

ISABELA BRAGA DA MATTA

**DESEMPENHO DA GESTÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE:
UMA AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MINAS
GERAIS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

**VIÇOSA
MINAS GERAIS - BRASIL
2014**

**Ficha catalográfica preparada pela Biblioteca Central da Universidade
Federal de Viçosa - Câmpus Viçosa**

T

M435d
2014

Matta, Isabela Braga da, 1989-
Desempenho da gestão das políticas públicas de saúde :
uma avaliação da estratégia saúde da família em Minas Gerais /
Isabela Braga da Matta. – Viçosa, MG, 2014.
xviii, 138f. : il. (algumas color.) ; 29 cm.

Inclui anexo.

Inclui apêndices.

Orientador: Marco Aurélio Marques Ferreira.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Inclui bibliografia.

1. Administração pública. 2. Saúde pública. 3. Programa
saúde da família (MG). I. Universidade Federal de Viçosa.
Departamento de Administração e Contabilidade. Programa de
Pós-graduação em Administração. II. Título.

CDD 22. ed. 351

ISABELA BRAGA DA MATTA

**DESEMPENHO DA GESTÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE:
UMA AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MINAS
GERAIS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 12 de fevereiro de 2014.



The image shows the signatures of the thesis committee members. Each signature is written in black ink and is placed above a horizontal line. Below each line, the name and title of the member are printed in black text.

 Fernanda Maria de Almeida	 José Roberto Pereira
 Edson Arlindo Silva (Coorientador)	 Rodrigo Siqueira Batista (Coorientador)
 Marco Aurélio Marques Ferreira (Orientador)	

Aos meus pais, Guglielmo e Ivana, com
gratidão e amor.

“Eu a preferi aos cetros e tronos, e avaliei a riqueza como um nada ao lado da sabedoria” (Salomão).

“De tudo o que semeares, efetivamente colherás” (Emmanuel).

AGRADECIMENTOS

Nesse momento de tanta felicidade é preciso lembrar-me de todos os que estiveram comigo até aqui e agradecer por todo apoio e credibilidade. Por isso agradeço primeiro a Deus, que sempre me guia e está presente na minha vida e em todas as minhas escolhas; também à Maria, Nossa Senhora e Nossa Mãe que me ampara, me guia e abre meus caminhos em todos os momentos.

Aos meus pais, Guglielmo e Ivana, que financiaram não só financeiramente todos os meus sonhos, acreditando, por vezes, mais do que eu mesma, além de serem meus maiores exemplos de amor e perseverança.

Aos meus irmãos, Elisa e Guilherme, que são sempre um refúgio, sendo uma alegria enorme conviver com eles.

A toda a minha família, que de algum modo participou dessa jornada.

A tia Claudine que acreditou nesse mestrado antes mesmo de mim.

Aos meus amigos, que estiveram sempre presentes, aos antigos, aos novos e principalmente aos de SEMPRE. Todos os almoços, jantares, cafés, lanches, corridas, yoga, Leão... Mariana, Layon, Alexandre e Carla, a rotina sem vocês vai ser difícil.

À minha amiga desde a matrícula: Mió!

Aos veteranos de mestrado: Cecília, Vagner, Caio, Nathalia e Ambrozina, pelo exemplo, apoio e carinho. Aos amigos da pesquisa Anna Laura, Michelle, Luciana, Carlos, Anderson, João Eduardo, Jéssica, Marjorie e a todos que, de alguma forma, passaram pela minha vida e também se fizeram força para a minha caminhada.

Às amigas de Muriaé: Aline, Lara, Larissa, Lorena, Marina, Mirian, Raquel e Sumara, pois meus dias não seriam os mesmos sem elas e nossas conversas, já que, mesmo longe, me colocavam pra cima.

À Sheila por compartilhar meus “desesperos” e me ensinar coisas boas todos os dias.

À FAPEMIG e a CAPES por permitirem me dedicar à pesquisa e viajar para conhecer outras realidades de gestão em saúde em Minas Gerais.

Aos entrevistados que colaboraram com a minha pesquisa, contando a sua experiência e confiando em mim. Às pessoas que eu conheci na coleta de dados que me acolheram em suas casas e me fizeram parte da sua realidade.

Aos meus coorientadores: Edson, Rosângela e Rodrigo por todo conhecimento transmitido, por todas as conversas inspiradoras, pelas ideias, reflexões e principalmente pelas críticas. À professora Fernanda pelas contribuições valiosas sobre o trabalho e pela dedicação da leitura atenciosa. Ao professor José Roberto pela leitura e preciosas contribuições na banca.

A todos os professores que eu já tive, começando pela Tia Edilene, Soninha, Celeste, Fatinha, Madalena, Rosane, e todos os da faculdade, que inspiraram o meu crescimento nessa área e que se constituíram orgulho para a profissão que pretendo seguir.

E ao meu orientador de anos, que me ensinou muito mais do que eu pretendia aprender, por ser um exemplo de vida e de caráter: Marco Aurélio. A ele, meu muito obrigada por me ensinar respeito e seriedade, além de me motivar a querer ser uma profissional respeitada pelos meus conhecimentos.

A todos vocês, o meu muito obrigada!

BIOGRAFIA

ISABELA BRAGA DA MATTA, filha de Guglielmo Agostini da Matta e Ivana Karla Campos Braga da Matta, nasceu em Miradouro, Minas Gerais em 29 de maio de 1989.

Iniciou seus estudos em Miradouro, na Escola Estadual Doutor Olavo Tostes, passando pela Escola Estadual José Bonifácio, em Patrocínio do Muriaé, pelo Colégio Santa Marcelina e pelo Colégio São Paulo, ambos em Muriaé, onde concluiu o ensino médio.

Em julho de 2011 graduou-se em Administração pela Universidade Federal de Viçosa (UFV), em Viçosa.

Em 2012 iniciou a pós graduação a nível de mestrado em Administração, na UFV, onde submeteu-se à defesa da Dissertação no dia 12 de fevereiro de 2014.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	x
LISTA DE FIGURAS	xi
LISTA DE TABELAS	xii
LISTA DE QUADROS	xiii
RESUMO	xiv
ABSTRACT	xvi
Apresentação da dissertação.....	xviii
INTRODUÇÃO geral	19
1.1. Objetivos Geral e Específicos	24
ARTIGO 1: Análise do desempenho municipal da Estratégia Saúde da Família à luz da eficiência relativa.....	25
RESUMO	25
1. INTRODUÇÃO	28
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	30
2.1. Atenção Primária à Saúde no Brasil	30
2.2. Avaliação de políticas Públicas de Saúde.....	32
3. MÉTODOS	36
3.1. Coleta de dados.....	36
3.2. Análise dos dados	36
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES	40
4.1. Análise descritiva dos dados utilizados	40
4.2. Análise do escore de eficiência	43
5. CONCLUSÃO	49
6. REFERÊNCIAS	51
ARTIGO 2: Saúde e Qualidade de Vida: uma abordagem a partir dos fatores condicionantes do desenvolvimento humano municipal.....	55
RESUMO:.....	55
1. INTRODUÇÃO	57
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	59

2.1. As Funções do Estado e a Qualidade de Vida.....	59
2.2. Saúde e Qualidade de Vida	61
2.3. Qualidade de vida e seus condicionantes	63
3. MÉTODOS	66
3.1. Coleta de dados	66
3.1.1. Construção do escore de eficiência:	66
3.2. Métodos de análise	67
3.2.1. Regressão Linear Múltipla.....	68
3.2.2. Análise de Cluster	70
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES	72
4.1. Equação da Regressão	72
4.2. Análise de <i>Cluster</i>	75
5. CONCLUSÃO	79
6. REFERÊNCIAS	81
Artigo 3: Desempenho na gestão da saúde pública municipal. A gestão da saúde: Reflexões a partir do desempenho na gestão municipal da saúde pública	84
RESUMO.....	84
1. INTRODUÇÃO	86
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	88
2.1. A Estratégia Saúde da Família (ESF).....	88
2.2. O Estado e as políticas de Proteção Social.....	90
3. MÉTODOS	95
3.1. Área de Estudo	95
3.2. Coleta de dados	97
3.3. Análise de Conteúdo	97
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES	99
4.1. Concepção de saúde-doença:	99
4.2. Prática Sanitária:	101
4.3. Mudança na ordem governativa da cidade:.....	102
5. CONCLUSÃO	104
6. REFERÊNCIAS	105

CONCLUSÕES GERAIS	108
Apêndice 1: Municípios Mineiros excluídos da análise.....	109
Apêndice 2: Escore Eficiência	111
Apêndice 3: Mapa dos municípios citados no trabalho.....	127
Apêndice 4: Mapa dos municípios eficientes.....	128
Apêndice 6: Mapa os municípios escolhidos para realizar as entrevistas.....	131
Apêndice 7: Estrutura da entrevista	132
Apêndice 8: Questionário.....	134
Anexo 1: Lista de internações por condições sencíveis à APS	136

LISTA DE SIGLAS

APS– Atenção Primária à Saúde.

DEA - Data Development Analysis

ESF – Estratégia Saúde da Família

IMRS – Índice Mineiro de Responsabilidade Social

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MS – Ministério da Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

LISTA DE FIGURAS

ARTIGO 1: ANÁLISE DO DESEMPENHO MUNICIPAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOB A LUZ DA EFICIÊNCIA RELATIVA

Figura 1: Comportamento do escore de eficiência.

Figura 2: Mapa dos municípios.

ARTIGO 2: SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA: UMA ABORDAGEM A PARTIR DOS FATORES CONDICIONANTES DO DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL.

Figura 3: Comportamento dos grupos.

Figura 4: Comparação em relação às variáveis mais significativas.

ARTIGO 3: GESTÃO DA SAÚDE: REFLEXÕES A PARTIR DO DESEMPENHO NA GESTÃO MUNICIPAL DA SAÚDE PÚBLICA.

Figura 5: Procedimentos metodológicos.

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1: ANÁLISE DO DESEMPENHO MUNICIPAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOB A LUZ DA EFICIÊNCIA RELATIVA.

Tabela 1: Análise descritiva das variáveis utilizadas no DEA.

Tabela 2: Estatísticas descritivas do escore de eficiência.

Tabela 3: Divisão de Grupos por Escala de Eficiência.

Tabela 4: Dados socioeconômicos dos grupos de eficiência.

ARTIGO 2: SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA: UMA ABORDAGEM A PARTIR DOS FATORES CONDICIONANTES DO DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL.

Tabela 5: Resumo do modelo com variável dependente IDH-M

Tabela 6: Estatísticas descritivas dos grupos

LISTA DE QUADROS

ARTIGO 1: ANÁLISE DO DESEMPENHO MUNICIPAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOB A LUZ DA EFICIÊNCIA RELATIVA

Quadro 1: Dados utilizados no DEA.

ARTIGO 2: SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA: UMA ABORDAGEM A PARTIR DOS FATORES CONDICIONANTES DO DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL.

Quadro 2: Expectativa teórica para as variáveis de regressão.

ARTIGO 3: GESTÃO DA SAÚDE: REFLEXÕES A PARTIR DO DESEMPENHO NA GESTÃO MUNICIPAL DA SAÚDE PÚBLICA

Quadro 3: Características dos modelos de administração e reflexos no sistema público de saúde.

Quadro 4: Categorias de Análise.

RESUMO

MATTA, Isabela Braga da, M. Sc., Universidade Federal de Viçosa, fevereiro de 2014. **Desempenho da Gestão das Políticas Públicas de Saúde: Uma Avaliação da Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais.** Orientador: Marco Aurélio Marques Ferreira. Coorientadores: Edson Arlindo Silva, Rodrigo Siqueira Batista e Rosângela Minardi Mitre Cotta.

O Estado existe para garantir à população acesso a alguns direitos fundamentais, entre eles, a saúde ganha notoriedade por ser um direito complexo de atender, visto que ele depende de muitos fatores que não podem ser controlados e se relaciona com as condições de vida de cada cidadão. A saúde está intimamente relacionada com a qualidade de vida, que é o objetivo de longo prazo das políticas públicas e que aborda diferentes dimensões sociais. Por sua vez, para garantir esses direitos à população, o Estado conta com recursos escassos, sendo grande a demanda e as expectativas da população. Nessa perspectiva, administrar os gastos públicos de maneira efetiva e eficiente se torna fundamental para que o Estado realize seu papel, garantindo os direitos dos cidadãos. Este estudo ganha importância diante da preocupação da qualidade da alocação de recursos públicos, foco da gestão pública contemporânea, uma vez que a Estratégia Saúde da Família (ESF) vem recebendo investimentos crescentes do governo federal, o que por si só caracteriza a sua relevância, além de se tratar de uma estratégia de importância social e de ampla abrangência. Dessa forma, este estudo tem como objetivo investigar a relação entre a Estratégia Saúde da Família e a qualidade de vida nos municípios mineiros, sob a perspectiva da qualidade da Administração Pública e da efetividade das Políticas Públicas voltadas ao setor de saúde. Tem-se como principais bases teóricas a avaliação das políticas públicas e o impacto sobre a qualidade de vida; a gestão pública contemporânea, com especial atenção para as funções do Estado; e a qualidade na alocação de recursos públicos. Para atender aos seus objetivos, foram estudados municípios do estado de Minas Gerais, por meio da combinação de técnicas quantitativas e qualitativas. Entre essas técnicas destaca-se a Análise Envoltória de Dados (DEA), utilizada para construir um índice de eficiência da Atenção Primária à Saúde (APS) em nível municipal e a Regressão Múltipla, que visa explorar o desempenho da Gestão Pública da ESF e seus reais efeitos sobre a qualidade de vida.

Em uma perspectiva de homogeneização, a análise de *cluster* foi utilizada para agrupar os municípios de acordo com métricas científicas investigativas, possibilitando verificar em quais deles a ESF é mais ou menos eficiente e qual o papel da qualidade da Gestão Pública nesse contexto. Nessa etapa, foram empregadas técnicas de análise qualitativa, em cortes analíticos estilizados, baseando-se em grupos que apresentarem melhor e pior eficiência na gestão da Estratégia Saúde da Família, tendo em vista o fato da gestão desses acontecer de forma descentralizada. Entre os principais resultados ressalta-se, no Artigo 1, a importância de ações transversais do governo, onde se demonstra que em municípios eficientes a alfabetização e a renda foram mais elevadas, e, no Artigo 2, corroborando a ideia de ações transversais, verifica-se alguns fatores que influenciam o IDH-M, como um indicador de desenvolvimento e qualidade de vida. Nesses casos é possível perceber que existem causas gerenciáveis, que podem minimizar essa influência. No Artigo 3, onde se conclui este trabalho de forma geral, demonstra-se que ações descentralizadas e focadas na realidade de cada município podem trazer resultados que fazem com que a Atenção Primária à Saúde alcance seus objetivos, não perdendo de vista o fato de que o trabalho realizado na saúde deve englobar diferentes áreas, tratando a mesma como um fator plural, ação que poderia levar a uma melhoria da qualidade de vida da população. Assim, fica evidente a importância das políticas transversais e o olhar da saúde como um fator plural, destacando o papel do gestor público no bom funcionamento dessa estratégia.

ABSTRACT

MATTA, Isabela Braga da, M. Sc., Universidade Federal de Viçosa, february, 2014. **Performance of Management for Public Health Policies: Evaluation of the Family Health Strategy in Minas Gerais.** Adviser: Marco Aurélio Marques Ferreira. Co-advisers: Edson Arlindo Silva, Rodrigo Siqueira Batista and Rosângela Minardi Mitre Cotta.

The State exists to ensure the population the access to basic rights. Among them, the health gains notoriety because it is a complex right to answer, since it depends on many factors that cannot be controlled and it is related to the life conditions of each citizen. Health is closely related to life quality, which is the long term goal of public policy and approaches different social dimensions. On the other hand, to guarantee those rights to the population, the State has limited resources and the demand and expectations of the population are high. From this perspective, to manage public spending effectively and efficiently becomes very important for the State to perform its role and to ensure citizens' rights. This study is importance in view of worry about the allocation quality of public resources which is the focus of contemporary public management, since the ESF has been receiving increasing investments from the federal government, which itself characterizes its relevance, besides it is a strategy of social importance and broad scope. Thus, this study aims to investigate the relationship between the Family Health Strategy (FHS) and quality of life in the towns of Minas Gerais state, from the perspective of the quality of public administration and the effectiveness of public policies to the health sector. The main theoretical bases are the evaluation of public policies and the impact on quality of life; contemporary public management, mainly the functions of the State, and the quality in the allocation of public resources. To attend the goals, it was made a study of towns of Minas Gerais state, by using a combination of quantitative and qualitative techniques. Among these techniques, it can be highlighted the Data envelopment analysis (DEA), used to construct an index of efficiency of Primary Health Care (PHC) in municipal level and Multiple Regression, which aims to explore the performance of the Public Management of ESF and its real effect on the quality of life. From the homogenization perspective, the cluster analysis was used to group the towns according to investigative scientific metrics, by allowing them to check

in which ESF is more or less efficient and the role of the quality of public management in this context. At this stage, the qualitative analysis techniques were used in analytical stylized cut, basing on groups that show the best and the worst efficiency in the management of the Family Health Strategy, once their management happens in a decentralized manner. Among the main findings is emphasized, in the Article 1, the importance of transversal government actions, demonstrating that efficient towns in literacy and income were higher, and in the Article 2, corroborating the idea of transversal actions, it was verified some factors that influence the HDI -M, as an indicator of development and quality of life. It is possible to notice that there are manageable causes, which may minimize this influence. In the Article 3, in which this work concluded in general, it is demonstrated that decentralized actions focused on the reality of each municipality may bring positive results to the effectiveness of primary health care, considering that the work made in health should encompass different areas, treating it as a plural factor, which could improve population's quality of life. Thus, it is evident the importance of transversal actions and the look of health as a plural factor, highlighting the role of the public manager in smooth running of this strategy.

APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

O trabalho se estrutura em três artigos inéditos e independentes, ambos tratando a temática da Administração Pública e da Atenção Primária à Saúde no Brasil e se referem aos objetivos específicos desse trabalho:

ARTIGO 1: ANÁLISE DO DESEMPENHO MUNICIPAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOB A LUZ DA EFICIÊNCIA RELATIVA

ARTIGO 2: SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA: UMA ABORDAGEM A PARTIR DOS FATORES CONDICIONANTES DO DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL.

ARTIGO 3: GESTÃO DA SAÚDE: REFLEXÕES A PARTIR DO DESEMPENHO NA GESTÃO MUNICIPAL DA SAÚDE PÚBLICA.

INTRODUÇÃO GERAL

A Qualidade de Vida é tratada neste estudo como as condições favoráveis de moradia, renda e saúde (MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000). Porém, esse conceito é visto sob diversas abordagens relacionadas à saúde, incluindo as dimensões física, psicológica e social (MELO, *et. al.*, 2011), em que se destaca a importância de não confundir os termos saúde e qualidade de vida, apesar de serem relacionados (SMITH, AVIS e ASSMANN, 1999). Além dessas, algumas definições consideram também dimensões psicológicas e pessoais (ROCHA e FLECK, 2011), assim como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que considera educação, saúde e renda.

Ainda sob uma perspectiva mais ampla, Diwan (2000) relaciona a qualidade de vida com condições razoáveis de conforto e relações saudáveis, além de boa saúde, considerando dimensões psicológicas, físicas e econômicas nesse conceito. É um termo bastante utilizado em diversos estudos (SMITH, AVIS e ASSMANN, 1999; SEIDL e ZANNON, 2004; HARTZ e BUSS, 2000; FRYBACK, 2010; MELO *et. al.*, 2011; ROCHA e FLECK, 2011) e um tema de interesse da população em geral pelos múltiplos aspectos que envolve.

Além disso, a qualidade de vida e a qualidade da saúde se relacionam com outros aspectos como a consciência da população sobre a proteção da saúde (TEIXEIRA, 2004), a densidade populacional, habitação e saneamento (L'ABBATE, 2009), moradia e nutrição (HENRIQUE e CALVO, 2009), que são dimensões socioeconômicas abordadas neste estudo.

Diversos programas públicos abordam diferentes aspectos da qualidade de vida da população, como moradia, renda e saúde, tendo como programas principais, respectivamente, o Programa Minha Casa Minha Vida, do Ministério das Cidades; o Programa Bolsa Família (PBF) do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS); e a Estratégia Saúde da Família (ESF), como parte das ações do Departamento de Atenção Básica à Saúde do Ministério da Saúde (MS), que cuida de atendimento Primário à Saúde¹. Assim, o governo brasileiro mostra a sua preocupação

¹Neste trabalho o termo Atenção Primária à Saúde foi utilizado para se referir a essas ações e também as referentes ao DAB (Departamento de Atenção Básica) do Ministério da Saúde.

com a qualidade de vida, aumentando continuamente os investimentos e a visibilidade desses programas.

Entre eles, destaca-se a Estratégia Saúde da Família, que tem o principal propósito de enfatizar ações de atenção primária à saúde de prevenção, promoção e recuperação da saúde de forma integral e contínua, prestando atendimento através de equipes de profissionais da saúde, visando, como produto de médio e longo prazo, a melhoria na qualidade de vida população, visto que a saúde é dimensão fundamental no bem estar social².

Este programa é, de acordo com Teixeira (2004), uma das prioridades do Departamento de Atenção Básica, juntamente com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Isso porque o Departamento de Atenção Básica está inserido num contexto de descentralização e controle social da gestão dos programas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como princípios fundamentais a integralidade, a qualidade, a equidade e a participação social. Esse departamento tem como pretensão fugir do tratamento centrado exclusivamente na doença, “desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas” (BRASIL, 2012).

O PSF passa, em 2006, a ser reconhecido como estratégia prioritária de Atenção Primária à saúde, e, a partir de 2011, a ser denominado por Estratégia Saúde da Família (ESF). Essas ações atendem a população por áreas delimitadas, através de equipes de multiprofissionais de saúde, incentivando o contato direto com a população que possibilita a constante troca de experiência e o conhecimento dos seus fatores de risco, de modo a criar, nessas circunstâncias, um ciclo de educação e promoção da saúde, além da prevenção de doenças, melhoria das condições de higiene da população, e outros aspectos da clínica e da saúde pública.

Dessa forma, percebe-se o interesse do Governo Federal em incentivar a participação da população em um tipo de tratamento que possibilite a melhoria de diversos aspectos da saúde e cujos efeitos merecem ser explorados, do ponto de vista da alocação de recursos públicos e, portanto, sob o olhar da administração pública.

Nessa perspectiva, a relevância deste estudo para a área das pesquisas em administração pública se dá, uma vez que a avaliação de políticas públicas está no

² Fonte: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php.

escopo temático dessa área de estudos, sendo uma das fases citadas por Secchi (2009) do ciclo de políticas públicas, onde se pretende verificar se uma política pública atende aos objetivos para que foi criada.

Considerando também que a Saúde Pública é uma das áreas com maior participação no orçamento do governo federal, juntamente com a educação e o social e combate à fome, que juntos representam aproximadamente 60% do orçamento total disponível para 2013 (BRASIL, 2013a).

Ainda de acordo com o Portal da Transparência (BRASIL, 2013b), o total destinado pelo Governo Federal em âmbito nacional com Atenção Primária à saúde passou de mais de 4,3 bilhões de reais em 2004, para mais de 9,6 bilhões em 2010. Importante salientar a diferença entre o capital destinado e investido do capital gasto com APS, uma vez que em alguns municípios recebem o benefício ele não é em seu total de fato gasto, porque esse recurso, depois de repassado, aos municípios só é gasto se for aplicado nos investimentos para o qual foram destinados, do contrário o recurso é “devolvido” ao Ministério da Saúde.

Percebe-se a abrangência dessa Estratégia ao verificar que o número de famílias atendidas passou, no mesmo período, de 61,89% da população para 86,22%, o que mostra a preocupação do Ministério da Saúde com essa política, mesmo a população tendo passado de aproximadamente 182 milhões em 2004 para 190 milhões em 2010, o atendimento a um maior número proporcional de famílias mostra o crescimento do programa.

A relação entre qualidade de vida e saúde é explícita e percebe-se que ao humanizar o tratamento da saúde, relacionando os profissionais diretamente com a população, e conhecendo suas condições de moradia, saneamento e transporte, além de melhorar a higiene e cuidados com a família, é possível atingir melhores práticas cotidianas que possibilitem a melhoria da saúde.

Existem pesquisadores preocupados com a avaliação dessas políticas no Brasil, que se manifestam por meio da publicação de trabalhos acadêmico-científicos (CELINO, COSTA e FRANÇA, 2013; GALHARDI, BARROS e LEITE-MOR, 2013; MARZARI *et. al.*, 2013; MATOS, BARCELLOS e CAMARGO, 2013; SERAPIONI e SILVA, 2011; SANTANA e CARMAGNANI, 2001; SISSON, 2007). É nesse horizonte que este estudo pretendeu analisar a avaliação do PSF de acordo com a

qualidade de vida, visto que esse é um aspecto relevante e garantido por diferentes dimensões dos direitos da população.

Nesse sentido, as ações desse programa, além de acolherem e humanizarem, podem “empoderar” a população, elevando a sua consciência sobre os direitos sanitários e seu papel na defesa e proteção da saúde (TEIXEIRA, 2004). Além disso, percebe-se a necessidade de expandir as ações básicas em saúde para educação, saneamento básico, dentre outros, que constituem o eixo da proposta, relacionando esta ao conceito de qualidade de vida e a gestão social, que Tenório (2005) apoia-se numa discussão sobre sociedade-Estado, trabalho-capital, gestão estratégica. Gestão social e cidadania deliberativa para definir a gestão social. Defendendo que a gestão social deve ser determinada pela solidariedade, trazendo, portanto esse conceito próximo ao que acontece na ESF, uma vez que a participação social, conscientização da população, os direitos da população e obrigações do Estado, estão presentes nessa temática.

Com um tema complexo e muitos conceitos permeando essa discussão, investigar a ESF, sob a perspectiva da qualidade de vida, requer a capacidade de delimitar geograficamente o escopo de estudo para permitir uma compreensão acerca desse fenômeno, sem grande influência na generalização.

Nesse sentido, o estado de Minas Gerais foi escolhido pelas suas características peculiares, como possuir maior número de municípios (853), sendo 15% do total de municípios brasileiros (5570) e maior número de equipes de ESF. Em dezembro de 2011, o estado possuía 4.301 equipes, cobrindo 75,72% da população (IBGE; Governo de Minas Gerais, 2012).

Portanto, considerando a gestão pública e a qualidade da administração pública do programa Saúde da Família em Minas Gerais, pretende-se, neste estudo, analisar como esse programa interfere na qualidade de vida da população. Assumindo que existem outras formas de avaliação do desempenho da política, no entanto a otimização de aplicação do gasto público na perspectiva de eficiência econômica da política foi definido como o desempenho nesse estudo.

Uma vez que os investimentos são altos e os recursos governamentais são escassos, pretende-se estudar o impacto da Estratégia Saúde da Família respondendo duas questões centrais: **Qual a relação entre desempenho da ESF, em relação aos seus objetivos, e a qualidade de vida, em nível municipal? Quais fatores associados**

à gestão pública e à qualidade da administração pública são capazes de influenciar o desempenho da ESF?

1.1.Objetivos Geral e Específicos

O objetivo geral deste trabalho é estudar o efeito da ESF na qualidade de vida, analisando o desempenho dos municípios sob a perspectiva da gestão da Administração Pública.

Especificamente, pretende-se:

- a) Verificar o desempenho dos municípios na ESF em Minas Gerais, tomando como referência investimentos realizados e os resultados na atenção primária à saúde.
- b) Analisar os fatores que influenciam a qualidade de vida nos municípios, destacando o papel desempenhado pela saúde.
- c) Investigar quais fatores associados à gestão influenciam no desempenho da Estratégia da Saúde da Família.

ARTIGO 1: ANÁLISE DO DESEMPENHO MUNICIPAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA À LUZ DA EFICIÊNCIA RELATIVA

RESUMO:

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o principal acesso da população ao sistema de saúde, sendo, portanto, fundamental para a sua eficiência, já que ela evita e previne os tratamentos secundários e terciários que dependem de mais alta tecnologia e constituem tratamentos mais especializados e, destarte, mais caros. Na APS, a saúde é vista como um fator plural e determinante para a qualidade de vida da população e tem a prevenção e promoção da saúde como pontos fundamentais para o seu bom funcionamento. No Brasil, é a Estratégia Saúde da Família (ESF) que reúne as políticas relacionadas a esse tipo de atenção. A gestão da ESF acontece de forma compartilhada com a União, estados e municípios, sendo, assim, descentralizada. Assim, os municípios e as equipes de saúde têm liberdade para planejarem as suas ações de forma que atendam as metas determinadas, podendo adaptar essas ações à população em questão. Para que a ESF possa oferecer um serviço eficiente de forma que os recursos sejam alocados da melhor maneira e gerar um serviço público de qualidade, são fundamentais as tomadas de decisões diretamente relacionadas à qualidade da gestão pública, que englobem diferentes áreas do conhecimento. Dessa maneira, este estudo teve o objetivo de verificar o desempenho dos municípios na ESF em Minas Gerais, através de indicadores de eficiência e de resultados na APS e investimentos nessa estratégia, por meio de gastos, número de equipes e número de Unidades Básicas de Saúde (UBS). No estudo, buscou-se verificar se existem municípios que administram melhor os recursos e, por isso, geram melhores resultados para a população. Para isso, foi feita uma análise de eficiência por meio da técnica Análise Envoltória de Dados (AED) ou *Data Envelopment Analysis* (DEA), utilizando dados de 761 municípios de Minas Gerais, que tem os dados disponíveis e não apresentaram nenhum indicador sendo zero, o que inviabilizaria o modelo, por isso não foram estudados os 853 do total do estado. De tal forma a construir uma medida de eficiência da Atenção Primária à Saúde (APS) municipal. Foi possível perceber que existem fatores que diferenciam grupos de municípios com medidas de eficiência semelhantes, constatando que fatores como renda e escolaridade podem ter impacto na eficiência da Atenção Primária, além de que a gestão pública pode ser entendida como um fator determinante, já que a alocação dos

recursos é feita pelos gestores municipais. Isso mostra a relevância de aspectos de gestão para a administração pública, bem como para a gestão de políticas de saúde, podendo melhorar a qualidade de vida da população.

