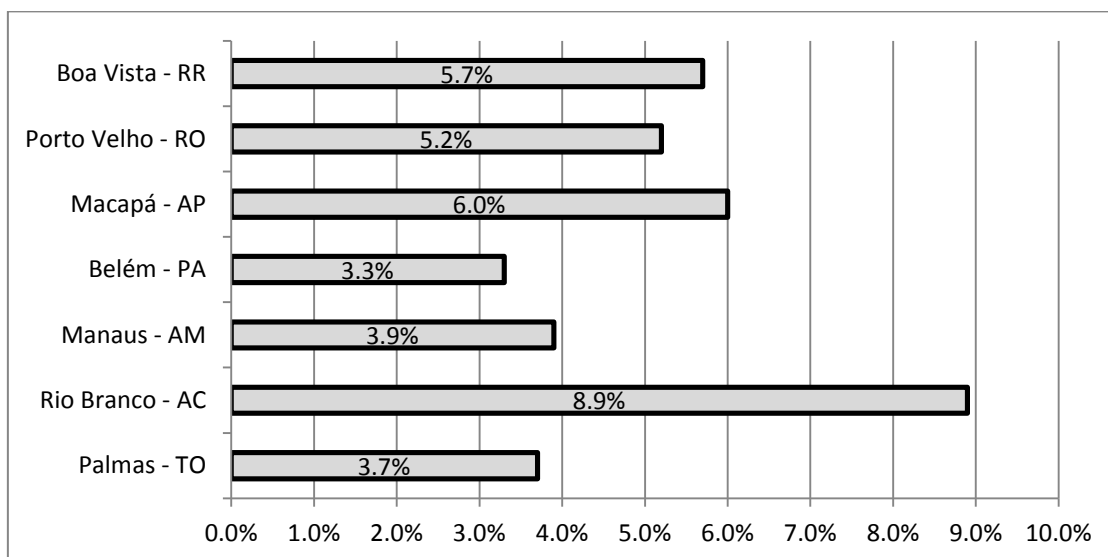
Gráfico 26: Taxa de analfabetismo - Sul



Fonte: IBGE (2010)

A região Sul se destaca de forma positiva. A cidade de Florianópolis-SC possui a menor taxa dentre os municípios analisados, e, de modo geral, a região Sul apresenta a menor média de analfabetos em comparação as outras regiões.

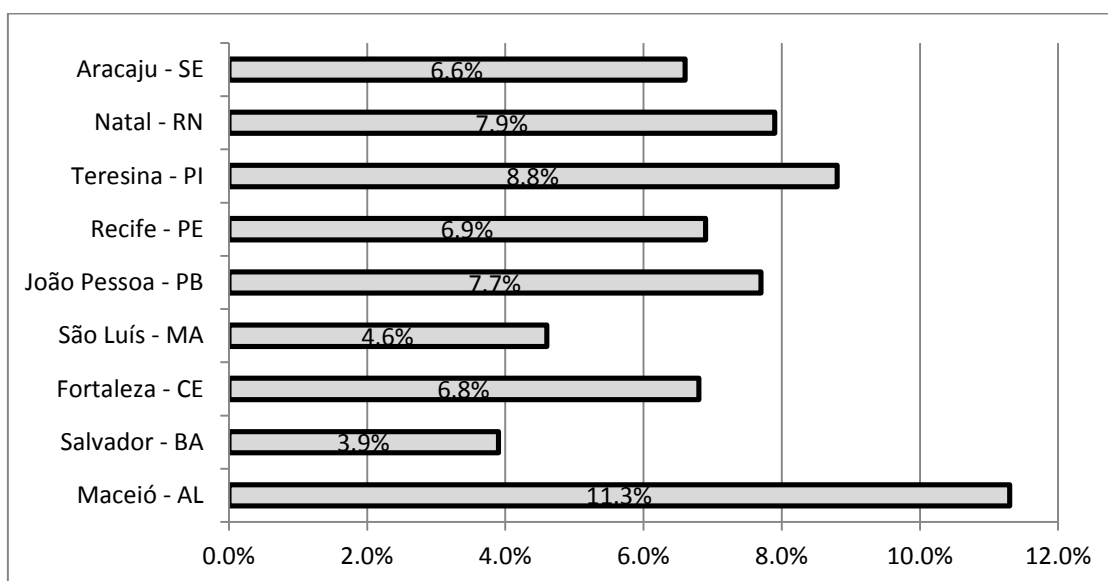
Gráfico 27: Taxa de analfabetismo - Norte



Fonte: IBGE (2010)

A região Norte apresenta no município de Rio Branco-AC seu maior destaque. Com um dos piores índices dentre os municípios, a cidade ocupa a pior colocação da região, cerca de três pontos percentuais a frente do segundo: a cidade de Macapá-AP.

Gráfico 28: Taxa de analfabetismo - Nordeste



Fonte: IBGE (2010)

A cidade de Maceió-AL apresenta a pior taxa de analfabetismo dentre todos os municípios analisados, ultrapassando os 10%. A região Nordeste apresenta a pior média de taxas entre as regiões do Brasil, com destaques negativos também para as cidades de Teresina-PI, Natal-RN e João Pessoa-PB.

4.5 IDH-M

Em 2012, o PNUD Brasil, o IPEA e a Fundação João Pinheiro assumiram o desafio de adaptar a metodologia do IDH global para calcular o IDH Municipal (IDHM) dos 5.565 municípios brasileiros a partir de dados do Censo Demográfico de 2010. Também recalculou-se o IDH-M, a partir da metodologia adotada, para os anos de 1991 e 2000, por meio de uma minuciosa compatibilização das áreas municipais entre 1991, 2000 e 2010 para levar em conta as divisões administrativas ocorridas no período e permitir a comparabilidade temporal e espacial entre os municípios. O desafio já havia sido enfrentado nas edições do Atlas de 1998 e 2003. (Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil, 2013)

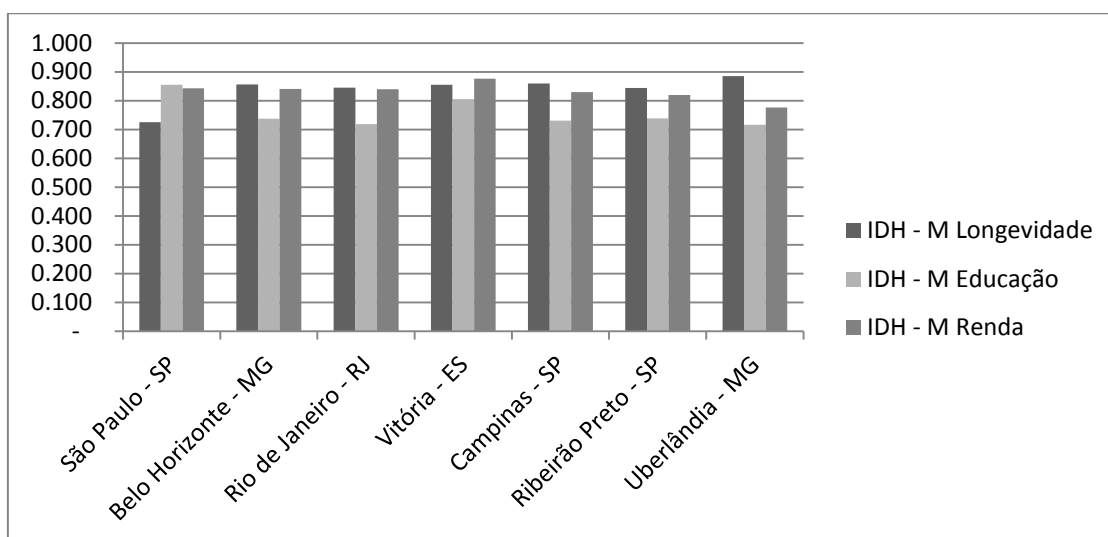
Ainda segundo o Atlas, o IDH-M brasileiro segue as mesmas três dimensões do IDH Global – longevidade, educação e renda, mas vai além: adequa a metodologia global ao contexto brasileiro e à disponibilidade de indicadores nacionais. Embora

meçam os mesmos fenômenos, os indicadores levados em conta no IDH-M são mais adequados para avaliar o desenvolvimento dos municípios brasileiros.

O IDH-M é acompanhado por mais de 180 indicadores socioeconômicos, que dão suporte à análise do IDH-M e ampliam a compreensão dos fenômenos e dinâmicas voltados ao desenvolvimento municipal.

Três importantes indicadores na composição do IDH-M são: IDH-M Longevidade, IDH-M Renda e IDH-M Educação. Estes indicadores serão contemplados e analisados neste trabalho, assim como o IDH-M consolidado.

Gráfico 29: Componentes IDH-M Sudeste



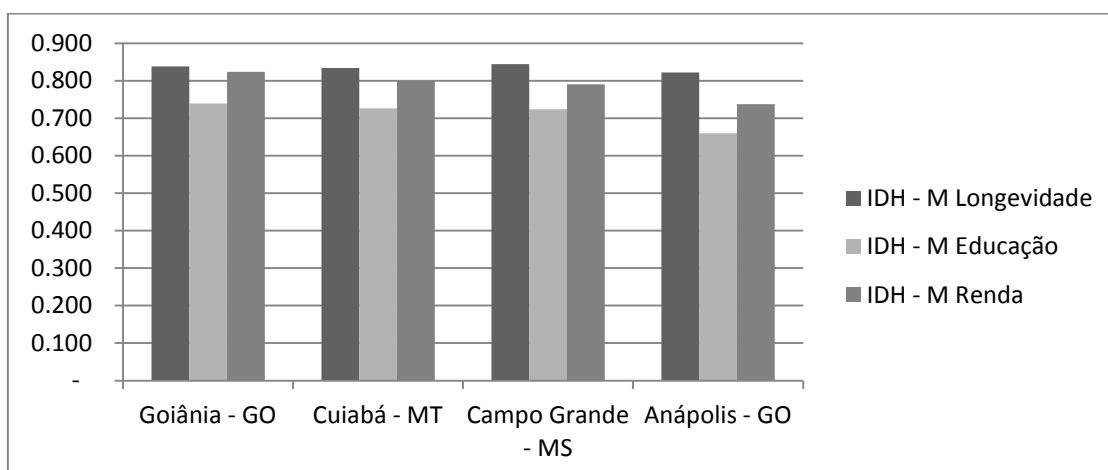
Fonte: ATLAS (2013)

Dentre todos os dados, chama atenção o fato da cidade de São Paulo-SP possuir uma inversão de resultados frente aos demais municípios. Fica evidente através do gráfico que o IDH-M de Educação é superior aos demais, enquanto nos demais municípios o IDH-M de Renda e Longevidade se alternam como valores em destaque.

Na região Centro-Oeste é visto um padrão com o IDH-M de Longevidade se sobressaindo dos demais e o IDH-M de Educação sendo o menor dentre os três analisados.

Analisando os valores, o município de Goiânia-GO é relativamente maior que os demais analisados, porém os valores apresentados se assemelham a média da região Sudeste.

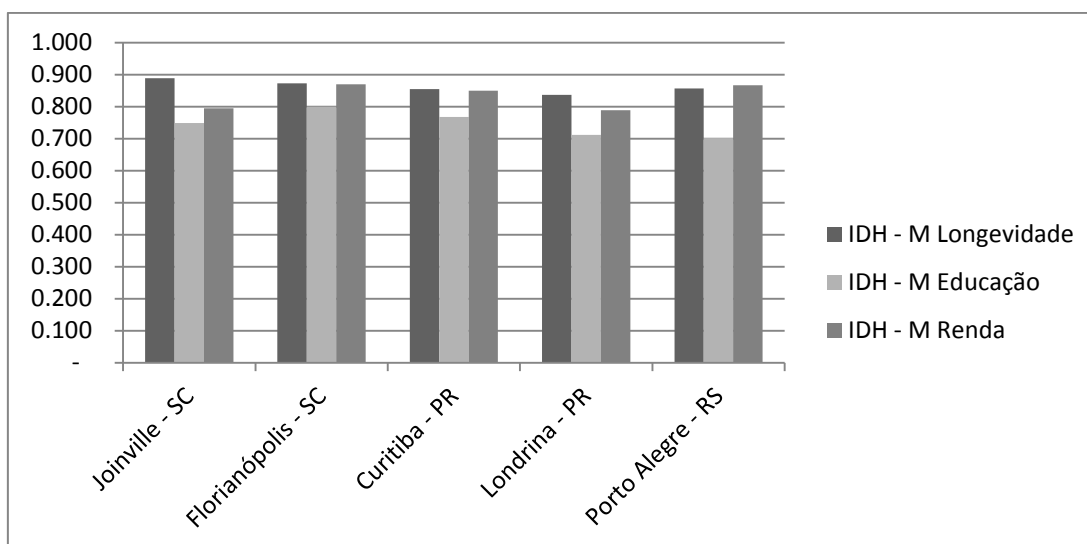
Gráfico 30: Componentes IDH-M Centro-Oeste



Fonte: ATLAS (2013)

O IDH-M analisado com seus três principais componentes de formação possui na cidade de Florianópolis-SC sua maior média dentre os municípios analisados, com todos os indicadores ultrapassando a margem de 0,800. Observa-se o mesmo padrão já descrito anteriormente para as regiões Sul e Sudeste, com os valores do IDH-M de Renda e Longevidade superiores ao IDH-M de Educação.

