

WANDERSON DE ALMEIDA MENDES

**INVESTIMENTOS EM SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DE MINAS GERAIS:
UMA ANÁLISE DA EFICIÊNCIA DOS RECURSOS PÚBLICOS**

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
2019

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

T

M538i
2019

Mendes, Wanderson de Almeida, 1988-
Investimentos em saúde pública no estado de Minas Gerais
: uma análise da eficiência dos recursos públicos / Wanderson de
Almeida Mendes. – Viçosa, MG, 2019.
xiii, 82f. : il. (algumas color.) ; 29 cm.

Inclui apêndices.

Orientador: Karla Maria Damiano Teixeira.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Referências bibliográficas: f.68-75.

1. Administração Pública - Minas Gerais. 2. Saúde Pública -
Minas Gerais. 3. Saúde Pública - Administração. I. Universidade
Federal de Viçosa. Departamento de Administração e
Contabilidade. Mestrado em Administração. II. Título.

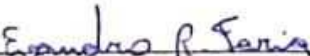
CDD 22 ed. 351.8151

WANDERSON DE ALMEIDA MENDES

**INVESTIMENTOS EM SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DE MINAS GERAIS:
UMA ANÁLISE DA EFICIÊNCIA DOS RECURSOS PÚBLICOS**

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: 19 de fevereiro de 2019.



Evandro Rodrigues de Faria



Suely de Fátima Ramos Silveira



Karla Maria Damiano Teixeira
(Orientadora)

A Deus e minha família.

AGRADECIMENTOS

Agradeço,

A Deus, por tudo que tem me dado, pela saúde, pelas oportunidades, pelo dom da vida.

Aos meus pais Geraldo de Almeida Mendes e Jucimar Batalha de Almeida que sempre me deram todo o apoio, me ensinando sobre ética, respeito ao próximo e gratidão. Agradeço cada dia por tê-los presentes na minha vida.

Ao meu irmão e colega de pós-graduação Wesley. As conversas que tivemos durante o mestrado foram fundamentais para chegar a este momento, me passando tranquilidade e conhecimento necessário para enfrentar todas as dificuldades. Muito obrigado pelo incentivo e pela companhia.

Ao meu amor Alexandra, por todo carinho, apoio em todos os momentos. Pela compreensão devido à ausência em diversos momentos importantes. Sua companhia é essencial para que eu possa continuar nessa caminhada acadêmica, tornando os desafios menos complicados. Muito obrigado por tudo.

Aos meus sobrinhos Sarah, Maria Eduarda e Gabriel, me fazendo perceber que a felicidade não depende de ações complexas. Que a pureza e a inocência das crianças são capazes de nos transformar em crianças novamente, fazendo esquecer de todos os problemas.

Agradeço também à minha orientadora Karla Maria Damiano Teixeira, que desde o início do mestrado me acolheu com bastante entusiasmo, me aconselhando, ensinando e orientando. Seus ensinamentos foram fundamentais para a construção deste trabalho.

Ao meu coorientador Marco Aurélio Marques Ferreira, que esteve presente em todos os momentos do mestrado. Mesmo longe, sempre me deu apoio necessário com seus ensinamentos e conselhos. Foi uma honra trabalharmos juntos.

Aos professores Suely de Fátima Ramos Silveira e Evandro Rodrigues de Faria, pela disponibilidade de participarem deste momento tão importante para mim, e pelas considerações e contribuições realizadas. Agradeço também à professora Cristiana Tristão Rodrigues pela leitura e disponibilidade.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Administração da UFV e funcionários do Departamento de Administração e Contabilidade, pelo suporte durante todo mestrado. Em especial, agradeço à Luiza Amélia, que sempre nos deu o apoio necessário.

A todos os meus colegas de pós-graduação. Pelo companheirismo e amizade, em todos os momentos de dificuldades. Em especial, ao Lucas, Ítalo, Mauro, Sthéfany, Isabela, Gabriela, Isabella Stroppa, Joyce, Suélem e Clarice. A amizade durante a pós-graduação nos dá forças para continuarmos nossa caminhada.

Ao Núcleo de Estudos em Administração, Governo e Sociedade (N+APGS), por todo apoio e troca de conhecimentos durante as reuniões.

Aos professores da FAGOC, que sempre me incentivaram e me apoiaram durante essa jornada, em especial, aos professores João Paulo Ciribeli e Vanessa Pires.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa.

Às Secretarias de Saúde dos municípios de Rio Novo e Santos Dumont, que me acolheram com muita gentileza desde o primeiro contato. Aos entrevistados que assentiram participar da pesquisa, cedendo parte do seu tempo para contribuir com seus conhecimentos.