ANALYSIS OF FSH MUNICIPAL PERFORMANCE IN THE LIGHT OF RELATIVE EVIDENCE

ABSTRACT:

The Primary Health Care (PHC) is the main population's access to health care, therefore, it is fundamental for its efficiency, since it avoids and prevents secondary and tertiary treatments that spend the highest technology and constitute more specialized treatments and, thus, it is more expensive. In the PHC, health is plural and determining factor for the population's quality of life and it has prevention and health promotion as important points for its good functioning. In Brazil, the Family Health Strategy (FHS) gathers the policies related to this kind of attention. FHS management is shared with the Union, states and municipalities, ergo decentralized. Thereby, municipalities and health teams are free to plan their actions to attend determined goals, adapting this action to the population. For the FSH can provide an efficient service in order that resources are allocated in the best way and provide a public service for quality, the decisions directly related to the quality of public administration, that encompass different fields of knowledge, are very important. Thus, this study aimed to verify the performance of municipalities in FSH in Minas Gerais, by indicators of efficiency and results in PHC and investments in this strategy through spending, number of teams and number of Basic Health Units (BHU). In the study, it was verified whether there are municipalities that manage resources better and therefore generate better outcomes for the population. For this, it was made an analysis of technical efficiency through Data Envelopment Analysis (DEA), using data from 761 municipalities of Minas Gerais, in such a way to build a measure of efficiency of municipal Primary Health Care. It was observed that there are factors that differentiate groups of municipalities with similar efficiency measures, considering that factors such as income and education can impact the efficiency of primary care, beyond public management can be a determining factor, since the allocation of resources is done by municipal managers. This shows the relevance of aspects of management in public administration as well as management of health policies.

1. INTRODUÇÃO

O sistema de saúde pública brasileiro passa por diversas mudanças ao longo da história do Brasil, mas, desde a década de 1980, é possível perceber um foco na Atenção Primária à Saúde, como tentativa de modificar a prática sanitária da atenção curativa para uma prática com o foco na promoção da saúde (COTTA *et. al.*, 2013). No entanto, a saúde pública enfrenta vários entraves para garantir o acesso de toda a população, os quais se justificam por fatores diversos “de ordem política, econômica, financeira, geográfica, tecnológica, humana e assistencial” (COTTA *et. al.*, 2013, p.165).

Com isso, fica evidente que a saúde é um fator plural e determinante para a população, tendo a necessidade de ser um serviço eficiente de forma a utilizar, da melhor maneira, os recursos alocados para este fim. A eficiência no setor público é um tema de grande importância, estando diretamente relacionada ao desenvolvimento (SILVA, 2009; SANTOS, 2011; COSTA, 2012, MOTTER e SILVEIRA, 2012; SANO e MOTENEGRO FILHO, 2013). Entretanto, ela envolve capacidade de escolha na alocação de recursos escassos, principalmente na esfera pública, uma vez que investir em um setor significa deixar de investir em outros, pois “nenhuma sociedade possui recursos ilimitados para oferecer serviços de saúde” (STARFIELD, 2002, p.21). Por isso, a capacidade dos gastos gerarem indicadores positivos é fundamental em uma tomada de decisão, estando diretamente relacionada com a qualidade da gestão pública, além de possuir um caráter transversal, já que engloba diferentes áreas do conhecimento.

No contexto do setor de saúde, os indicadores não dependem exclusivamente das decisões tomadas, uma vez que existem outros fatores que interferem nas condições de saúde de uma população que não podem ser controlados (como exemplo, acidentes e traumas), no entanto, a atenção primária à saúde pode evitar uma série de complicações e agravos. Também a aprendizagem política e a participação social que dela resultam podem melhorar a qualidade dos serviços prestados (WEISSERT & SCHELLER, 2008), o que demonstra um caráter transversal das políticas de saúde.

O Ministério da Saúde (MS) criou em 2000 a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB), em conjunto com a criação do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde. Isso mostra o reconhecimento da importância de avaliar e fomentar políticas que deem suporte à

tomada de decisão, entendendo que essa cultura avaliativa deve ser institucionalizada pelos próprios gestores.

A evidência científica informa que a APS é capaz de tratar grande parte dos problemas de saúde atuando a médio e longo prazo na qualidade de vida e no desenvolvimento dos municípios (STARFIELD, 2002), além de constituir uma possibilidade de maior acesso da população ao sistema de saúde.

No Brasil, a APS se realiza por meio de ações e programas relacionados à Estratégia Saúde da Família (ESF) que tem o tratamento centrado na saúde e na atenção preventiva e de promoção, ao invés de curativa, e ainda tem como objetivo atender à grande parte da população conscientizando-a e educando-a para a promoção do seu intuito, que consiste em tratamentos antes que a pessoa adoça, evitando internações e gastos com atenção de média e alta complexidade - tratamentos mais complexos e, portanto, mais caros.

Assim, a ESF possibilita uma administração da saúde que gera impactos reais em alguns indicadores, que, por sua vez, mostram que características da gestão dos municípios podem modificar o estado de saúde da população. Nessa perspectiva, este estudo teve o objetivo de verificar o desempenho dos municípios na ESF em Minas Gerais através de indicadores de eficiência e resultados na APS e investimentos nessa estratégia, por meio de gastos, número de equipes e número de Unidades Básicas de Saúde, que se relacionam com as metas da ESF.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1. Atenção Primária à Saúde no Brasil

Na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978 em Alma Ata, no Cazaquistão, a Atenção Primária à Saúde foi definida como parte integral do sistema de saúde, respondendo por tratamentos acessíveis e aceitáveis à comunidade (BRASIL, 2002). Assumindo papel central no desenvolvimento das comunidades e do sistema de saúde.

Foram eleitos alguns elementos fundamentais à Atenção Primária à Saúde (APS), determinados na carta de Alma Ata, tais como: educação e saúde; saneamento ambiental; programa de saúde materno-infantil; prevenção de moléstias endêmicas locais; tratamento adequado de lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição e medicina tradicional (BRASIL, 2002). Assim, a carta de Alma Ata revela a importância de fatores ligados à saúde indiretamente para a APS.

Em contexto mais específico, no Brasil, a Reforma Sanitária que ocorreu na segunda metade da década de 1970 culminou em uma mudança no sistema de saúde brasileiro, e incorporou ao texto da Constituição de 1988 princípios norteadores desse movimento, que incluem a universalização da saúde, integralidade e saúde como um direito social (JUNQUEIRA *et. al.*, 2008).

Dessa forma, a Constituição de 1988 determina a saúde como um direito de todos os cidadãos, de acordo com o qual o Estado deve garantir à população através de políticas sociais e econômicas visando à redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988, Art. 196).

Para efetivar esse direito, a Constituição Federal de 1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas leis orgânicas da Saúde (Leis nº 8080/90 e nº 8.142/90), que tornou obrigatório o atendimento gratuito a qualquer cidadão, sendo financiado com recursos do Governo Federal, Estadual e Municipal.

No sentido de criar políticas que fortalecessem a atenção primária e melhorassem o acesso à saúde, em 1991, o Ministério da saúde criou o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) com o propósito de consolidação do SUS através de um atendimento descentralizado e domiciliar.

Hoje, o PACS é visto como intermediário para a criação do Programa Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2001), que teve início em 1994, e se formalizou como um instrumento de reorganização da atenção à saúde, atendendo às camadas mais vulneráveis da população. Em 1997, o Ministério da Saúde modificou o programa e o capacitou a alterar o modelo assistencial vigente, tornando-o a principal porta de entrada para o sistema de saúde.

O PSF e o PACS participam de um conjunto de questões relativas às bases conceituais e operacionais do que se tem denominado “Atenção Primária à Saúde”, inserida num contexto de descentralização e controle social da gestão dos programas de saúde do SUS, que tem apresentado resultados positivos nos principais indicadores de saúde. O nome foi modificado para Estratégia Saúde da Família (ESF), por se tratar de um modelo de reordenação do modelo assistencial vigente, e atualmente, é considerado um projeto de caráter dinamizador que provoca o reordenamento do modelo de atenção do SUS, sendo a sua principal estratégia para reorientar o modelo de assistência à saúde da população a partir da atenção primária à saúde (BRASIL, 2012b).

De acordo com o Ministério da Saúde, os princípios fundamentais da Atenção Primária no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Nesse sentido, as equipes da ESF estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade desses profissionais com os usuários e a comunidade. .

Esse cuidado compartilhado com a população, prezando pela participação social, se torna relevante na medida em que cuidados alternativos com a saúde e o pluralismo no cuidado com as condições de vida são observados principalmente nas sociedades mais urbanizadas (HELMAN, 2009).

A Estratégia Saúde da Família atua através de equipes multiprofissionais que tem seu ponto de apoio nas Unidades Básicas de Saúde, mas fazem visitas domiciliares geralmente compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde; algumas unidades têm um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de, no máximo, quatro mil habitantes de uma determinada área. Esse trabalho de coparticipação da atenção à saúde cria uma troca de experiência entre os agentes e a população, o que possibilita uma melhor atuação desses agentes, pois, além de terem um contato mais próximo com

a população, já que a atuação das equipes não ocorre somente nas unidades básicas de saúde, mas nas residências.

Essa circunstância possibilita que eles conheçam e atuem nos fatores de risco daquela população: “a prática da medicina de família baseia-se no lar e na comunidade, e os fatores sociais, psicológicos e familiares são considerados relevantes na realização do diagnóstico” (HELMAN, 2009, p.108), além de gerar também um ciclo de educação e promoção da saúde. As equipes se responsabilizam por um número de famílias em uma área delimitada, atuando na promoção, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e manutenção da saúde (BRASIL, 2012a).

Existem ainda políticas vinculadas à ESF, como a Política Nacional de Humanização, que é uma política transversal, e possibilita que a humanização seja exercida em qualquer estabelecimento de saúde, em qualquer âmbito da assistência ou da gestão, permitindo “alavancar na democratização institucional, e a constituição de redes cooperativas de produção de saúde” (SANTOS-FILHO; SOUZA; GONÇALVES, 2011, p. 260).

A execução das políticas de atenção básica é compartilhada pela esfera federal, estadual e municipal. Na esfera federal, as ações são mais normativas; nesse nível são estabelecidas as diretrizes básicas do programa e a ordenação dos recursos humanos, e também são elaborados mecanismos de controle e avaliação dessas políticas, além de ser mantida uma base de dados nacional. Já na esfera estadual as ações são mais voltadas para o seu território, no sentido de acompanhar as ações executadas pelos municípios e auxiliar nas estratégias de atenção básica. Por fim, no âmbito municipal, os gestores são responsáveis por ações pontuais do programa como manter a rede de unidades básicas de saúde em funcionamento, alimentar a base de dados e avaliar o desempenho das equipes do seu território.

Com isso, percebe-se que a descentralização é um aspecto essencial nessas políticas, de forma que cada município tem liberdade pra administrar seus recursos e pode se destacar na gestão de acordo com as próprias escolhas, que refletem em benefícios para a população.

2.2. Avaliação de políticas Públicas de Saúde

O processo de aprendizagem política e de participação social é de grande importância para a efetividade de programas públicos, com destaque para os de saúde

(WEISSERT E SCHELLER, 2008). Assim, a qualidade das políticas públicas é uma preocupação atual, visto que a qualidade e a sua garantia na saúde, aumentam o crédito nessa área (WHO, 2003).

Uma vez que a melhoria da qualidade de vida é alcançada através de discussões formadas entre outros aspectos, na avaliação de políticas públicas (CAMPOS, BARROS E CASTRO, 2004). O campo de estudos de qualidade de vida consiste em um dos parâmetros de avaliação de políticas públicas de saúde, servindo de impulso para a mudança de muitas dessas políticas (BAKER, 2003).

No entanto, a avaliação de políticas públicas de saúde só ganhou força em 2000, com a criação da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB), por um processo de reorganização interna do Ministério da Saúde, em conjunto com a criação do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde.

A CAA/DAB foi idealizada com o propósito de formular e conduzir os processos avaliativos relacionados a esse nível de atenção, compreendendo seu papel estratégico para o redirecionamento da organização do sistema de saúde no país, de maneira a auxiliar o processo decisório do sistema de saúde, revelando uma maior preocupação do Ministério da Saúde com a avaliação das políticas de atenção básica à saúde no Brasil (HENRIQUE e CALVO, 2008).

Diante disso, a CAA entende que é papel do Gestor Federal ser o indutor da institucionalização da avaliação nas três esferas de governo, e estabelece, como eixo estruturador em sua missão, fomentar e consolidar a cultura avaliativa nas três instâncias de gestão do SUS. Dessa forma a Coordenação envolve as três esferas de governo que descentralizam e consolidam a avaliação como ferramenta de gestão, para que esta facilite o processo de tomada de decisão e formação dos sujeitos envolvidos no processo.

O Departamento de Atenção Básica (DAB) considera a importância da avaliação em saúde para dar suporte ao processo decisório do Sistema de Saúde, e frisa a importância de mensurar o impacto de suas ações sobre o estado de saúde da população. Nesse sentido, em 2005, o Ministério da saúde escreveu um documento para contextualizar a trajetória da construção de uma política de avaliação para políticas e programas de saúde no âmbito da atenção primária, contribuindo, assim, para o debate sobre avaliação, tendo em vista sua institucionalização no Sistema Único de Saúde.

Para o Ministério da Saúde, no Brasil (2005), a avaliação em saúde mostra processos pouco incorporados às práticas e possuem caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo do que subsidiários do planejamento e da gestão. Os instrumentos existentes não se constituem ferramentas de suporte ao processo decisório e nem de formação das pessoas nele envolvidas.

O Ministério da Saúde compreende que a institucionalização da avaliação deve estar vinculada à elaboração de uma política de avaliação de ações e programas no âmbito do SUS, da qual a política de monitoramento e a avaliação da atenção primária devem fazer parte, sendo muito importante, em sua formulação, o envolvimento dos diversos atores (profissionais de saúde, usuários do sistema, gestores, técnicos e pesquisadores), a definição clara de suas responsabilidades, e as formas de financiamento dos processos de avaliação.

Com isso, entende-se que surge a necessidade de um processo de avaliação institucionalizado, que seja capaz de apoiar o processo de tomada de decisão, prestar contas à sociedade e produzir conhecimento, que são as propostas do modelo de avaliação desse documento.

O modelo lógico da política nacional de monitoramento e avaliação da atenção primária apresenta seis componentes principais: (i) monitoramento e avaliação; (ii) desenvolvimento da capacidade avaliativa; (iii) articulação sistemática e integração das ações; (iv) cooperação técnica e articulação interinstitucional; (v) indução e gestão de estudos e pesquisas e (vi) produção de informação e comunicação (BRASIL, 2005).

Além dessa Avaliação da Atenção Básica, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que permite a adesão espontânea de cada Unidade Básica de Saúde (UBS) e pretende institucionalizar nessas unidades processos que ampliem a capacidade de gestão e das equipes de saúde, assegurando maior qualidade dos serviços (BRASIL, 2013c).

Essa ação visa a uma “garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde em todo o Brasil” (BRASIL, 2013c). Tal programa é organizado em quatro fases, de forma que elas componham um ciclo virtuoso de melhoria ao acesso e qualidade da Atenção Básica, sendo estas fases compostas pela “adesão e contratualização”, “desenvolvimento”, “avaliação externa” e “recontratualização”.

Portanto, é possível perceber a preocupação do Ministério da Saúde com as políticas de atenção primária e como as equipes de saúde trabalham diretamente com a população, pois essas conhecem a realidade do programa e participam da avaliação proposta pelo ministério.

3. MÉTODOS

3.1. Coleta de dados

Trata-se de estudo transversal, cuja coleta de dados se deu por meio do Censo IBGE, instrumento este que contribuiu com informações a cerca das condições de vida da população de Minas Gerais, do DATASUS, site do Ministério da Saúde, que contém informações e indicadores demográficos, socioeconômicos, de morbidade, de mortalidade, fatores de risco e proteção e de cobertura, além dos dados disponibilizados no SIOPS – Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (DATASUS, 2013). Esses dados foram coletados durante o ano de 2013, especificamente, entre os meses de fevereiro e agosto, e são referentes ao ano de 2010, que, por ser o ano do último Censo realizado, disponibiliza seus registros nesse ano. Foram estudados 761 municípios, dos 853, devido a falta de dados de alguns, a lista dos municípios excluídos da análise está disponível no Apêndice 1.

3.2. Análise dos dados

3.2.1. *Data Envelopment Analysis (DEA)*

Para analisar a qualidade e eficiência na gestão dos recursos foi utilizada a técnica *Data Envelopment Analysis (DEA)*, que permite calcular a eficiência através da razão de uma soma ponderada das saídas ou resultados gerados por um sistema de produção e as entradas desse sistema. Nessa metodologia, o peso para cada fator de ponderação é obtido através da resolução de um problema de programação fracionária, em que cada unidade analisada maximiza sua eficiência. Assim, a DEA é considerada um modelo objetivo na avaliação da eficiência, já que elimina a subjetividade no estabelecimento de pesos aos fatores (SILVA et. al., 2010).

Na análise em que se usa a DEA, é feita uma comparação das DMU's (Decision Making Units) ou unidades de decisão, sendo que as eficientes formam uma barreira (Pareto-Eficiente) baseada na eficiência de Pareto, e as outras DMU's ficam abaixo dessa barreira. Essa análise é chamada, no Brasil, de análise envoltória de dados, justamente por limitar os mesmos - como num envelope, com um limite superior ou inferior, dependendo da curva de eficiência gerada pelos dados.

A eficiência baseia-se na definição de Pareto (LINS, et. al., 2007), onde:

(1)

$$\text{Índice de Eficiência} = \frac{\sum_j u_j Y_{jk}}{\sum_i v_i X_k} = \frac{u Y_k}{v X_k}$$

Esse modelo para mensurar a eficiência foi introduzido por Charnes, Cooper e Rhodes (1978), quando se iniciou o uso do termo *Envelopment Analysis* (DEA), e de onde se aplicam Retornos Constantes de Escala, chamado de abordagem CCR por causa das iniciais dos autores, ou CRS (*Constant Returnsto Scale*). Banker, Charnes e Cooper (1984) aprimoraram esse modelo com uma abordagem de Retornos Variáveis de Escala, também conhecidos pelas iniciais dos autores (BCC) ou por VRS (*Variable Returnsto Scale*).

Na abordagem CCR ocorre um aumento proporcional nos *outputs* em cada aumento de *inputs*; já na abordagem BCC, as variações ocorridas nos *outputs* são não proporcionais e não são necessariamente de aumento. Neste estudo foi utilizada a abordagem CCR, por ser uma abordagem mais conservadora e distanciando os municípios ineficientes, de forma que destaca a diferença entre eles e contribui para visualizar as diferenças entre eles .

Desde então, diversos autores utilizam a DEA em análises de eficiência relacionadas à empresas, como Fernandes (2007). Já em políticas públicas, existem estudos relacionados como o de Silva *et. al.* (2010), em que se avaliam a eficiência na alocação de recursos públicos destinados à educação em Minas Gerais. Outros trabalhos estudam eficiência em políticas públicas e outras ações relacionadas ao Estado (PIMENTEL, 2011; LOPES e TOYOSHIMA, 2008) ou trabalho de Santos, Carvalho e Lírio (2012), em que as autoras estudam, também em Minas Gerais, a eficiência do atendimento do SUS. Na área da saúde já existem alguns trabalhos publicados que utilizam essa metodologia nas pesquisas sobre atenção primária à saúde, como Scaratti e Calvo (2012), ou em hospitais, como Calvo (2002) e Cesconetto (2006), e até mesmo na saúde da marinha, como Jorge *et. al.*, (2013).

As avaliações de eficiência podem ser orientadas para o insumo (orientação-*input*), quando se pretende atingir o mesmo nível de produção reduzindo a quantidade de insumos; ou orientadas para o produto (orientação-*output*), quando, com a mesma quantidade de insumos, se pretende gerar um nível maior de produtos.

A DEA é uma metodologia não paramétrica, e compara as eficiências das DMU's em questão, que devem ter os mesmos *inputs* e *outputs*. No caso do estudo, as DMU's são os municípios mineiros e os *inputs* e *outputs* são determinados no Quadro 1.

Quadro 1: Dados utilizados na DEA.

	Variável	Fonte
Inputs	UBS por Habitante: Número de Unidades básicas de saúde por município dividida pelo número de habitantes.	IBGE e Datasus – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), (BRASIL, 2013a).
	Equipes de saúde por habitante: Número de equipes de saúde por município dividido pelo número de habitantes.	IBGE e Datasus (BRASIL, 2013b).
	Despesa Liquidada com atenção básica por habitante: Despesa liquidada com gastos com atenção básica (importante salientar que não estão inclusos gastos com mão de obra), dividido pelo número de habitantes.	IBGE e Datasus – SIOPS (Informações Financeiras) (BRASIL, 2013c).
Outputs	Proporção média de cobertura vacinal: a média das seguintes coberturas vacinais, em porcentagem da população: Cobertura vacinal de tetravalente em menores de 1 ano; Cobertura vacinal de tríplice viral da população de 1 ano de idade; Cobertura vacinal contra poliomielite em menores de 1 ano; Cobertura vacinal em campanha contra influenza da população de 60 anos ou mais; Cobertura vacinal de febre amarela em menores de 1 ano; Cobertura vacinal de hepatite B em menores de 20 anos.	Datasus (BRASIL, 2013b).
	Proporção de internações hospitalares por condições não sensíveis na atenção ambulatorial: 1 – índice de proporção de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial do IMRS – Índice Mineiro de Responsabilidade Social (MINAS GERAIS, 2013). Considerando como condições sensíveis à atenção ambulatorial o conceito de Alfradique(2009) ³ .	IMRS, 2013.
	Proporção de nascidos vivos cujas mães realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal: razão entre o número de nascidos vivos cujas mães realizaram 7 ou mais consultas pré-natal e número total de nascidos vivos.	IMRS, 2013.
	Proporção de nascidos vivos com peso normal: 1- Proporção de nascidos vivos com baixo peso.	IMRS, 2013.

Fonte: Elaboração do autor.

Para este trabalho, foi utilizada a orientação-produto, devido à característica da avaliação de políticas públicas, principalmente no que tange à saúde. Pretende-se que, com os mesmos recursos despendidos de cada município, se produza melhores

³ Artigo publicado na revista Caderno de Saúde Pública, em 2009, em que uma equipe de pesquisadores construiu uma lista de internações por condições sensíveis à atenção primária seguindo o modelo proposto por Caminal-Homar & Casanova-Matutano, resguardando-se as adaptações para as condições brasileiras, disponível no Anexo 1

indicadores de saúde para a população desses. Assim, a Análise Envoltória de Dados foi utilizada com a finalidade de verificar a eficiência dos gastos com a Estratégia Saúde da Família e seu impacto em fatores relacionados com a atenção primária à saúde.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1. Análise descritiva dos dados utilizados

Os escores de eficiência de cada município estão listados no Apêndice 2 e para fins de caracterização da amostra, os dados utilizados na Análise Envoltória de Dados (DEA) foram analisados de forma descritiva, como exposto na Tabela 1.

Tabela 1: Análise descritiva das variáveis utilizadas.

Estatísticas descritivas						
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Assimetria	Curtose
UBS/HABITANTE $\times 10^{-3}$	0,111	3,306	0,549	0,332	2,185	9,397
EQUIPE/HABIT. $\times 10^{-3}$	0,102	0,290	0,261	0,049	-1,647	1,561
DESPESA/HABITANTE	16,794	920,638	235,375	150,948	1,260	1,851
COBERTURA VACINAL	0,625	1,000	0,919	0,054	-1,396	2,783
INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES NÃO SENSÍVEIS À A.P.	0,380	1,000	0,803	0,082	-0,980	1,855
PROPORÇÃO DE MÃES QUE REALIZARAM 7 PRÉ-NATAIS	0,172	1,000	0,679	0,154	-0,453	-0,044
PROPORÇÃO DE RECÉM NASCIDOS COM BOM PESO	0,611	1,000	0,911	0,042	-1,599	8,598

Fonte: Resultados da pesquisa.

Os recursos para o pagamento das equipes de saúde e para a construção de UBS podem ser direcionados, vindo diretamente do estado ou da união para esse fim, sendo aquilo que diferencia um município de outro a solicitação e a necessidade de receber esse benefício. Dessa forma, espera-se uma padronização do distanciamento da média dessas variáveis, medido pelo desvio padrão. No entanto, o número de UBS por habitante apresenta um desvio padrão considerável, enquanto que essa medida do número de equipes é pequena. Isso leva a atentar para o fato de que solicitar recursos direcionados é importante para a qualidade da saúde no município.

Alguns municípios não o fazem, tanto porque o Governo Federal se mostra eficiente na tentativa de padronizar o número de UBS quanto porque algumas UBS têm uma capacidade diferenciada de outras, e em alguns casos elas recebem mais de uma equipe de saúde e têm estrutura suficiente para isso.

As equipes multiprofissionais de saúde constituem o principal fator que possibilita a proximidade com a comunidade e com cada paciente, já que os fatores

peçoais são importantes nesses diagnósticos (HELMAN, 2009). Esse pode ser um dos motivos que justifica a observação de que o número de equipes não apresenta grandes variações. Além disso, esse número segue uma norma mais institucionalizada, e a meta de cobertura de atendimento de 100% das famílias depende diretamente do seu número; assim, os gestores de saúde podem priorizar o pagamento de mais equipes e por isso, essa variável se apresenta mais uniforme nos municípios.

Os três municípios que apresentaram maior número de UBS por habitante são municípios que obtiveram uma cobertura de 100%, ou seja, o número máximo de equipes por habitante, de $0,290 \times 10^{-3}$. São eles: Cedro do Abaeté, Serra da Saudade e Doresópolis⁴ - sendo municípios com uma população pequena, próximos de 1.000 habitantes e uma renda per capita próxima de R\$600,00, próxima da média dos municípios.

Já na variável de despesa com atenção básica por habitante, percebe-se uma grande variação, indo de R\$ 16,00 a R\$ 929,639 por habitante. Isso mostra que os gestores agem de forma bastante diferenciada no que se refere aos gastos, o que interfere diretamente na eficiência do sistema de saúde primária, visto que, quanto menores os gastos e melhores os indicadores, mais eficiente será o município. Apesar dos investimentos nesse tipo de cuidado com a saúde serem crescentes, a gestão pública, para ser eficiente, deve sempre gastar menos e produzir mais. Essa variável é peculiar porque os municípios se mostram mais eficientes na medida em que produzem melhores indicadores de saúde com menos gastos. Contudo, os que dispõem mais recursos para esse tipo de atenção à saúde mostram a importância da mesma para a gestão do município, como Doresópolis e Grupiara, que gastam em média mais de R\$900,00 por habitante com atenção básica. Doresópolis também apresenta um dos três mais altos número de UBS e de equipes por habitante, no entanto, quando se analisa a eficiência desse município, percebe-se que tem um escore de eficiência de 0,4, indicando que ele não está próximo à curva de eficiência esperada.

Quanto às variáveis utilizadas no modelo como *output*, percebe-se que existem municípios que apresentam indicadores desejáveis em relação à atenção primária, já que todas elas apresentam o índice máximo, sendo este igual a 1. Esse fator mostra que alguns municípios conseguem atingir toda a população e gerar os indicadores máximos

⁴ As cidades citadas como exemplo estão sinalizadas no mapa no Apêndice 3.

esperados, como no caso de Doresópolis, que apresenta indicadores máximos em duas variáveis de saída, e outras duas bastante acima da média, mas como indicadores de entrada que se destacam dos demais. O referido município não se caracteriza como um município eficiente, ou seja, apesar de apresentar bons indicadores de APS, o alto volume de recursos permite verificar que os bons resultados não se devem a qualidade da gestão. Observando os casos dos municípios de Nova Lima, Nova Era e Araxá, é possível perceber que são ocorrências de baixos índices nas variáveis de entrada. Nova Era, por exemplo, é o segundo município com o menor número de UBS por habitante; Araxá e Nova Lima são os dois menores em número de equipes por habitante, mas estão na linha sugerida de eficiência, apresentando um escore de 100%. Este aspecto mostra que a gestão desses municípios é eficiente, pois, mesmo com menos recursos do que a média, conseguem ser eficientes, alcançar os objetivos e metas do programa.

Além disso, as médias para os indicadores de cobertura vacinal, internações por condições não sensíveis à atenção ambulatorial e recém nascidos com peso ideal têm comportamentos parecidos, sendo próximos de 1 (que é o indicador máximo). Por outro lado, o número de crianças nascidas cujas mães realizaram 7 pré-natais ainda tem uma média 0,6788, o que demonstra que muitos municípios ainda têm muito que melhorar. Destaca-se os municípios de Além Paraíba e Malacacheta, que são municípios com dados socioeconômicos bastante diferentes, mas que, no entanto, apresentam os menores números de mães que realizaram os 7 pré-natais.

Analisando a assimetria dos dados, percebe-se que eles não são simétricos, e o número de UBS por habitante, além da despesa por habitante apresentam assimetria positiva, o que indica que esses dados têm uma concentração abaixo da média, ou seja, existem municípios que possuem uma despesa por habitantes e número de UBS bem mais altas do que outros. E que, apesar da média retratar o comportamento da maioria dos municípios, alguns deles tem um comportamento diferenciado, sendo superior dos demais.

Todavia, as outras variáveis apresentam uma assimetria negativa, o que demonstra o fato de seus valores estarem concentrados acima da média, e que os municípios que se comportam diferente da maioria possuem indicadores menores. Isso acontece porque o número de equipes não varia muito nos municípios, sendo que os que não têm cobertura total, com o máximo de equipes, tentam alcançar esse número, e as outras variáveis são de resultado, em que a concentração está próximo do máximo de

cada indicador. O que mostra que os municípios pretendem alcançar esse valor, mas ainda existem outros fatores relacionados com a saúde, inclusive a gestão que não permite que eles cumpram todas as metas, por isso alguns municípios ainda se concentram a baixo da média.

Quanto ao achatamento da curva formada pelos dados, medido pela curtose, a proporção média de vacinação mostra-se próxima de um achatamento normal (2,63), tendo curtose igual a 2,7833. E as variáveis que se mostram mais com menores concentrações em um ponto são: número de UBS por habitante e número proporcional de recém-nascidos com bom peso, tendo seus dados bem distribuídos e pouco concentrados em um único ponto, aspecto demonstrativo de que o comportamento dos municípios é diferente, não existindo concentração dos dados.