Gráfico 31: Componentes IDH-M Sul

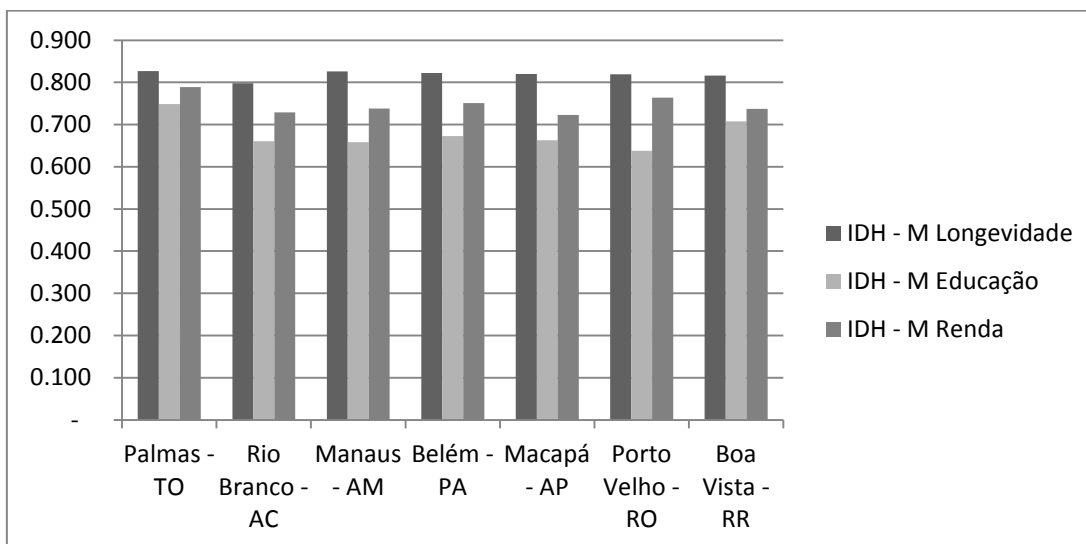


Fonte: ATLAS (2013)

A região Norte apresenta valores inferiores aos das regiões já analisadas, porém a cidade de Palmas-TO e Boa Vista-RR conseguem acompanhar os valores de

IDH-M das regiões Centro-Sul. Por outro lado, o padrão dos valores inferiores de Educação ainda são vistos nessa região, de forma mais contundente inclusive.

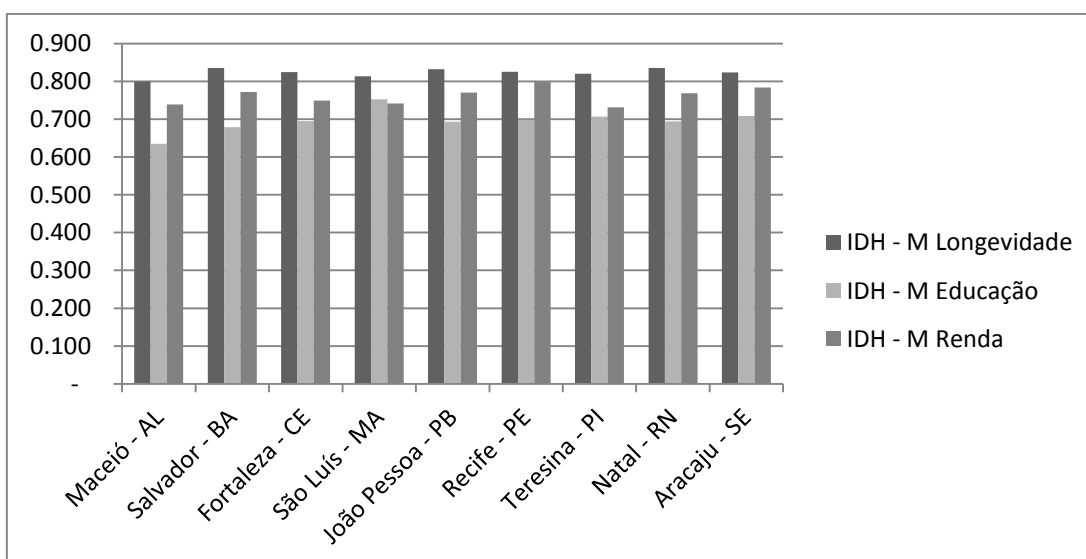
Gráfico 32: Componentes IDH-M Norte



Fonte: ATLAS (2013)

A região Nordeste, na figura do município de Maceió-AL, possui os piores valores dentre os municípios analisados em dois indicadores: IDH-M Educação e IDH-M Longevidade. Teresina-PI apresenta o terceiro pior indicador dentre os municípios em IDH-M Renda ficando a frente apenas das cidades de Rio Branco-AC e Macapá-AP.

Gráfico 33: Componentes IDH-M Nordeste



Fonte: ATLAS (2013)

A partir destes indicadores, são realizados a consolidação dos dados e formam o IDH-M. Os três elementos que compõe o IDH-M abrange as seguintes 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. O Atlas do Desenvolvimento Humano define a composição dos três indicadores da seguinte forma:

“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.

Acesso a conhecimento é medido pela composição de indicadores de escolaridade da população adulta e do fluxo escolar da população jovem. A escolaridade da população adulta é medida pelo percentual de pessoas de 18 anos ou mais de idade com fundamental completo; e tem peso 1. O fluxo escolar da população jovem é medido pela média aritmética do percentual de crianças entre 5 e 6 anos frequentando a escola, do percentual de jovens entre 11 e 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental (6º a 9º ano), do percentual de jovens entre 15 e 17 anos com ensino fundamental completo e do percentual de jovens entre 18 e 20 anos com ensino médio completo; e tem peso 2. A medida acompanha a população em idade escolar em quatro momentos importantes da sua formação. A média geométrica desses dois componentes resulta no IDH-M Educação. Os dados são do Censo Demográfico do IBGE.

Padrão de vida é medido pela renda municipal per capita, ou seja, a renda média de cada residente de determinado município. É a soma da renda de todos os residentes, dividida pelo número de pessoas que moram no município - inclusive crianças e pessoas sem registro de renda. Os dados são do Censo Demográfico do IBGE.”. (Atlas do Desenvolvimento Humano, PNUD, 2013)

Os três componentes acima são agrupados por meio da média geométrica, resultando no IDH-M.

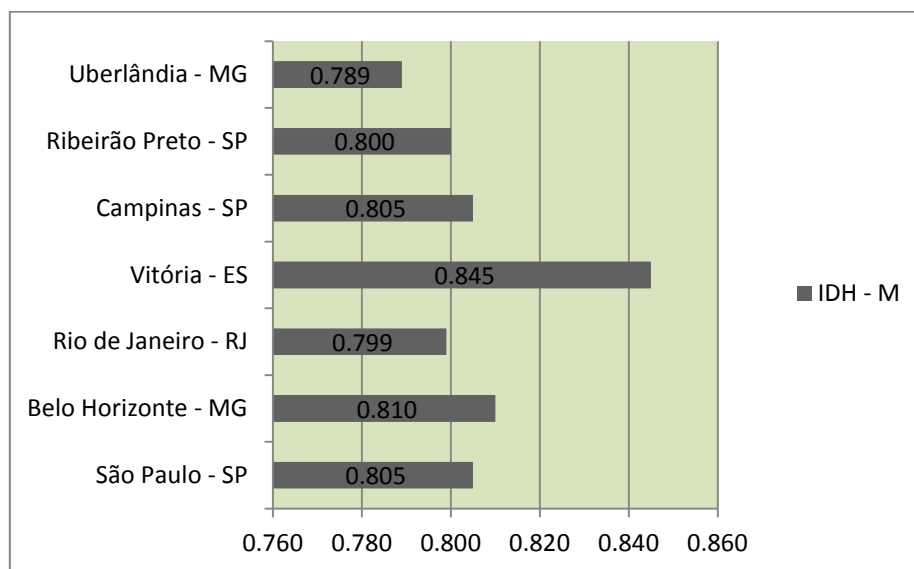
O detalhamento do cálculo do IDH-M está disponível na seção Metodologia, no Atlas do Desenvolvimento Humano.

Através do Atlas do Desenvolvimento Humano foi possível encontrar os dados do IDH-M consolidado dos municípios referente ao ano de 2010. O IDH-M será a variável dependente da pesquisa pelo fsQCA.

Os dados evidenciam as diferenças da qualidade de vida entre o Centro-Sul e Norte e Nordeste.

A região Sudeste apresenta no município de Vitória-ES seu destaque, já que seu IDH-M é o segundo maior dentre os municípios analisados. As metrópoles do país (Belo Horizonte-BH, Rio de Janeiro-RJ e São Paulo) apresentam um número semelhante, assim como as cidades do interior de São Paulo. Uberlândia se coloca em último no quesito na região.

Gráfico 34: IDH-M Sudeste (2010)

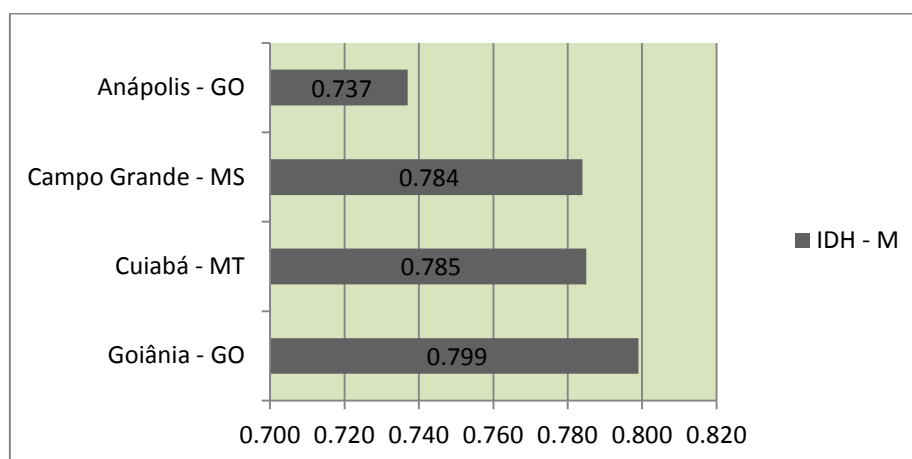


Fonte: ATLAS (2013)

A região Centro-Oeste apresenta indicadores semelhantes a cidade de Uberlândia, exceto pela cidade de Anápolis que abaixa a média da região.

Goiânia-GO é o grande destaque da região e o grande poder econômico. A cidade de Anápolis-GO conta com um porto seco de extrema importância industrial e comercial para a região e as cidades de Cuiabá-MT e Campo Grande-MS são grandes centros do agronegócio. Portanto, a região apresenta a característica de região emergente dentro do quadro nacional.