Ao padre Volnei, que com sua sabedoria e palavras de conforto sempre me apoiou em todos os momentos, me incentivando para que eu nunca desanimasse.

E a todos os meus amigos e familiares que estiveram presente durante o mestrado, muito obrigado!

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	vi
LISTA DE QUADROS	vii
LISTA DE TABELAS	viii
RESUMO	ix
ABSTRACT	xi
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	4
2.1 Contextualização da saúde pública brasileira	4
2.2 O federalismo fiscal e o financiamento da saúde.....	7
2.3 Análise de políticas públicas no contexto da saúde	11
2.4 Mensuração do desempenho no setor público por meio da eficiência.....	13
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	16
3.1 Local de Estudo.....	16
3.2 Coleta e Análise dos dados	17
3.2.1 Análise Envoltória de Dados.....	18
3.2.2 Regressão Logística Multinomial.....	21
3.2.3 Análise de Conteúdo.....	24
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	26
4.1 Avaliação do desempenho dos municípios mineiros na aplicação de recursos na saúde.....	26
4.2 Os elementos de influência do desempenho da saúde pública municipal	35
4.3 Avaliação da gestão de saúde pública municipal.....	41
4.3.1 Caracterização do município de Rio Novo	41
4.3.2 Caracterização do município de Santos Dumont	42
4.3.3 Compreendendo os aspectos subjetivos dos desempenhos por meio da gestão municipal de saúde	42
4.3.3.1 Conhecendo o perfil dos implementadores entrevistados.....	43
4.3.3.2 O ambiente de trabalho e o clima organizacional.....	45
4.3.3.3 A utilização dos recursos materiais e financeiros.....	49
4.3.3.4 As condições da estrutura física para a prestação de serviços de saúde pública	51
4.3.3.5 Procedimentos administrativos e burocracia.....	54
4.3.3.6 Políticas públicas e a influência dos políticos locais	55
4.3.3.7 A importância das redes de cooperação municipal para os serviços de saúde	58
4.3.3.8 O papel dos mecanismos de controle nos serviços de saúde.....	59
4.3.3.9 Desempenho e Resultados.....	62

5 CONCLUSÕES.....	66
REFERÊNCIAS.....	68
APÊNDICES	76
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista.....	77
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	80

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa com o desempenho dos municípios de Minas Gerais na saúde pública	29
Figura 2 – Histograma com a distribuição do score de eficiência.....	31

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Descrição das técnicas empregadas.....	17
Quadro 2 – Descrição das variáveis utilizadas na DEA	20
Quadro 3 – Descrição das variáveis independente	23
Quadro 4 – Categorias de análise e suas descrições.....	25
Quadro 5 – Atores envolvidos na implementação de políticas públicas de saúde	26
Quadro 6 – Perfil dos entrevistados.....	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Análise descritiva dos dados	27
Tabela 2 – Análise descritiva do desempenho dos municípios de Minas Gerais em 2015	30
Tabela 3 – Ranking dos municípios mineiros no período de 2015, na fronteira de eficiência baseado no método de fronteira invertida	33
Tabela 4 – Municípios com menores scores de eficiência do estado de Minas Gerais em 2015.....	34
Tabela 5 – Análise descritiva das variáveis independentes.....	35
Tabela 6 – Regressão Logística Multinomial com a primeira categoria (Baixa Eficiência) como referência, Minas Gerais, 2015	38
Tabela 7 – Regressão Logística Multinomial com a última categoria (Alta Eficiência) como referência, Minas Gerais, 2015	39

RESUMO

MENDES, Wanderson de Almeida, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, fevereiro de 2019. **Investimentos em Saúde Pública no Estado de Minas Gerais: Uma Análise da Eficiência dos Recursos Públicos.** Orientadora: Karla Maria Damiano Teixeira. Coorientador: Marco Aurélio Marques Ferreira