Já a proporção de mães que realizaram 7 ou mais pré-natais apresenta uma curtose que indica o alongamento da curva, ou seja, a concentração de dados em um ponto. Muitos municípios apresentam uma proporção parecida, significando que estão conseguindo atingir essa meta ou aproximar-se dela, pelo menos. O que se espera por ideal na APS, é que todos os municípios apresentassem esse indicador igual a 1. Depois de conhecer os dados analisados, é possível avaliar o escore de eficiência formado por eles, com o objetivo de conhecer o comportamento da eficiência dos municípios mineiros em relação à APS.

4.2. Análise do escore de eficiência

A análise dos pontos de eficiência gerados, ou do escore de eficiência, formados a partir da abordagem da DEA no software EMS pretende evidenciar as diferenças entre os municípios mineiros no que tange à APS.

Tabela 2: Estatísticas descritivas do escore de eficiência.

Mínimo	Máximo	Moda	Média	Desvio padrão	Assimetria	Curtose
Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística
0,346	1,000	1,000	0,490	0,158	1,749	2,331

Fonte: Dados do estudo.

Ao analisar o escore de eficiência, é possível perceber que a maior concentração de valores está no máximo possível (escore de eficiência 1), ponto onde os valores coincidem. No entanto, a assimetria positiva mostra que existem municípios que se

destacam por medidas superiores à média, já que a maior concentração de dados está próxima de média e mediana, como se observa na Figura 1.

Existem 21 municípios eficientes⁵ com características socioeconômicas distintas, mas grande parte desses ainda está distante de alcançar a eficiência e apresentam escore próximo de 0,4. Essa circunstância indica que ainda há muito que se fazer na gestão da saúde desses municípios para que os recursos sejam melhor aproveitados.

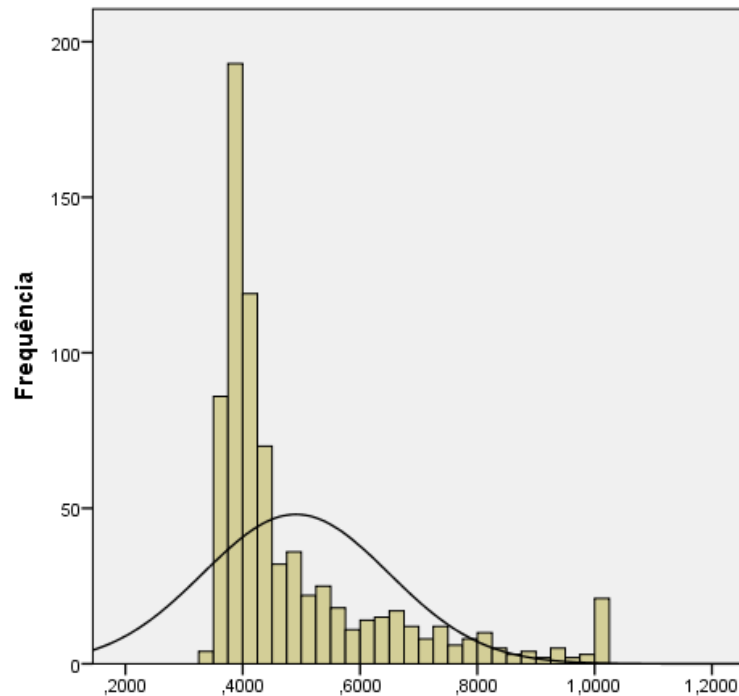


Figura 1: Comportamento do escore de eficiência.
Fonte: Dados da pesquisa.

A média é próxima de 0,5, o valor central entre os possíveis valores, mas existe uma grande variação na distribuição dos dados, percebida pela curtose abaixo da curva normal. Essa grande variação nos escores de eficiência pode revelar a descentralização e liberdade de ação dos municípios (FLEURY, 2001), em que cada um aloca os recursos destinados à saúde, priorizando uma área ou um tipo diferente de atenção, e resultando em alguns investimentos e ações realizadas, que podem tornar a atenção primária menos eficiente.

Para uma análise comparativa dos municípios, eles foram divididos em três grupos de acordo com a Tabela 3, onde foram agrupados com referência na média e 0,7

⁵ Os municípios eficientes estão indicados no mapa do Apêndice 4.

desvios padrões; essa divisão justifica-se pela tentativa de criar grupos em que fosse possível retratar o comportamento dos dados. Em uma distribuição normal, 68% dos dados estariam posicionados entre a média mais um desvio padrão e a média menos um desvio padrão, sendo os outros 32% posicionados depois desse limite. Todavia, como se trata de dados nas Ciências Sociais, em que não seguem uma distribuição normal, optou-se arbitrariamente por dividir os grupos com base em 0,7 desvios padrões como forma de mostrar que os dados ainda se concentram no centro da curva, mas não seguem a distribuição normal.

Tabela 3: Divisão de grupos de escores de eficiência.

Critério	Escores	Desempenho na otimização dos recursos	Grupo	Frequência
Inferior à Média menos 0,7 Desvio-padrão	$E \leq 0,37982$	Baixo	1	126
Média mais ou menos 0,7 Desvio-padrão	$0,37982 < E < 0,60158$	Médio	2	490
Superior à Média mais 0,7 Desvio-padrão	$E \geq 0,60158$	Alto	3	147

Fonte: Dados da pesquisa.

A partir da Tabela 3, percebe-se que o Grupo 2 é o que enquadra mais municípios, e que pela distribuição dos escores não ser uma curva normal, houve uma maior concentração no Grupo 3 do que no Grupo 1. O número de municípios no Grupo 1 mostra que ainda são necessárias ações que tornem a APS mais eficiente, e que é possível aumentar essa eficiência, já que existem municípios que se posicionaram acima da média, como os do Grupo 3.

No entanto, o Grupo 2 revela que maioria dos municípios ainda são medianos, e sugere que eles têm potencial para melhorar, pois há ações que podem ser melhor executadas, mas que ainda não alcançaram a eficiência.

A Figura 2 ilustra essa divisão, sendo possível visualizar o mapa do estado de Minas Gerais com os municípios diferenciados pelas cores dos grupos ao qual pertencem, sendo que 90 municípios não foram classificados em grupos, por terem participação da análise do DEA dada a falta de dados disponíveis.

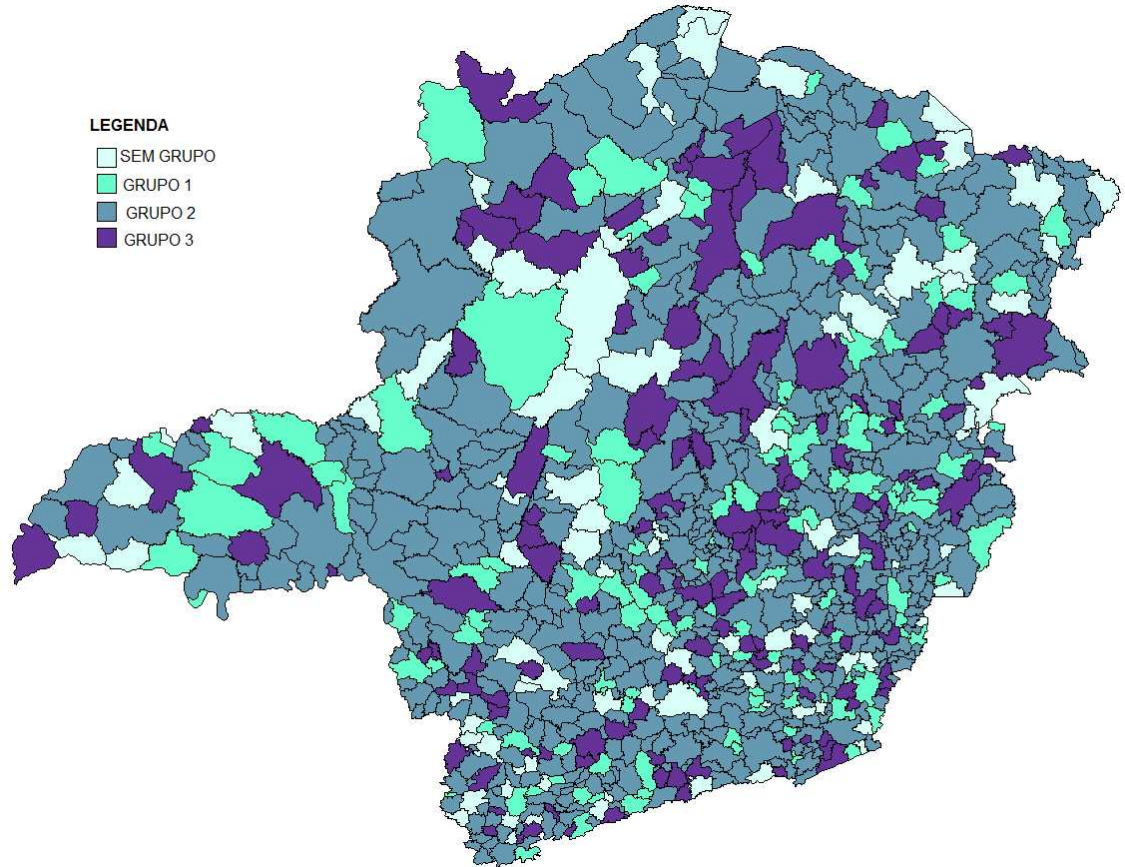


Figura 2: Mapa dos municípios por grupos de eficiência.
Fonte: Dados da pesquisa.

Para uma melhor compreensão e conhecimento dos municípios que participam de cada grupo, o Quadro 4 mostra as estatísticas descritivas de dados socioeconômicos dos municípios dos três grupos:

Tabela 4: Dados socioeconômicos dos grupos de eficiência.

Estatísticas descritivas								
		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Assimetria	Curtose
GRUPO 1	População total (habitantes)	126	1210,000	33973,000	6667,720	4747,647	2,552	10,014
	Famílias beneficiadas pelo Bolsa Família (famílias)	126	72,000	2375,000	612,370	455,084	1,691	2,921
	Renda per capita (R\$ de dez/2010)	126	258,48	1019,10	494,87	121,18	0,862	1,898
	Taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais (%)	126	5,000	35,000	15,360	6,389	0,864	0,394
GRUPO 2	População total (habitantes)	490	815,000	202942,000	11362,370	15473,879	6,211	58,162
	Famílias beneficiadas pelo Bolsa Família (famílias)	490	38,000	13394,000	916,320	1021,921	5,194	48,859
	Renda per capita (R\$ de dez/2010)	490	245,97	1027,99	510,82	136,67	0,460	-0,328
	Taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais (%)	490	4,000	34,000	14,350	6,406	0,737	-0,171
GRUPO 3	População total (habitantes)	147	2857,000	2375151,000	62658,320	207949,689	9,774	106,616
	Famílias beneficiadas pelo Bolsa Família (famílias)	147	132,000	69592,000	2779,390	6330,941	8,569	86,632
	Renda per capita (R\$ de dez/2010)	147	290,38	1704,55	644,30	196,18	1,735	7,375
	Taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais (%)	147	3,000	29,000	9,710	4,831	1,192	1,584

Fonte: Datasus, 2013 e IMRS, 2013.

A Tabela 4 mostra os dados dos grupos 1, 2 e 3. O Grupo 1, que é o grupo de municípios que apresentou os escores de eficiência mais baixos, tendo 126 municípios mineiros, mostra a menor média populacional dos três grupos, sendo a média do grupo 3, a maior delas.

A renda per capita e a taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais, são fatores em que se pode perceber a possibilidade de influenciar, de fato, na eficiência da Atenção Básica à saúde já que esses foram melhores no grupo 3, no qual a eficiência dos municípios é mais alta. Tal aspecto leva a entender que outros fatores, além da gestão e a própria saúde, podem influenciar a eficiência da APS.

Com isso, é possível perceber que a atenção primária à saúde é uma forma de atenção que depende de políticas transversais, de forma que a população seja assistida em outras áreas. É necessário que se destaque o pluralismo do cuidado (HELMAN, 2009) e vendo esse cuidado compartilhado como uma forma a diminuir a vulnerabilidade e melhorar a qualidade de vida nesses municípios, que serve de impulso para mudanças em várias esferas da vida da população.

5. CONCLUSÃO

Essa análise verifica a eficiência da Atenção Primária à Saúde através de indicadores relevantes, o que leva a um possível distanciamento da percepção da população sobre a saúde no município já que essa percepção pode variar de acordo com a visão política, o tamanho da cidade e a proximidade das ações da ESF com a população, sendo uma visão particular de cada cidadão. Uma vez que as ações de um município, podem causar a impressão de serem próximas da população, mas não cumprir as metas de vacinação, e assim, mesmo que a humanização do SUS esteja boa, os objetivos da atenção primária não foram alcançados porque a Atenção Primária não consiste somente nessa proximidade, mas no alcance de resultados que revelem um tratamento inicial, preventivo e promocional da saúde da população.

Dessa forma, uma limitação deste estudo é não considerar a visão da população sobre a eficiência, mas a intenção era avaliar desse os objetivos foram atingidos. Outra limitação é a de que ele mede indicadores dos produtos que não revelam o impacto dessas políticas a longo prazo e na vida da população; mas somente a um curto/médio prazo de conscientização.

No entanto, esta pesquisa alcança seu objetivo ao revelar que municípios conseguem ser mais eficientes do que outros, em se tratando da Atenção Primária à Saúde. Isso contribui para o campo de estudos de Administração Pública, uma vez que a administração e a gestão desses municípios é um fator que pode modificar tal eficiência revelada. Ainda, percebe-se que os recursos têm a mesma fonte nesta pesquisa, sendo o que diferencia os municípios seja a própria gestão municipal, que deve ser trabalhada de maneira a beneficiar a população com as suas ações.

Outra área de estudos em que esta pesquisa pode contribuir é a área da gestão da saúde pública, mostrando que a mesma depende de ações transversais dos governos ao indicar características dos municípios dos grupos formados e ao verificar que a educação e renda foram destaques no grupo em que a eficiência da atenção primária foi mais elevada.

Essas perspectivas permitem afirmar que a saúde não é um elemento isolado e que o investimento em outras ações públicas pode auxiliar na eficiência de uma estratégia fundamental para a qualidade de vida da população, além de que a vontade

dos gestores municipais, e os esforços dispensados à saúde mostram resultado direto na população.

6. REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, Maria Elmira; *ET. AL.* . *Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (projeto icsap-brasil)*. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, jun. 2009, v.25, n. 6, p.1337-1349

BANKER, R.D., CHANG, H., NATARAJAN. *Productivity change, technical progress, and relative efficiency change in the public accounting industry*. Management Science, 2005, v. 51, n. 2, p.291-304.

BANKER, R.D.; CHARNES, A.; COOPER, W.W. *Some models for estimating technical and scale inefficiencies in data envelopment analysis*. Management Science, 1984, v. 30, n. 9, p. 1078-1092.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Projeto de Promoção da Saúde. *As Cartas de Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, *Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização* / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação; Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. – Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005

BRASIL, *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/atencmg.def>>. Com acesso em 05 de agosto de 2013a.

BRASIL, Datasus – *Informações de Saúde*. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em 05 de agosto de 2013b.

BRASIL, Datasus – Informações Financeiras. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0302>>. Acesso em 05 de agosto de 2013c.

CALVO, Maria Cristina Marino. *Hospitais públicos e privados no sistema único de saúde do Brasil: o mito da eficiência privada no estado de mato grosso em 1998*. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Engenharia de Produção. Florianópolis, 2002.

CESCONETTO, André. *Avaliação da eficiência produtiva da rede hospitalar do SUS em Santa Catarina*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, UFSC, Florianópolis, 2006. Orientação de CALVO, Maria Cristina Marino.

CHARNES, A., COOPER, W.W., RHODES, E. *Measuring the efficiency of decision-making units*. European Journal of Operational Research, 1978, v. 2, p. 429-444.

CHARNES, A., COOPER, W.W., RHODES, E. *Evaluating program and managerial efficiency: an application of data envelopment analysis to program follow through*. Management Science, Linthicum, jun. 1981, v.27, n.6, p.668-97.

CHARNES, A.; COOPER, W.W.; LEWIN, A.Y.; SEIFORD, L.M. *Data envelopment analysis: theory, methodology, and application*. Dordrecht: KluwerAcademic, 1994, 513 p.

COHEN, Ernesto; FRANCO, Rolando. *Avaliação de Projetos Sociais*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2008, 8 edição.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; *Et. AL. Políticas de Saúde: Desenhos, modelos e paradigmas*. Viçosa, MG: Ed. UFV, 2013.

FERNANDEZ, Maria Clara Rodrigues Bento Vaz. *Desenvolvimento de um sistema de avaliação e melhoria de desempenho no sector do retalho*. Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, 2007.

JORGE, Marcelino José; CARVALHO, Frederico A. de; CARVALHO, Marcelo Pereira de; JORGE, Marina Filgueiras. *Gestão por avaliação de desempenho: uma aplicação ao serviço de saúde da marinha do Brasil*. Revista de Ciências da Administração, ago. 2013, v.15, n.36; p.69-83.

JUNQUEIRA, Túlio da Silva; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; GOMES, Ricardo Corrêa; SILVEIRA, Suely de Fátima Ramos; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; PINHEIRO; Tarcísio M. Magalhães; MELO, Elza Machado de. *Saúde, democracia e organização do trabalho no contexto do Programa de Saúde da Família: desafios estratégicos*. Revista Brasileira de Educação Médica, 2009, v. 33, n.1, p. 122-133.

LINS, Marcos Estellita; LOBO, Maria Stella de Castro; SILVA, Angela Cristina Moreira; FISZMAN; Roberto e RIBEIRO, Vagner José de Paula. *O uso da Análise Envoltória de Dados (DEA) para avaliação de hospitais universitários brasileiros*. Ciência & Saúde Coletiva, 2007, v. 12, n.4, p. 985-998.

LOPES, Luckas Sabioni e TOYOSHIMA, Silvia Harumi. *Eficiência Técnica Municipal na Gestão dos gastos com Saúde e Educação em Minas Gerais: seus Impactos e Determinantes*. In: Anais do XIII Seminário sobre a Economia Mineira, Minas Gerais, 2008.

MINAS GERAIS. *Índice Mineiro de Responsabilidade Social – IMRS*. Disponível em: <<http://www.fjp.mg.gov.br/index.php/indicadores-sociais/-imrs-indice-mineiro-de-responsabilidade-social>>. Acesso em 05 de agosto de 2013.

PIMENTEL, Julio César dos Santos. *Eficiência Tributária: um estudo do desempenho das regiões fiscais da Receita Federal do Brasil na arrecadação de imposto de renda entre 1995 e 2006*. Dissertação de mestrado apresentada a Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Gestão Pública, 2009.

SANTOS, Cristiane Márcia dos; CARVALHO, Heloisa Rosa e LÍRIO, Viviani Silva. *Eficiência do atendimento do SUS no estado de Minas Gerais*. Anais do XIII Seminário sobre a Economia Mineira, CEDEPLAR . Universidade Federal de Minas Gerais, 2008.

SCARATTI, Dirceu; CALVO, Maria Cristina. *Indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde*. ver. Saúde Pública, 2012, v.46, n. 3, p.446-55.

SILVA, Ambrozina de Abreu Pereira; FERREIRA, Marco Aurélio Marques; ABRANTES, Luiz Antônio; BRAGA, Marcelo José Braga. *Educação em Minas Gerais: uma Análise de Eficiência na Alocação de Recursos Públicos*. Anais do Encontro Mineiro de Administração Pública, Economia Solidária e Gestão Social - II EMAPEGS. Universidade Federal de Viçosa – UFV, 2010.

SILVA, Ambrozina de Abreu Pereira. *Eficiência na alocação de recursos públicos e qualidade de vida nos municípios mineiros*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Viçosa, 2009.

ARTIGO 2: SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA: UMA ABORDAGEM A PARTIR DOS FATORES CONDICIONANTES DO DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL

RESUMO:

O objetivo das políticas de saúde é alcançar a longo prazo, uma melhoria na qualidade de vida da população. Por meio da Atenção Primária à Saúde (APS) é possível perceber, mais claramente, a relação dessas políticas com o desenvolvimento humano. No entanto, a qualidade de vida pode ser influenciada por outros fatores, que não só os relacionados com a saúde. No Brasil existem programas voltados para alguns desses diferentes aspectos. Este estudo utiliza como principais bases teóricas as referentes à Administração Pública, Qualidade de Vida e Atenção Primária à Saúde, com o intuito de verificar quais fatores influenciam no desenvolvimento humano municipal, e, por consequência, na qualidade de vida da população. Para tanto, neste trabalho, pretende-se utilizar técnicas estatísticas de regressão e *cluster* em 761 municípios de Minas Gerais, não foram estudados todos os municípios do estado (853) devido a falta de dados de alguns. Utilizando dados disponíveis no Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS), no DATASUS e no IBGE. Dessa forma foi possível mostrar que a qualidade de vida é influenciada por vários fatores socioeconômicos, trabalhados por diversos setores do governo, como a Secretaria do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), Ministério das Cidades, e outros. Isso sustenta os argumentos de que o foco das políticas públicas deve ser ampliado de forma que trabalhem os fatores positivos que influenciam a qualidade de vida e corrijam outros pontos que influenciem negativamente. Essa prática possibilitaria alertar gestores sobre a importância da atenção primária, como cuidado para se conhecer as características do município, afim de que se possa desenvolver políticas e programas específicos, de modo que a gestão municipal possa, de igual modo, proporcionar melhores condições para a qualidade de vida da população.

HEALTH AND LIFE QUALITY: AN APPROACH FROM THE CONDITIONING FACTORS OF MUNICIPAL HUMAN DEVELOPMENT

ABSTRACT:

The health policy's goal, long term, is achieving improvement in population's quality of life. Through the Primary Health Care (PHC), it is possible to notice more clearly the relationship between these policies and the human development. However, the life quality may be influenced by other factors, not only related to health . In Brazil, there are programs for some of these different aspects. This study uses as its main theoretical basis regarding the Public Administration, Quality of Life and Primary Health Care , in order to determine which factors influence the municipal human development , and, consequently , the life quality. Therefore, in this work, we intend to use statistical techniques of regression and cluster in 761 municipalities of Minas Gerais, using data available on Mineiro Social Responsibility Index (MSRI) in DATASUS and IBGE. Thus, it was possible to show that quality of life is influenced by various socioeconomic factors, worked by many government areas, such as the Department of Social Development and Fight Against Hunger, Ministry of Cities, and others. This supports the argument that the focus of public policy should be expanded in such way that they work the positive factors that influence the quality of life and correct other issues influencing negatively. This practice would enable to warn managers about the importance of primary care, such as care to know the town characteristics, in order to develop specific policies and programs, so that the municipal administration can, similarly, provide better conditions for life quality.

1. INTRODUÇÃO

O Estado deve garantir à população os direitos referentes à proteção social, que envolvem o direito à saúde e, numa perspectiva mais abrangente, se relacionam à qualidade de vida. Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS) surge com a Constituição de 1988, para garantir esse direito, tendo algumas ações focadas na Atenção Primária à Saúde, aproximando o acesso à saúde da população.

Dentro das políticas do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) se realiza através da Estratégia Saúde da Família (ESF), como é conhecido hoje o antigo Programa Saúde da Família (PSF), que surge com uma gestão descentralizada, tendo como principal objetivo a promoção da saúde (BRASIL, 2002; BRASIL, 2012). O Programa possibilita que cada equipe de saúde conheça a realidade da comunidade em que desenvolve suas ações, sendo mais pontual e, portanto, mais eficiente no que tange aos indicadores de saúde e qualidade de vida. Antes do PSF e antes da Constituição de 1988, a saúde no Brasil tinha uma perspectiva mais curativa, concentrando-se no tratamento de doenças e não preventiva focada na promoção da saúde. Esta ficava a cargo de instituições filantrópicas e alguns órgãos focados em trabalhadores e segurados.

Assim sendo, o principal diferencial do PSF e, atualmente da ESF, é a descentralização das suas ações. Esse movimento presume diferenças entre comunidades que podem influenciar a execução da ESF, pois existem teorias na administração que mostram que o ambiente é capaz de influenciar nas organizações a ponto de elas mudarem suas ações para se adaptarem onde estão inseridas. Nesse sentido, percebe-se que a Estratégia Saúde da Família possibilita essa adaptação, permitindo ações focalizadas nas comunidades.

A eficiência dos programas de saúde é de extrema relevância para o campo de estudos da Administração Pública, por se tratar de um tema que influencia diretamente na qualidade de vida de toda a população, além de ser facilmente percebida por todos por interferir em direitos garantidos pelo Estado que devem ser cumpridos.

No entanto, não são apenas os fatores de gestão que podem influenciar a eficiência dos programas de saúde; existem fatores externos que exercem influência sobre a qualidade de vida (objetivo a longo prazo da Atenção Primária à Saúde). Assim, uma análise dos fatores que influenciam a qualidade de vida pode provocar a reflexão

sobre eles e sobre as características dos municípios, pois possibilitam uma maior qualidade de vida da sua população.

Existem vários trabalhos na área da administração que utilizam a regressão linear múltipla (TAMAYO e ABBAD, 2006; REINERT e MACIEL, 2012; MELO e DOMENICO, 2012; ABDALA *et. al.*, 2012; SILVA, RODRIGUES e ABREU; 2007), assim como diversos trabalhos que mostram a influência de fatores socioeconômicos em indicadores de saúde (BEZERRA, OPITZ e MUNIZ, 2011; MEDEIROS, MENEGHEL e GERHARDT, 2012) e na Qualidade de Vida de forma indireta (LOPES e FERREIRA, 2013). No entanto, esses trabalhos são estudos focados em um determinado grupo, como trabalhadores (PARCHOA, ZANEI e WHINTAKER, 2007), idosos, gestantes ou doenças específicas (MEDEIROS, MENEGHEL e GERHARDT, 2012) e a percepção dos usuários (BEZERRA, OPITZ e MUNIZ, 2011), o que se diferencia do presente trabalho porque não revelam como a eficiência na Atenção primária à saúde se relaciona com a Qualidade de Vida.

Nesse sentido, o objetivo desta pesquisa é evidenciar as diferenças entre os municípios mineiros quanto aos fatores que influenciam a Qualidade de Vida e definir grupos com fatores parecidos, de modo a conhecer melhor esses grupos. Pretende-se, ainda, verificar como o desempenho em Atenção Primária à Saúde, verificado por uma medida de eficiência, com base em resultados de saúde, se relaciona com a Qualidade de Vida e se a eficiência da atenção primária à saúde está vinculada a esse conceito, mensurado através do IDH-M.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1. As Funções do Estado e a Qualidade de Vida

A definição de direito engloba um conjunto de leis e normas aceitas, sendo declarações de caráter público e que expressam determinadas relações de forças sociais que, de alguma forma, estão presentes em um determinado momento histórico associados a fatores políticos (L'ABBATE, 2009). Assim, mesmo que os direitos não possam ser realizados no momento de sua declaração, “uma vez anunciados, eles podem ser exigidos, reivindicados e também alterados, até no sentido de construir ‘direitos novos’, num contínuo processo de reinvenção democrática” (L'ABBATE, 2009, p. 22).

Dessa forma, a Constituição de 1988 determina a saúde enquanto um direito de todos os cidadãos, de acordo com o qual o Estado deve garantir “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, Art. 196). Nesse horizonte de expectativas, são esperadas ações do Estado para que a saúde seja um direito alcançado para toda a população.

Contudo, o direito à saúde, como um fator complexo (SPINKS e HOLLINGSWORTH, 2009), vem atrelado a outras obrigações do Estado, relativas ao bem estar da população e que integram as políticas de saúde a demais políticas sociais e econômicas (CAMPOS, 2004). Assim, efetivar esse direito é algo que exige uma atenção maior, principalmente no que tange ao acesso da população mais pobre.

Para efetivar o direito à saúde a Constituição Federal de 1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas leis orgânicas da Saúde (Leis nº 8080/90 e nº 8.142/90), que tornou obrigatório o atendimento gratuito a qualquer cidadão, sendo financiado com recursos do Governo Federal, Estadual e Municipal.

O Ministério da Saúde ainda é responsável pelo Departamento de Atenção Básica à Saúde, que é um “conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2011b). Essas são práticas desenvolvidas em territórios delimitados, visando resolver problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, sendo mais acessível à população, sendo que esse

departamento tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

Com a criação desse programa, o Estado estabelece vínculos com as famílias e presta atendimento preventivo à população, atendendo, dessa forma, além do direito à saúde: o direito à cidadania, à qualidade de vida e bem estar das famílias. A ESF permite que os agentes de saúde conheçam determinada região e construam ações preventivas específicas para elas, além de facilitar o acesso à saúde, uma vez que parte dos atendimentos pode ser feita na residência. Desse modo, é feito um acompanhamento com as famílias, o que diminui os casos de doenças graves, e, conseqüentemente, gera uma economia para o SUS, uma vez que esses pacientes não precisam ocupar leitos hospitalares e podem começar o tratamento com antecedência. Essas ações trazem uma perspectiva mais abrangente da saúde e melhora aspectos relevantes da qualidade de vida.

A Constituição, em seu artigo 79 (BRASIL, 1988), afirma o direito de toda a população à qualidade de vida, que é um dos objetivos da ESF, como Buss (2000) corrobora ao afirmar que algumas ações do governo, como as inovações em programas de saúde e assistência básica, podem ocasionar um impulso à qualidade de vida. L'Abbate (2009) mostra ainda a amplitude do direito à saúde, que se relaciona ao direito ao transporte, à habitação e ao saneamento como complementares relacionados às condições de vida.

Percebe-se também que a promoção da saúde atua de forma que permite fatores relacionados como política, economia, meio-ambiente e fatores socioculturais sejam favoráveis à saúde (SÍCOLI e NASCIMENTO, 2003). Possibilitando verificar que a saúde e a sua promoção se integram a outros fatores relacionados, também à qualidade de vida.

O Estado mostra que uma das suas funções é garantir a qualidade de vida através de habitação, saúde, renda e educação como conceitos fundamentais, sendo estes os principais indicadores da mesma para a população. O estado garante esses direito por meio de diferentes programas e políticas, contudo, é justamente de programas focados e de ampla abrangência como a ESF que se esperam os maiores impactos nesses indicadores.