Gráfico 35: IDH-M Centro-Oeste (2010)

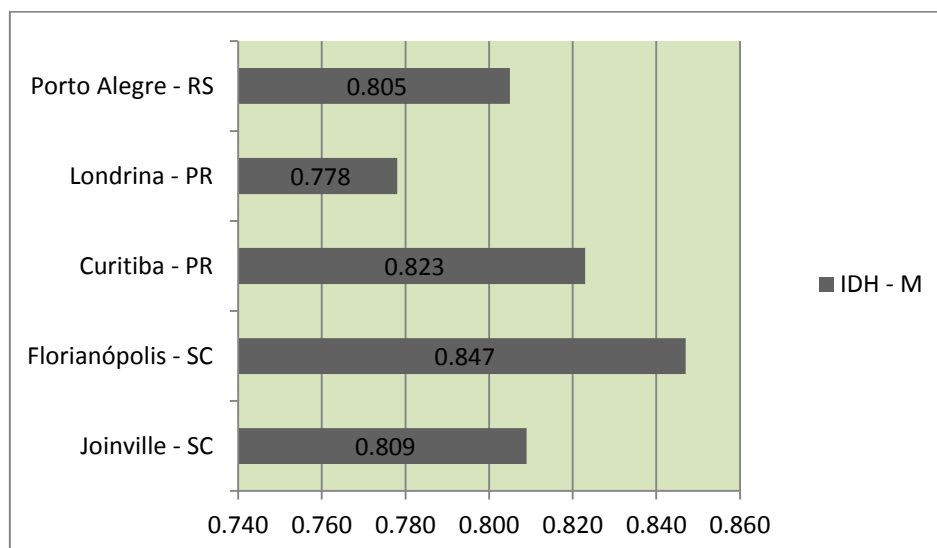


Fonte: ATLAS (2013)

A região sul detém o município com o maior IDH-M. A cidade de Florianópolis-SC será o grande parâmetro deste trabalho, suas condições de um modo geral, formarão o entendimento a respeito das características relevantes para a qualidade do município.

Os demais municípios apresentam indicadores satisfatórios e estão entre os maiores do país, com exceção da cidade de Londrina-PR.

Gráfico 36: IDH-M Sul (2010)



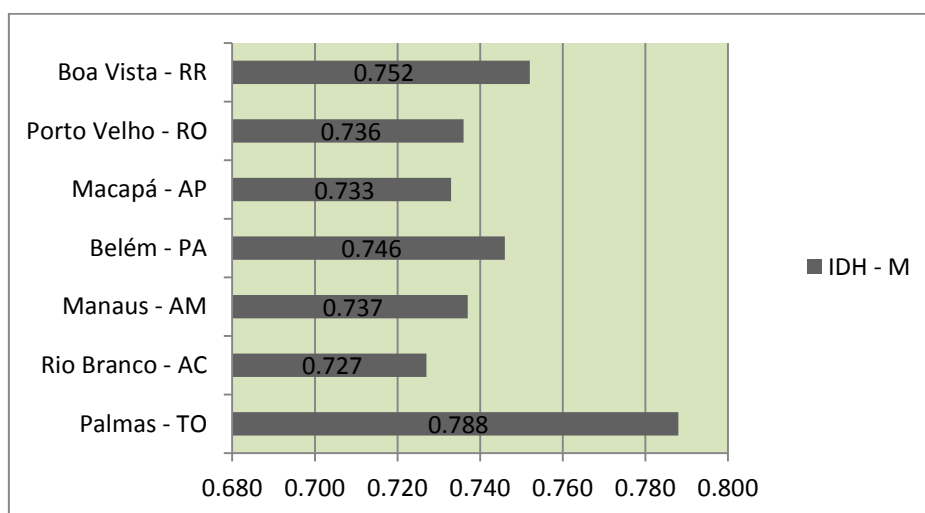
Fonte: ATLAS (2013)

A região Norte e Nordeste, como já mencionado, apresentam dificuldades para apresentar um alto valor nesse quesito. Questão demográficas, históricas, culturais

podem ter proporcionado tais distinções, mas é evidente a evolução de tais regiões e a preocupação da União em fomentar os municípios respectivos.

A região Norte tem como destaque a cidade de Palmas-TO, com IDH-M de 0,788. Na outra ponta está a cidade de Rio Branco-AC com 0,727.

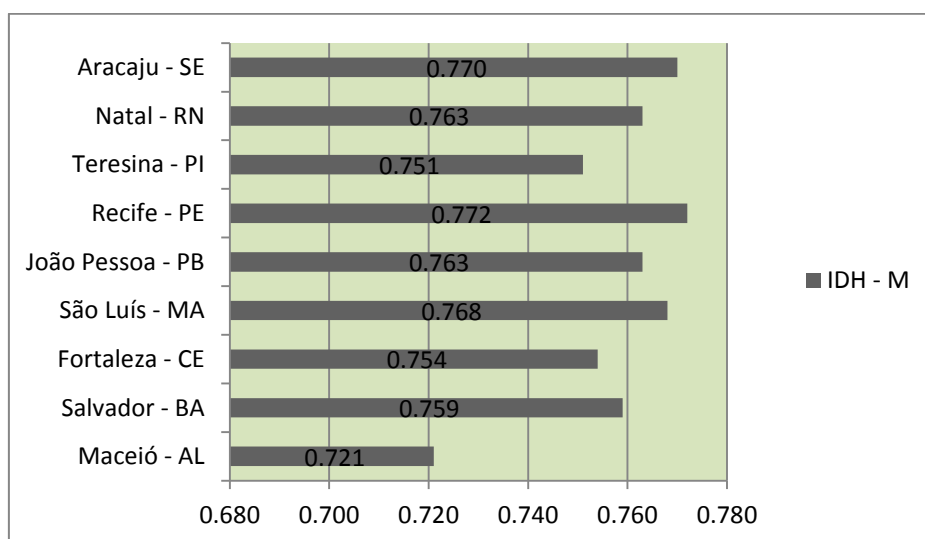
Gráfico 37: IDH-M Norte (2010)



Fonte: ATLAS (2013)

O Nordeste apresenta o município com o pior indicador dentre os analisados. A cidade de Maceió-AL possui o IDH-M de 0,721 e está fora da margem média dos outros municípios que apresentam indicadores superiores ao Norte.

Gráfico 38: IDH-M Nordeste (2010)



Fonte: ATLAS (2013)

Estes são os indicadores analisados na primeira parte dos resultados. Através destes, o próximo passo será a determinação da existência ou não do construto analisado, e a partir disto serão atribuídos valores de forma a se adequarem a álgebra booleana e posteriormente a submissão ao fsQCA.

4.6 Tratamento, adequação e importação dos dados

O QCA exige a adequação dos dados brutos demonstrados anteriormente para os padrões booleanos, para que ele forneça os outputs relacionando as variáveis. Com isso, a etapa do trabalho consiste em fornecer valores que se encaixam dentro dos padrões booleanos, mas sem distorcer os valores e as diferenças reais.

Analizando o objetivo do trabalho, o IDH-M foi selecionado como variável dependente. A relação das demais variáveis apresentando ou não os construtos acarretará no valor do seu IDH-M respectivo.

Para começar, o trabalho adotou as amplitudes das diferenças como condição para a atribuição de valores, ou seja, o maior IDH-M dentre os municípios é o de Florianópolis-SC cujo valor é 0,847 e o pior é o de Maceió-AL com 0,721. Atribui o valor de 1 (presença do construto) para 0,847 e 0 (ausência do construto) para 0,721. Os valores intermediários recebem o valor respectivo da sua diferença para o município de Maceió-AL. Para melhor demonstração, a cada 0,01 superiores em IDH-M do município de Maceió-AL, acrescenta-se 0,077 ao construto que será importado a base do QCA. Importante enfatizar que o fato de atribuir o valor 0 ao IDH-M de Maceió-AL não significa a não presença real do IDH-M da cidade, na verdade o IDH-M de Maceió-AL é relativamente bom, mas para este trabalho o objetivo é analisar as características que a cidade de Florianópolis possui que provoca as diferenças positivas, significando uma melhor qualidade de vida, em relação a cidade de Maceió-AL.

Esse método de atribuição foi realizado para todas as demais variáveis, porém algumas não receberam tratamento para o QCA assim como o grau de urbanização e a expectativa de vida. Os motivos serão explicados no próximo item.

4.6.1 Receita Total

A receita total, como demonstrada nos gráficos do tópico 4.3 Renda, possui na cidade de São Paulo-SP seu maior valor. Dentre outros fatores, certamente interfere o fato da cidade ser a maior em tamanho da população, contribuindo para que arrecade mais tributos, receba mais contribuições e ofereça mais empréstimos. O fato é que esse valor deveria ser dividido pelo total da população a fim de evidenciar o quanto de receita para cada indivíduo o município detém. Por outro lado, o PIB per capita vai além, pois é o total dos bens e serviços produzidos pelas unidades produtoras residentes destinados ao consumo final sendo, portanto, equivalente à soma dos valores adicionados pelas diversas atividades econômicas acrescida dos impostos, líquidos de subsídios, sobre produtos. O produto interno bruto também é equivalente à soma dos consumos finais de bens e serviços valorados a preço de mercado sendo, também, equivalente à soma das rendas primárias (IBGE, 2010). Sendo assim, este estudo optou por não incluí-lo na análise.

4.6.2 Total da Verba da União destinada ao Município

A verba da União destinada ao município está atrelada a variável Receita Total, e já que esta não entrará como variável independente no QCA, a variável verba da União seguirá o mesmo destino.

4.6.3 Índice de Gini

Variável incluída a título de observação, por permitir interpretações distintas quanto ao valor ideal do índice. Teoricamente e majoritariamente, o valor zero seria o ideal, porém extremamente utópico. Por outro lado, mediante a função atribuída dentro da sociedade, ou no caso município, o senso de justiça diverge com relação a distribuição de renda. Exemplificando, aquele que lida com mais responsabilidade e/ou risco deveria possuir uma remuneração diferenciada.

Sendo assim, pela dificuldade de mensuração da presença ou não do construto e pela amplitude dos valores serem baixas, este estudo optou por não utilizar esta variável na sua base de teste do fsQCA. Porém ela será levada em consideração nas conclusões deste estudo.

4.6.4 Tamanho da População

Embora a primeira impressão esta variável seja passível de contestação quanto a sua ausência do tratamento pelo fsQCA, a argumentação de defesa utiliza de prerrogativas baseadas na formação das demais variáveis presente no fsQCA.

Deduzindo as variáveis já mencionadas, o fsQCA contará com as seguintes variáveis: PIB per capita; Percentual da população com renda menor que $\frac{1}{2}$ salário mínimo; Taxa de analfabetismo; Taxa de desemprego; Saneamento básico baseado nas condições de acesso das famílias; Óbitos/Total da População¹; Cobertura do SUS medido pela qualidade e acesso da população; Número de leitos por mil habitantes e; Médicos por mil habitantes. Todas elas apresentam a variável população, ou seja, na sua base de cálculo, todas elas utilizaram este fato dividindo o número bruto. Sendo assim, seria redundante a presença da mesma no fsQCA.

4.6.5 Dados Importados

O resumo dos dados coletados já codificados pelo método explicado acima e no formato planilha segue na tabela 13.

Tabela 13: Resumo dos dados coletados

Cidade	IDHM	PopRenda	PIBperC	Analf	Desemp	SaneaB	Obitos	SUS	Leitos	Medicos
SP	0,7	0,4	0,4	0,1	0,3	0,9	0,2	0,4	0,2	0,4
BH	0,7	0,3	0,1	0,1	0,2	0,9	0,4	0,6	0,6	1
RJ	0,6	0,4	0,3	0,1	0,3	0,8	0,5	0,4	0,5	0,4
VIT	1	0,2	1	0,1	0,3	0,9	0,8	1	1	0,3
CAMP	0,7	0,2	0,3	0,1	0,2	0,9	0,3	0,5	0,7	0,8
RIBP	0,6	0,1	0,2	0,1	0	1	0,4	0,7	0,6	0,8
UBER	0,5	0,2	0,3	0,2	0,1	1	0,2	0,2	0,2	0,3
GOIA	0,6	0,2	0,1	0,1	0,1	0,5	0,4	0,6	0,7	0,5
CUIABA	0,5	0,4	0,1	0,3	0,2	0,5	0,5	0,5	0,3	0,4
CG	0,5	0,3	0,1	0,2	0,2	0,5	0,3	0,4	0,3	0,3
ANAP	0,2	0,5	0,3	0,4	0,2	0,6	0,3	0,5	0,6	0,2
JOINV	0,7	0	0,4	0	0	0,4	0,1	0,4	0,1	0,2
FLORI	1	0	0,2	0	0	0,7	0,2	0,5	0,5	0,9

¹ O número de óbitos bruto demonstrado anteriormente foi dividido pelo total da população do município a fim de obter sua taxa.