Diante as limitações do financiamento da saúde pública, como a escassez e a distribuição de recursos, as quais comprometem a prestação do serviço público de qualidade, é fundamental a busca pela eficiência dos serviços de saúde, a fim de alcançar melhores resultados. Neste estudo propôs-se avaliar a gestão dos recursos públicos na área da saúde, de forma a compreender o desempenho e a qualidade do serviço de saúde pública dos municípios mineiros, considerando a análise de eficiência e eficácia. Para atender o objetivo proposto, o estudo foi dividido em três etapas metodológicas. A primeira etapa consistiu na avaliação da eficiência, em que foram avaliados 602 municípios mineiros, no ano de 2015, utilizando duas variações do modelo Análise Envoltória de Dados. O primeiro se chama Modelo de Medidas Específicas (MME), no qual utilizou-se o desenvolvimento municipal como variável não-discrecional, e o segundo modelo utilizado foi a Fronteira Invertida, com o intuito de diferenciar os municípios mais eficientes. Na segunda etapa foi realizada uma Regressão Logística Multinomial, avaliando 544 municípios de Minas Gerais, em que a variável dependente foi o score de eficiência, estratificado em três categorias: Baixa Eficiência, Eficiência Média e Alta Eficiência. As variáveis independentes foram baseadas em elementos condicionantes da saúde. Na terceira etapa, foi realizado um estudo mais aprofundado, em que se escolheu o município com maior eficiência e o de menor eficiência da mesorregião da Zona da Mata mineira. Para esta etapa, os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com atores envolvidos na implementação das políticas de saúde, e analisados utilizando a técnica de Análise de Conteúdo. Os resultados, possibilitaram perceber que municípios vizinhos tendem a possuir valores de eficiência próximos, devido à regionalidade. Portanto, os municípios de regiões mais carentes necessitam da formulação de políticas públicas capazes de atender à população e melhorar o desempenho dos serviços de saúde pública. Nesse sentido, destaca-se a mesorregião de Jequitinhonha, que apresentou efeito negativo em relação à análise de eficiência. Pôde-se perceber a interferência de políticos locais nos serviços de saúde, executando atos clientelistas nas cidades. Também foi possível identificar elementos que contribuíram para que os municípios selecionados para a pesquisa em campo alcançassem suas

respectivas posições no ranking de eficiência. Concluiu-se que municípios de localização próxima apresentaram desempenhos semelhantes, sendo influenciados por suas mesorregiões. Percebeu-se que elementos externos pouco influenciam na eficiência dos investimentos para a saúde, o que torna o gerenciamento das atividades de saúde e a liderança das equipes fundamentais para a eficiência dos municípios.

ABSTRACT

MENDES, Wanderson de Almeida, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, February, 2019. **Investments in Public Health in the State of Minas Gerais: An Analysis of the Efficiency of Public Resources.** Adviser: Karla Maria Damiano Teixeira. Co-adviser: Marco Aurélio Marques Ferreira.

Faced with the limitations of public health financing, such as the scarcity and distribution of resources, which compromise the provision of quality public services, it is fundamental to seek the efficiency of health services in order to achieve better results. This study aimed to evaluate the management of public resources in the health area, in order to understand the performance and quality of the public health service of the municipalities of Minas Gerais, considering the analysis of efficiency and effectiveness. To meet the proposed goal, the study was divided into three methodological steps. The first step consisted in the evaluation of efficiency, in which 602 municipalities of Minas Gerais were evaluated in the year 2015, using two variations of the Data Envelopment Analysis model. The first one is called the Model of Specific Measures (MME), in which municipal development was used as a non-discretionary variable, and the second model used was the Inverted Frontier, in order to differentiate the most efficient municipalities. In the second stage a Multinomial Logistic Regression was evaluated, evaluating 544 municipalities in Minas Gerais, where the dependent variable was the efficiency score, stratified into three categories: Low Efficiency, Average Efficiency and High Efficiency. The independent variables were based on health conditioning elements. In the third stage, a more detailed study was carried out, in which the municipality with the highest efficiency and the lowest efficiency of the mesoregion of the Zona da Mata was chosen. For this stage, data were collected through semi-structured interviews with actors involved in the implementation of health policies, and analyzed using the Content Analysis technique. The results made it possible to perceive that neighboring municipalities tend to have close efficiency values due to regionality. Therefore, municipalities in the most needy regions need the formulation of public policies capable of serving the population and improving the performance of public health services. In this sense, we highlight the Jequitinhonha mesoregion, which had a negative effect in relation to the efficiency analysis. It was possible to perceive the interference of local politicians in the health services, executing clientelistic acts in the cities. It was also possible to identify elements that contributed to the municipalities selected for field research reaching their respective positions in the efficiency ranking. It was concluded that nearby municipalities presented similar

performances, being influenced by their mesoregions. It was noticed that external elements have little influence on the efficiency of investments for health, which makes the management of health activities and leadership of the teams fundamental for the efficiency of municipalities.

1 INTRODUÇÃO

A eficiência é um dos princípios da administração pública mencionados na Constituição Federal de 1988, que busca zelar pela qualidade e desempenho da gestão pública, exigindo rendimento funcional das atividades administrativas (BRASIL, 1988). Segundo Paludo (2013), o princípio da eficiência visa utilizar os recursos públicos de forma a evitar desperdícios e melhorar o bem-estar social.