Assim, torna-se relevante discutir a avaliação da Atenção Básica na Saúde como forma de perscrutar a eficiência dos seus programas e quais são objetivos para melhorar a qualidade de vida da população são alcançados.

2.2. Saúde e Qualidade de Vida

A criação do SUS proporcionou ao Brasil uma melhoria significativa nos serviços de saúde, uma vez que sua cobertura em todo território nacional busca garantir o direito ao tratamento universal de saúde (CARDOSO e SILVA, 2012). Ela busca atender aquelas populações menos favorecidas social e economicamente, além de incentivar contínuas participações dos grupos atendidos e preservar o respeito aos valores e às crenças dos mesmos (SEAONE e FORTES, 2009).

Souza e Costa (2010) pontuam que o SUS apresenta propostas para atingir seus objetivos, mas ressaltam que existe a dificuldade de superar os desafios sociais, econômicos, políticos, com inúmeras desigualdades: sua efetivação torna-se de difícil realização. Desse modo, os autores afirmam que a garantia dos ideais básicos desse sistema como universalidade, integralidade e equidade tornam-se, cada vez mais, difíceis.

Outro passo importante referente à busca de melhoria das condições de saúde foi a criação do Programa Saúde da Família (PSF). O PSF foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde com o principal propósito “reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, que se configurava” (COSTA, TRINDADE e PEREIRA, 2010, p.1). Para isso, ele prioriza ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas de forma integral e contínua, prestando atendimento através de profissionais da saúde como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, entre outros.

O Programa Saúde da Família (PSF), hoje conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF) e busca atender aquelas populações menos favorecidas social e economicamente, além de incentivar contínuas participações dos grupos atendidos e presando pelo respeito aos valores e às crenças dos mesmos (SEANONE *et. al.*, 2009)

Leite e Veloso (2009) descrevem, como característica dessa nova estratégia, a implementação do trabalho por meio de equipe multiprofissional contribuindo para troca de saberes, experiências e permitindo interações entre os profissionais e as famílias atendidas.

No que se refere às dificuldades encontradas, pode-se destacar “problemas de implementação, implantação, financiamento e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)” (SOUZA e COSTA, 2010, p. 510). Fica perceptível que o que se planeja não é o que realmente ocorre. Sendo assim, um grande número de brasileiros busca por serviços privados de saúde devido à descrença gerada pelo sistema (SOUZA e COSTA, 2010).

O PSF pode ser visto como parte das ações voltadas à Atenção Primária à Saúde, que responde por tratamentos acessíveis e aceitáveis à população, sendo parte integral da saúde o primeiro nível de contato com a população (BRASIL, 2002). O programa se mostra por um papel fundamental no desenvolvimento das comunidades e na construção de melhores indicadores e qualidade de vida. De acordo com o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB), os investimentos no PSF passaram de R\$1.662,80 milhões em 2003 para R\$5.698,00 milhões em 2009, e teve seu atendimento ampliado de 35,7% da população em 2003 para 60,9% da população em 2009 (BRASIL, 2013).

Para Teixeira (2004), os objetivos do PSF se relacionam com a qualidade de vida, uma vez que as ações deste programa, além de acolher e humanizar podem “empoderar” a população, elevando a consciência sobre os direitos sanitários e seu papel na defesa e proteção da saúde. Além disso, percebe-se a necessidade de expandir as ações básicas em saúde para educação, saneamento básico entre outros, que constituem o eixo da proposta a relacionando-a à qualidade de vida.

Cabe destacar que qualidade de vida é um conceito que, apesar de presente na linguagem cotidiana, tem um aspecto bastante amplo: “Na área da biomédica, a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) descreve a percepção dos indivíduos na função física, psicológica e social” (MELO *et. al.*, 2011, p. 320).

Para Minayo, Hartz e Buss (2000), a qualidade de vida relaciona-se à capacidade de efetuar uma “síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar” (MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000, p. 8) sendo, portanto, bastante dinâmica e podendo variar de acordo com os costumes da sociedade em questão.

Os autores a consideram com base em três questões centrais: histórico, cultural e de classes sociais. Esses três pilares podem nortear o que seria um patamar material mínimo que:

[...] diz respeito à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso a água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer. Elementos materiais que tem como referencia noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva (MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000, p.10).

Assim, conforme os autores, a Qualidade de Vida está relacionada com condições de saúde, renda e trabalho e educação. Esses fatores são considerados no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que é o principal indicador da qualidade de vida, e que vem sendo utilizado desde 1993 pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), com vistas a medir a qualidade de vida da população considerando, além de aspectos econômicos, comportamentais, dentre outros.

Portanto, a saúde relaciona-se à renda e à educação da população ao mostrar os princípios que a orientam, principalmente os de humanização e integridade. Isso mostra quão abrangente pode ser um programa governamental e sua importância, ampliada para a população, visto que a qualidade de vida engloba a busca dos atores pelos seus direitos fundamentais; estes aspectos podem levar a uma participação social e uma conscientização por parte da população.

2.3. Qualidade de vida e seus condicionantes

Qualidade de Vida é um termo novo que evoluiu a partir de termos mais conhecidos como bem-estar e felicidade (BAKER, 2003) e que envolve uma dinâmica de elementos que o constitui, configurando-se em um conceito complexo (MUCKEL, DALLIMORE e NELSON, 2008) e amplo, como Diwan (2000) mostra, a partir da relação psicológica, física e econômica como determinantes para a boa qualidade de vida, além da boa saúde, relações pessoais saudáveis e um nível confortável de bens materiais.

Apesar de presente na linguagem cotidiana, há um aspecto bastante amplo “na área da biomédica, a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) que descreve a percepção dos indivíduos na função física, psicológica e social” (MELO *et. al.* 2011, p. 320). Rocha e Fleck (2011) ressaltam e reforçam a importância de aspectos psicológicos e pessoais como a religiosidade na avaliação da qualidade de vida.

Minayo, Hartz e Buss (2000) consideram que a qualidade de vida relaciona-se à capacidade de efetuar uma “síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar” (MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000, p. 8) sendo, portanto, bastante dinâmica e que varia de acordo com os costumes da sociedade em questão.

Percebe-se, assim, que a qualidade de vida atrela-se à saúde, renda e condições de trabalho e educação, que são fatores considerados como fundamentais de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), utilizado desde 1993 pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), e que mede a qualidade de vida da população considerando, além de aspectos econômicos, os comportamentais.

Fryback (2010) também observa que existem histórias de sucesso relacionando saúde e medição de qualidade de vida. Contudo, é importante não confundir os termos “qualidade de vida” e “estado de saúde” (SMITH, AVIS e ASSMANN, 1999), apesar de serem conceitos bastante próximos, principalmente se se considerar saúde de forma mais ampla, sendo aquela que prolonga a vida e amplia a qualidade de vida (BUSS, 2000), além do fato de que “Saúde e doença configuram processos compreendidos como um continuum, relacionados aos aspectos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e estilos de vida” (SEIDL e ZANNON, 2004, p. 580).

Em outra perspectiva, a qualidade de vida, no âmbito da saúde, se relaciona às necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e se relaciona também, de maneira mais efetiva, à promoção da saúde (MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000), reconhecendo, portanto, que nem todos os aspectos da vida em questão são relacionados a questões médicas ou sanitárias.

Pode-se, portanto, definir qualidade de vida como um padrão de condições de vida que proporcione conforto e bem-estar para a população, sendo esse conceito variável de acordo com a cultura predominante e com o contexto histórico. No entanto, alguns fatores são fundamentais para considerar a qualidade de vida, tais como saúde, educação, renda e condições de trabalho, uma vez que esses fatores, mesmo tendo seus padrões modificados, são de extrema importância no estilo de vida da população, já que são fundamentais para sua sobrevivência e bem-estar. Tais se relacionam com o Programa Saúde da Família (PSF) na medida em que ele, através da portaria Nº 648/GM de março de 2006, preza:

A promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. [...] Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

Portanto, fica clara a relação entre a saúde, renda e a educação da população ao mostrar os princípios que a orientam, principalmente os de humanização e integridade. Nesse sentido, esses aspectos vem atrelados à Estratégia Saúde da Família, mostrando o quão abrangente pode ser um programa governamental e sua importância ampliada para a população.

Nesse sentido, a qualidade de vida pode ser considerada como aspectos da população que revelam uma maior educação preventiva da saúde, melhores índices de saúde, redução de doenças que poderiam ser evitadas, de modo que a mesma, relacionada à estratégia saúde da família, possui aspectos que fazem parte do objetivo desse programa.

3. MÉTODOS

3.1. Coleta de dados

Para alcançar os objetivos deste estudo, foram utilizados dados secundários relativos a indicadores socioeconômicos e de saúde, tendo como principais fontes o IBGE (2013a), o DataSUS – em que o Ministério da Saúde disponibiliza dados relativos à morbidade, internações, mortalidade e outros, que se referem ao estado de saúde da população (BRASIL, 2013b), e a Pnud, Fundação João Pinheiro e IPEA, que através do Atlas do Desenvolvimento 2013 disponibilizaram o IDH-M (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal), sendo este um indicador de qualidade de vida municipal (BRASIL, 2013c). O IDH-M é um indicador calculado através de dados do Censo Demográfico de 2010 e engloba três dimensões: longevidade, educação e renda, e que consideram a expectativa de vida ao nascer, escolaridade da população adulta, fluxo escolar da população jovem e renda per capita (BRASIL, 2013f).

Foram analisados 761 municípios mineiros, dos 853 mineiros, 763 que tinham a completa base de dados para execução da pesquisa, e foram excluídos das análises os municípios de São Goçalo do Rio Abaixo e José Gonçalves de Minas por serem outliers em relação ao grupo, totalizando 761 municípios estudados.

3.1.1. Construção do escore de eficiência:

O Escore de eficiência foi construído para verificar, através da Análise Envoltória de Dados (DEA), a relação ótima entre *inputs* e *outputs* relacionados a esse tipo de atenção, com vistas a indicar quais municípios tem uma melhor gestão dos seus recursos, e a alcançar melhores resultados com uma quantidade proporcionalmente menor de recursos. As variáveis utilizadas para construir o escore de eficiência foram:

- Número de Unidades básicas de saúde por município dividido pelo número de habitantes. Fonte: IBGE e Datasus – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), (BRASIL, 2013d).
- Número de equipes de saúde por município dividido pelo número de habitantes. Fonte: IBGE e Datasus (BRASIL, 2013b).
- Despesa liquidada com gastos com atenção básica (importante salientar que não estão inclusos os gastos com mão de obra), dividido pelo número

de habitantes. Fonte: IBGE e Datasus – SIOPS (Informações Financeiras) (BRASIL, 2013e).

- A média das seguintes coberturas vacinais, em porcentagem da população: Cobertura vacinal de tetravalente em menores de 1 ano; Cobertura vacinal de tríplice viral da população de 1 ano de idade; Cobertura vacinal contra poliomielite em menores de 1 ano; Cobertura vacinal em campanha contra influenza da população de 60 anos ou mais; Cobertura vacinal de febre amarela em menores de 1 ano; Cobertura vacinal de hepatite B em menores de 20 anos. Fonte: Datasus (BRASIL, 2013b).
- Índice de proporção de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial do IMRS – Índice Mineiro de Responsabilidade Social (MINAS GERAIS, 2013). Considerando como condições sensíveis à atenção ambulatorial o conceito de Alfradique (2009). Fonte: IMRS – Índice Mineiro de Responsabilidade Social (MINAS GERAIS, 2013).
- Proporção de nascidos vivos, cujas mães realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal. Fonte: IMRS – Índice Mineiro de Responsabilidade Social (MINAS GERAIS, 2013).
- Proporção de nascidos vivos com peso normal. Fonte: IMRS – Índice Mineiro de Responsabilidade Social (MINAS GERAIS, 2013).

A partir desses instrumentos, o escore de eficiência foi gerado, e cada município tem um valor referente, que varia de 0 a 1, e que representa a porcentagem de eficiência, em que 1 é a máxima. A análise do DEA foi utilizada com a orientação produto, que pretende maximizar os resultados mantendo fixa a quantidade de insumos consumidos; os municípios com eficiência nível 1 são os que se posicionaram na faixa de eficiência gerada pelo modelo, utilizando a abordagem CCR por ser a mais conservadora e, portanto, a mais discriminadora no estabelecimento da fronteira de eficiência.

3.2. Métodos de análise

Com o objetivo de evidenciar as diferenças entre os municípios mineiros quanto aos fatores que influenciam a qualidade de vida, optou-se por uma metodologia

quantitativa, utilizando as técnicas de Regressão Linear Múltipla e a técnica de *Cluster* para agrupar os municípios de acordo com fatores socioeconômicos que se relacionam indiretamente e afetam o IDH-M, representando aqui, um indicador de Qualidade de Vida.

3.2.1. Regressão Linear Múltipla

Consiste em uma análise que utiliza variáveis com valores conhecidos (independentes) para prever os valores da variável dependente selecionada pelo pesquisador (PESTANA; GACEIRO, 2005). Esse método pondera cada variável independente, garantindo uma máxima previsão para o conjunto das mesmas (HAIR, *et. Al.*, 2005), que pontua:

Os pesos denotam a contribuição relativa das variáveis independentes para a previsão geral e facilitam a interpretação sobre a influência de cada variável em fazer a previsão, apesar de a correlação entre as variáveis independentes complicar o processo interpretativo (HAIR, 2009, p.154).

É considerada regressão linear porque pressupõe uma linearidade na relação, sendo que o modelo requer que as variáveis sejam intervalares ou de razão, e que a relação entre elas sejam linear e aditiva. No entanto, essas restrições não são absolutas, visto que, por outro lado, as variáveis independentes de nível qualitativo podem ser introduzidas no modelo através do uso de variáveis artificiais e, de outro modo, as relações não lineares e não aditivas podem também ser usadas através de transformações das variáveis originais ou através de introdução do produto de variáveis (PESTANA; GACEIRO, 2005).

Além de determinar as variáveis que compõem a equação, a regressão determina os resíduos, que devem ser minimizados; para isso utiliza-se o Método dos Mínimos Quadrados como método de estimação. As propriedades da equação da Regressão dos Mínimos Quadrados são: a homocedasticidade, a independência entre as variáveis aleatórias residuais e a normalidade dessa variável, além da multicolinearidade entre as variáveis independentes (PESTANA e GAGEIRO, 2005; HAIR, 2009)., que foram testadas nesse estudo.

A regressão é uma metodologia adequada para relacionar fatores ambientais à qualidade de vida, verificando qual influência esses fatores exercem sobre o indicador em questão. Por isso, a regressão múltipla foi utilizada nesse trabalho.

Na equação formada com a análise de regressão, a variável dependente utilizada foi o IDH-M no intuito de verificar quais das outras variáveis selecionadas têm influência sobre ele. O IDH-M, neste estudo, representa a Qualidade de Vida por ser formado por variáveis que se relacionam às questões históricas, culturais e de classes sociais, norteando o que seria um patamar material mínimo que satisfaça necessidades humanas, que seria o conceito de Qualidade de Vida (MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000).

Percebendo a renda e escolaridade como fatores que podem variar de acordo com a sociedade em questão, e, neste caso, não se perdendo de vista que escolaridade é a possibilidade de quebrar o ciclo de vulnerabilidade da população, a renda traz condições mínimas de sobrevivência e a longevidade se refere ao tempo de vida, à esperança de vida ao nascer, que depende de boas condições de saúde, se considerada na sua forma mais ampla.

Pelas variáveis analisadas, já existia uma expectativa teórica acerca de cada uma delas, como está exposto no Quadro 2.

Quadro 2: Expectativa teórica para as variáveis utilizadas na Regressão.

Variável	Expectativa teórica na influência do IDH-M
Famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família por habitante	-
Proporção de óbitos por causas mal definidas	-
Taxa de emprego no setor formal	+
Percentual de População Urbana	+
Índice de envelhecimento	+
Escore de eficiência da APS	+

Fonte: Elaboração do autor.

Através da análise de regressão realizada, tem-se o modelo resumido na Tabela 5 tendo como variável dependente o IDH-M e como previsoires ou variáveis independentes as seguintes: % Famílias Beneficiadas pelo Bolsa Família, Índice de envelhecimento (%), Escore eficiência, Proporção de óbitos por causas mal definidas (%), Percentual de população urbana (%), Taxa de emprego no setor formal (%).

Tabela 5: Resumo do modelo – Variável dependente IDH-M

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
1	0,793a	0,629	0,626	0,030148

Fonte: Dados da pesquisa.

Foram confirmadas as expectativas teóricas acerca das variáveis, e depois de feitos os testes para a confirmação do Método de Estimação Utilizado dos Mínimos Quadrados, presentes no Apêndice 5 e sendo os coeficientes significativos.

3.2.2. Análise de Cluster

A Análise de *Cluster* tem como objetivo agrupar objetos ou indivíduos segundo suas características fundamentais, formando grupos ou conglomerados semelhantes. Dessa forma, “a identificação destes grupos amenizará os problemas de comparação de unidades de análise heterogêneas, agrupando os municípios mais semelhantes e separando os mais distintos” (SANTOS, 2011, p. 40), considerando as disparidades de vários aspectos presentes nas diferentes regiões do estado. De acordo com Hair (2005), cada objeto do agrupamento deve ser semelhante aos outros no mesmo grupo em relação a um critério predeterminado.

Neste trabalho, será utilizado o método não-hierárquico *K-Means*. Esse método consiste em realizar a partição inicial dos municípios em *K clusters*, definidos pelo pesquisador para, em seguida, proceder o cálculo dos centróides para cada um dos *K clusters*, além do cálculo da distância euclidiana dos centróides para cada sujeito na base de dados. O emprego do quadrado da distância euclidiana, como medida de semelhança entre as observações, é expresso matematicamente por:

$$d_{(A,B)} = \left[\sum_{i=1}^0 (X_{i(A)} - X_{i(B)})^2 \right]^{1/2} \quad (2)$$

Nessa técnica de análise multivariada de dados, os conglomerados obtidos devem apresentar tanto homogeneidade interna (dentro de cada conglomerado), quanto grande heterogeneidade externa (entre conglomerados). Portanto, se a aglomeração for bem sucedida, quando for representada em um gráfico, os objetos dentro dos conglomerados estarão muito próximos enquanto que os conglomerados distintos estarão afastados.

É comum nas análises em ciências sociais aplicada, a exemplo da Administração e Economia, dar nomes a cada agrupamento de acordo com suas características. É comum realizar também, uma análise descritiva comparativa para a validação dos agrupamentos, tomando como referência as variáveis selecionadas.

Entende-se, portanto, que é possível segmentar os municípios estudados em função de características que podem alterar o desenvolvimento municipal e a qualidade de vida que não estão relacionadas à ESF, com o intuito de isolar essas variáveis, fazendo uma análise da qualidade de vida nesses municípios considerando somente o impacto da ESF sobre ela.

Nessa etapa de análise de aglomerados, o escore de eficiência não foi utilizado porque se pretende que ele sirva de classificação para os municípios de cada *cluster* em uma etapa posterior do estudo.

Os 761 municípios analisados foram agrupados de acordo com os valores das variáveis consideradas na equação de regressão, exceto o escore de eficiência. Foram formados 3 *clusters* considerando as variáveis: índice de envelhecimento, percentual de população urbana, taxa de emprego no setor formal, proporção de óbitos por causas mal definidas e famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família por habitante. Foi realizada a análise ANOVA para verificar se a diferença entre os grupos foi significativa, por se entender que em todas as variáveis existe diferença significativa entre os grupos. Para tanto, foram formados três grupos, com um número próximo de municípios em cada: O grupo 1 com 256 municípios, o grupo 2 com 246 e o grupo 3 com 259, totalizando os 761 municípios que participaram da análise.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na análise da regressão múltipla, tem-se a equação formada tendo como variável dependente o IDH-M:

$$\text{IDHM} = 1,118 \times 10^{-15} + 0,09E - 0,389PF - 0,046PO + 0,137TE + 0,2995PU + 0,146IE$$

Sendo:

E = Escore de eficiência

PF = Percentual de famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família.

PO = Proporção de óbitos por causas mal definidas.

TE = Taxa de emprego no setor formal.

PU = Percentual de população urbana.

IE = Índice de envelhecimento.

O escore de eficiência exerce um efeito marginal no IDH-M de 0,09 positivo na Qualidade de Vida, ressaltando a expectativa teórica de que a Atenção Primária à Saúde atende a um conceito mais amplo de saúde, que abrange no sentido de prolongar e melhorar a Qualidade de Vida (BUSS, 2000).

Nesse sentido, um aumento da eficiência na APS eleva a Qualidade de Vida dos indivíduos daquela população, uma das possíveis razões é o atendimento da ESF às populações menos favorecidas social e economicamente, além do incentivo a contínuas participações dos grupos atendidos e prezar pelo respeito aos valores e às crenças dos mesmos, ressaltando o caráter amplificado de saúde (SEANONE *ET. AL.*, 2009).

Ainda entre as variáveis que exercem influência positiva sobre o IDH-M, um aumento dessas reflete em um aumento proporcional no IDH-M. Nesse parâmetro, há a taxa de emprego no setor formal, que é a razão entre o número de pessoas empregadas no setor formal e a população entre a faixa etária de 16 a 64 anos, disponível no IMRS (MINAS GERAIS, 2013). A proporção de pessoas empregadas no setor formal é um indício de pessoas com renda fixa e da possibilidade de um planejamento familiar, o que garante um patamar material mínimo que satisfaça necessidades humanas (MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000); e essas pessoas com emprego no setor formal podem garantir à sua família o acesso a transporte, a habitação e a saneamento, que, para L'Abbate

(2009), estão implicadas no conceito mais amplo de saúde como complementaridades das condições de vida, além de se relacionar a assuntos mais amplos como economia e política (SÍCOLI e NASCIMENTO, 2003).

Assim como a densidade populacional supracitada, existe uma outra variável que influencia diretamente o IDH-M, a que se refere ao percentual de População Urbana. Ela consiste na razão entre a população residente na área urbana e a população residente no município (MINAS GERAIS, 2013) e percebe-se que, quando a população é mais concentrada no perímetro urbano, mais fácil será o acesso à saúde e outros meios que viabilizam a qualidade de vida, já que a proximidade com escolas, locais de atendimento de saúde, entre outros aspectos, que consideram conceitos como saúde, educação e renda. (MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000; L'ABBATE, 2009).

Entende-se, porém, que o termo pode gerar uma dupla interpretação: o fato de que se falar em qualidade de vida pode remeter a uma vida com menos atribulações, que se encontra na zona rural, por exemplo; todavia, a zona rural possui maiores dificuldades de acesso, fator pelo qual os gestores municipais devem se esforçar para suprir. Dessa forma, em um município que a proporção da população urbana é maior, o esforço para o acesso da zona rural a serviços de saúde e educação pode ser menor, o que possibilita investimentos diversificados.

Outra variável analisada foi o índice de envelhecimento que se diferencia da longevidade considerada no IDH-M, já que o mesmo é calculado dividindo o número de pessoas com mais de 65 anos pelo número de pessoas com menos de 15 anos (MINAS GERAIS, 2013), enquanto que a longevidade é calculada pela expectativa de vida ao nascer esta, por sua vez, que considera uma série de fatores como o histórico de mortalidade de crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos da população e questão.

Uma das possibilidades de ocorrência de cidades com um índice de envelhecimento mais elevado terem maiores índices de qualidade de vida, pode ser devido à renda constante dos idosos em virtude da aposentadoria, além de que a população idosa está mais disponível para participar ativamente e contribuir para a troca de saberes, experiências, além de permitir interações entre os profissionais e as famílias atendidas, que é fator fundamental para o tratamento de saúde da atenção primária (LEITE e VELOSO, 2009).

A variável famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família por habitante se refere ao número médio mensal de famílias com transferências de benefícios referentes

ao Programa Saúde da Família (PBF) dividido pelo número total de população do município, na tentativa de criar uma proporção, disponível no IMRS (MINAS GERAIS, 2013). Esse número de famílias beneficiárias do PBF é uma variável que remete à pobreza e vulnerabilidade da população, e se relaciona negativamente ao indicador de qualidade de vida, já que os beneficiários deste programa precisam ter uma renda mínima estipulada por ele para receberem este benefício.

Dessa forma, percebe-se a relação da pobreza com a qualidade de vida, uma vez que, entre os conceitos que compõem o termo está a não-privação de nenhuma necessidade humana, mostrando dimensões psicológicas, físicas e econômicas como determinantes para a qualidade de vida (DIWAN, 2000; MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000). Soma-se também, nesse argumento, o fato de que a população mais vulnerável tem maior dependência dos serviços públicos de saúde, nutrição, moradia e saneamento (HENRIQUE E CALVO, 2009).

Além dele, a proporção de óbitos por causas mal definidas também se relaciona negativamente com o indicador de qualidade de vida e consiste na razão entre o número de óbitos por causas não definidas, como define o capítulo XIII da CID 10, que são sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (BANCO DE SAÚDE, 2013), e o número total de óbitos da população residente, segundo o IMRS (MINAS GERAIS, 2013). Essa razão de óbitos, sem causas definidas, aparenta um certo descaso com a saúde da população, por isso ela se relaciona de maneira negativa com a qualidade de vida, justamente por essa estar relacionada com bons níveis de saúde (BUSS, 2000; MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000).

Quando a população morre e sem causas definidas, percebe-se que não existe um acompanhamento da saúde que garanta as condições de vida como deveria existir para que a saúde e a qualidade de vida se efetivassem. Essas mortes sem causas definidas também podem revelar homicídios ocultos (CERQUEIRA, 2013), que são homicídios não reconhecidos que são classificados como mortes sem causas determinadas, o que ainda traz à tona uma discussão sobre violência e segurança dos municípios além da qualidade de atendimento médico para determinar as causas dessas mortes.

4.2. Análise de Cluster

As estatísticas descritivas dos grupos formados através da Análise de Cluster são mostradas na Tabela 6.

Tabela 6: Estatísticas descritivas dos grupos

Número do cluster	Variável	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Assimetria	Curtose
1	% Famílias beneficiadas pelo Bolsa Família (famílias)	3,32%	16,59%	11,23%	2,50%	-0,69	0,43
	Proporção de óbitos por causas mal definidas (%)	0%	62,50%	18,62%	13,88%	0,83%	0,22
	Taxa de emprego no setor formal (%)	3,10%	50,30%	12,49%	5,92%	2,11	7,45
	Índice de envelhecimento (%)	17%	85,80%	42,54%	12,22%	0,40	-0,18
	Percentual de população urbana (%)	18,60%	76,90%	47,61%	12,34%	-0,09	-0,66
2	% Famílias beneficiadas pelo Bolsa Família (famílias)	2,27%	15,56%	8,12%	2,64%	0,34	-0,35
	Proporção de óbitos por causas mal definidas (%)	0%	32,00%	8,18%	7,17%	0,99	0,54
	Taxa de emprego no setor formal (%)	5,60%	44,90%	18,13%	6,07%	0,69	1,14
	Índice de envelhecimento (%)	38,80%	97,60%	61,92%	11,24%	0,55	0,13
	Percentual de população urbana (%)	39,80%	96,60%	70,05%	10,97%	-0,19	-0,20
3	% Famílias beneficiadas pelo Bolsa Família (famílias)	1,68%	14,11%	6,32%	2,56%	0,65	-0,02
	Proporção de óbitos por causas mal definidas (%)	0%	47,88%	10,53%	7,65%	1,49	3,37
	Taxa de emprego no setor formal (%)	7,10%	110,20%	30,56%	13,36%	1,81	6,85
	Índice de envelhecimento (%)	15%	63,70%	42,57%	9,63%	-0,11	-0,27
	Percentual de população urbana (%)	50,70%	100%	84,51%	9,82%	-0,70	0,34

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Na Tabela 6 é possível verificar que os grupos possuem comportamentos semelhantes entre as variáveis, já que os desvios padrão são semelhantes em cada uma delas. Entretanto, a assimetria e curtose de cada variável nos grupos mostra que em cada

um deles, as medidas tem um comportamento diferente, além das médias entre os grupos se diferenciarem, o que foi confirmado pelo teste ANOVA, como sendo diferentes estatisticamente. Assim, percebe-se que cada grupo formado se diferencia no que se refere à variáveis que interferem diretamente na Qualidade de Vida da população.

Na Figura 3 é possível verificar a variação dos três grupos nas 5 variáveis em questão. Nela, é demonstrado que os municípios do Grupo 3 apresentam um comportamento diferente em todas as variáveis, e que o Grupo 1 é mais constante (tem valores menores em todas).

É possível notar que essa divisão por grupos apenas torna mais justa a comparação de municípios do mesmo grupo, uma vez que eles possuem características não controladas capazes de influenciar a qualidade de vida.

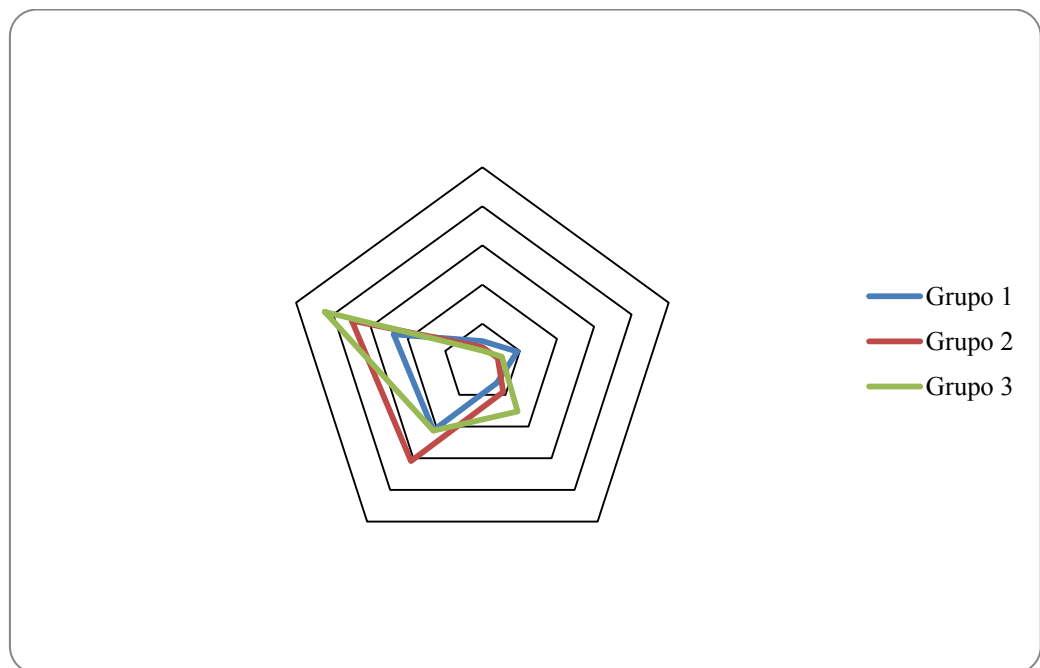


Figura3: Comportamento dos grupos.