CURIT	0,8	0,1	0,3	0	0	0,9	0,3	0,6	0,5	0,6
LONDR	0,5	0,2	0,1	0,2	0	0,8	0,4	0,6	0,4	0,4
PORTOA	0,7	0,2	0,3	0	0,1	0,8	0,8	0,9	0,9	0,8
PALMAS	0,5	0,5	0,1	0,2	0,2	0,7	0	0,2	0	0,2
RIOBRAN	0,1	0,6	0	0,7	0,6	0,3	0,1	0,2	0,2	0,1
MANAUS	0,2	0,9	0,2	0,2	0,8	0,4	0	0,1	0,1	0
BELEM	0,2	0,9	0	0,1	0,7	0,4	0,3	0,2	0,3	0,1
MACAPA	0,1	1	0	0,4	0,8	0,1	0	0	0	0
PORTOV	0,2	0,5	0,1	0,4	0,1	0	0,3	0,3	0,3	0,1
BOAV	0,2	0,8	0,1	0,4	0,3	0,5	0	0,1	0,1	0,1
MACEI	0	1	0	1	0,9	0,2	0,3	0,2	0,4	0,2
SALVA	0,3	0,8	0	0,2	1	0,9	0,2	0,3	0,3	0,3
FORTALE	0,2	0,8	0	0,5	0,3	0,3	0,2	0,2	0,5	0,2
SAOLUIZ	0,4	0,9	0,1	0,3	0,9	0,5	0,1	0,3	0,6	0
JOAOP	0,3	0,8	0	0,6	0,6	0,7	0,4	0,4	0,7	0,4
RECIFE	0,4	0,8	0,1	0,5	0,9	0,6	1	1	0,9	0,6
TERES	0,2	1	0	0,7	0,6	0,4	0,1	0,1	0,6	0,2
NATAL	0,3	0,7	0	0,6	0,7	0,5	0,2	0,3	0,5	0,3
ARACAJU	0,4	0,7	0	0,5	0,7	0,8	0,4	0,4	0,6	0,6

Fonte: Elaborado pelo autor através do método utilizado para codificar os dados obtidos anteriormente

A tabela codificada permite a importação para o fsQCA 2.0. O nome das variáveis foram alteradas para importação. Segue a lista de construtos:

1. IDH-M, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal codificado para IDHM;
2. PopRenda é o percentual da população com renda menor que ½ salário mínimo;
3. PIBperC é o PIB per capita do município;
4. Analf, taxa de analfabetismo codificada;
5. Taxa de Desemprego se tornou Desemp;
6. Saneamento Básico foi codificado para SaneaB;
7. Óbitos é a taxa de óbitos da população do município;
8. SUS é a cobertura do SUS considerando a média entre as notas de acesso e qualidade;
9. Leitos são os números de leitos por mil habitantes codificados;

10. Medicos são os números de médicos para cada mil habitantes do município.

Os nomes das cidades também foram codificados, mas para compreensão, a relação segue a mesma ordem apresentada no tópico 3.1 deste trabalho.

4.6.6 Fuzzy-Set Analysis

A análise fuzzy-set é discutida a fundo em *Fuzzy-Set Social Science*(Ragin, 2000) e *Redesigning Social Inquiry* (Ragin,2008). O fuzzy-set estende o crisp-set por permitir valores entre o intervalo zero e um. As maneiras mais comuns de atribuir valores para os construtos são:

- Four-value fuzzy sets (0, .33, .67, 1)
- Six-value fuzzy sets (0, .2, .4, .6, .8, 1)
- E continuous fuzzy sets (qualquer valor ≥ 0 e ≤ 1)

O uso do software fsQCA possibilita determinar os padrões e relações presentes entre os casos (Ragin, 2008). A confrontação e análise das informações geradas pelo software permitem uma análise ampliada das configurações existentes (Ragin, 2008).

Existem dois tipos de algoritmos fuzzy-set, o “Inclusion” e o “Truth Table”. Porém, o “Inclusion” está sendo reformulado e seu acesso bloqueado, portanto este trabalho irá utilizar do algoritmo “Truth Table”. O método de análise fuzzy sets usando a “Truth Table” foi introduzido na versão 2.0 do fsQCA que será usado neste trabalho.

O método se articula como uma ponte entre três pilares:

1. Correspondência direta existente entre as linhas da tabela verdade e os cantos do espaço vetorial definidos pelas condições causais do fuzzy set;
2. Acesso aos casos com as diferentes combinações causais possíveis, ou seja a presença ou não (1 ou 0) da causa em cada caso;
3. O método necessita da consistência da evidência (consistency of the evidence, pág, 44, Ragin, 2008), ou seja, um caso que tenha o resultado esperado (outcome) e suas combinações de causas apresentadas.

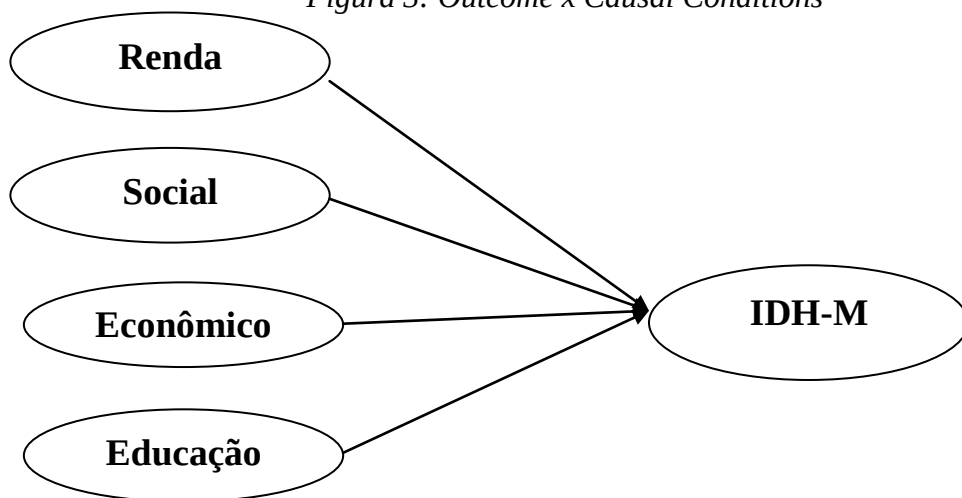
De acordo com Gurgel (2011) no QCA a determinância de uma causa pode ser subdividida em dois conceitos complementares: necessidade e suficiência. Na causalidade complexa, tem-se que cada causa é necessária, mas unitariamente insuficiente à ocorrência de um fenômeno. Quando se comparam apenas resultados positivos, encontram-se as causas necessárias, compartilhadas entre todos os casos. Ainda segundo Gurgel (2011):

“Quando o programa é utilizado com casos positivos e negativos, a suficiência pode ou não ser encontrada. Por exemplo, um grupo de empresas combinou as variáveis A, B, C, D, E e F e obteve sucesso. Uma empresa combinou as variáveis A, B, C e D e não obteve sucesso. Tem-se que $A*B*C*D^2$ é uma condição causal necessária, mas insuficiente para o desempenho. Tem-se também que $A*B*C*D*E*F$ é uma condição causal necessária e suficiente para o desempenho. Mas não se sabe se $A*B*C*D*E$ é uma condição causal suficiente, apesar de necessária, pois não existem casos com essa configuração. Neste caso, existe uma margem de dúvida sobre a suficiência ou não desta combinação intermediária.

Quando o programa é utilizado com apenas um caso negativo, tem-se que adotar que a fórmula mais complexa é a suficiente. Não se pode saber se a empresa atingiria um resultado semelhante se combinasse menos variáveis.” (Gurgel, pág. 68, 2011)

No trabalho proposto, o resultado (outcome) é o alto valor em IDH-M dos municípios, através dos construtos representando os indicadores Sociais, Econômicos, Renda e Educação.

Figura 3: Outcome x Causal Conditions

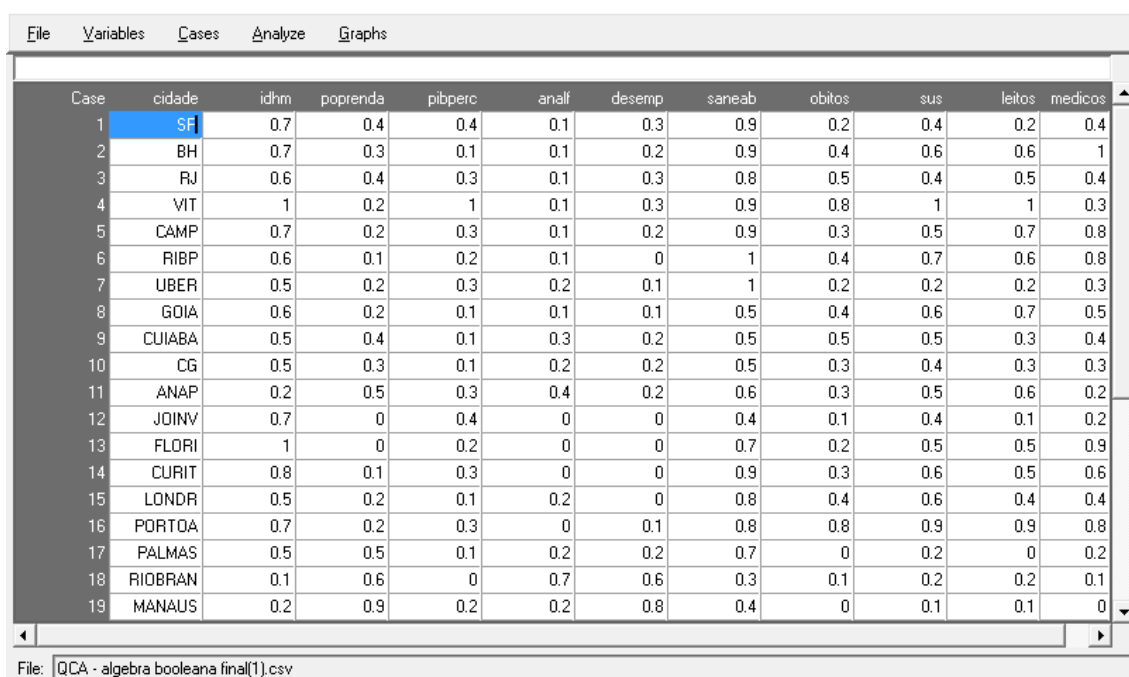


² Na álgebra booleana o símbolo “+” significa OU e o símbolo “*” significa E.

Fonte: Elaborado pelo autor

O método funciona em um processo que começa com a criação da tabela já codificada ou importação da mesma para o programa. Neste estudo, os dados foram trabalhados no Microsoft Excel e codificados no mesmo. A importação foi feita conforme imagem abaixo através de um arquivo no formato .csv:

Figura 4: Planilha de Dados importação



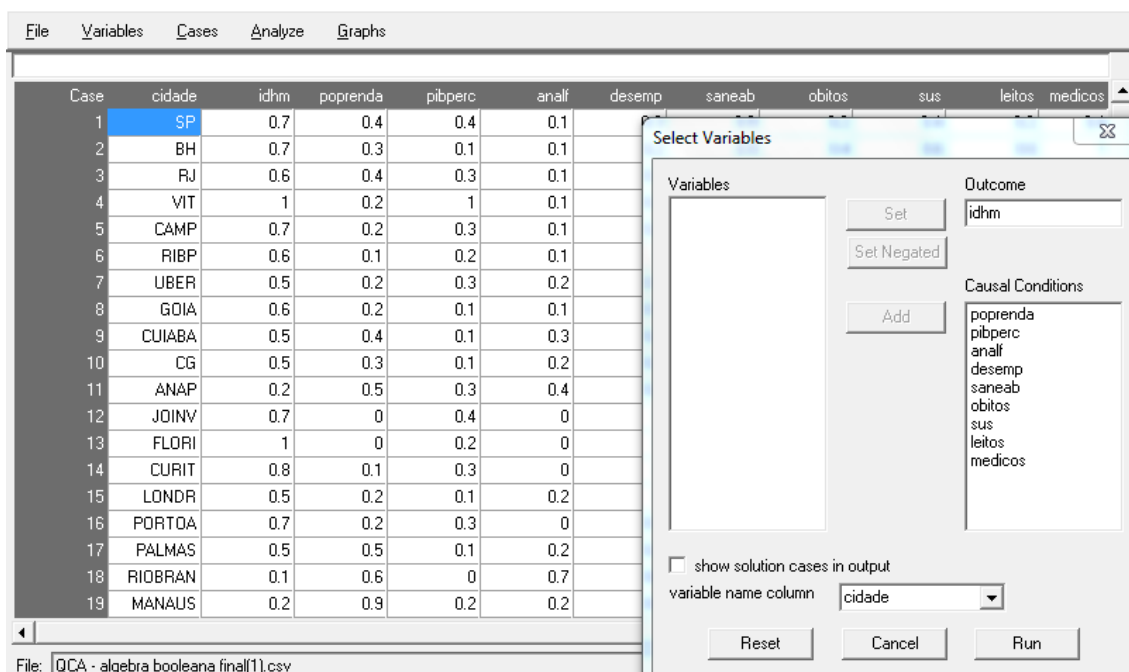
Case	cidade	idhm	poprenda	pihperc	analf	desemp	saneab	obitos	sus	leitos	medicos
1	SF	0.7	0.4	0.4	0.1	0.3	0.9	0.2	0.4	0.2	0.4
2	BH	0.7	0.3	0.1	0.1	0.2	0.9	0.4	0.6	0.6	1
3	RJ	0.6	0.4	0.3	0.1	0.3	0.8	0.5	0.4	0.5	0.4
4	VIT	1	0.2	1	0.1	0.3	0.9	0.8	1	1	0.3
5	CAMP	0.7	0.2	0.3	0.1	0.2	0.9	0.3	0.5	0.7	0.8
6	RIBP	0.6	0.1	0.2	0.1	0	1	0.4	0.7	0.6	0.8
7	UBER	0.5	0.2	0.3	0.2	0.1	1	0.2	0.2	0.2	0.3
8	GOIA	0.6	0.2	0.1	0.1	0.1	0.5	0.4	0.6	0.7	0.5
9	CUIABA	0.5	0.4	0.1	0.3	0.2	0.5	0.5	0.5	0.3	0.4
10	CG	0.5	0.3	0.1	0.2	0.2	0.5	0.3	0.4	0.3	0.3
11	ANAP	0.2	0.5	0.3	0.4	0.2	0.6	0.3	0.5	0.6	0.2
12	JOINV	0.7	0	0.4	0	0	0.4	0.1	0.4	0.1	0.2
13	FLORI	1	0	0.2	0	0	0.7	0.2	0.5	0.5	0.9
14	CURIT	0.8	0.1	0.3	0	0	0.9	0.3	0.6	0.5	0.6
15	LONDR	0.5	0.2	0.1	0.2	0	0.8	0.4	0.6	0.4	0.4
16	PORTOA	0.7	0.2	0.3	0	0.1	0.8	0.8	0.9	0.9	0.8
17	PALMAS	0.5	0.5	0.1	0.2	0.2	0.7	0	0.2	0	0.2
18	RIOBRAN	0.1	0.6	0	0.7	0.6	0.3	0.1	0.2	0.2	0.1
19	MANAUS	0.2	0.9	0.2	0.2	0.8	0.4	0	0.1	0.1	0

Fonte: Imagem capturada do software fsQCA através dos dados imputados pelo autor

O algoritmo da “Truth Table” realiza um procedimento analítico em dois passos. O primeiro consiste na criação da tabela verdade (vide Figura 4) incluindo seus resultados para cada configuração e quais configurações devem ser incluídas para análise. O segundo passo envolve a especificação das condições causais e resultados a fim de minimizá-los.

O próximo passo é identificar no software quais são as variáveis independentes e qual é o resultado (variável dependente). Na figura abaixo, foi incluído o item “IDHM” na saída (outcome) e as demais variáveis nas condições causais (variáveis independentes).

Figura 5: Definição das variáveis



Fonte: Imagem capturada do software fsQCA através dos dados manipulados pelo autor

Roda-se o “Run” e os resultados apresentados na “Truth Table” seguem abaixo:

Figura 6: Resultados “Truth Table”

sus	leitos	medicos	number	idhm	raw consist.	PRI consist.	SYM consist.
0	0	0	3 (18%)		0.677966	0.000000	0.000000
0	0	0	2 (31%)		0.642857	0.000000	0.000000
1	1	1	2 (43%)		1.000000	1.000000	1.000000
0	0	0	2 (56%)		0.921053	0.571428	0.666667
0	1	0	1 (62%)		0.755556	0.000000	0.000000
0	1	0	1 (68%)		0.720930	0.000000	0.000000
0	0	0	1 (75%)		0.774194	0.000000	0.000000
1	1	0	1 (81%)		0.970588	0.900000	0.900000
1	1	1	1 (87%)		1.000000	1.000000	1.000000
1	0	0	1 (93%)		0.937500	0.555556	0.625000
0	0	0	1 (100%)		0.877193	0.363636	0.363636
1	1	1	0 (100%)				

Fonte: Imagem capturada do software fsQCA através dos dados imputados pelo autor

A “Truth Table” apresenta 2^k linhas, onde k representa o número de variáveis causais do modelo. No modelo em questão, são 2^{10} linhas, portanto 1024 linhas, ou combinações possíveis.

Neste ponto existe uma limitação do estudo.

“While limited diversity is central to the constitution of social phenomena, it also severely complicates their analysis. If the empirical world would only cooperate and present social scientists with cases exhibiting all logically possible combinations of relevant causal conditions, then social research would be much more straightforward. For example, by matching cases that differ on only a single causal conditions, it would be possible to construct structured, focused comparisons (George 1979), which in turn would greatly facilitate the assessment of causation. Unfortunately, the empirical world offers relatively few opportunities for constructing fully articulated, experiment-like comparisons.” (Ragin, 2008, pág 147).

Em outras palavras, se os dez construtos do modelo fossem as únicas variáveis que explicassem a qualidade de vida e o IDHM. De acordo com a diversidade limitada (Ragin, 2008) seria necessário estudar, pelo menos, 1024 casos, os quais englobariam todas as combinações possíveis desses construtos para obter uma resposta sobre as relações existentes.

Para cada linha da “Truth Table”, o software gera, em um primeiro momento quatro colunas:

NUMBER: Apresenta o número de casos que apresentaram aquela combinação específica daquela linha. No exemplo temos 16 casos ao todo, a primeira linha apresenta 3 casos, ou seja, 18% dos casos totais. A segunda apresenta 2 casos que juntamente com a primeira linha apresentam 31% dos casos totais e assim sucessivamente até chegarem a 100% dos casos totais na décima sexta linha. A partir da décima sexta linhas, todos os resultados são excluídos.

RAW CONSIST.: Mostra o percentual de fatores combinados que apontam resultado positivo para a presença de qualidade de vida e IDHM. Exemplificando, tem-se aproximadamente 67% de raw consist na primeira linha. Isso indica que 2 dos 3 casos da combinação dessas variáveis apresentam desempenho favorável para o IDHM.

PRI CONSIST.: Uma alternativa de mensuração de consistência baseado em *quasi proportional reduction in error calculation*.

SYM CONSIST.: É a multiplicação do RAW CONSIST. e do PRI CONSIST. Isto ajuda na identificação de *gaps* em percentuais altos da consistência, ajudando a estabelecer uma margem de corte consistente para o outcome.

É importante notar que a coluna “IDHM” está vazia. O próximo passo será determinar as análises apenas as combinações com uma consistência superior a 75% conforme sugere Ragin (2008). (Rihout e Ragin, 2009)

Figura 7: Determinação do Threshold

The screenshot shows the fsQCA software interface. A data table is visible with columns: sus, leitos, medicos, number, idhm, raw consist., PRI consist., and SYM consist. A dialog box titled 'Delete and Code' is overlaid on the table. The dialog box contains the text: 'Delete rows with number less than' followed by a text input field containing '1', and 'and set idhm to 1 for rows with consist >' followed by a text input field containing '0.75'. There are 'OK' and 'Cancel' buttons in the dialog box. At the bottom of the software window, there are buttons for 'Specify Analysis', 'Cancel', and 'Standard Analyses'.

sus	leitos	medicos	number	idhm	raw consist.	PRI consist.	SYM consist
0	0	0	3		0.677966	0.000000	0.000000
0	0	0	2		0.642857	0.000000	0.000000
1	1	1	2		1.000000	1.000000	1.000000
0	0	0	2		0.921053	0.571428	0.666667
0	1					0.000000	0.000000
0	1					0.000000	0.000000
0	0					0.000000	0.000000
1	1					0.000000	0.900000
1	1					0.000000	1.000000
1	0	0	1		0.937500	0.555556	0.625000
0	0	0	1		0.877193	0.363636	0.363636

Fonte: Imagem capturada do software fsQCA através dos dados manipulados pelo autor

Com a definição do critério da consistência, observa-se que as oito primeiras linhas estão com a coluna do IDHM marcadas com o número um e as demais com o zero. Essa marcação foi definida automaticamente pelo software após a inclusão da margem de corte em 75%.

Figura 8: Atribuição de valores para o outcome

sus	leitos	medicos	number	idhm	raw consist.	PRI consist.	SYM consist
1	1	1	1	1	1.000000	1.000000	1.000000
1	1	1	2	1	1.000000	1.000000	1.000000
1	1	0	1	1	0.970588	0.900000	0.900000
1	0	0	1	1	0.937500	0.555556	0.625000
0	0	0	2	1	0.921053	0.571428	0.666667
0	0	0	1	1	0.877193	0.363636	0.363636
0	0	0	1	1	0.774194	0.000000	0.000000
0	1	0	1	1	0.755556	0.000000	0.000000
0	1	0	1	0	0.720930	0.000000	0.000000
0	0	0	3	0	0.677966	0.000000	0.000000
0	0	0	2	0	0.642857	0.000000	0.000000

Fonte: Imagem capturada do software fsQCA através dos dados imputados pelo autor e resultados gerados pelo software

A partir desse ponto, a “Truth Table” está definida e disponível para análise. São propostas duas análises possíveis: *specify* ou *standard*. A “*Standard Analyses*” é a recomendado pelo autor do método (Ragin, 2008, pág.48), pois é a única maneira de gerar a solução intermediária que será explicada no decorrer deste trabalho.

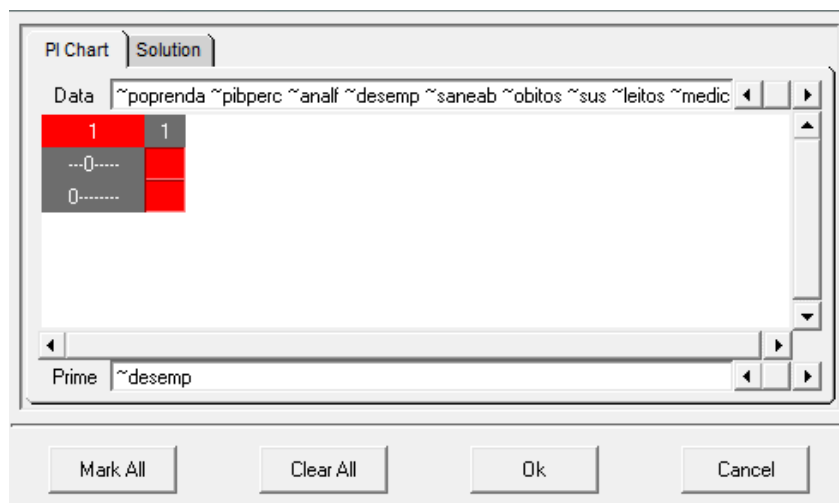
Neste estudo, apenas os casos considerados verdadeiros foram analisados. O método permite outras análises, como por exemplo, as combinações de possíveis casos contraditórios, ou seja, aqueles que apresentam um resultado positivo no item qualidade de vida, porém não obtiveram uma consistência superior a 75% com relação a presença das variáveis independentes e suficientes a relação causal.

Ragin (1987) sugere uma análise adicional sobre os casos contraditórios, possibilitando compreender alternativas de relações causais existentes. Esse estudo propõe futuras pesquisas nessa linha.

Conforme recomendado por Ragin, este estudo realizará a “*Standard Analyses*”.

A partir do momento em que o “*Standard Analyses*” é gerado, pode ocorrer de aparecer uma tela contendo um “*Prime Implicants*”.