Fonte: Dados da pesquisa.

Analisando as variáveis, nota-se que a Proporção de óbitos por causas mal definidas e as famílias beneficiadas pelo PBF apresentaram valores baixos nos três grupos, se comparadas com as outras variáveis. Enquanto o Percentual da população urbana, o Índice de envelhecimento e a Taxa de emprego no setor formal apresentam grandes variações entre os grupos. Essa maior variação foi confirmada analisando, de acordo com o Teste F, as diferenças entre as médias dos grupos mais significantes.

Verificou-se que essas são as três variáveis em que os grupos mais diferenciavam suas médias, ou seja, as variáveis que suas médias tinham diferenças mais significativas. Com esses dados foi possível construir a Figura 4, que mostra em 3 dimensões essas variáveis, para que fique claro a divisão dos grupos e como os grupos se comportam. Importante notar que cada cor representa os municípios de um cluster.

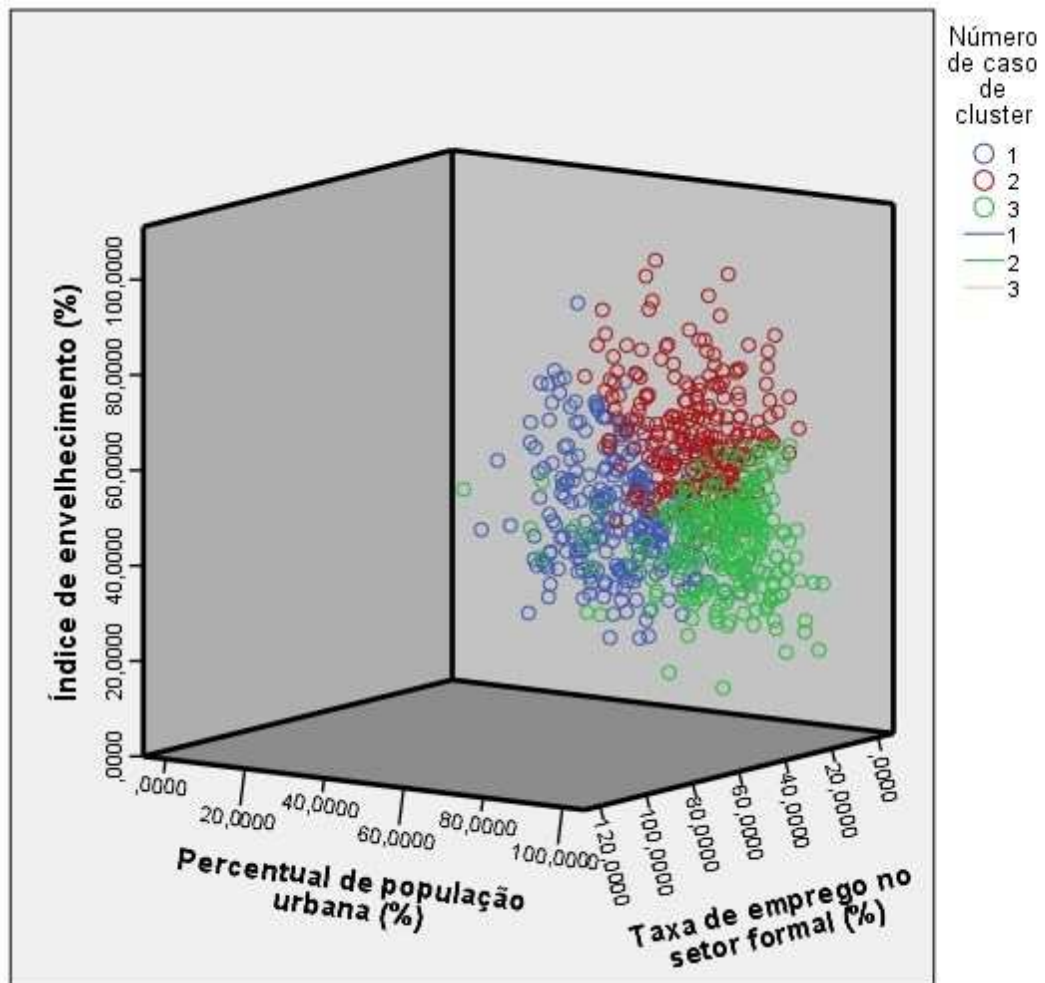


Figura 4: Comparação em relação às variáveis mais significativas.
Fonte: Dados da pesquisa.

É possível visualizar a diferença entre os grupos em relação às variáveis em questão e perceber que entre municípios do mesmo grupo, com um comportamento semelhante, as diferenças na eficiência da qualidade de vida podem ser um efeito de especificidades de gestão que existem em cada um deles.

Isso corrobora o apresentado por Spinks e Hollingsworth (2009), que falam do direito à saúde como um fator complexo atrelado a outras obrigações do Estado,

relativas ao bem estar da população, que integram as políticas de saúde a outras políticas sociais e econômicas (CAMPOS, 2004). Contudo, para se efetivar esse direito, exige-se uma atenção maior, principalmente no que tange ao acesso da população mais pobre.

L'Abbate (2009) mostra ainda a amplitude do direito à saúde que se relaciona ao direito ao transporte, à habitação e ao saneamento como complementares relacionados às condições de vida. Percebe-se também que a promoção à saúde atua de forma que permite que fatores relacionados como política, economia, meio-ambiente e fatores socioculturais sejam favoráveis à saúde (SÍCOLI e NASCIMENTO, 2003). Tais aspectos possibilitam verificar que a saúde e a sua promoção se integram a outros fatores relacionados à qualidade de vida.

5. CONCLUSÃO

Esse trabalho possibilita concluir que a Qualidade de Vida, o objetivo de médio e longo prazo da Estratégia Saúde da Família (ESF), é influenciada por vários fatores socioeconômicos. Esses fatores não são o foco atual de trabalho somente do Ministério da Saúde, mas são trabalhados por outros setores do governo, como a Secretaria do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), Ministério das Cidades, e outros.

Assim, na área de estudos da Administração Pública, este estudo vem mostrar que as políticas transversais podem levar à melhoria da qualidade de vida da população, já que este é um conceito amplo, influenciado por várias características da população.

É importante salientar que o foco das políticas públicas não deve ser os fatores que influenciam a Qualidade de Vida, mas causas gerenciáveis que implicam nesses fatores, o que corroborará para melhoria da gestão pública em saúde. Um fator que influencia o IDH-M, por exemplo, pode-se mencionar o caso do número de beneficiários que recebem o programa bolsa família; ele reflete a pobreza da população, atingindo um índice de forma negativa. Já a proporção de empregos no setor formal atinge um índice de forma positiva; dessa forma, os municípios que focam em programas que pretendem aumentar o índice de empregados no setor formal podem modificar esses dois fatores, melhorando a renda da população, fazendo com que algumas famílias não precisem de ser beneficiárias do PBF e gerando emprego no setor formal.

No caso do índice de envelhecimento e a proporção de população urbana, estes não podem ser modificados por políticas públicas, mas mostram características da população que exigem políticas específicas ou diferenciadas, que podem melhorar posteriormente a qualidade de vida. São exemplos o favorecimento do deslocamento dos agentes comunitários de saúde nas comunidades rurais, o foco nas escolas e Unidades Básicas de Saúde localizadas na zona rural, as ações específicas para saúde de idosos e outras ações que podem maximizar o impacto positivo que esses indicadores possuem na qualidade de vida.

Como aspecto relevante do trabalho pode-se dar destaque à influência da saúde no indicador de qualidade de vida utilizado. Percebe-se essa influência por duas variáveis: proporção de óbitos por causas mal definidas e eficiência da Atenção Primária à Saúde. O número de óbitos por causas mal definidas influencia

negativamente a qualidade de vida e apresenta uma falha nos serviços de saúde porque mostra que não houve um acompanhamento do paciente (influência atenção primária), não houve um tratamento adequado (influência da atenção secundária e terciária) e ainda não foi possível identificar a causa da morte, o que revela uma falta de efetividade no serviço.

O escore de eficiência da Atenção Primária se relaciona positivamente com a qualidade de vida e mostra que a saúde, na sua dimensão mais ampla, revela a qualidade de vida. A saúde de forma integral (que é aquilo a que aspira o ESF) é capaz de modificar o modo de vida da população, melhorando a sua qualidade e tratando a população antes de tratar a doença.

A partir dessas circunstâncias e verificações, é possível alertar gestores sobre a importância do cuidado com a atenção primária, bem como o cuidado para se conhecer as características do município para desenvolver políticas e programas específicos de modo que a gestão municipal possa proporcionar melhores condições para a qualidade de vida da população.

6. REFERÊNCIAS

ABDALLA, Márcio Moutinho; AZEVEDO, Carlos Eduardo Franco; GONZALEZ, Rafael Kuramoto; OLIVEIRA, Leonel Gois Lima; NIPPES, Rodrigo Carvalho. *Finanças nos cursos de Administração: Análise do interesse pessoal discente*. Revista Brasileira de Orientação Profissional, 2012, v. 13, n. 1, p. 87-101.

BANCO DE SAÚDE, CID 10 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE. DISPONÍVEL EM: <<http://cid10.bancodesaude.com.br/cid-10/capitulos>>. Acessado em 15 de novembro de 2013.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. CENSO 1010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_resultados_universo.shtm>. Acesso em 03 de outubro de 2013a.

BRASIL, Datasus – *Informações de Saúde*. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em 05 de agosto de 2013b.

BRASIL, Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil 2013. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>>. Acesso em 12 de novembro de 2013c.

BRASIL, *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/atencmg.def>>. Com acesso em 05 de agosto de 2013d.

BRASIL, Datasus – *Informações Financeiras*. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0302>>. Acesso em 05 de agosto de 2013e.

BRASIL, IDH-M. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/o_atlas/idhm>. Acesso em 13 de novembro de 2013f.

CERQUEIRA, Daniel. *Mapa de Homicídios Ocultos no Brasil*. IPEA, Brasília, julho de 2013. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=19232>

HAIR JR., Joseph F.; BLACK, William C.; BABIN, BARRY J.; ANDERSON, Rolph E.; TATHAM, Ronald L. *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre Editora: Bookman, 2009, 6. Ed.

HAIR, Joseph F. Jr.; BABIN, Barry; MONEY, Arthur H.; SAMOUEL, Phillip. *Fundamentos de Métodos de Pesquisa em Administração*. Porto Alegre: Bookman, 2005.

MELO, Wagner Fabiano de; DOMENICO, Silvia Marcia Russi de. *A Influência dos Valores Organizacionais no Desempenho de Agências Bancárias*. RAC, Rio de Janeiro, Jan/fev. 2012, v. 16, n. 1, art. 8, pp. 137-156.

MINAS GERAIS. Índice Mineiro de Responsabilidade Social – IMRS. Disponível em: <<http://www.fjp.mg.gov.br/index.php/indicadores-sociais/-imrs-indice-mineiro-de-responsabilidade-social>>. Acesso em 05 de agosto de 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. *Qualidade de vida e saúde: Um debate Necessário*. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.7-18, 2000.

PESTANA, MARIA HELENA; GAGEIRO, JOÃO NUNES. *Análise de dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Sílabo, 2005, 4. Ed.

REINERT, Maurício; MACIEL, Cristiano de Oliveira. *Análise das Díades para Compreender a Semelhança da Ação Estratégica: uma aplicação da Regressão Múltipla QAP (MRQAP)*. REDES - Revista hispana para el análisis de redes sociales, 2012, v. 22, n. 5.

SANTOS, Lucas Maia dos. *Avaliação do Desempenho da alocação dos recursos na região Sudeste do Brasil*. 2011. Dissertação (Mestrado em Administração), Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Dez. 2011.

SANTOS-FILHO, Serafim; SOUZA, Tadeu de aula; GONÇALVES, Laura. *Avaliação como um dispositivo de humanização em saúde: considerações metodológicas*. In: Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde: novas tendências e questões emergentes. Organizadores: Rosana Onocko, Juarez Pereira Furtado. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2011.

SEAONE, Antonio Ferreira; FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. A PERCEPÇÃO DO USUÁRIO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A PRIVACIDADE E A CONFIDENCIALIDADE DE SUAS INFORMAÇÕES. Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.1, p.42-49, 2009.

SILVA, César Augusto Tibúrcio; RODRIGUES, Fernanda Fernandes; ABREU, Robson Lopes. *Análise dos Relatórios de Administração das Companhias Abertas Brasileiras: um Estudo do Exercício Social de 2002*. Rio de Janeiro, RAC, Abr./Jun. 2007, v. 11, n. 2, p. 71-92,.

TAMAYO, Natasha; ABBAD, Gardênia da Silva Abbad. *Autoconceito Profissional e Suporte à Transferência e Impacto do Treinamento no Trabalho*. Rio de Janeiro, RAC, Jul./Set. 2006, v. 10, n. 3, p. 09-28.

**ARTIGO 3: DESEMPENHO NA GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA MUNICIPAL.
A GESTÃO DA SAÚDE: REFLEXÕES A PARTIR DO DESEMPENHO NA
GESTÃO MUNICIPAL DA SAÚDE PÚBLICA**

RESUMO:

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma estratégia governamental que engloba ações descentralizadas relacionadas à Atenção Primária à Saúde (APS) nos municípios, de forma que cada gestor tenha liberdade para desenvolver atividades que melhor se adéquem aos objetivos e necessidades circunscritas à comunidade local. Uma vez que a gestão municipal é tema relevante para o campo de estudos em administração pública por, sob égide teórica, possibilitar a melhoria no desempenho desses programas, pretende-se investigar as ações dos gestores no intuito de verificar quais modelos de gestão condicionam (ou estão associados) à eficiência da ESF. Para isso, foram estudados nove municípios do estado de Minas Gerais, de seis diferentes mesorregiões. Esses municípios foram selecionados para representar grupos de municípios semelhantes, considerando-se os fatores que influenciam na Qualidade de Vida, dentro desses grupos. Foram selecionados *benchmarks* (municípios com destaque pela sua boa eficiência da Atenção Primária à Saúde) e *anti-benchmarks* (municípios com baixa eficiência). Assim, foram selecionadas como *benchmarks* as cidades: Alfredo Vasconcelos e Senhora dos Remédios, na região do Campo das Vertentes; Carmo do Rio Claro e Coqueiral na região Sul Sudoeste de Minas; e Nova Era, na região Metropolitana de Belo Horizonte. Como *anti-benchmarks* foram selecionadas: Poté e Franciscópolis, no Vale do Mucuri; Mercês na Zona da Mata; e Cuparaque no Vale do Rio Doce. Para tanto, foram entrevistados os gestores da APS utilizando a abordagem de investigação de análise de conteúdo, por categorias definidas a partir da literatura na área da Administração Pública e de Gestão da Saúde. Dentre as principais descobertas, cabe ressaltar que há um descolamento entre o discurso e a prática, em que os gestores se apropriam de um discurso que compromete sua capacidade de dedicação e ampliando sua capacidade de justificativa diante de seu baixo desempenho.

THE HEALTH MANAGEMENT: REFLECTIONS FROM THE PERFORMANCE IN MUNICIPAL MANAGEMENT OF PUBLIC HEALTH

ABSTRACT:

The Family Health Strategy (FHS) is a government strategy that includes decentralized actions related to Primary Health Care (PHC) in the municipalities, in such way that each manager has freedom to develop activities that adapt better to the goals and needs circumscribed to the local community. Since municipal management is relevant to the field of studies in public administration for enabling improvements in the performance of these programs, the aim is investigating the managers' actions in order to verify which management models condition (or are members) the efficiency of FSH. For this, nine towns of Minas Gerais were studied, from six different middle regions. These towns were selected to represent groups of similar municipalities considering factors that influence life quality in these groups. Benchmarks (municipalities that highlights due to its good efficiency of Primary Health Care) and anti-benchmarks (municipalities with low efficiency) were selected. Thereby, it was selected as benchmarks the following cities: Alfredo Vasconcelos and Senhora dos Remédios in Campo das Vertentes region ; Carmo do Rio Claro and Coqueiral in South and Southwest of Minas , and Nova Era in Metropolitan region of Belo Horizonte . As anti - benchmarks were selected: Poté and Franciscópolis in Mucuri Valley ; Mercês in Zona da Mata , and Cuparaque in Vale do Rio Doce. Thus, we interviewed PHC managers using the investigation approach of analysis content, by defined categories from the literature in the area of public administration and health management . Among the main findings, it is highlight that there is a gap between theory and practice, in which managers take a speech that compromises their ability to dedication and expands their ability to justification against their low performance .

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) consiste em uma visão da saúde de forma integral, visando trabalhar diversos aspectos dos usuários das políticas de saúde, tornando a mesma uma questão de cidadania (COTTA, *et. al.*, 2013). Dessa forma, a APS se relaciona diretamente com a qualidade de vida da população.

A saúde, que hoje é um direito garantido pela Constituição de 1988, sempre foi uma vertente da Administração Pública de extrema importância, por ser um direito do qual a população percebe suas próprias carências e pelo qual ela sente necessidade de lutar, por se tratar de um aspecto tão frágil na sociedade.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) mostra que a gestão da saúde pública tem um caráter mais completo, englobando outros aspectos da população, pois se relaciona com a qualidade de vida, “buscando superar a fragmentação das políticas e considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas” (PASCARELLI FILHO, 2011, p.75). A saúde no Brasil passou por diversas mudanças, assim como a Administração Pública pós-constituição de 1988. As reformas administrativas mostram que o modo como o Estado é gerido foi modificado, mudando também o foco das políticas, seus desenhos e esquemas de execução.

Os modelos de Administração Pública que predominaram no Brasil foram a Administração Patrimonialista, estudada por Faoro (2001), Burocrática, na qual utiliza-se as formas de dominação estudadas por Weber (2009) e a Administração Gerencial estudada por autores como Paula (2005, 2007), Araújo e Pereira (2012). Ainda, Paula (2005,2007) propõe um modelo de administração pública em ascensão que vem se instaurando na sociedade: o modelo Societal. Outros autores estudam a transição entre os modelos e/ou fazem comparações entre as suas principais características (BRESSER PEREIRA E SPINKS, 2005; COSTIN, 2010), esses estudos possuem tendo uma grande expressão no Brasil.

No seio da decisão estão estruturas políticas, não há como discutir Saúde Pública desconsiderando os aspectos governamentais e da Administração Pública. Nessa direção, Vilaça-Mendes (1996) aponta fatores necessários para se criar um novo paradigma na saúde, que seja condizente com as necessidades da população: um deles é a gestão municipal da saúde, na qual são necessárias políticas transversais que permitam

trabalhar diversos aspectos da vida da comunidade. Isso impõe uma nova forma de perceber o conceito de saúde por parte da população, contribuindo/fomentando mudanças também por parte dos gestores.

Ainda, Cotta *et. al.*, (2013) apontam que um sistema efetivo de saúde depende da aliança política e técnica dos profissionais de saúde com a população, sendo uma forma de “lidar com a pluralidade de contextos e necessidades advindas na diversidade de forma otimizada” (COTTA, *et. al.*, 2013, p. 170). Pode-se perceber que a descentralização é uma forma da ESF se adaptar às realidades diferentes dos municípios, e que a gestão é um fator importante para garantir a efetividade das políticas. Estas contribuem para que as cidades selecionadas no estudo possam conhecer ações de outros municípios e se espelhar para melhorar a eficiência das suas ações, além de propiciarem verificar que são *benchmarks* ou *anti-benchmarks*. Estes aspectos permitem que elas tenham conhecimento da avaliação feita e conheçam a situação do município perante os outros estudados.

Assim, este trabalho caminha para responder à questão: **Quais fatores relacionados à gestão municipal da ESF permitem alcançar a eficiência dessas ações?**

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1. A Estratégia Saúde da Família (ESF)

Uma vez que o município define o modelo de trabalho da equipe de saúde e que as Unidades Básicas de Saúde possuem equipes delimitadas de trabalho, com agentes de saúde, divisão de tarefas, metas a serem cumpridas e uma estrutura de trabalho, essas unidades podem ser consideradas organizações e se tornarem objeto de estudo sob o ponto de vista das teorias da Administração, em especial a Contingencial.

Para Donaldson (2010) a principal ideia da Teoria Contingencial é de que as tarefas com baixa incerteza devem ser executadas por uma hierarquia centralizada, e, à medida que a incerteza aumenta essa estrutura, deve ser substituída por uma estrutura comunicativa e participativa. Assim, quanto maior e mais complexo for o ambiente, a descentralização é mais requerida na organização.

Percebe-se que a Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo uma estratégia do governo federal e descentralizada pelas esferas municipal e estadual, adquire esse desenho pela necessidade de se adaptar às características de um país continental. Nesse sentido, tamanha é a complexidade da ESF que as decisões cotidianas, como por exemplo, qual o maior foco de doença na população ou quais ações preventivas devem ser utilizadas, são tomadas a nível organizacional nas unidades básicas de saúde.

O contorno da Estratégia Saúde da Família no nível nacional permite que cada UBS se molde de acordo com as características do ambiente e da comunidade local, na qual está inserida. Apesar de alimentar uma base de dados nacional, visando avaliar o andamento e cumprimento das metas de cada município, as equipes possuem basicamente a mesma formação; esses fatores não impedem a sua adaptação pelo ambiente, pois o foco de trabalho é definido a partir de características da população em questão. Assim, suas ações de prevenção e promoção da saúde são baseadas nas necessidades de cada comunidade, analisando-se os principais focos de doença, as condições de vida daquelas pessoas e inserindo ações nesse contexto de forma que beneficie aquele público específico.

A execução das políticas de atenção básica, onde a ESF está inserida, é compartilhada pela esfera federal, estadual e municipal. Na esfera federal as ações são mais normativas; já na esfera estadual, as ações são mais voltadas para o seu território,

no sentido de acompanhar as ações executadas pelos municípios e auxiliar nas estratégias de atenção básica; no âmbito municipal os gestores são responsáveis por ações pontuais do programa.

As políticas de atenção básica corroboram o novo paradigma da saúde que Vilaça-Mendes (1996) propõe, que é o Paradigma da Produção Social da Saúde, em que o foco da atenção é a visão positiva da saúde. Este, por sua vez, foge do paradigma flexneriano, que é a visão da saúde com a atenção centrada no tratamento de doenças existentes e que procura tratar o problema de saúde, não tendo as atenções voltadas para o indivíduo de forma integral.

A avaliação das políticas básicas de saúde é feita pela Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB), entendendo que é papel do Gestor Federal ser indutor da institucionalização da avaliação nas três esferas de governo envolvendo-as na descentralização e consolidação da avaliação como ferramenta de gestão, para que esta facilite o processo de tomada de decisão e formação dos sujeitos envolvidos no processo.

Percebe-se, portanto, que a avaliação e as ações da Estratégia Saúde da Família são descentralizadas e a operacionalização acontece, de fato, a nível municipal em cada Unidade Básica de Saúde (UBS). Dessa maneira, cabe ao respectivo município a definição da implantação do modelo da atenção básica e a alimentação dos sistemas de informação.

Existe a hipótese de que a adaptação da organização ao ambiente leva a atingir melhor os objetivos do que se as estratégias fossem delimitadas por um único órgão e aplicadas em todas as UBS do Brasil. Visto que, além dos estados possuírem características muito particulares, essa diferenciação se dá de forma mais acentuada quando se pensa em grupos populacionais de aproximadamente três mil habitantes, pode-se perceber no mesmo município características de saneamento básico, moradia e costumes bem diferentes e para cada grupo, a estratégia para se criar um ciclo de prevenção e promoção da saúde deve ser diferenciada a fim de que se promovam esses valores da forma mais eficiente.

Dessa maneira, percebe-se que as Unidades Básicas de Saúde definem as suas estratégias, a atuação das equipes de agentes da saúde, suas principais campanhas e seu público alvo a partir de algumas características particulares da população da comunidade que essa UBS atua. Assim, fatores como a região, englobando a cultura, a

economia, da cidade, o clima típico daquela região, as principais características populacionais como a idade e sexo, as doenças mais comuns naquela região e a situação do saneamento básico podem afetar as “escolhas” das UBS. Pode-se entender, então, que os fatores contingenciais podem influenciar as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Assim, se percebe que, apesar dessa teoria ter surgido há cinquenta anos, com os estudos seminais de Chandler, Burns e Stalker e Lawrence e Lorsch, Emery e Trist na década de 1960, e seus primeiros estudos terem sido realizados em organizações privadas, muitos princípios dessa teoria foram aplicados à Estratégia Saúde da Família - um programa governamental, sem fins lucrativos, mas que, todavia, possui suas equipes ou Unidades Básicas de Saúde (UBS) que se configuram como organizações que têm objetivos, funções definidas, além de terem a liberdade de se adaptar ao ambiente em que estão inseridos.

2.2. O Estado e as políticas de Proteção Social

A Constituição de 1988 foi importante para as políticas de proteção social. Como exemplo disso, destaca-se o direito à saúde, que foi promulgado a partir desse evento, além de criadas as políticas descentralizadas referentes ao assunto que deram mais poder aos municípios e às decisões de cada governante.

O Estado deve garantir à população direitos humanos como saúde, alimentação, moradia e educação. Para tanto, passa a fazê-lo mediante políticas públicas de mitigação da vulnerabilidade. A partir dos anos de 1990 foram introduzidas no Brasil políticas de implementação de programas de transferência de renda, abrangendo aspectos econômicos, sociais, assistenciais, educacionais e de gênero vinculados à Administração Pública.

A Estratégia Saúde da Família atua através de Unidades Básicas de Saúde (UBS), que são instaladas prioritariamente em áreas de vulnerabilidade, e através de equipes multiprofissionais de saúde, que procuram uma proximidade com a população gerando ações focalizadas nas suas principais necessidades. De acordo com a Constituição Federal, Art. 196:

[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e

igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, Art. 196).

Nesse sentido, o Governo Federal apoia o Programa Saúde da Família e outros programas de garantia à saúde como o SUS. Que de acordo com Teixeira (2004) é “garantido pelo Piso de Atenção Básica à Saúde (PAB), criado pela NOB/96, e pelos incentivos que compõe a parte variável desse piso, somados aos recursos de fontes estaduais e municipais” (TEIXEIRA, 2004, p. 49).

Coelho *et. al.*, (2012) destacam que, para que o SUS tenha sucesso, faz-se necessária uma instalação básica eficaz que atue na cura e na prevenção de doenças assim como na prevenção dos riscos. Para esses autores, a Atenção Básica de Saúde é um direito universal de todo brasileiro, por isso, todos devem ter acesso a elas.

Nota-se também a necessidade da população de participar dessas políticas ativamente, como forma de galgar seu espaço na sociedade e modificar as mesmas, para que, de fato, possa promover melhorias na sua vida e na vida da sua família.

Assim, Tenório (2012) discute o conceito de gestão Social e mostra que ela não tem uma definição concreta, mas que está relacionada à justiça social e que se relaciona à ações de profissionais que percebem a sociedade na sua totalidade, agindo interdisciplinarmente de forma que promovam ações que democratizem os processos decisórios.

Pode-se afirmar que a gestão social é um “espaço democrático de tomada de decisão” (CANÇADO, TENÓRIO E SILVA JR, 2012, p.15) relacionado à descentralização e à eficiência das políticas na medida em que, para ser políticas de proteção social, elas devem estar atreladas à gestão social; de igual modo, devem ser promovidas para estimular a participação social nos processos, o que potencializa o efeito das políticas de diminuição de vulnerabilidade e melhor de qualidade de vida.

Ao longo da história do Brasil é possível perceber traços de diferentes modelos de Administração Pública dos quais muitos tratam sobre as prioridades dos gastos governamentais, os focos das políticas vigentes e o funcionamento dos serviços oferecidos à população.

Entre esses modelos ainda há o modelo de administração Burocrática e o Gerencialista, cujos traços ainda podem ser observados na administração pública brasileira, com destaque para o gerencialismo, que traz traços da administração privada,

pretendendo a eficiência na administração pública e procurando processos que tragam mais melhorias e mais resultados com menos recursos públicos. Esses, buscam demonstrar que os cidadãos querem resultados e a pressão social tem levado os governantes a focarem em metas e eficiência; daí o conceito de estratégia tipicamente imbricado na gestão e no seio da operacionalização da saúde pública.

Todavia, o que se tem hoje são traços de todos os modelos citados, prevalecendo ora características de um modelo, ora de outro, e variando também do município e estado em questão haja vista o Brasil é um país de dimensões continentais e que ocorrem variações na cultura da população. No Quadro 3 encontram-se os resumos dos modelos de administração pública e as características no sistema de saúde pública no Brasil.

Quadro 3: Características dos modelos de administração e reflexos no sistema público de saúde.