Figura 9: Prime Implicants

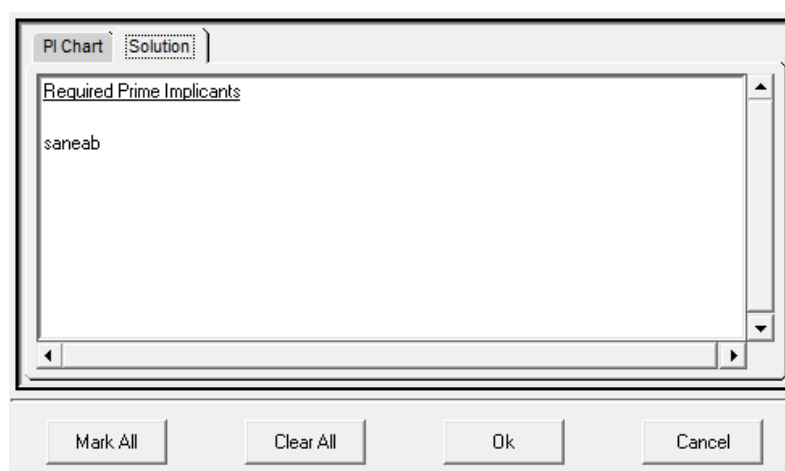


Fonte: Imagem capturada do software fsQCA através dos dados imputados pelo autor

Os “*Prime Implicants*” auxiliam o software na minimização das regras. Exemplificando: seria como a combinação de duas linhas produzindo o mesmo valor (outcome), porém diferenciando em apenas uma variável. Ou seja, ABC e AbC analisados produzem o resultado AC. Portanto, ABC e AbC são subconjuntos de AC, sendo que tanto B como b estão implícitos no resultado AC.

Neste estudo, a ausência ou baixa taxa de desemprego e a ausência ou baixo percentual da população com renda inferior a $\frac{1}{2}$ salário mínimo são os respectivos b e B no resultado da presença do IDH-M. Na aba “*Solution*” estão inclusos as variáveis que devem obrigatoriamente ser incluída na solução para que o resultado esperado seja alcançado. No caso do estudo, esta variável seria o saneamento básico.

Figura 10: Prime Implicants - Solution



Fonte: Imagem capturada do software fsQCA através dos dados imputados pelo autor

Após todos os passos serem preenchidos, o programa trata os dados com o algoritmo QUINE-MCCLUSKEY e apresenta três soluções:

COMPLEX SOLUTION: Reduz pouco as variáveis. Considera que a ausência de uma variável pode contribuir para o resultado positivo e que todas as configurações possíveis da amostra não geram resultados positivos.

PARSIMONIOUS SOLUTION: Reduz as complexidades ao mínimo, considerando que as variáveis são independentes, a ausência de uma variável não pode contribuir para o resultado positivo e que o resultado das configurações não verificadas não importa, pode ser negativo ou positivo.

INTERMEDIATE SOLUTION: É um subconjunto da solução parcimoniosa, sendo a solução complexa também um subconjunto das duas. Ela é gerada a partir da verificação dos pares configuracionais das variáveis encontradas pela solução parcimoniosa, pressupondo multifinalidade.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com a saída do “*Standard Analyses*” tem-se três resultados: a solução complexa, a parcimoniosa e a intermediária, explicadas acima. O próximo passo deste trabalho será os resumos das saídas do software.

Figura 11: Resultados das saídas

```

File  Analyze  Graphs  Window  Help

*****
*TRUTH TABLE ANALYSIS*
*****

File: D:/MEUS DOCUMENTOS/Desktop/TCC 1/QCA - algebra booleana final(1).csv
Model: idhm = f(poprenda, pibperc, analf, desemp, saneab, obitos, sus, leitos, medicos)

Rows:      11

Algorithm: Quine-McCluskey
True: 1

--- COMPLEX SOLUTION ---
frequency cutoff: 1.000000
consistency cutoff: 0.755556

                                     raw      unique
                                     coverage  coverage  consistency
                                     -----  -
~poprenda*~pibperc*~analf*~desemp*~obitos*~sus*~leitos*~medicos      0.517483      0.027972      0.880952
~poprenda*~pibperc*~analf*~desemp*saneab*~obitos*~leitos*~medicos    0.496504      0.006993      0.910256
~poprenda*~pibperc*~analf*~desemp*saneab*sus*leitos*medicos          0.517483      0.174825      1.000000
poprenda*~pibperc*~analf*desemp*saneab*~obitos*~sus*~leitos*~medicos 0.335664      0.034965      0.774194
poprenda*~pibperc*analf*desemp*saneab*~obitos*~sus*leitos*~medicos    0.237762      0.000000      0.755556
~poprenda*pibperc*~analf*~desemp*saneab*obitos*sus*leitos*~medicos    0.230769      0.048951      0.970588
solution coverage: 0.853147
solution consistency: 0.802632

File  Analyze  Graphs  Window  Help

*****
*TRUTH TABLE ANALYSIS*
*****

File: D:/MEUS DOCUMENTOS/Desktop/TCC 1/QCA - algebra booleana final(1).csv
Model: idhm = f(poprenda, pibperc, analf, desemp, saneab, obitos, sus, leitos, medicos)

Rows:      11

Algorithm: Quine-McCluskey
True: 1-L

--- PARSIMONIOUS SOLUTION ---
frequency cutoff: 1.000000
consistency cutoff: 0.755556

                                     raw      unique
                                     coverage  coverage  consistency
                                     -----  -
saneab      0.930070      0.055944      0.685567
~desemp     0.909091      -0.000000      0.659898
~poprenda   0.888112      -0.000000      0.814103
solution coverage: 0.993007
solution consistency: 0.599156

```

```

File  Analyze  Graphs  Window  Help

*****
*TRUTH TABLE ANALYSIS*
*****

File: D:/MEUS DOCUMENTOS/Desktop/TCC 1/QCA - algebra booleana final(1).csv
Model: idhm = f(poprenda, pibperc, analf, desemp, saneab, obitos, sus, leitos, medicos)

Rows:      11

Algorithm: Quine-McCluskey
True: 1-L

--- PARSIMONIOUS SOLUTION ---
frequency cutoff: 1.000000
consistency cutoff: 0.755556

      raw      unique
      coverage  coverage  consistency
-----
saneab    0.930070    0.083916    0.685567
~desemp    0.909091    0.062937    0.659898
solution coverage: 0.993007
solution consistency: 0.599156

File  Analyze  Graphs  Window  Help

*****
*TRUTH TABLE ANALYSIS*
*****

File: D:/MEUS DOCUMENTOS/Desktop/TCC 1/QCA - algebra booleana final(1).csv
Model: idhm = f(poprenda, pibperc, analf, desemp, saneab, obitos, sus, leitos, medicos)

Rows:      11

Algorithm: Quine-McCluskey
True: 1-L

--- PARSIMONIOUS SOLUTION ---
frequency cutoff: 1.000000
consistency cutoff: 0.755556

      raw      unique
      coverage  coverage  consistency
-----
saneab    0.930070    0.104895    0.685567
~poprenda  0.888112    0.062937    0.814103
solution coverage: 0.993007
solution consistency: 0.660465

```

```

*****
*TRUTH TABLE ANALYSIS*
*****

File: D:/MEUS DOCUMENTOS/Desktop/TCC 1/QCA - algebra booleana final(1).csv
Model: idhm = f(medicos, leitos, sus, obitos, saneab, desemp, analf, pibperc, poprenda)

Rows:          9

Algorithm: Quine-McCluskey
  True: 1
  0 Matrix: 0L
Don't Care: -

--- INTERMEDIATE SOLUTION ---
frequency cutoff: 1.000000
consistency cutoff: 0.755556
Assumptions:

                                     raw    unique
                                     coverage coverage consistency
                                     -----
~medicos*~leitos*~sus*~obitos*~desemp*~analf*~pibperc*~poprenda    0.517483    0.027972    0.880952
~medicos*~leitos*~obitos*saneab*~desemp*~analf*~pibperc*~poprenda    0.496504    0.006993    0.910256
medicos*leitos*sus*saneab*~desemp*~analf*~pibperc*~poprenda    0.517483    0.174825    1.000000
~medicos*~leitos*~sus*~obitos*saneab*desemp*~analf*~pibperc*poprenda    0.335664    0.034965    0.774194
~medicos*leitos*sus*obitos*saneab*~desemp*~analf*pibperc*~poprenda    0.230769    0.048951    0.970588
~medicos*leitos*~sus*~obitos*saneab*desemp*analf*~pibperc*poprenda    0.237762    0.000000    0.755556
solution coverage: 0.853147
solution consistency: 0.802632

```

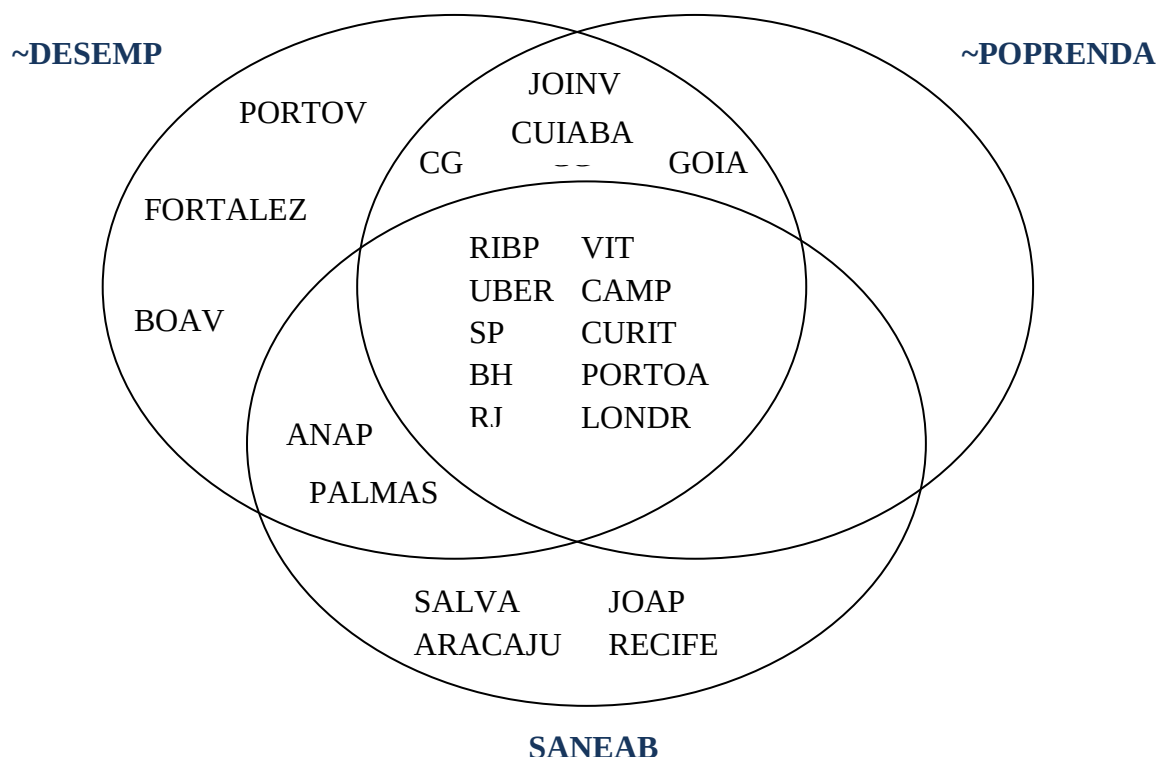
Fonte: Imagem capturada dos resultados apresentados pelo software fsQCA através dos dados imputados pelo autor

Observa-se três soluções parcimoniosas distintas. Cada uma delas foram retiradas mediante as marcações dos “*Prime Implicants*”, a primeira se refere a marcação de ambos, a segunda se refere apenas a marcação da taxa de desemprego e a terceira é apenas a marcação do percentual da população com menos de $\frac{1}{2}$ salário mínimo.

As soluções parcimoniosas mostram que os municípios precisam apresentar a condição saneamento básico ou; a baixa ou ausência da taxa de desemprego ou; baixa ou ausência de pessoas vivendo com menos de $\frac{1}{2}$ salário mínimo para apresentar uma melhora no índice de IDH-M e consequentemente proporcionar melhores condições de vida.

Considerando que as variáveis são independentes, tem-se que é necessário explorar uma das três condições causais apresentadas. Para facilitar a análise, o fsQCA permite a vinculação dos resultados aos municípios mediante a presença ou não do construto. A figura abaixo demonstra quais municípios contemplam as variáveis destacadas na solução parcimoniosa contribuindo para o IDH-M superior.

Figura 12: Solução Parcimoniosa do IDH-M



Fonte: Elaborado pelo autor

Destacam-se na figura os municípios que apresentam as três variáveis e que consequentemente apresentam os maiores valores de IDH-M.

Verifica-se pela figura a ausência dos municípios de Rio Branco - AC, Manaus - AM, Belém - PA, Macapá - AP, Maceió - AL, São Luís - MA, Teresina - PI e Natal - RN. Estes municípios além de apresentarem IDH-M inferiores, possuem carências em outros indicadores que prejudicam a concentração de investimento em uma área específica.

A solução intermediária traz seis combinações para que o município consiga obter qualidade de vida e alto índice de IDH-M:

A = ~médicos*~leitos*~sus*~óbitos*~desemp*~analf*~pibperc*~poprenda → IDH-M

B = ~médicos*~leitos*~óbitos*saneab*~desemp*~analf*~pibperc*~poprenda → IDH-M

C = médicos*leitos*sus*saneab*~desemp*~analf*~pibperc*~poprenda → IDH-M

D = ~médicos*~leitos*~sus*~óbitos*saneab*desemp*~analf*~pibperc*poprenda → IDH-M

E = ~médicos*leitos*sus*óbitos*saneab*~desemp*~analf*pibperc*~poprenda → IDH-M

F = ~médicos*leitos*~sus*~óbitos*saneab*desemp*analf*~pibperc*poprenda → IDH-M

Verifica-se que a terceira configuração apresentada cobre 51,7% dos casos, e explica, sozinha, 17,5% dos casos de sucesso. Traduzindo-a: a presença ideal de médicos para cada mil habitantes; a presença de leitos recomendados para cada mil habitantes; acesso e cobertura do SUS com notas boas; a presença de saneamento básico para as famílias; a baixa ou ausência de desemprego; a baixa ou ausência de analfabetos; a baixa ou ausência de um alto valor do PIB per capita; e a baixa ou ausência de população com renda inferior a ½ salários mínimo, quando combinados, terão como consequência um alto valor de IDH-M e qualidade de vida.

Outros resultados se tornam interessantes de serem analisados. Por exemplo, na segunda configuração, coberta por quase 50% dos casos positivos, apenas a presença do construto saneamento básico e a ausência das demais geram um resultado positivo de IDH-M.

Chama a atenção a ausência de médicos, leitos, SUS e PIB per capita nas configurações que apresentam um resultado melhor de IDH-M, visto que a presença desses construtos nas configurações de forma positiva gira em torno de uma a duas em um escopo contendo seis configurações, ou seja, municípios conseguiram um bom IDH-M sem a necessidade de configurações ideais no âmbito da saúde, tampouco econômicos, exceto em alguns casos isolados, os quais as presenças desses construtos geraram resultados positivos.

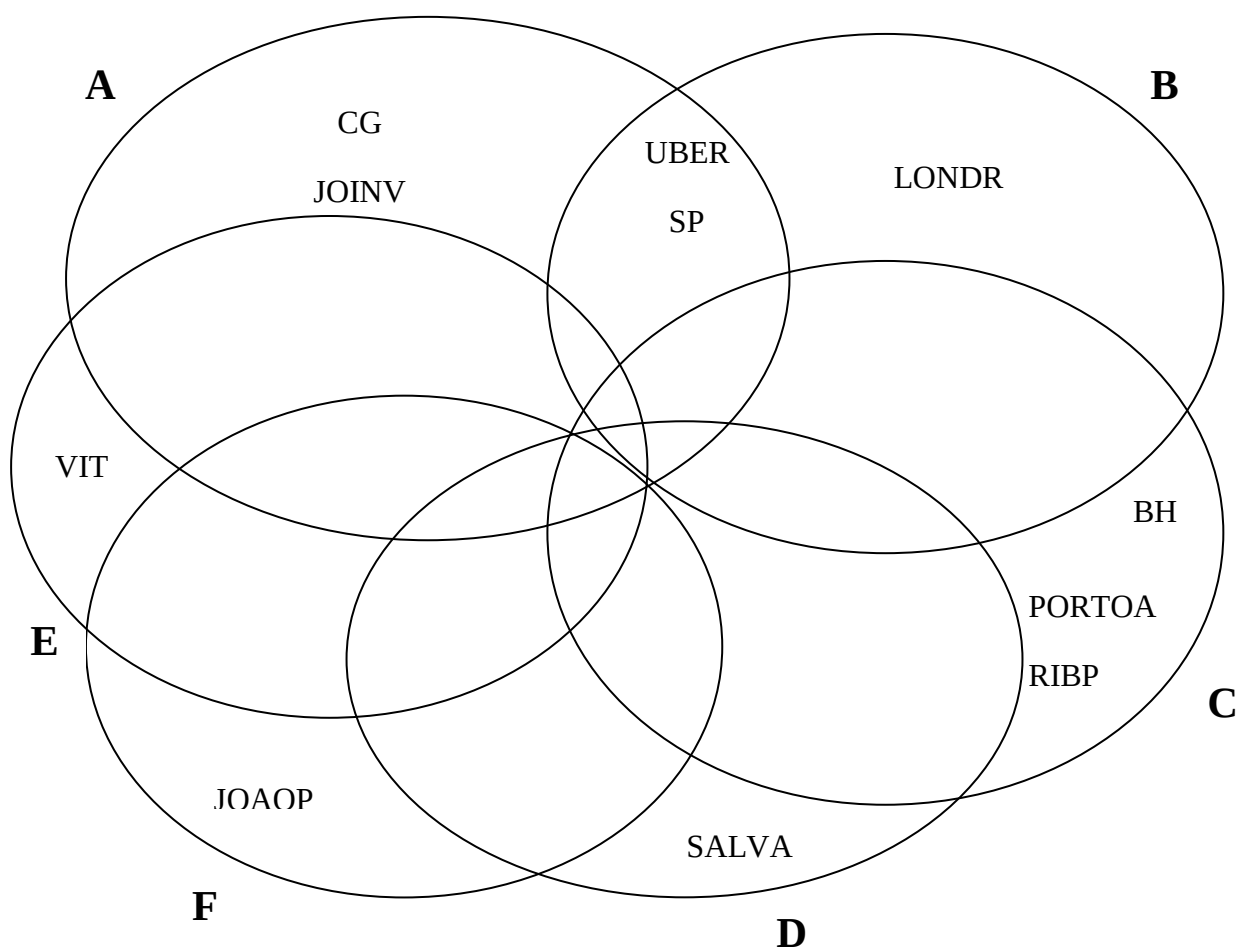
Leitos por mil habitantes sobrepõe a importância de médicos por mil habitantes, cabendo a ressalva de que são variáveis que devem andar ligadas, já que isoladas não são suficientes. O SUS, grande tema discutido neste trabalho, em relação ao seu acesso e qualidade dos serviços também não se faz indispensável para a presença de bons índices de IDH-M.

A discussão procede quando a configuração esperada de que índices baixos de desemprego, analfabetismo e população com renda inferior a ½ salário facilitassem a configuração de um bom IDH-M. E realmente isso acontece, porém a prioridade dada a alguns indicadores analisados podem ser equivocadas. Se “encher o bolso” da população do município for prioridade, o município se complica em infraestrutura,

considerando que os recursos são limitados. Este exemplo se torna procedente, pois de acordo com os resultados fsQCA, a infraestrutura em saneamento básico é essencial para uma configuração de melhoria de qualidade de vida. Exportando para um exemplo real, o resultado faz sentido: *Ceteris paribus*, se o saneamento básico se faz presente, a população se torna menos propensa a contrair doenças, consequentemente menos se faz a necessidade de leitos, SUS e médicos, e a taxa de mortalidade diminui. Tudo isso com apenas uma variável.

O fsQCA apresenta os municípios que através das condições causais, conseguem melhorar sua variável independente (IDH-M).

Figura 13: Solução Intermediária do IDH-M



Fonte: Elaborado pelo autor

Nesta solução, os destaques ficam por conta das cidades de São Paulo – SP e Uberlândia – MG que conseguem melhorar seu índice por possuírem duas combinações

simultâneas. As demais demonstradas apresentam esta condição por possuir determinadas combinações específicas e características das mesmas.

Os demais municípios não mencionados no outcome do fsQCA conforme a figura, podem estabelecer tais configurações como metas, analisando qual perfil se assemelham a sua condição e demanda menos investimentos.

O software permite trabalhar com os casos contraditórios. Fica a sugestão para uma posterior análise dos casos contraditórios para compreender o impacto da boa estruturação do setor da saúde para o bom IDH-M.

Considerações sobre o método adotado

Para alguns pesquisadores, devido à complexidade de se aplicar o método experimental às ciências sociais, reproduzindo, em nível de laboratório, os fenômenos estudados, faz com que o método comparativo, ou propriamente, a comparação se torne um requisito fundamental em termos de objetividade científica (Ragin 2006:2008).

O uso da comparação, enquanto perspectiva de análise do social possui uma série de implicações localizadas no plano epistemológico, possibilitando um debate acerca dos próprios fundamentos da construção do conhecimento em ciências sociais (Schneider, 1998).

A discussão sobre o método comparativo e sobre seu papel na construção do conhecimento está presente na sociologia desde os estudos clássicos do século XIX. Marx, ao longo de sua obra, realizou sistematicamente o confronto entre diferentes casos históricos singulares. Seu estudo sobre as “formações econômicas pré-capitalistas” representa um bom exemplo nesse sentido (Schneider, 1998).

Para esses autores, a análise comparativa situa-se estreitamente relacionada à própria constituição da sociologia enquanto campo específico do conhecimento, permitindo que esta se distancie das outras ciências sociais, demarcando seu terreno próprio de atuação (Schneider, 1998).

6 CONCLUSÕES

A pesquisa realizada neste estudo ignora variáveis que fazem parte do processo de formação da qualidade de vida, constituindo assim uma limitante do estudo. Por outro lado, buscou abranger as mais relevantes e representar fielmente seus valores e suas representatividades para os resultados dos municípios.

Apesar dos resultados apontarem para infraestrutura e condições similares de oportunidades e renda para que resultados satisfatórios sejam alcançados, deve-se atentar para fatores como a equidade que expressa cuidados e atenção para com os mais necessitados. O índice de gini comprova que a distribuição de renda ainda está aquém de resultados dignos para todos os municípios, apenas Joinville que, por pouco, conseguiu ficar abaixo da faixa 0,500. Tal resultado remete a uma outra questão: “Está realmente preocupado com o futuro do município ou tem problemas em dividir o elevador social?!”. Oportunidades iguais não significam explorar o “cada um por si”, mas sim assimilar a idéia de que certos indivíduos precisam de “empurrões” e da mão sustentadora de entidades diversas, seja pública ou privada. Essa mão garantirá ao cidadão uma infraestrutura satisfatória e uma cobertura de renda que promoverá todas as condições para a busca de oportunidades.

Não existe uma fórmula pronta indicando o que cada município deve fazer para melhorar suas condições. Cada caso é um caso e cada município tem suas carências específicas a serem resolvidas. Este estudo apenas generalizou seu escopo e identificou uma variável em comum que pode ser resolvida pelo poder público local, porém, não existe nenhuma garantia contra resultados inesperados.

Chega-se a conclusão de que deve-se sim investir em saúde, mas com ênfase em infraestrutura, e aliado a isso uma melhor distribuição de renda permitindo oportunidades ou simplesmente taxa de ocupação. O PIB per capita não se mostra uma variável forte nas configurações, indicando que a quantidade de capital do município não influencia desde que estes recursos sejam bem distribuídos.

Por fim, a disponibilidade de estudos sobre qualidade de vida ainda é desproporcional à importância do assunto. Parte da escassez parece associada à carência e, sobretudo, à irregularidade de dados específicos. Incrementar o desenvolvimento de sistemas de informações integrados, confiáveis, abrangentes e acessíveis que

possibilitem a análise das desigualdades municipais, em suas diferentes dimensões além da geográfica, facilitaria a definição de prioridades setoriais e melhoraria o planejamento e a avaliação dos programas.