Modelo de Administração	Duração do predomínio do modelo	Principais características	Características do Sistema de Saúde
Administração Patrimonial	Desde o Brasil colônia até a República Velha. De 1500 a 1930, tendo como um marco a vinda da corte para o Brasil em 1808.	<ul style="list-style-type: none"> -Não há uma diferenciação clara entre o público e privado. -Arbitrariedade nas decisões. - Clientelismo. -Nepotismo. - Centralização das ações. - Pouca importância as políticas públicas de caráter social. 	A população em geral era atendida por serviços filantrópicos como os hospitais Santa Casa de Misericórdia. O sistema de saúde ainda era incipiente, uma vez que as estruturas relacionadas com a saúde são organizadas como a polícia sanitária.
Administração Burocrática	Início com a Reforma administrativa em 1930 e vigorou até 1995.	<ul style="list-style-type: none"> - Distinção entre o público e privado. - Funções bem definidas. - Controle administrativo, normativo e impessoal. - Sistema administrativo impessoal, formal e racional. - Estruturas de poder hierárquicas. 	A saúde pública foi institucionalizada através do Ministério da Educação e da Saúde Pública; que se desdobrou em 1953 em Ministério da Saúde, contudo sua atuação era limitada, se resumindo a atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças. Com a Constituição de 1988 foi criado o Sistema único de Saúde (SUS) e garantido o direito à saúde a todos os cidadãos e depois da Constituição de 1988, as políticas de saúde no Brasil passaram a ter um caráter descentralizado.
Administração Gerencial	Iniciado nos anos 1980 mas sua efetiva implementação aconteceu no governo Fernando Henrique Cardoso em 1995.	<ul style="list-style-type: none"> - Discurso de participação social. - Práticas comuns da iniciativa privada para alcançar a eficiência na gestão pública. - Busca pela transparência governamental. - Descentralização das políticas. 	A descentralização do sistema de saúde, criação do Programa Saúde da Família em 1994 com um foco na saúde de forma integrada com outros aspectos da qualidade de vida. Foi criada em 1999 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, o que também mostra a preocupação com ações preventivas de higiene, saneamento básico, epidemias regionais, etc.
Administração Societal	Início no governo do Presidente Lula em 2003, com seu foco nas políticas sociais, contudo teve início com movimentos de participação social a partir da década de 1960.	<ul style="list-style-type: none"> - Foco na dimensão sociopolítica. - Possibilidade de formação de uma estrutura que institucionalize a participação social na criação e avaliação de programas. 	Sistema de emergência móvel (ambulâncias) é criado em 2003. Uma maior atenção ao PSF que passa a se chamar Estratégia Saúde da Família em 2012 e ganha importância a avaliação da atenção básica à saúde como forma de suporte aos processos decisórios dessas políticas.

Fonte: Elaboração do autor.

Percebe-se com o Quadro 3 que a saúde, como direito da população e objetivo de diversas políticas governamentais, sempre sofreu influência desses modelos de administração, o que levou a modificar o próprio conceito ao longo do tempo, de acordo com o que o Estado pretendia que fosse considerado.

É possível perceber, também, uma relação dos modelos de administração com os modelos de saúde praticados, uma vez que os paradigmas da saúde sofreram modificações que vão na mesma direção das mudanças administrativas.

Nesse sentido, o paradigma da saúde vem mudando, e desde a década de 1980 com o Movimento da Reforma Sanitária (COTTA, *et. al.*, 2013): uma mudança na prática sanitária, passando de um paradigma Flexneriano, centrado na doença para uma visão mais ampla da saúde a partir de determinantes sociais da saúde, que considera a saúde num conceito mais amplo (COTTA, *et. al.*, 2013).

Na área da saúde destacam-se dois paradigmas (MENDES, 2006; COTTA *et. al.*, 2013), sendo eles o paradigma Flexneriano onde saúde é considerada a ausência de doença e o Paradigma da Produção Social da Saúde onde a saúde é percebida de uma forma mais ampla, considerando aspectos históricos e sociais (MENDES, 2006).

3. MÉTODOS

3.1. Área de Estudo

O estudo foi realizado em nove municípios mineiros, que foram escolhidos por serem *benchmarks* e *anti-benchmarks* de grupos formados por municípios de Minas Gerais. Estes foram eleitos por serem destaque pela eficiência ou ineficiência da Atenção Primária à saúde.

Os municípios foram agrupados considerando-se fatores que influenciam o IDH-M, que é o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, que, por sua vez, mostra como o município se comporta em três dimensões de desenvolvimento humano: saúde, educação e renda - variáveis importantes para a qualidade de vida. Esses grupos foram formados com base no percentual de famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família (PBF), proporção de óbitos por causas mal definidas, taxa de emprego no setor formal, índice de envelhecimento e percentual de população urbana.

E o escore de eficiência foi construído com base na abordagem DEA, considerando as seguintes variáveis:

- *Inputs*: UBS por Habitante; Equipes de saúde por habitante; e Despesa Liquidada com atenção básica por habitante.
- *Outputs*: Média de cobertura vacinal; Proporção de internações hospitalares por condições não sensíveis na atenção ambulatorial; Proporção de nascidos vivos cujas mães realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal; e Proporção de nascidos vivos com peso normal.

Considerando a matriz completa de dados, formada por 761 municípios (os que apresentaram dados disponíveis válidos, excluídos os outliers), procedeu-se à escolha dos municípios a serem estudados conforme Figura 5. Depois de formados três grupos, cada grupo foi dividido em dez subgrupos, com base no valor do escore de eficiência, em que foram selecionados um *benchmark* (bom desempenho) entre os municípios do subgrupo com maior escore de eficiência e um *anti-benchmark* (desempenho ruim), sendo um município do subgrupo com escore de menor eficiência.

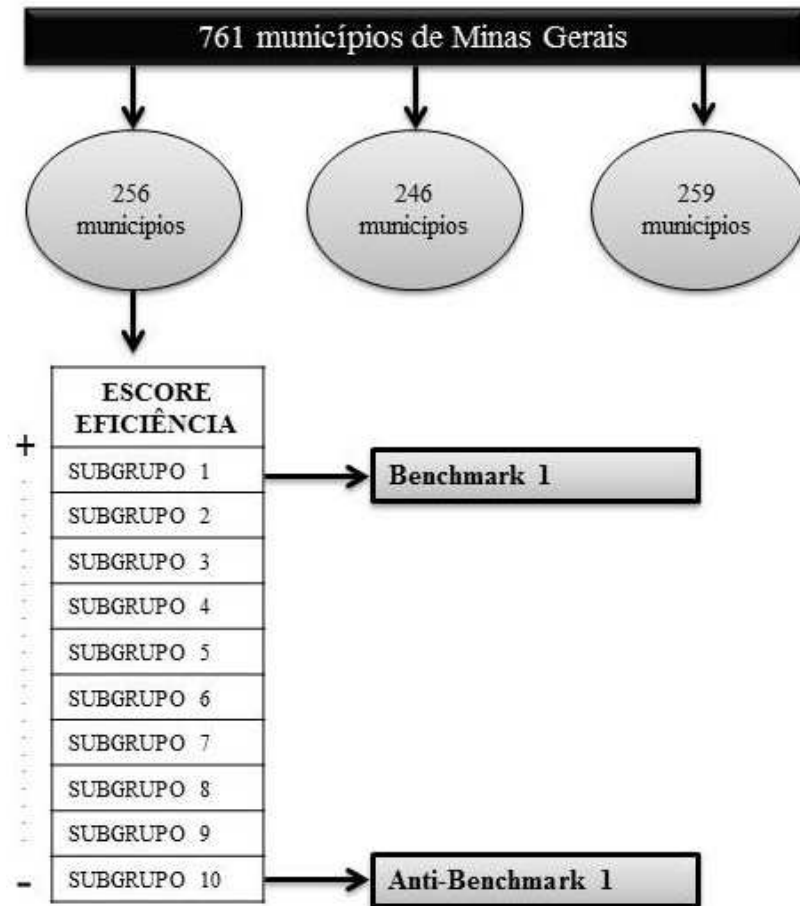


Figura 5: Procedimentos metodológicos.

Fonte: Elaboração do autor.

Cada município escolhido pertence a uma mesorregião do estado de Minas Gerais; a escolha se deu na tentativa de evitar que a pesquisa se limitasse a uma única região do estado, não considerando as diferenças interestaduais.

Os municípios escolhidos estão assinalados no Mapa do Apêndice 6 e foram:

Grupo 1:

- *Benchmark*: Alfredo Vasconcelos e Senhora dos Remédios, na mesorregião do Campo das Vertentes.
- *Anti-Benchmark*: Franciscópolis e Poté, na mesorregião do Vale do Mucuri.

Grupo 2:

- *Benchmark*: Carmo do Rio Claro e Coqueiral, na mesorregião do Sul/Sudoeste de Minas.
- *Anti-Benchmark*: Mercês na mesorregião da Zona da Mata.

Grupo 3:

- *Benchmark*: Nova Era na mesorregião Metropolitana de Belo Horizonte.
- *Anti-Benchmark*: Cuparaque na mesorregião do Vale do Rio Doce.

3.2. Coleta de dados

Para essa fase, os dados foram coletados por meio de entrevistas não estruturadas (Apêndice 7) realizadas com secretários de saúde e com os gestores das Unidades Básicas de Saúde, além da aplicação de questionários (Apêndice 8) aos agentes de saúde.

Tal procedimento foi realizado em cada município de alto desempenho (*Benchmark*) e de baixo desempenho (*Anti-Benchmark*) no intuito de conhecer melhor o funcionamento da estratégia e investigar a relação entre a ESF e a qualidade de Vida, no sentido de refutar a sua casualidade e identificar fatores relacionados à gestão, capazes de influenciar nessa relação de maneira positiva e negativa.

Considerando a importância do ponto de vista dos gestores, e observando que Uchimura e Bosi (2002) afirmam a valorização da experiência vivencial dos autores sociais como um outro olhar do pesquisador sobre o programa estudado, o que pode vir a valorizar e clarificar o estudo.

3.3. Análise de Conteúdo

Como técnica de análise dos dados para o aprofundamento investigativo de abordagem qualitativa, realiza-se a análise de conteúdo, interpretando o que a mensagem diz na partir do seu contexto com a finalidade de interpretar a fala dos entrevistados (BARDIN, 2009). Consiste em uma análise das informações que permitam a compreensão do contexto. Dessa maneira, todas as dimensões foram consideradas e tabuladas em eixos semelhantes e em agrupamentos de acordo com a frequência, já que esse é um instrumento interessante de indução para se investigarem as causas (variáveis inferidas) a partir dos efeitos (variáveis de inferência ou indicadores, referências no texto).

A análise de conteúdo é usada para “identificar nos discursos, as atitudes, as escolhas e as resoluções dos sujeitos” (GALHARDI, Wania Maria Papile; BARROS, Nelson Filicede; LEITE-MOR, 2013, p. 215), e muito utilizada em pesquisas relacionadas a programas de saúde (CELINO, *et. al.*, 2013; MATOS, BARCELLOS E CAMARGO, 2013; MARZARI, *et. al.*, 2013). Matos, Barcellos e Camargo (2013) estudam a saúde do turista e suas situações de vulnerabilidade; já Marzari *et. al.*, (2013), utilizam a análise de conteúdo em entrevistas de lideranças comunitárias, profissionais de uma equipe de ESF e usuários de saúde procurando conhecer a realidade da comunidade local.

Dessa maneira, a análise categorial permite o levantamento dos possíveis elementos que afetam de forma positiva e negativa a gestão do programa. A análise de conteúdo é usada para interpretar as falas dos secretários e enfermeiros responsáveis nas entrevistas, que tratarão da gestão da Estratégia Saúde da Família, discutindo as características da gestão da saúde nesse município.

Assim, entende-se que é possível conhecer a realidade de cada município selecionado como alto e baixo desempenho, bem como a realidade de cada UBS, alcançando o objetivo de identificar pontos da gestão que aproximam ou afastam a ESF da qualidade de vida e da sua eficiência. A análise de conteúdo nesse trabalho foi realizada com base nas categorias definidas expostas no Quadro 4.

Quadro 4: Categorias de análise.

Paradigma Sanitário	Flexneriano	PSS
Concepção de saúde-doença	Negativa	Positiva
Prática sanitária	Atenção médica	Vigilância à saúde
Ordem governativa da cidade	Gestão médica	Gestão Social

Fonte: Elaboração do autor com base em Vilaça-Mendes, 1996.

A partir dessa análise de conteúdo foram analisadas as falas dos participantes e interpretadas de modo a contribuir se encaixando nas categorias formadas baseadas nos principais paradigmas da saúde e nas características citadas por Vilaça-Mendes (2006).

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após a análise das entrevistas em cada categoria pré-definida, foi possível diferenciar aspectos encontrados em *benchmarks* e *anti-benchmarks* de modo a servir como exemplo para outros gestores de saúde. Fazendo uma comparação de cada categoria tem-se:

4.1. Concepção de saúde-doença:

Vilaça-Mendes (1996) propõe que a concepção de saúde, consensual entre profissionais e cidadãos seja uma visão não centrada na doença, mas que parta de saúde como o conceito positivo, que não é somente a ausência de doença, mas um “estoque” da mesma; para o autor, a sociedade precisa modificar os hábitos de vida para que não se precise curar as doenças.

E percebe-se que nos *benchmarks positivos* os gestores da APS têm essa visão da saúde, já que relatam que devem focar na educação da população como promoção da saúde, indo nos domicílios. Os gestores vêem a saúde como um conjunto de práticas em que “na maioria das vezes você vê em PSF os problemas não são de saúde, são problemas sociais” (E. 3).

No entanto eles mostram que a falta de participação da comunidade atrapalha a eficiência da ESF. E valorizam as visitas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), já que, quando questionados sobre o que leva a eficiência da ESF, respondem: “Acho que são as visitas domiciliares porque a gente passa muita informação” (A.C.S.3). Entretanto, a população ainda tem dificuldade de superar essa visão, como mostra uma enfermeira coordenadora de uma UBS: “Infelizmente, o povo tem a ideia de que o PSF e APS é curativo e não preventivo” (E.1). Ou ainda ressaltando que “Ainda está muito preso no médico, na figura do médico e no remédio”[...] “Eles querem estocar remédio” (E.3).

Pode-se citar como exemplo de eficiência os grupos organizados pela ESF do município, que aproximam a população e fazem trabalhos preventivos como o grupo de gestantes, já focando no pré-natal e no cuidado com crianças ou grupos de idosos para a prática de exercícios físicos. Para isso, as gestoras mostram iniciativa de fazer vários mutirões, sob a justificativa de que eles atraem a população e podem se adequar melhor

aos horários da população. consideram que esse movimento convida as pessoas a participarem.

Nos *benchmarks negativos* reconhecem que a universalização e a equidade como a principal diferença ente o SUS e a ESF, e deixam claro que entendem que ser um tratamento para todos, sem distinção. No entanto, essa visão também mostra como elas concebem a imagem do SUS como um sistema falho, que cuida de tratamentos mais complexos - o que é equivocado, uma vez que a ESF é parte das estratégias do SUS para garantir a todos o acesso á saúde. Falas como “Elas são imprescindíveis” evidenciam essa visão (E. 8) Nesse horizonte, a única associação citada foi a saúde na escola que já é proposta pelo governo, que, apesar de reconhecer essa necessidade, não tem parcerias firmadas por iniciativa do município.

Falta reconhecer que o problema é social, e não se tenta resolver, somente focando no estado de saúde. Afirmam também que sobre a procura recorrente a médicos: “Tem profissional que o paciente vai continuar procurando ele porque o paciente vai continuar sentindo, mas as vezes ele vai continuar procurando porque o paciente tem vicio, porque as vezes ele tem pouca ocupação, tem vicio, medo de morrer, uma fragilidade. Eu me pergunto as vezes como que a gente vai mudar a cabeça do povo” (E. 8).

Da mesma forma que nos *benchmarks*, a população ainda tem a cultura de procurar o médico, a principal diferença são as formas de se mudar essa cultura, como a integração de diferentes secretarias em eventos que buscam a população e a educação de grupos específicos sobre algumas formas de prevenção de doenças ou de agravos, como palestras pra gestantes e idosos em que estão presentes nutricionistas, educadores físicos e psicólogos. Alguns anti-*benchmarks* apresentaram algumas ações pontuais, como um plano psicossocial, mas foram poucos citados.

Foram citadas por gestores se anti-*benchmarks* um fator que atrapalha, a eficiência, qual seja, a falta de hospital na cidade, porque, assim, as emergências são atendidas no PSF. Isso dificulta o planejamento das atividades e demandam a presença do médico da ESF.

Nas ações conjuntas foi citada a dificuldade de adequar um cronograma em conjunto. É interessante perceber que quando um entrevistado foi perguntado pelo planejamento municipal, a resposta foi direcionada ao prefeito, mostrando o desconhecimento de assuntos relativos a esse planejamento.

Em um dos *anti-benchmarks* as agentes comunitárias mostraram um conhecimento amplo sobre o conceito de saúde, falando sobre o saneamento, água encanada e mostrando que as visitas são úteis porque se pode conhecer a realidade da população (ACS. 4).

4.2. Prática Sanitária:

Vilaça-Mendes (1996) mostra que a mudança na prática sanitária depende de como a sociedade se estrutura para responder aos problemas de saúde que enfrenta. Partindo de ações individuais para coletivas e suprimindo a falta de humanização do trabalho focado no médico para a orientação de um trabalho focado em políticas coletivas, que tratam o ser humano na sua integralidade, deve-se considerar várias dimensões, como a financeira, a psicológica e a social.

Em *benchmarks* positivos percebe-se que a população participa do planejamento através do conselho de saúde. No entanto, essa participação ainda é limitada e problemática na medida em que essa nova forma de participar ainda não está culturalmente enraizada na população. Dessa forma, são relatados vários problemas, como: “Eu percebo casos assim de muita briga política em conselho e não discutir realmente o que interessa no conselho, que são os problemas” (S.1).

Contudo, é necessário ressaltar que é por meio da participação e de indicadores que as políticas são traçadas de forma coletiva: tabulam-se os indicadores, observa-se o que precisa melhorar “como está a saúde no município, e em cima desses resultados nós vamos sentar com a equipe e o conselho pra traçar nossas ações para 2014-2017” (S.1). A partir dessa citação, por exemplo, percebe-se como a cultura de brigas políticas podem atrapalhar a participação popular: “A população não está aberta a mudanças, eu acho que também a política, todos os municípios pequenos, a questão política é muito complicado” (E.1).

O que mais mostra a humanização presente na ESF é o fato de os agentes estarem e se sentirem próximos da população, como se pode perceber pela seguinte fala: “A gente separa em potinhos e coloca um sol, uma lua pra saber qual tomar durante o dia e qual durante a noite. Tem essas prioridades” (A.C.S. 3).

Em *benchmarks negativos* é interessante observar que as agentes comunitárias de saúde reconhecem a importância da humanização no tratamento para que ele se efetive. Argumentam que o tempo que a agente atende uma comunidade é importante

para essa proximidade: “Como eu trabalho há mais tempo, comigo eles já acostumaram. [...] Eu sei quem é mais difícil, não gosta muito de falar. [...] Eu já sei como lidar com eles. Mas até você acostumar, você passa por muita coisa” (A.C.S.4).

Observa-se ainda uma dependência muito marcante dos profissionais médicos e de serviços de atendimento em tratamentos mais complexos. Factualmente, existem tratamentos que necessitam do apoio de um centro de atendimento, sendo esses, algumas vezes, mesmo inexistentes. A falta de vacinas e remédio, por exemplo, é citada: “Às vezes não tem remédio. Você encontra reclamação” (A.C.S. 4). “Só que eles acham que é só em ... (município) que não tem vacina. Mas em (sede da regional de saúde) também não tinha” (A.C.S.5).

Também é apontado como um problema pelo S.2. o hábito dos profissionais de nível superior em não trabalhar oito horas diárias, sendo essa uma reclamação recorrente - lembrando que esses profissionais recebem para trabalhar as oito horas, o que caracteriza improbidade administrativa. Porém, muitas vezes, esses profissionais não são demitidos por “medo” de ficar sem médico na ESF.

Todavia, observamos que em *benchmarks* positivos foram identificados casos de demissão por justa causa de médicos que não cumpriam o que estava no contrato, e para suprir essa carência, foram contratados médicos residentes na cidade, com mais experiência e que estavam dispostos a trabalhar nas UBS.

4.3. Mudança na ordem governativa da cidade:

Vilaça-Mendes (1996) destaca que, para atender ao paradigma da produção social da saúde, é necessário que a cidade seja governada com políticas transversais que possibilitem tratar a saúde de forma integral. Pois entende que só é possível criar um estoque de saúde na população quando vários fatores socioeconômicos que se relacionam a ela forem igualmente tratados.

Em *benchmarks positivos* é possível frisar que os gestores reconhecem a importância de ações transversais entre as secretarias e que possuem uma facilidade em realizar essas parcerias. Esse aspecto mostra que a estrutura da saúde é transversal ou integrada. Como diferencial, ressalta-se: “Boa equipe, o pagamento é em dia, um bom salário, o município paga um salário bom perante outras realidades que eu conheço. Isso é um diferencial, o funcionário faz o seu trabalho com prazer” (S.1).

Mesmo não existindo formalmente o cargo de coordenadora, a enfermeira da unidade central faz esse papel de planejamento e organização da ESF, o que mostra a vontade de gestar e de organizar a ESF do município.

Percebe-se, no entanto, que as metas ainda são muito definidas pelo governo federal, o que dificulta a descentralização das ações. Por outro lado, possibilita que os gestores municipais tenham liberdade para alcançar essas metas com as ações que acharem melhor.

Em *benchmarks negativos* observa-se que os Agentes comunitários de saúde entendem o planejamento como algo determinado pelo ministério da saúde e pelo governo federal. De fato, os gestores afirmam não fazer planejamento municipal (os que pretendem fazer irão começar esse ano) desconsiderando a importância do planejamento das ações em saúde (MARQUES, *et. al.*, 2010).

A dificuldade apontada para a efetividade dos tratamentos foi o transporte, tanto dos agentes comunitários quanto dos pacientes, que precisam de encaminhamento. Isso mostra a falta de parcerias entre as secretarias. O gestor acredita serem as ações conjuntas com secretarias como a de educação de grande importância para a prevenção, mas também entende são iniciais, pois estão sendo planejadas somente agora.

Em uma das cidades pesquisadas existe um planejamento municipal, mas o secretário não tem conhecimento sobre ele, e, ao ser questionado sobre como ocorre o planejamento municipal ele responde: “Essa pergunta tem que ser feita para o prefeito” (S.2). Já o planejamento para a saúde conta com a participação de todos os agentes, os gestores e o conselho de saúde.

Apesar de a participação estar começando a acontecer efetivamente na cidade, é importante destacar que a população, quando se reúne no conselho, discute assuntos importantes para a população em geral. Esse é um aspecto incomum, já que na maioria dos municípios pesquisados citaram a população não consegue chegar a discussões mais esclarecedoras sobre o conceito de bem público, uma vez que eles discutem assuntos políticos ou de um determinado grupo de interesses em detrimento ao interesse da população como um todo.

É possível destacar, naquele contexto, que para ter eficiência na ESF é necessário que se tenha vontade política municipal, o que está começando neste mandato, ou seja, quando foram medidos os indicadores para selecionar os municípios para este estudo, ainda não tinham ações efetivas nesse sentido.

5. CONCLUSÃO

Percebe-se que os fatores que colaboram para que os municípios alcancem a eficiência na ESF se relacionam com o paradigma de produção social da saúde. Pois as práticas mais eficientes estão associadas à participação da população na construção das políticas de saúde do município, práticas de gestão transversais que englobam ações que vão além da secretaria de saúde e a busca da eficiência na gestão fiscalizando os horários dos membros da equipe da ESF.

Assim, a descentralização da política, ao permitir que cada município desenhe suas ações para cumprir as metas estipuladas pelo governo federal e estadual, traz benefícios quando o município conhece a própria realidade e trabalha suas potencialidades para melhorar a qualidade de vida da população. Todavia, pode servir também como uma “desculpa” para gestores que não alcançam resultados esperados, aguardando que o governo federal mande ações pontuais que somente é necessário executar.

Por fim, este estudo buscou contribuir com o campo de estudos em administração pública porque revela que as teorias organizacionais são amplas e capazes de embasar estudos em outras áreas, como um estudo da Gestão da Saúde. Mostrar que a qualidade de gestão é determinante para a eficiência de um programa público, e, portanto, para a melhoria da qualidade de vida da população, quando se pretende que outros pesquisadores e gestores tenham acesso a esses dados e que essas mudanças na gestão municipal possam se efetivar de alguma forma.

Os resultados foram encontrados em 9 municípios mineiros, o que não permite a generalização do estudo, mas mostra o comportamento de municípios selecionados apartir de grupos homogêneos. Estas circunstância levantam a hipótese de existirem comportamentos semelhantes nesses grupos.

6. REFERÊNCIAS

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições, 2009.

BRASIL. Constituição, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil: Constituição do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988*. Brasília (DF): Senado Federal; 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em 20 de agosto de 2011.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. *Gestão do setor público: estratégia e estrutura para um novo Estado*. In: Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial. Orgs. Luiz Carlos Bresser Pereira e Peter Spink; tradução Carolina Andrade. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005, 6ª edição.

CANÇADO, Airton Cardoso; TENÓRIO, Fernando Guilherme; SILVA JR. Jeová Torres. *GESTÃO SOCIAL: Aspectos Teóricos e Aplicações*. Organizadores: Airton Cardoso Cançado, Fernando Guilherme Tenório e Jeová Torres Silva Jr. Ijuí: Ed. Unijuí, 2012.

CELINO, Suely Deysny de Matos; COSTA, Gabriela Maria Cavalcanti; FRANÇA, Inácia Sátiro Xavier de; ARAÚJO, Ednaldo Cavalcante de. *Programa Pesquisa para o SUS: a contribuição e serviços de saúde na Paraíba, Brasil*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2013, v. 18, n.1, p. 203-212.

COELHO, Bernadete Perez; COUTO, Gustavo de Azevêdo; ARAÚJO JUNIOR; José Luiz do Amaral Corrêa de; COSTA, Liliane Carvalho; TORRES, Thatiane Cristhina de Oliveira. OLIVEIRA, Tiago Feitosa de Oliveira. *O modelo recife em defesa da vida e a aposta na atenção básica à saúde como estratégia de organização da rede de saúde: política, subjetividade e invenção de práticas*. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, junho de 2012, n. 48, p. 42-48.

COSTIN, Claudia. *Administração Pública*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; ET. AL. CAMPOS, Aline A. de Oliveira; MENDONÇA; Érica Toledo de; COSTA, Glaucete Dias da; MACHADO, Juliana Costa; SILVA, Luciana Saraiva da; SIQUEIRA, Renata Lopes de Siqueira; LEÃO, Renata Teixeira; REIS, Roberta Sena. *Políticas de Saúde: Desenhos, modelos e paradigmas*. Viçosa, MG: Ed. UFV, 2013.

DONALDSON, Lex. Teoria da Contingência Estrutural. In: *Handbook de Estudos Organizacionais*. Organizadores da edição original Stewart R. Clegg, Cynthia Hardy, Walter R. Nord; Miguel Caldas, Roberto Fachin, Tânia Fisher organizadores da edição brasileira. São Paulo: Atlas, 2010, v. 1. Cap.3, p. 105-133, 1.ed.

FAORO, Raymundo. *Os Donos do Poder: Formação do Patronato Político Brasileiro*. Editora Globo, 2001, São Paulo, 3ª edição.

GALHARDI, Wania Maria Papile; BARROS, Nelson Filicede; LEITE-MOR, Ana Claudia Moraes Barros. *O conhecimento de gestores municipais de saúde sobre a Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar e sua influência ara a oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde local*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2013, v. 18, n. 1, p. 213-220..

MARQUES, Antônio Jorge de Souza; MENDES, Eugênio Vilaça; TAVARES JUNIOR, Francisco Antônio; CASTRO, Lucas Rodrigues Albionti. *O Sistema de Monitoramento e Avaliação: o caso da saúde em Minas Gerais*. In: *Estado para resultados: avanços no Monitoramento e Avaliação da gestão pública em minas Gerais*. Organizadores: Tadeu Barreto Guimarães, Iran Almeida Pordeus, Eder Sá Alves Campos. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010.

MARZARI, Carla Kowalski; BACKES, Dirce Stein; BACKES, Marli Stein; MARCHIORI, Mara Teixeira; SOUZA, Martha Teixeira de; CARPES, Adriana Dornelles. *Realidade sociopolítica, ambiente e de saúde de famílias pertencentes a uma comunidade vulnerável*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2013, v. 18, n.1, p. 77-84.

MATOS, Vanina; BARCELLOS, Christovam; CAMARGO, Luiz Octávio de Lima. *Vulnerabilidade e problemas de saúde em viagem: a visão do turista na cidade do Rio de Janeiro*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2013, v. 18, n.1, p. 85-94.

PASCARELLI FILHO, Mario. *A Nova Administração Pública: Profissionalização, Eficiência e Governança*. São Paulo: DVS Editora, 2011.

PAULA, Ana Paula Paes. *Administração Pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social*. *RAE*, Jan./mar. vol. 45, n.1, 2005.

_____. *Por uma nova gestão pública*. Rio de Janeiro: Editora FGV. 2007.

TEIXEIRA, Carmem Fontes. *O SUS e a Vigilância em Saúde*. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.), Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPJSV/proformar, 2004.

TENÓRIO, Fernando G. *Gestão social, um conceito não idêntico? ou uma insuficiência inevitável do pensamento*. In. *Gestão Social: Aspectos Teóricos e Aplicações*. Organizadores: Airton Cardoso Cançado, Fernando Guilherme Tenório e Jeová Torres Silva Jr. Ijuí: Ed. Unijuí, 2012.

UCHIMURA, Kátia Yumi; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. *Qualidade e subjetividade na avaliação de Programas e Serviços em Saúde*. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2002, v. 18, n.6, p. 1561-1569.

VILAÇA-MENDES, Eugênio. *Uma Agenda para Saúde*. São Paulo: Ed. Hucite, 1996.

WEBER, Max. *Economia e Sociedade*: fundamentos da sociologia compreensiva. Volume 1. Tradução de Regis Barbosa e Karen Elsabe Barbosa. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2009, 4ª edição.

CONCLUSÕES GERAIS

Com esse trabalho pode-se concluir que a eficiência da Atenção Primária à Saúde (APS) no estado de Minas Gerais se manifesta de forma diferente nos municípios, em que alguns conseguem atingir um nível máximo de eficiência e outros estão distantes dessa curva. Isso revela que a descentralização da Estratégia Saúde da Família (ESF), que é a principal estratégia de APS no Brasil, possibilita diferentes formas de gestão dessa política. Além de que se pode perceber que fatores como a educação e a renda se destacam como diferenças entre os grupos de municípios divididos pela sua eficiência da APS, aspecto que sugere que outros fatores podem influenciar nessa eficiência.

A partir de uma investigação dos fatores que se relacionam à qualidade de vida (objetivo final da APS) foi verificado que fatores socioeconômicos influenciam a qualidade de vida além da eficiência da APS, o que revela que políticas transversais e a adequação ao conceito de Atenção Primária à Saúde, na qual trabalha problemas do indivíduo de forma integral, podem ser mais efetivos na melhoria da qualidade de vida.

Por fim, é possível concluir que a gestão municipal e ações descentralizadas, adaptadas à condição de cada município além da participação popular efetiva, são fundamentais para uma saúde pública de qualidade e a intervenção do Estado, garantindo que esse direito da população seja fundamental para que se construa uma cultura de promoção da saúde e qualidade de vida.

Dessa forma, são necessários trabalhos que conscientizem a população da importância da prevenção, estímulo a uma vida com hábitos mais saudáveis e fomento da participação social que ainda é incipiente nos municípios estudados.

Espera-se que este estudo possa contribuir para que os gestores públicos e a população trabalhem coletivamente em prol de uma melhor saúde pública, e que possa fomentar a ideia de uma administração pública mais eficiente e que traga mais retorno a toda população.

APÊNDICE 1: MUNICÍPIOS MINEIROS EXCLUÍDOS DA ANÁLISE

EXCLUÍDOS POR APRESENTAR INDICADOR IGUAL A ZERO	EXCLUÍDOS POR OUTLIERS
Abadia dos Dourados	Almenara
Abaeté	Andradas
Albertina	Areado
Antônio Dias	Barbacena
Araguari	Betim
Argirita	Cabo Verde
Bandeira do Sul	Campestre
Biquinhas	Conceição do Rio Verde
Bonfim	Congonhal
Borda da Mata	Coronel Fabriciano
Botelhos	Coronel Murta
Bueno Brandão	Divinópolis
Bugre	Engenheiro Caldas
Cambuí	Esmeraldas
Carandaí	Espera Feliz
Casa Grande	Governador Valadares
Chalé	Grão Mogol
Conceição de Ipanema	Guapé
Conceição do Mato Dentro	Guaxupé
Córrego do Bom Jesus	Januária
Florestal	Lagoa Dourada
Fruta de Leite	Lajinha
Itinga	Lambari
Josenópolis	Machado
Juatuba	Mariana
Mário Campos	Monte Belo
Matias Cardoso	Nanuque
Medina	Ouro Fino
Mesquita	Paraguaçu
Natalândia	Pedro Leopoldo
Onça de Pitangui	Poços de Caldas
Padre Paraíso	Quartel Geral
Pingo-d'Água	Resende Costa
Pocrane	Ribeirão das Neves
Raposos	Sabará
São Bento Abade	Santa Maria do Salto
São Francisco do Glória	Santa Maria do Suaçuí
São Joaquim de Bicas	São Domingos do Prata
Sobralia	São Gonçalo do Sapucaí
Wenceslau Braz	São João da Lagoa
	São José da Lapa
	São Sebastião do Maranhão
	Senador José Bento

	Serra dos Aimorés
	Três Corações
	Três Pontas
	Uberlândia
	Varginha
	Várzea da Palma
	Vespasiano

APÊNDICE 2: ESCORE EFICIÊNCIA

Município		DMU	Escore de eficiência
Abre Campo	1	F1	0,74940048
Acaiaca	2	F2	0,394960306
Açucena	3	F3	0,379075057
Água Boa	4	F4	0,598587334
Água Comprida	5	F5	0,370205834
Aguanil	6	F6	0,369644771
Águas Formosas	7	F7	0,37441965
Águas Vermelhas	8	F8	0,372245384
Aimorés	9	F9	1
Aiuruoca	10	F10	0,46070211
Alagoa	11	F11	0,452673034
Além Paraíba	12	F12	0,96749226
Alfenas	13	F13	0,747495889
Alfredo Vasconcelos	14	F14	0,651296079
Alpercata	15	F15	0,527398344
Alpinópolis	16	F16	0,482695371
Alterosa	17	F17	0,450186828
Alto Caparaó	18	F18	0,405235645
Alto Jequitibá	19	F19	0,362542146
Alto Rio Doce	20	F20	0,67691058
Alvarenga	21	F21	0,414903328
Alvinópolis	22	F22	0,422636406
Alvorada de Minas	23	F23	0,407431551
Amparo do Serra	24	F24	0,43876969
Andrelândia	25	F25	0,478881333
Angelândia	26	F26	0,408496732
Antônio Carlos	27	F27	0,401687086
Antônio Prado de Minas	28	F28	0,364737207
Araçai	29	F29	0,380343831
Aracitaba	30	F30	0,392927308
Araçuaí	31	F31	1
Arantina	32	F32	0,399840064
Araponga	33	F33	0,392927308
Araporã	34	F34	0,446468435
Arapuá	35	F35	0,395381939
Araújos	36	F36	0,659630607
Araxá	37	F37	1
Arceburgo	38	F38	0,41737969
Arcos	39	F39	0,563920374
Aricanduva	40	F40	0,405531449
Arinos	41	F41	0,501504514
Astolfo Dutra	42	F42	0,374223486
Ataléia	43	F43	0,565291125
Augusto de Lima	44	F44	0,443124917
Baependi	45	F45	0,435426282

Baldim	46	F46	0,525486075
BambuÍ	47	F47	0,556606924
Bandeira	48	F48	0,405104314
Barão de Cocais	49	F49	0,414972197
Barão de Monte Alto	50	F50	0,383420881
Barra Longa	51	F51	0,398660501
Barroso	52	F52	0,785854617
Bela Vista de Minas	53	F53	0,430737422
Belmiro Braga	54	F54	0,37068614
Belo Horizonte	55	F55	1
Belo Oriente	56	F56	0,41912905
Belo Vale	57	F57	0,483418737
Berilo	58	F58	0,373385109
Berizal	59	F59	0,414490591
Bertópolis	60	F60	0,378443839
Bias Fortes	61	F61	0,437885887
Bicas	62	F62	0,460723336
Boa Esperança	63	F63	0,794028903
Bocaina de Minas	64	F64	0,542652485
Bocaiúva	65	F65	0,419515879
Bom Despacho	66	F66	0,623869237
Bom Jardim de Minas	67	F67	0,421923126
Bom Jesus da Penha	68	F68	0,540891389
Bom Jesus do Amparo	69	F69	0,437924239
Bom Jesus do Galho	70	F70	0,608865075
Bom Repouso	71	F71	0,421798549
Bom Sucesso	72	F72	0,425948801
Bonfinópolis de Minas	73	F73	0,410896988
Bonito de Minas	74	F74	0,483348639
Botumirim	75	F75	0,407414952
Brás Pires	76	F76	0,378257745
Brasilândia de Minas	77	F77	0,882067566
Brasília de Minas	78	F78	0,470676833
Brasópolis	79	F79	0,815394651
Braúnas	80	F80	0,39745628
Brumadinho	81	F81	0,372231528
Buenópolis	82	F82	0,4048583
Buritís	83	F83	0,424034262
Buritizeiro	84	F84	0,512058989
Cabeceira Grande	85	F85	0,391711387
Cachoeira da Prata	86	F86	0,409701737
Cachoeira de Minas	87	F87	0,708415982
Cachoeira de Pajeú	88	F88	0,465397682
Cachoeira Dourada	89	F89	0,389211069
Caetanópolis	90	F90	0,395820139
Caeté	91	F91	0,564143067
Caiana	92	F92	0,419656721
Cajuri	93	F93	0,407348568

Caldas	94	F94	0,71347032
Camacho	95	F95	0,376222724
Camanducaia	96	F96	0,546956189
Cambuquira	97	F97	0,422779351
Campanário	98	F98	0,374939072
Campanha	99	F99	0,431480842
Campina Verde	100	F100	0,743604997
Campo Azul	101	F101	0,383553237
Campo Belo	102	F102	0,543596434
Campo do Meio	103	F103	0,387386689
Campo Florido	104	F104	0,804569957
Campos Altos	105	F105	0,503169971
Campos Gerais	106	F106	0,758035173
Cana Verde	107	F107	0,3800114
Canaã	108	F108	0,381184722
Canápolis	109	F109	0,398676394
Candeias	110	F110	0,371843974
Cantagalo	111	F111	0,387626948
Caparaó	112	F112	0,431387774
Capela Nova	113	F113	0,364790428
Capelinha	114	F114	0,669075338
Capetinga	115	F115	0,822165584
Capim Branco	116	F116	0,583056382
Capinópolis	117	F117	0,44780798
Capitão Andrade	118	F118	0,36451119
Capitão Enéas	119	F119	0,387086785
Capitólio	120	F120	0,406818274
Caputira	121	F121	0,437273165
Caraí	122	F122	0,395116362
Caranaíba	123	F123	0,3826433
Carangola	124	F124	0,948136911
Caratinga	125	F125	0,81353726
Carbonita	126	F126	0,545286003
Careaçu	127	F127	0,434065457
Carlos Chagas	128	F128	0,475714761
Carmésia	129	F129	0,364617516
Carmo da Cachoeira	130	F130	0,404973069
Carmo da Mata	131	F131	0,381286461
Carmo de Minas	132	F132	0,386622849
Carmo do Cajuru	133	F133	0,626134869
Carmo do Paranaíba	134	F134	0,490556782
Carmo do Rio Claro	135	F135	1
Carmópolis de Minas	136	F136	0,772320049
Carneirinho	137	F137	0,367714653
Carrancas	138	F138	0,424358158
Carvalhópolis	139	F139	0,402236435
Carvalhos	140	F140	0,376123669
Cascalho Rico	141	F141	0,649434992

Cássia	142	F142	0,982800983
Cataguases	143	F143	0,478697942
Catas Altas	144	F144	0,395898492
Catas Altas da Noruega	145	F145	0,394960306
Catuji	146	F146	0,394321767
Catuti	147	F147	0,417990303
Caxambu	148	F148	0,836330183
Cedro do Abaeté	149	F149	0,368663594
Central de Minas	150	F150	0,380228137
Centralina	151	F151	0,415541242
Chácara	152	F152	0,392156863
Chapada do Norte	153	F153	0,432488539
Chapada Gaúcha	154	F154	0,457686851
Chiador	155	F155	0,35725769
Cipotânea	156	F156	0,407930162
Claraval	157	F157	0,508001016
Claro dos Poções	158	F158	0,396510706
Cláudio	159	F159	1
Coimbra	160	F160	0,533020628
Coluna	161	F161	0,48657065
Comendador Gomes	162	F162	0,411150399
Comercinho	163	F163	0,388123423
Conceição da Aparecida	164	F164	0,434877147
Conceição da Barra de Minas	165	F165	0,42371086
Conceição das Alagoas	166	F166	0,382921693
Conceição das Pedras	167	F167	0,35886026
Conceição do Pará	168	F168	0,362607876
Conceição dos Ouros	169	F169	0,655565753
Cônego Marinho	170	F170	0,427040184
Confins	171	F171	0,394166338
Congonhas	172	F172	0,682547266
Congonhas do Norte	173	F173	0,429331959
Conquista	174	F174	0,352609309
Conselheiro Lafaiete	175	F175	0,595592615
Conselheiro Pena	176	F176	0,599772087
Consolação	177	F177	0,390046025
Contagem	178	F178	0,935803856
Coqueiral	179	F179	0,855944535
Coração de Jesus	180	F180	0,387251675
Cordisburgo	181	F181	0,372953418
Cordislândia	182	F182	0,390670782
Corinto	183	F183	0,546597431
Coroaci	184	F184	0,454132607
Coromandel	185	F185	0,631074088
Coronel Pacheco	186	F186	0,384054075
Coronel Xavier Chaves	187	F187	0,351493849
Córrego Danta	188	F188	0,381475547
Córrego Fundo	189	F189	0,404891084

Córrego Novo	190	F190	0,373385109
Couto de Magalhães de Minas	191	F191	0,477213076
Crisólita	192	F192	0,373036893
Cristais	193	F193	0,641683778
Cristália	194	F194	0,663922454
Cristiano Ottoni	195	F195	0,548907674
Cristina	196	F196	0,392126108
Crucilândia	197	F197	0,372953418
Cruzeiro da Fortaleza	198	F198	0,416094537
Cruzília	199	F199	1
Cuparaque	200	F200	0,349748181
Curral de Dentro	201	F201	0,384748567
Curvelo	202	F202	0,68310677
Datas	203	F203	0,392279931
Delfim Moreira	204	F204	0,405005873
Delfinópolis	205	F205	0,373831776
Delta	206	F206	0,861252261
Descoberto	207	F207	0,399968003
Desterro de Entre Rios	208	F208	0,408329931
Desterro do Melo	209	F209	0,37200997
Diamantina	210	F210	0,617207752
Diogo de Vasconcelos	211	F211	0,384068825
Dionísio	212	F212	0,537547707
Divinésia	213	F213	0,36638089
Divino	214	F214	0,531603849
Divino das Laranjeiras	215	F215	0,369603785
Divinolândia de Minas	216	F216	0,727802038
Divisa Alegre	217	F217	0,536883926
Divisa Nova	218	F218	0,887075313
Divisópolis	219	F219	0,398342894
Dom Bosco	220	F220	0,366246704
Dom Cavati	221	F221	0,428632662
Dom Joaquim	222	F222	0,406256348
Dom Silvério	223	F223	0,458358161
Dom Viçoso	224	F224	0,381533766
Dona Eusébia	225	F225	0,362043373
Dores de Campos	226	F226	0,546926274
Dores de Guanhões	227	F227	0,4221725
Dores do Indaiá	228	F228	0,491159136
Dores do Turvo	229	F229	0,48756704
Doresópolis	230	F230	0,400657078
Douradoquara	231	F231	0,532282962
Durandé	232	F232	0,552608311
Elói Mendes	233	F233	0,73313783
Engenheiro Navarro	234	F234	0,400256164
Entre Folhas	235	F235	0,37256436
Entre Rios de Minas	236	F236	0,581226388
Ervália	237	F237	0,408546799

Espinosa	238	F238	0,725320955
Espírito Santo do Dourado	239	F239	0,491690432
Estiva	240	F240	0,957212597
Estrela Dalva	241	F241	0,386339051
Estrela do Indaiá	242	F242	0,530194581
Estrela do Sul	243	F243	0,407996736
Eugenópolis	244	F244	0,45882083
Ewbank da Câmara	245	F245	0,370246955
Extrema	246	F246	0,464338782
Fama	247	F247	0,370727367
Faria Lemos	248	F248	0,379578668
Felício dos Santos	249	F249	0,431462225
Felisburgo	250	F250	0,383127083
Felixlândia	251	F251	0,640122904
Fernandes Tourinho	252	F252	0,399424828
Ferros	253	F253	0,62924742
Fervedouro	254	F254	0,376676209
Formiga	255	F255	0,550964187
Formoso	256	F256	0,71761751
Fortaleza de Minas	257	F257	0,538822135
Fortuna de Minas	258	F258	0,380952381
Francisco Badaró	259	F259	0,443262411
Francisco Dumont	260	F260	0,381693958
Francisco Sá	261	F261	0,410880105
Franciscópolis	262	F262	0,363490967
Frei Gaspar	263	F263	0,391880241
Frei Inocêncio	264	F264	0,375629179
Frei Lagonegro	265	F265	0,390960982
Fronteira	266	F266	0,49275648
Fronteira dos Vales	267	F267	0,376137817
Frutal	268	F268	0,748951468
Funilândia	269	F269	0,398279433
Galiléia	270	F270	0,374181478
Gameleiras	271	F271	0,42866941
Glaucilândia	272	F272	0,406570174
Goiabeira	273	F273	0,430274085
Goianá	274	F274	0,403991435
Gonçalves	275	F275	0,656081879
Gonzaga	276	F276	0,382350692
Gouveia	277	F277	0,381533766
Grupiara	278	F278	0,400914084
Guanhães	279	F279	0,514615068
Guaraciaba	280	F280	0,393964464
Guaraciama	281	F281	0,391435394
Guaranésia	282	F282	0,469241237
Guarani	283	F283	0,42408821
Guarará	284	F284	0,392634183
Guarda-Mor	285	F285	0,383921373

Guidoval	286	F286	0,379708384
Guimarânia	287	F287	0,626134869
Guiricema	288	F288	0,388183689
Gurinhata	289	F289	0,415610324
Heliodora	290	F290	0,67132116
Iapu	291	F291	0,752275634
Ibertioga	292	F292	0,371388249
Ibiá	293	F293	0,494266509
Ibiaí	294	F294	0,404628955
Ibiracatu	295	F295	0,374882849
Ibiraci	296	F296	0,525817646
Ibirité	297	F297	0,690274039
Ibitiúra de Minas	298	F298	0,376392653
Ibituruna	299	F299	0,419375131
Icarai de Minas	300	F300	0,44905474
Igarapé	301	F301	0,741949844
Igaratinga	302	F302	0,568472514
Iguatama	303	F303	0,452447742
Ijaci	304	F304	0,374503782
Ilicínea	305	F305	0,369754114
Imbé de Minas	306	F306	0,409131822
Inconfidentes	307	F307	0,395773143
Indaiabira	308	F308	0,382233774
Indianópolis	309	F309	0,661681996
Ingaí	310	F310	0,385653683
Inhapim	311	F311	0,406950718
Inhaúma	312	F312	0,383582662
Inimutaba	313	F313	0,381271923
Ipaba	314	F314	0,485413329
Ipanema	315	F315	0,554354454
Ipatinga	316	F316	0,939761301
Ipiaçu	317	F317	0,488185901
Ipuiúna	318	F318	0,603209072
Iraí de Minas	319	F319	0,383420881
Itabira	320	F320	0,530194581
Itabirinha de Mantena	321	F321	0,374503782
Itabirito	322	F322	0,656900742
Itacambira	323	F323	0,404792746
Itacarambi	324	F324	0,748839299
Itaguara	325	F325	0,38018477
Itaipé	326	F326	0,390091672
Itajubá	327	F327	0,991965083
Itamarandiba	328	F328	0,465939801
Itamarati de Minas	329	F329	0,365831352
Itambacuri	330	F330	0,38259938
Itambé do Mato Dentro	331	F331	0,376222724
Itamogi	332	F332	0,373259677
Itamonte	333	F333	0,37627935

Itanhandu	334	F334	0,401687086
Itanhomi	335	F335	0,472790885
Itaobim	336	F336	0,503245936
Itapagipe	337	F337	0,648424329
Itapecerica	338	F338	0,746658702
Itapeva	339	F339	0,610798925
Itatiaiuçu	340	F340	0,393995508
Itaú de Minas	341	F341	0,419780035
Itaúna	342	F342	0,634678853
Itaverava	343	F343	0,378802227
Itueta	344	F344	0,624609619
Ituiutaba	345	F345	1
Itumirim	346	F346	0,455456367
Iturama	347	F347	0,507975211
Itutinga	348	F348	0,386922035
Jaboticatubas	349	F349	0,536826283
Jacinto	350	F350	0,380807312
Jacuí	351	F351	0,41737969
Jacutinga	352	F352	0,778270683
Jaguaraçu	353	F353	0,436871997
Jaíba	354	F354	0,473350374
Jampruca	355	F355	0,412235139
Janaúba	356	F356	0,426602961
Japaraíba	357	F357	0,408563491
Japonvar	358	F358	0,409332788
Jeceaba	359	F359	0,382116928
Jenipapo de Minas	360	F360	0,455809289
Jequeri	361	F361	0,43516101
Jequitai	362	F362	0,39793076
Jequitibá	363	F363	0,425115844
Jequitinhonha	364	F364	0,38560907
Jesuânia	365	F365	0,37554454
Joáima	366	F366	0,41235413
Joanésia	367	F367	0,38112661
João Monlevade	368	F368	1
João Pinheiro	369	F369	0,946252839
Joaquim Felício	370	F370	0,457603075
Jordânia	371	F371	0,426421048
José Gonçalves de Minas	372	F372	0,494095558
José Raydan	373	F373	0,37231468
Juiz de Fora	374	F374	0,913492281
Juramento	375	F375	0,425206225
Juruaia	376	F376	0,400657078
Juvenília	377	F377	0,364777121
Ladainha	378	F378	0,413137781
Lagamar	379	F379	0,495441934
Lagoa da Prata	380	F380	0,694348007
Lagoa dos Patos	381	F381	0,444108896

Lagoa Formosa	382	F382	0,399616368
Lagoa Grande	383	F383	0,619271736
Lagoa Santa	384	F384	0,433369447
Lamim	385	F385	0,38889321
Laranjal	386	F386	0,402301163
Lassance	387	F387	0,396872644
Lavras	388	F388	0,792518624
Leandro Ferreira	389	F389	0,40192926
Leme do Prado	390	F390	0,395600918
Leopoldina	391	F391	0,640779187
Liberdade	392	F392	0,362844702
Lima Duarte	393	F393	0,49017205
Limeira do Oeste	394	F394	0,711946462
Lontra	395	F395	0,878503031
Luisburgo	396	F396	0,397551085
Luislândia	397	F397	0,373022978
Luminárias	398	F398	0,569022419
Luz	399	F399	0,479248538
Machacalis	400	F400	0,377244605
Madre de Deus de Minas	401	F401	0,37644933
Malacacheta	402	F402	0,476190476
Mamonas	403	F403	0,40661977
Manga	404	F404	0,524521374
Manhuaçu	405	F405	0,621426796
Manhumirim	406	F406	0,450998963
Mantena	407	F407	0,503702211
Mar de Espanha	408	F408	0,37554454
Maravilhas	409	F409	0,57846937
Maria da Fé	410	F410	0,412933064
Marilac	411	F411	0,425188146
Maripá de Minas	412	F412	0,390320062
Marliéria	413	F413	0,420910851
Marmelópolis	414	F414	0,385891796
Martinho Campos	415	F415	0,389059643
Martins Soares	416	F416	0,402171727
Mata Verde	417	F417	0,50566343
Materlândia	418	F418	0,500801282
Mateus Leme	419	F419	0,711895778
Mathias Lobato	420	F420	0,391221001
Matias Barbosa	421	F421	0,451283903
Matipó	422	F422	0,376775555
Mato Verde	423	F423	0,435881789
Matozinhos	424	F424	0,395022714
Matutina	425	F425	0,424700586
Medeiros	426	F426	0,402771065
Mendes Pimentel	427	F427	0,38374458
Mercês	428	F428	0,360490267
Minas Novas	429	F429	0,900171032

Minduri	430	F430	0,43205876
Mirabela	431	F431	0,378357927
Miradouro	432	F432	0,39492911
Miraí	433	F433	0,411692054
Miravânia	434	F434	0,373385109
Moeda	435	F435	0,433764206
Moema	436	F436	0,376350156
Monjolos	437	F437	0,431536702
Monsenhor Paulo	438	F438	0,43554007
Montalvânia	439	F439	0,471431265
Monte Alegre de Minas	440	F440	0,54902822
Monte Azul	441	F441	0,44545414
Monte Carmelo	442	F442	0,824810294
Monte Formoso	443	F443	0,522002401
Monte Santo de Minas	444	F444	0,395929841
Monte Sião	445	F445	0,634034999
Montes Claros	446	F446	0,772260406
Montezuma	447	F447	0,445077443
Morada Nova de Minas	448	F448	0,36998668
Morro da Garça	449	F449	0,38281908
Morro do Pilar	450	F450	0,395882819
Munhoz	451	F451	0,692424872
Muriaé	452	F452	0,495859573
Mutum	453	F453	0,379549854
Muzambinho	454	F454	0,832085206
NacipRaydan	455	F455	0,387206691
Naque	456	F456	0,395929841
Natércia	457	F457	0,378014667
Nazareno	458	F458	0,481162489
Nepomuceno	459	F459	0,711389343
Ninheira	460	F460	0,410930758
Nova Belém	461	F461	0,369330773
Nova Era	462	F462	1
Nova Lima	463	F463	1
Nova Módica	464	F464	0,398676394
Nova Ponte	465	F465	0,7764578
Nova Porteirinha	466	F466	0,517759138
Nova Resende	467	F467	0,537634409
Nova Serrana	468	F468	0,803600129
Nova União	469	F469	0,471209123
Novo Cruzeiro	470	F470	0,396542152
Novo Oriente de Minas	471	F471	0,383156443
Novorizonte	472	F472	0,40405673
Olaria	473	F473	0,378787879
Olhos-d'Água	474	F474	0,374181478
Olímpio Noronha	475	F475	0,391404752
Oliveira	476	F476	0,383906634
Oliveira Fortes	477	F477	0,360347375

Oratórios	478	F478	0,41322314
Orizânia	479	F479	0,832778148
Ouro Branco	480	F480	0,420539131
Ouro Preto	481	F481	0,493607779
Ouro Verde de Minas	482	F482	0,390046025
Padre Carvalho	483	F483	0,38300969
Pai Pedro	484	F484	0,375431747
Paineiras	485	F485	0,406058391
Pains	486	F486	0,488830229
Paiva	487	F487	0,390686045
Palma	488	F488	0,380705829
Palmópolis	489	F489	0,430422244
Papagaios	490	F490	0,636577758
Pará de Minas	491	F491	0,794723039
Paracatu	492	F492	1
Paraisópolis	493	F493	0,585548659
Paraopeba	494	F494	0,809847749
Passa Quatro	495	F495	0,417240372
Passa Tempo	496	F496	0,366005417
Passabém	497	F497	0,380618886
Passa-Vinte	498	F498	0,413240217
Passos	499	F499	0,780518264
Patis	500	F500	0,396919902
Patos de Minas	501	F501	0,664584303
Patrocínio	502	F502	0,629722922
Patrocínio do Muriaé	503	F503	0,373092564
Paula Cândido	504	F504	0,402998307
Paulistas	505	F505	0,587337014
Pavão	506	F506	0,371333086
Peçanha	507	F507	0,621118012
Pedra Azul	508	F508	0,4619151
Pedra Bonita	509	F509	0,424664515
Pedra do Anta	510	F510	0,385847127
Pedra do Indaiá	511	F511	0,472321935
Pedra Dourada	512	F512	0,384039326
Pedralva	513	F513	0,371457227
Pedras de Maria da Cruz	514	F514	0,378400878
Pedrinópolis	515	F515	0,47517225
Pedro Teixeira	516	F516	0,382073129
Pequeri	517	F517	0,360178649
Pequi	518	F518	0,514853524
Perdigão	519	F519	0,68212824
Perdizes	520	F520	0,393561337
Perdões	521	F521	0,445712248
Periquito	522	F522	0,387086785
Pescador	523	F523	0,476326569
Piau	524	F524	0,37517821
Piedade de Caratinga	525	F525	0,432096098

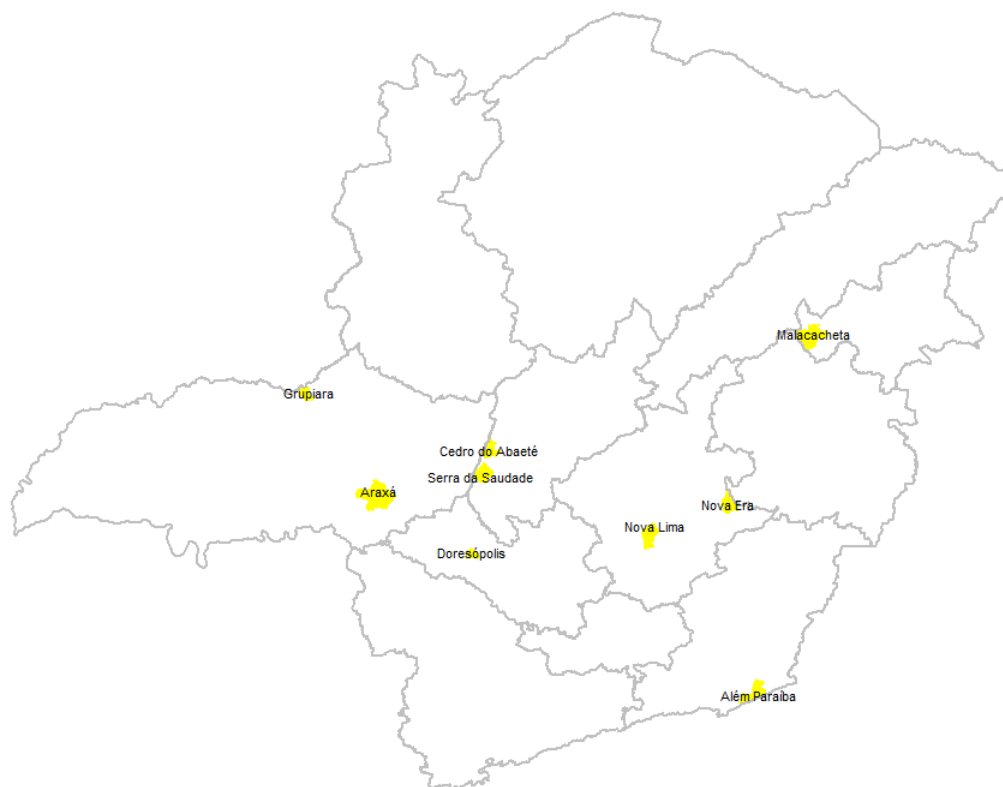
Piedade de Ponte Nova	526	F526	0,41811264
Piedade do Rio Grande	527	F527	0,357948241
Piedade dos Gerais	528	F528	0,375347196
Pimenta	529	F529	0,389590151
Pintópolis	530	F530	0,440470422
Piracema	531	F531	0,75694497
Pirajuba	532	F532	0,553219739
Piranga	533	F533	1
Piranguçu	534	F534	0,566989851
Piranguinho	535	F535	0,424412189
Pirapetinga	536	F536	0,410509031
Pirapora	537	F537	0,495147554
Piraúba	538	F538	0,40454711
Pitangui	539	F539	0,665468823
Piumhi	540	F540	0,406785177
Planura	541	F541	0,374209482
Poço Fundo	542	F542	0,567923671
Pompéu	543	F543	0,443931457
Ponte Nova	544	F544	0,89621796
Ponto Chique	545	F545	0,396667989
Ponto dos Volantes	546	F546	0,359595814
Porteirinha	547	F547	0,386518244
Porto Firme	548	F548	0,620270438
Poté	549	F549	0,367228526
Pouso Alegre	550	F550	0,779301746
Pouso Alto	551	F551	0,384674565
Prados	552	F552	0,477258626
Prata	553	F553	0,987849452
Pratápolis	554	F554	0,405465677
Pratinha	555	F555	0,381475547
Presidente Bernardes	556	F556	0,387491766
Presidente Juscelino	557	F557	0,40881403
Presidente Kubitschek	558	F558	0,3826433
Presidente Olegário	559	F559	0,455373406
Prudente de Moraes	560	F560	0,557631183
Queluzito	561	F561	0,401235806
Raul Soares	562	F562	0,413291453
Recreio	563	F563	0,411082792
Reduto	564	F564	0,727061219
Resplendor	565	F565	0,553985929
Ressaquinha	566	F566	0,346188465
Riachinho	567	F567	0,408480046
Riacho dos Machados	568	F568	0,412048292
Ribeirão Vermelho	569	F569	0,454834895
Rio Acima	570	F570	0,650745103
Rio Casca	571	F571	0,501454217
Rio do Prado	572	F572	0,413718919
Rio Doce	573	F573	0,404727214