Melhorar a qualidade da informação já existente, integrar as diferentes bases de dados e implantar periodicidade adequada para as pesquisas amostrais, são outros pré requisitos para o aperfeiçoamento do processo de formulação e avaliação das políticas setoriais. Uma base completa de dados imputados no programa fsQCA ou outro programa estatístico robusto, ajudaria a desvendar alguns problemas imperceptíveis para o poder público e oferecer soluções a médio e longo prazo. Previamente, é possível afirmar que a equidade é reconhecida como um dos princípios da doutrina que conforma o sistema público e é possível reduzir desigualdades mediante políticas setoriais, mesmo na vigência dos enormes e bem conhecidos desníveis sociais e econômicos, onde a concentração de renda é a situação mais emblemática.

REFERÊNCIAS

FERREIRA Jr., Amarilio; BITTAR, Marisa. **O marxismo como referencial teórico nas dissertações de mestrado em educação da UFSCar (1976-1993).** Cadernos CEMARX, Campinas (UNICAMP), n. 2, v. 1, p. 65 – 71, 2005.

FLECK, M. P. A. et al. **Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100).** Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 21, n.1, p.19-28, jan./mar. 1999.

FLECK, M. P. A. **Problemas conceituais em qualidade de vida.** In: FLECK, M. P. A. et al. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 19-28.

FLECK, M. P. A. **O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

PATRICK, D. L. **A qualidade de vida pode ser medida? Como?.** In: FLECK, M. P. A. et al. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 29-39.

QUEIROZ, M. de S. & VIANNA A. L. **Padrão de política estatal em saúde e o sistema de assistência médica no Brasil atual.** Rev. Saúde públ., S. Paulo, 26: 132-40, 1992

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade,** S. Paulo: Cia. das Letras, 2000

BITTAR, O. N. V. **Indicadores de qualidade e quantidade em saúde.** RAS, Volume 3, Número 12, Julho-Setembro, 2001.

KRAUSE, P. **A leaner, meaner guardian? : a qualitative comparative analysis of executive control over public spending** / Philipp Krause. – Bonn : DIE, 2009. – (Discussion Paper / Deutsches Institut für Entwicklungspolitik ; 22/2009)

VOLPATO, L. F. **Planejamento da qualidade nas unidades de saúde da família, utilizando o Desdobramento da Função Qualidade (QFD).** Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000800010>

FADEL, M.A.V, REGIS FILHO GI. **Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso.** Revista de Administração Pública 2009; 43:7-22.

RONCALLI, AG. **O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde.** In: Pereira AC, organizador. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Editora Artmed; 2003. p. 28-49.

MATSUDA LM, ÉVORA YDM, BOAN FS. **O método Desdobramento da Função Qualidade - QFD - no planejamento do serviço de enfermagem.** Rev Latinoam Enferm 2000; 8:97-105.

MUNRO ACM. **Divergências entre as expectativas do usuário e a percepção da gerência em relação a qualidade do serviço** [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1994.

PAIVA SMA, GOMES ELR. **Assistência hospitalar: avaliação da satisfação dos usuários durante seu período de internação.** Rev Latinoam Enferm 2007; 15:973-9.

VILLELA WV, ARAÚJO EC, RIBEIRO AS, CUGINOTTI AP, HAYANA ET, BRITO FC, et al. **Desafios da atenção básica em saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil.** Cad Saúde Pública 2009; 25:1316-24.

van STRALEN CJ, BELISÁRIO AS, STRALEN TBS, LIMA AMD, MASSOTE AW, OLIVEITA CL. **Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil.** Cad Saúde Pública 2008; 24 Suppl 1:S148-58.

VASCONCELOS SM, BOSI MLM, PONTES RJS. **Avaliação e monitoramento da atenção básica no Estado do Ceará, Brasil: explorando concepções e experiências no nível central.** Cad Saúde Pública 2008; 24:2891-900.

IJSSELMUIDEN C., MATLIN S. **Por que pesquisa em saúde?** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

VIANA, S.M et al., **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento.** – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa. Econômica Aplicada, 2001

TRAVASSOS, C. et al. **Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, 5(1):133-149, 2000.

DRACHLER, M. L. et al. **Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, 8(2):461-470, 2003.

DUARTE E. C. et al. **Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório.** – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, Senado Federal, 1988.

BEN-SHLOMO, Y.; WHITE, I.; MARMOT, M. **Does the variation in the characteristics of an area affect mortality.** British Medical Journal, v.312, p.1013-1014, 1996

KENNEDY, B.; KAWACHI, D.; PROTHROW-STITH, D. **Income distribution and mortality: cross sectional ecological study of the Robin Hood index the United States.** British Medical Journal v.312, p.1004-1013, 1996

KAPLAN, G.A. et al. **Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways.** British Medical Journal v.312, p.999-1003, 1996

TURATO, E.G. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa.** Rev. Saúde Pública 2005; 39(3): 507-14

UCHÔA, E. & VIDAL, J. M. **Medical Anthropology: Conceptual and Methodological Elements for an Approach to Health and Disease.** Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 10 (4): 497-504, Oct/Dec, 1994

ADORNO, R. & de CASTRO, A.L. **O exercício da sensibilidade: Pesquisa Qualitativa e a saúde como qualidade.** Saúde e Sociedade 3(2): 172-185, 1994

JOHNSON, R.B.; ONWUEGBUZIE, A.J. **Mixed methods research: a research paradigm whose time has come.** Educational Researcher, Washington, DC, v. 7, n. 33, p. 14-26, 2004.

LAST J. M. **A Dictionary of Epidemiology.** 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 1995

LIMA-COSTA, M.F. & BARRETO, S.M. **Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento.** Epidemiologia e Serviços de Saúde 2003; 12(4) : 189 - 201

RAGIN, C. C. (1987). **The comparative method. Moving beyond qualitative and quantitative strategies.** Berkeley, Los Angeles and London: Univ. of California Press.46

RAGIN, C. C. (2008). **Redesigning Social Inquiry - Fuzzy Sets and Beyond.** Chicago: University of Chicago Press. 9

RAGIN, C. C., Drass, K. A., & Davey, S. (2006). **Fuzzy-Set/Qualitative Comparative Analysis 2.0.** In A. D. o. S. Tucson, University of Arizona (Ed.). 72

TETZLAFF AAS (Hi Technologies). **Resumo da Lei Nº8080**. [online] 2010 Jul. Acessado em 20/05/2014. Disponível em: <http://hitechnologies.com.br/humanizacao/o-que-e-o-programa-humanizaus/resumo-da-lei-n8080/>

TETZLAFF AAS (Hi Technologies). **Resumo da Lei nº8142**. [online] 2010 Jul. Acessado em: 20/05/2014. Disponível em: <http://hitechnologies.com.br/humanizacao/o-que-e-o-programa-humanizaus/resumo-da-lei-n8142/>

RIHOUX, B., & RAGIN, C. C. (2009). **Configurational Comparative Methods**. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc. 68

GURGEL, C. (2011) **Configurações estratégicas de empresas brasileiras de alto desempenho: análise qualitativa comparativa das imperfeições de mercado por elas exploradas**. Tese de doutorado, FGV 2011. 44

SCHNEIDER, Sergio; SCHIMITT, Cláudia Job.(1998) **O uso do método comparativo nas Ciências Sociais**. Cadernos de Sociologia, Porto Alegre, v. 9, p. 49-87, 1998. 73

SILVA, D.G. (2013) **Análise Qualitativa Comparativa (QCA) da Implantação de Novos Cursos (NSD): Educação Executiva no Brasil**. Tese de mestrado, FGV, São Paulo

FISS, P. C. **Building Better Causal Theories: A Fuzzy Set Approach to Typologies in Organization Research**. Academy of Management Journal, v. 54, p. 393-420, 2011.

BERG-SCHLOSSER, D., De Meur, G., Rihoux, B., & Ragin, C. C. (2009). **Qualitative Comparative Analysis (QCA) as an Approach**. In B. Rihoux & C. C. RAGIN (EDS.), *Configurational Comparative Methods* (pp. 1-18). Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.49

GRANDORI, A.; FURNARI, S. **A chemistry of organizations: combinatory analysis and design**. *Organization Studies*, v. 19, p. 459-485, 2008.

YIN, R. K. **Estudo de caso: Planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2003. p. 19-179.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002. p. 42-142.

DIEHL, Astor Antônio; TATIM, Denise Carvalho. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2006. p. 47-88.

FERREIRA, S. M. G. **Principais sistemas de informação de abrangência nacional**. *Jornal da CONASEMS*, Ano V Ed. esp. Dez, 2000 p. 10

Agenda for change – **Characteristics of Clinical Indicators**. Joint Commission. QRB – *Quality Review Bulletin*, v. 15, n. 11, 1989.

BITTAR, O.J.N.V. **Hospital: qualidade & produtividade**. Sarvier, 1997.

BITTAR, O.J.N.V. **Gestão de processos e certificação para qualidade**. Rev Ass Med Brasil, v. 46, n. 1, p. 70-6, 2000.

NOGUEIRA, L.C.L. **Gerenciando pela qualidade total na saúde**. EDG – Editora de Desenvolvimento Gerencial, Belo Horizonte, 1999.

BRASIL. Congresso 1990. **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990**.

BRASIL. Congresso 1990. **Lei 8.090 de 19 de setembro de 1990**.

DRACHLER ML & CORTES SMV. **Relatório parcial de pesquisa: desigualdades em saúde no rio grande do sul: pesquisa avaliativa de prioridades para a gestão pública**. Porto Alegre (fotocopiado), 2002.

DRACHLER ML. **Social inequalities in child development: a cross-sectional survey on developmental determinants among children aged 6 to 59 months in Porto Alegre, Brazil**. London School of Hygiene and Tropical Medicine. University of London, Londres, 1998.

CONTANDRIOPOULOS AP, CHAMPAGNE F, DENIS JL & PINEAULT R. **A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos**, pp. 29-47. In ZMA Hartz (org.). Avaliação em saúde – dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Fiocruz, Rio de Janeiro, 1997.

TOWNSEND P & DAVIDSON N. **The black report on social inequalities in health**. Pelican, Londres, 1982.

TOWNSEND P, DAVIDSON N & WHITEHEAD M. **The health divide**. Penguin, Londres, 1992.

WHO 2000. The World Health Report. **Health systems: improving performance**. WHO Library Cataloguing in Publication Data, Geneve, 2000.

IBGE, 2010. Contagem Populacional de 2010. **Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, dados referentes aos municípios**, fornecidos em meio eletrônico.

BRASIL. IPEA – Instituto de Pesquisa Aplicada. **Apresenta dados do Produto Interno Bruto do Brasil, dos seus estados e municípios**. Disponível em <<http://www.ipeadata.gov.br>>. Acesso em 25 out. 2014.

Portal da Transparência do Governo Federal. Transferência de verbas da União. **Verbas da União repassadas a estados, municípios e entidades privadas**. Disponível em: <<http://www.portaltransparencia.gov.br/downloads/view.asp?c=Transferencias>>

Ministério da Saúde [Internet]. Secretaria Executiva. Datasus [acesso em nov. 2014]. **Informações de Saúde. Informações epidemiológicas e morbidade**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **IDH por município e estado**. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/download/>>

JARDIM, G.F. **Estruturas de governança e a capacidade de inovação em pequenas empresas: caso da indústria brasileira de torrefação e moagem de café.** São Paulo, 2012 104 p.

IFDM, 2014. **Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal.** Acesso em Nov. 2014. Disponível em: <<http://www.firjan.org.br/ifdm/>>

Frente Nacional de Prefeitos. **Multi-Cidades, Finanças dos municípios do Brasil.** Ano 7 – 2011. Vitória – ES: Aequis Consultoria, 2011

RAGIN, C. C. (1987). **The comparative method. Moving beyond qualitative and quantitative strategies.** Berkeley, Los Angeles and London: Univ. of California Press.46

RAGIN, C. C. (2008). **Redesigning Social Inquiry - Fuzzy Sets and Beyond.** Chicago: University of Chicago Press. 9

RAGIN, C. C., Drass, K. A., & Davey, S. (2006). **Fuzzy-Set/Qualitative Comparative Analysis 2.0.**In A. D. o. S. Tucson, University of Arizona (Ed.). 72

RAGIN, C. C.; **User's Guide to Fuzzy-Set/Qualitative Comparative Analysis.** Department of Sociology. University of Arizona. 2008

Mackenbach JP, Kunst AE, **Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe.** Soc Sci Med. 1997 Mar;44(6):757-71.