Rio Espera	574	F574	0,392372283
Rio Manso	575	F575	0,402511673
Rio Novo	576	F576	0,36201716
Rio Paranaíba	577	F577	0,480445854
Rio Pardo de Minas	578	F578	0,419815281
Rio Piracicaba	579	F579	1
Rio Pomba	580	F580	0,623402531
Rio Preto	581	F581	0,373678114
Rio Vermelho	582	F582	0,522821143
Ritópolis	583	F583	0,543685098
Rochedo de Minas	584	F584	0,386937007
Rodeiro	585	F585	0,368541313
Romaria	586	F586	0,398311161
Rosário da Limeira	587	F587	0,374027528
Rubelita	588	F588	0,434140835
Rubim	589	F589	0,586269567
Sabinópolis	590	F590	0,374587953
Sacramento	591	F591	0,45772875
Salinas	592	F592	0,527871622
Salto da Divisa	593	F593	0,346428324
Santa Bárbara	594	F594	0,433895952
Santa Bárbara do Leste	595	F595	0,436986541
Santa Bárbara do Monte Verde	596	F596	0,365523796
Santa Bárbara do Tugúrio	597	F597	0,381723098
Santa Cruz de Minas	598	F598	0,841113634
Santa Cruz de Salinas	599	F599	0,425658707
Santa Cruz do Escalvado	600	F600	0,382848392
Santa Efigênia de Minas	601	F601	0,526676147
Santa Fé de Minas	602	F602	0,392326101
Santa Helena de Minas	603	F603	0,355239787
Santa Juliana	604	F604	0,593084633
Santa Luzia	605	F605	0,592768228
Santa Margarida	606	F606	0,606869766
Santa Maria de Itabira	607	F607	0,55417013
Santa Rita de Caldas	608	F608	0,385297064
Santa Rita de Ibitipoca	609	F609	0,381912618
Santa Rita de Jacutinga	610	F610	0,388319354
Santa Rita de Minas	611	F611	0,385074512
Santa Rita do Itueto	612	F612	0,558846541
Santa Rita do Sapucaí	613	F613	0,766459723
Santa Rosa da Serra	614	F614	0,386892096
Santa Vitória	615	F615	0,43654778
Santana da Vargem	616	F616	0,400978387
Santana de Cataguases	617	F617	0,389757181
Santana de Pirapama	618	F618	0,390777648
Santana do Deserto	619	F619	0,423513468
Santana do Garambéu	620	F620	0,371443429
Santana do Jacaré	621	F621	0,373999551

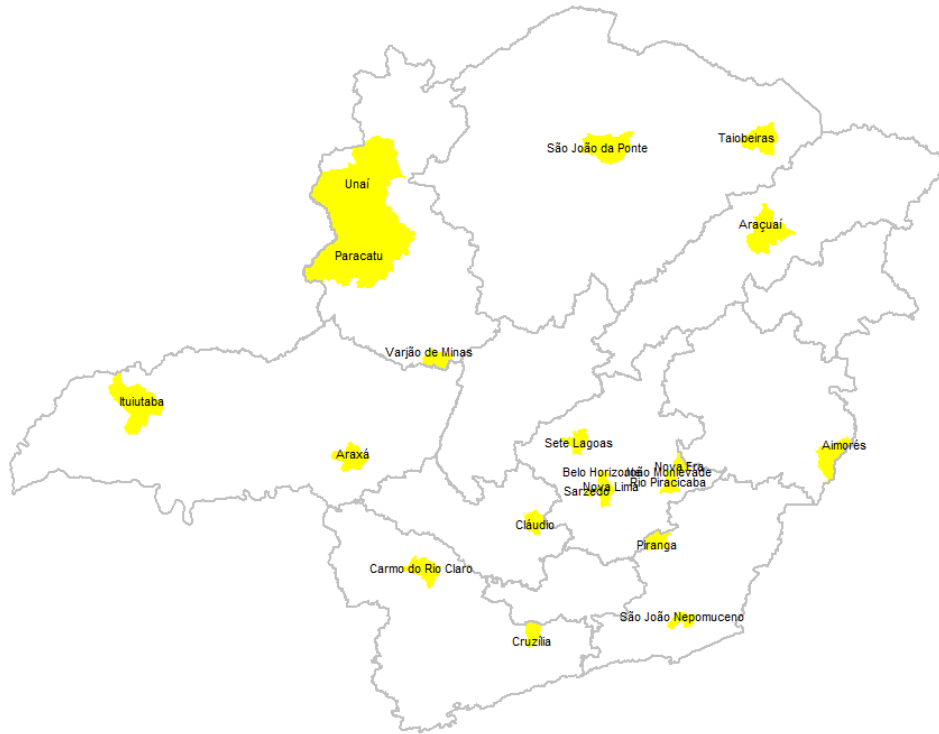
Santana do Manhuaçu	622	F622	0,43211477
Santana do Paraíso	623	F623	0,686012211
Santana do Riacho	624	F624	0,400753416
Santana dos Montes	625	F625	0,363411709
Santo Antônio do Amparo	626	F626	0,426949022
Santo Antônio do Aventureiro	627	F627	0,377914667
Santo Antônio do Grama	628	F628	0,386428627
Santo Antônio do Itambé	629	F629	0,364790428
Santo Antônio do Jacinto	630	F630	0,442164839
Santo Antônio do Monte	631	F631	0,454690129
Santo Antônio do Retiro	632	F632	0,422368643
Santo Antônio do Rio Abaixo	633	F633	0,389590151
Santo Hipólito	634	F634	0,410391103
Santos Dumont	635	F635	0,726480203
São Brás do Suaçuí	636	F636	0,372245384
São Domingos das Dores	637	F637	0,438500329
São Félix de Minas	638	F638	0,427880707
São Francisco	639	F639	0,701262272
São Francisco de Paula	640	F640	0,397472078
São Francisco de Sales	641	F641	0,685588921
São Geraldo	642	F642	0,387386689
São Geraldo da Piedade	643	F643	0,479248538
São Geraldo do Baixo	644	F644	0,482648776
São Gonçalo do Abaeté	645	F645	0,432002765
São Gonçalo do Pará	646	F646	0,433144194
São Gonçalo do Rio Abaixo	647	F647	0,375093773
São Gonçalo do Rio Preto	648	F648	0,39813672
São Gotardo	649	F649	0,652443401
São João Batista do Glória	650	F650	0,389105058
São João da Mata	651	F651	0,389833151
São João da Ponte	652	F652	1
São João das Missões	653	F653	0,38202934
São João del Rei	654	F654	0,83654007
São João do Manhuaçu	655	F655	0,432208151
São João do Manteninha	656	F656	0,40938306
São João do Oriente	657	F657	0,405219224
São João do Pacuí	658	F658	0,393561337
São João do Paraíso	659	F659	0,382892369
São João Evangelista	660	F660	0,560067208
São João Nepomuceno	661	F661	1
São José da Barra	662	F662	0,444562995
São José da Safira	663	F663	0,418848168
São José da Varginha	664	F664	0,511404316
São José do Alegre	665	F665	0,430070532
São José do Divino	666	F666	0,384142594
São José do Goiabal	667	F667	0,476508148
São José do Jacuri	668	F668	0,808799741
São José do Mantimento	669	F669	0,375516335

São Lourenço	670	F670	0,702691308
São Miguel do Anta	671	F671	0,382614019
São Pedro da União	672	F672	0,639222705
São Pedro do Suaçuí	673	F673	0,366609231
São Pedro dos Ferros	674	F674	0,377258837
São Romão	675	F675	0,37405551
São Roque de Minas	676	F676	0,476485443
São Sebastião da Bela Vista	677	F677	0,411218028
São Sebastião da Vargem Alegre	678	F678	0,374784499
São Sebastião do Anta	679	F679	0,444286476
São Sebastião do Oeste	680	F680	0,442458298
São Sebastião do Paraíso	681	F681	0,476009139
São Sebastião do Rio Preto	682	F682	0,397962432
São Sebastião do Rio Verde	683	F683	0,396384969
São Thomé das Letras	684	F684	0,379766064
São Tiago	685	F685	0,426530177
São Tomás de Aquino	686	F686	0,449498809
São Vicente de Minas	687	F687	0,443636041
Sapucaí-Mirim	688	F688	0,682035193
Sardoá	689	F689	0,501228009
Sarzedo	690	F690	1
Sem-Peixe	691	F691	0,389180774
Senador Amaral	692	F692	0,42408821
Senador Cortes	693	F693	0,34925957
Senador Firmino	694	F694	0,372203819
Senador Modestino Gonçalves	695	F695	0,440819925
Senhora de Oliveira	696	F696	0,419287212
Senhora do Porto	697	F697	0,366354045
Senhora dos Remédios	698	F698	0,604887491
Sericita	699	F699	0,40348612
Seritinga	700	F700	0,399329127
Serra Azul de Minas	701	F701	0,437407051
Serra da Saudade	702	F702	0,401396861
Serra do Salitre	703	F703	0,854773912
Serrania	704	F704	0,40549856
Serranópolis de Minas	705	F705	0,372800477
Serranos	706	F706	0,402884654
Serro	707	F707	0,408413314
Sete Lagoas	708	F708	1
Setubinha	709	F709	0,446189541
Silveirânia	710	F710	0,368039454
Silvianópolis	711	F711	0,383509108
simão Pereira	712	F712	0,392064612
simonésia	713	F713	0,627037873
Soledade de Minas	714	F714	0,417623721
Tabuleiro	715	F715	0,378873987
Taiobeiras	716	F716	1
Taparuba	717	F717	0,375403559

Tapira	718	F718	0,421318728
Tapiraí	719	F719	0,397693378
Taquaraçu de Minas	720	F720	0,456475099
Tarumirim	721	F721	0,357347055
Teixeiras	722	F722	0,675265042
Teófilo Otoni	723	F723	0,819940964
Timóteo	724	F724	0,657938022
Tiradentes	725	F725	0,440218348
Tiros	726	F726	0,519237759
Tocantins	727	F727	0,934666791
Tocos do Moji	728	F728	0,455249021
Toledo	729	F729	0,425314733
Tombos	730	F730	0,488138241
Três Marias	731	F731	0,517812759
Tumiritinga	732	F732	0,395804473
Tupaciguara	733	F733	0,607607243
Turmalina	734	F734	0,391665361
Turvolândia	735	F735	0,392973631
Ubá	736	F736	0,654278985
Ubaí	737	F737	0,393050861
Ubaporanga	738	F738	0,430163032
Uberaba	739	F739	0,804764204
Umburatiba	740	F740	0,419357544
Unaí	741	F741	1
União de Minas	742	F742	0,500876534
Uruana de Minas	743	F743	0,371029979
Urucânia	744	F744	0,682780281
Urucuia	745	F745	0,423782684
Vargem Alegre	746	F746	0,394913514
Vargem Bonita	747	F747	0,408546799
Vargem Grande do Rio Pardo	748	F748	0,412864869
Varjão de Minas	749	F749	1
Varzelândia	750	F750	0,385282219
Vazante	751	F751	0,381912618
Verdelândia	752	F752	0,461595273
Veredinha	753	F753	0,561576908
Veríssimo	754	F754	0,390289595
Vermelho Novo	755	F755	0,395898492
Viçosa	756	F756	0,669882101
Vieiras	757	F757	0,377258837
Virgem da Lapa	758	F758	0,392233771
Virgínia	759	F759	0,373636228
Virginópolis	760	F760	0,658197854
Virgolândia	761	F761	0,405169969
Visconde do Rio Branco	762	F762	0,522657189
Volta Grande	763	F763	0,367120673

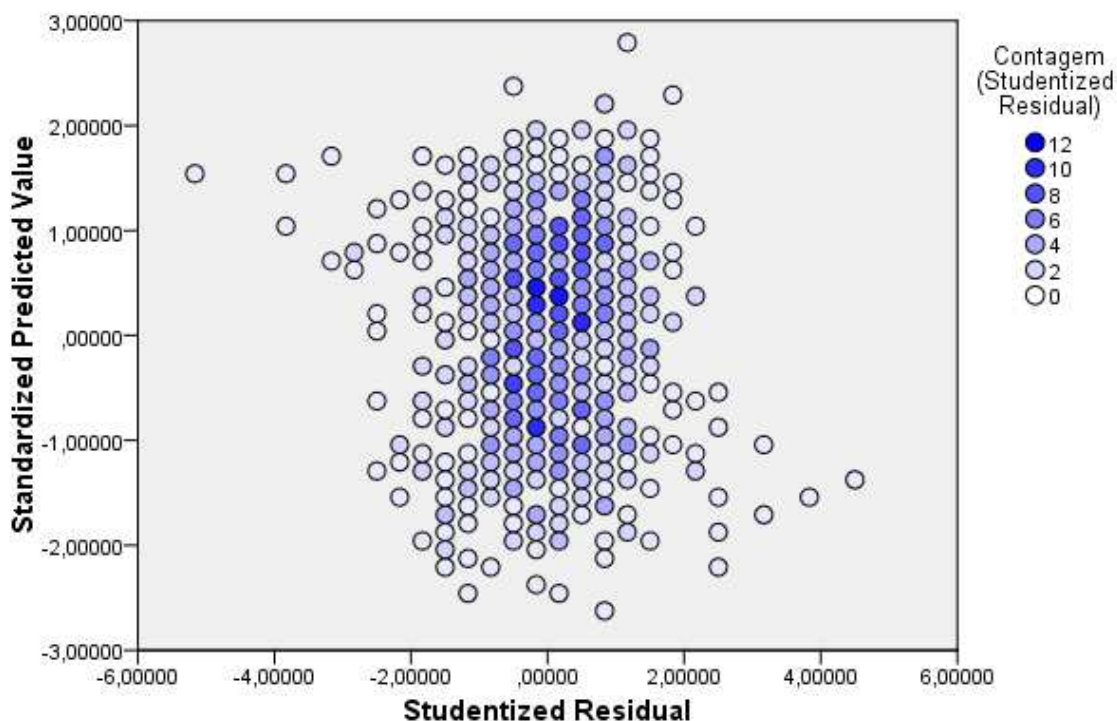
APÊNDICE 3: MAPA DOS MUNICÍPIOS CITADOS NO TRABALHO.

APÊNDICE 4: MAPA DOS MUNICÍPIOS EFICIENTES.



APÊNDICE 5: TESTS DO MODELO DE REGRESSÃO

- Homocedasticidade: Percebe-se a variância constante das variáveis aleatórias residuais.



- Autocorrelação: Pelo teste Durbin-Watson, percebe-se que não há correlação entre os resíduos porque o teste teve valor próximo de 2.

Resumo do modelo^b

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,793 ^a	,629	,626	,030148	2,136

a. Previsores: (Constante), % Famílias beneficiadas pelo Bolsa Família (famílias), Índice de envelhecimento (%), Escore eficiência, Proporção de óbitos por causas mal definidas (%), Percentual de população urbana (%), Taxa de emprego no setor formal (%)

b. Variável dependente: IDHM (2010)

- Normalidade: a normalidade dos resíduos foi avaliada através do teste de Kolmogorov-Smirnov, que mostra reter a hipótese nula a uma significância de 5%. Mostrando que os resíduos padronizados seguem uma distribuição normal.

Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de Standardized Residual é normal com média 0,00 e desvio padrão 1,00.	Um teste Kolmogorov-Smirnov de uma amostra	,074	Reter a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.

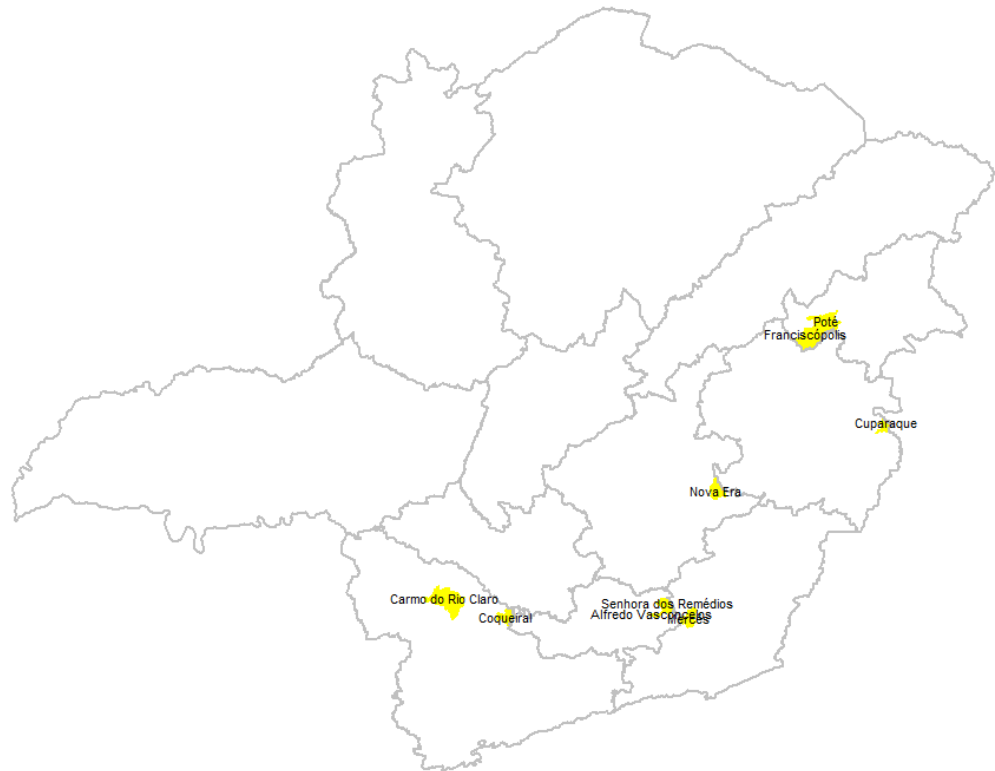
- Multicolinearidade: Pode-se observar através do VIF, que não existe multicolinearidade.

Coefficientes^a

Modelo	Coefficientes não padronizados		Coefficientes padronizados	t	Sig.	Estatísticas de colinearidade	
	B	Erro padrão	Beta			Tolerância	VIF
(Constante)	,617	,011		55,094	,000		
Escore eficiência	,000	,000	,090	3,713	,000	,832	1,202
Índice de envelhecimento (%)	-,006	,001	-,389	11,540	,000	,433	2,310
Percentual de população urbana (%)	,001	,000	,295	10,379	,000	,607	1,647
Taxa de emprego no setor formal (%)	,001	,000	,137	4,496	,000	,527	1,896
Proporção de óbitos por causas mal definidas (%)	,000	,000	-,046	-1,833	,067	,788	1,268

a. Variável dependente: IDHM (2010)

APÊNDICE 6: MAPA OS MUNICÍPIOS ESCOLHIDOS PARA REALIZAR AS ENTREVISTAS



APÊNDICE 7: ESTRUTURA DA ENTREVISTA



UNIVERSIDADE DEFERAL DE VIÇOSA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE

Dados Pessoais

1. Nome: _____
2. Data de Nascimento: _____
3. Sexo: _____
4. Escolaridade: _____
5. Cargo: _____
6. Município: _____
7. Unidade Básica de Saúde (Localização): _____
8. Tempo em que trabalha nessa unidade: _____
9. Tempo em que trabalha na área da saúde: _____
10. Trabalhos anteriores: _____

Opiniões sobre práticas de Gestão

1. Como funciona a gestão da saúde aqui na cidade?
2. A administração municipal é dividida por secretarias de governo? (Ex.: educação, cultura, etc.).
3. Existem ações conjuntas entre essas secretarias?
 - 3.1. Se não:
O que, em sua opinião, impede ou atrapalha essas ações conjuntas?
 - 3.2. Se sim:
 - 3.2.1. Quais são essas ações?
 - 3.2.2. Essas ações conjuntas ou transversais tem alguma implicação na atenção primária à saúde?
4. Quais os princípios do Sistema Único de Saúde?
5. Quais os princípios da Estratégia Saúde da Família?
6. Aqui na cidade, existem metas, objetivos, planejamento estratégico para a administração pública municipal?
7. E existe algum tipo de planejamento específico para a saúde pública?
8. Quais são as metas e objetivos para a saúde?

9. Pra quanto tempo ele é feito?
10. Como ele é realizado?
11. Quem participa?
12. Como é realizado esse planejamento estratégico?
13. Quem participa da elaboração desse planejamento estratégico?
14. Existem práticas relacionadas à saúde que demandam a participação popular?
15. A população, de fato participa?
16. Como funciona o conselho de saúde da cidade?
17. Quem participa?
18. Este município realiza conferências de saúde?
19. Como são realizadas as conferências aqui?
20. Considerando a eficiência como a capacidade de alcançar os objetivos com o menor número de recursos possível (mão de obra, recursos financeiros, etc.), ou seja, aproveitar melhor os recursos. Quais práticas/atividades realizadas aqui na cidade, você acredita que contribuem para que a Estratégia Saúde da Família seja mais eficiente?
21. A iniciativa dessa prática/atividade é sua? Senão, de quem é?
22. Quais práticas/atividades suas você acredita que atrapalham a eficiência da Estratégia Saúde da Família (ESF)?
23. Você acredita que alguma outra prática/atividade melhoraria a eficiência da ESF?
24. O que você vê como entrave e/ou obstáculo para que a ESF alcance seus objetivos nesse município?
25. Tem mais alguma coisa que você gostaria de comentar para finalizar essa entrevista?

APÊNDICE 8: QUESTIONÁRIO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE

Dados Pessoais

1. Nome: _____
2. Data de Nascimento: _____
3. Sexo: _____
4. Escolaridade: _____
5. Cargo: _____
6. Município: _____
7. Unidade Básica de Saúde (Localização): _____
8. Tempo em que trabalha nessa unidade: _____
9. Tempo em que trabalha na área da saúde: _____
10. Trabalhos anteriores: _____

Opiniões sobre o Sistema Único de Saúde e Estratégia Saúde da Família

11. Quais são os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)? _____

12. Quais são os princípios da Estratégia Saúde da Família (ESF)? _____

13. Nesse município os objetivos e metas da ESF/PSF são bem definidos?
[] Sim [] Não
14. Se não, porque? _____
15. Se sim, quais são? _____
16. Quais das suas atividades/práticas diárias você acredita que mais contribuem para melhorar a qualidade de vida da população? _____

17. Na sua opinião, existe alguma outra atividade que poderia ser realizada para melhorar a qualidade de vida da população que não é realizada?

Sim Não

18. O que você vê como entrave ou obstáculo para que a ESF alcance seus objetivos nesse município?

19. A infraestrutura que vocês dispõem para trabalhar é suficiente para atender à população?

Sim Não

20. Na sua opinião, nesse município, a população está satisfeita com a ESF/PSF?

Sim Não

21. Com que periodicidade as visitas domiciliares são feitas?

22. Você é bem recebido pela população?

Sim Não

23. O médico dessa unidade realiza essas visitas domiciliares?

Sim Não

24. Essa Unidade Básica de Saúde possui transporte próprio?

Sim Não

25. Nessa Unidade você percebe que a demanda da população é atendida?

Sim Não

26. Por que?

27. Tem mais alguma coisa que você gostaria de comentar para finalizar essa entrevista?

ANEXO 1: LISTA DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENCÍVEIS À APS

LISTA DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA 1341

Tabela 1

Lista de internações sensíveis à atenção primária, por grupos de diagnósticos (Classificação Internacional de Doenças, 10a revisão – CID-10), número dos diagnósticos observados em listas nacionais (n = 3) ou estrangeiras (n = 8).

Grupo	Diagnóstico	CID-10	Listas nacionais	Listas estrangeiras
1. Doenças imunizáveis *				
1.1	Coqueluche **	A37	3	7
1.2	Difteria	A36	3	4
1.3	Hepatite B ***	B16	1	2
1.4	Meningite por <i>Haemophilus</i> #	G00.0	3	6
1.5	Meningite tuberculosa	A17.0	2	4
1.6	Parotidite	B26	0	4
1.7	Rubéola	B06	0	4
1.8	Sarampo	B05	3	4
1.9	Tétano **	A33-A35	3	7
1.10	Tuberculose miliar	A19	2	4
2. Condições evitáveis *				
2.1	Febre reumática ***	I00-I02	3	5
2.2	Sífilis	A51-A53	1	2
2.3	Tuberculoses	A15.4-A15.9, A16.3-A16.9, A17.1-A17.9	3	4
2.4	Tuberculose pulmonar	A15.0-A15.3, A16.0-A16.2	3	4
3. Gastroenterites infecciosas e complicações				
3.1	Desidratação	E86	3	5
3.2	Gastroenterites	A00-A09	3	0
4. Anemia				
4.1	Deficiência de ferro †	D50	3	4
5. Deficiências nutricionais				
5.1	Kwashiorkor e demais desnutrições proteico-calóricas	E40-E46	3	5
5.2	Outras deficiências nutricionais	E50-E64	3	5
6. Infecções de ouvido, nariz e garganta				
6.1	Amigdalite aguda	J03	3	6
6.2	Faringite aguda	J02	3	6
6.3	Infecção aguda das vias aéreas superiores	J06	3	6
6.4	Nasofaringite aguda (resfriado comum)	J00	2	3
6.5	Otitite média supurativa	H66	3	7
6.6	Rinite, nasofaringite e faringite crônica	J31	3	7
6.7	Sinusite aguda	J01	2	4
7. Pneumonias bacterianas				
7.1	Bacteriana não especificada	J15.8, J15.9	3	6
7.2	Lobar não especificada	J18.1	3	6
7.3	Por <i>Haemophilus influenzae</i>	J14	3	6
7.4	Pneumocócica	J13	3	6
7.5	Por <i>Streptococcus</i>	J15.3, J15.4	3	6
8. Asma				
8.1	Asma ††	J45, J46	3	8

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Grupo	Diagnóstico	CID-10	Listas nacionais	Listas estrangeiras
9. Doenças das vias aéreas inferiores ###				
9.1	Bronquite aguda	J20, J21	3	5
9.2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40	2	3
9.3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41	2	8
9.4	Bronquite crônica não especificada	J42	3	8
9.5	Bronquectasia	J47	3	8
9.6	Enfisema	J43	3	7
9.7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44	3	8
10. Hipertensão				
10.1	Doença cardíaca hipertensiva	I11	3	8
10.2	Hipertensão essencial	I10	3	8
11. Angina pectoris				
11.1	Angina pectoris ###	I20, I24	3	7
12. Insuficiência cardíaca				
12.1	Insuficiência cardíaca ###	I50	3	8
12.2	Edema agudo de pulmão	J81	2	5
13. Doenças cérebro-vasculares				
13.1	Doenças cérebro-vasculares ###	I63-I67, I69, G45, G46	1	2
14. Diabetes mellitus				
14.1	Com coma ou cetoacidose	E10.0-E10.1, E11.0-E11.1, E12.0-E12.1, E13.0-E13.1, E14.0-E14.1	3	8
14.2	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9, E12.9, E13.9, E14.9	3	6
14.3	Com complicações (renais, oftalmológicas, neurológicas, circulatórias, periféricas, outras, múltiplas, não especificadas)	E10.2-E10.8, E11.2-E11.8, E12.2-E12.8, E13.2-E13.8, E14.2-E14.8	3	6
15. Epilepsias				
15.1	Epilepsia	G40, G41	3	6
16. Infecção no rim e trato urinário *				
16.1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10	2	5
16.2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11	2	5
16.3	Nefrite túbulo-intersticial não especificada aguda crônica	N12	2	5
16.4	Infecção do trato urinário de localização não especificada	N39.0	2	5
17. Infecção da pele e tecido subcutâneo *				
17.1	Abscesso cutâneo, furúnculo e carbúnculo	L02	2	1
17.2	Calúlia	L03	2	7
17.3	Impetigo	L01	2	0
17.4	Linfadenite aguda	L04	2	4
17.5	Infecção do trato urinário de localização não especificada	N39.0	2	5

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Grupo	Diagnóstico	CID-10	Listas nacionais	Listas estrangeiras
18. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos				
18.1	Salpingite e ooforite	N70	2	6
18.2	Doença inflamatória do útero (exceto colo)	N71	2	2
18.3	Doença inflamatória do colo do útero	N72	2	3
18.4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73	2	6
18.5	Outras infecções inflamatórias da vagina e vulva	N76	2	3
18.6	Doenças da glândula de Bartholin	N75	2	3
19. Úlcera gastrointestinal				
19.1	Úlcera gastrointestinal com hemorragia e/ou perfuração	K25-K28, K92.0, K92.1, K92.2	0	6
20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto				
20.1	Infecção do trato urinário na gravidez	O23	1	0
20.2	Sífilis congênita	A50	3	4
20.3	Síndrome da rubéola congênita	P35.0	1	1

Fonte: Listas nacionais 11,15; Listas estrangeiras 1,24,25,26,27,28,29,43.

* Grupos de diagnósticos que apresentaram pelo menos uma doença da lista brasileira sem correspondência em listas nacionais e estrangeiras: doenças imunitáveis (febre amarela), condições evitáveis (ascariíase, malária), infecção no rim e trato urinário (cistite, uretrite) e infecção da pele e tecido subcutâneo (erisipela);

** Coqueluche entre ≥ 1 ano e ≤ 5 anos;

*** Hepatite B aguda e crônica entre ≤ 20 anos; hepatite aguda com e sem o agente Delta;

† Meningite por *Haemophilus* entre \leq de 5 anos;

‡ Exclui o tétano obstétrico e do recém-nascido. Tétano entre ≥ 1 ano e ≤ 5 anos;

§§ Febre reumática entre ≥ 1 ano e ≤ 5 anos;

†† Deficiência de ferro entre \leq de 5 anos;

‡‡ Exclui a asma aguda;

§§§ Doença pulmonar obstrutiva crônica, angina, insuficiência cardíaca, edema agudo do pulmão, doenças cerebro-vasculares entre ≤ 65 anos.