Considera-se a eficiência no setor público uma forma de mensurar o desempenho das atividades, levando em consideração a qualidade da gestão pública e o atendimento das necessidades da sociedade (FOX, 2002; JOUMARD et al., 2010; MATTOS; TERRA, 2015). Nesse sentido, é fundamental que as atividades no setor público, inclusive na saúde pública, sejam realizadas com eficiência no intuito de fornecer um serviço de qualidade para a população, além de respeitar a qualidade dos gastos públicos (GONÇALVES et al. 2012; SANTOS; GONÇALVES; FERREIRA, 2014; CABRAL; FERREIRA, 2014).

Na área da saúde pública, o desempenho das atividades administrativas e a forma como os recursos são utilizados, em conjunto com diversos fatores como política, educação, condições econômicas, condições sociais, saneamento básico, segurança e toda a complexidade das necessidades da sociedade refletem na prestação do serviço de saúde pública. Da mesma forma, a questão da saúde é fundamental para a melhoria das condições de outras dimensões, tornando-se um elemento fundamental para a promoção do desenvolvimento (RANIS; STEWART; RAMIREZ, 2000; SEN, 2010).

A saúde pública brasileira é regida pelas normas do Sistema Único de Saúde (SUS), que estabelece a descentralização político-administrativa do sistema. Assim, a gestão e execução das ações da saúde ficam sob a responsabilidade do Governo Municipal, sendo o Governo Estadual encarregado de coordenar ações, contribuir financeiramente com os municípios, promover a descentralização do SUS e influenciar nas políticas locais. O Governo Federal é o responsável pela formulação da política nacional, estabelecimento de normas e legislação pertinentes, além do financiamento e fiscalização dos recursos (BRASIL, 1990a).

Essa descentralização surgiu a fim de tornar as políticas públicas mais próxima da população, uma vez que os municípios têm maior contato com a demanda da sociedade. Contudo, mesmo com a descentralização, os problemas relacionados à saúde pública ainda são muitos, apresentando dificuldades relacionadas ao acesso e tratamento, estrutura inadequada de alguns hospitais, falta de profissionais especializados, recursos escassos e, até mesmo, a sua utilização ineficiente, exigindo meios alternativos que visam

a melhoria do desempenho das atividades administrativas dentro do setor de saúde pública, na tentativa de melhorar a prestação desses serviços (LIMA, 2000; MAZON; MASCARENHAS; DALLABRIDA, 2015).

Os problemas, ainda, são agravados em momentos de crise, uma vez que a atividade econômica diminui, impactando na arrecadação e resultando em redução de repasses de recursos financeiros federais e estaduais para todas as áreas, incluindo a da saúde. Além disso, as políticas adotadas pelo governo para enfrentar uma crise podem fragilizar as finanças públicas dos municípios, gerando um comportamento instável no volume de receitas tributárias (ARAÚJO; SANTOS FILHO; GOMES, 2015). Como é o caso do estado de Minas Gerais, que desde 2016 passa por dificuldades para realizar os repasses financeiros aos municípios devido à crise fiscal do estado (BARROS, 2018; SECRETARIA DE ESTADO DE FAZENDA DE MINAS GERAIS, 2018).

Outro agravante que dificulta o fornecimento do serviço de saúde está relacionado a fatores como o aumento da população ao longo dos anos e da taxa de envelhecimento populacional, resultando no crescimento da demanda social por serviços de saúde. Esse comportamento exige dos municípios maior volume de recursos e execução eficiente e eficaz nas atividades administrativas.

Diante os inúmeros problemas relacionados à saúde, não só no Brasil, mas no mundo, criou-se a Atenção Básica de Saúde, que visa o tratamento preventivo de saúde. As políticas preventivas contribuem para a garantia do bem-estar da população, e redução da demanda por serviços hospitalares e ambulatoriais. No Brasil, uma das principais políticas de atenção básica é a Estratégia Saúde da Família (ESF), que por meio de acompanhamento familiar, garante a prevenção da saúde das comunidades (LEAL, 2017).

Esse tipo de serviço afeta diretamente os gastos públicos, uma vez que os gastos com a atenção básica de saúde tendem a ser menores que os gastos ambulatoriais e hospitalares. Segundo dados do Tesouro Nacional, no ano de 2015, os gastos dos municípios de Minas Gerais com relação a serviços ambulatoriais e hospitalares foram aproximadamente 75% superiores aos serviços de atenção básica. Esse valor foi o maior dentro do período de 2013 a 2017, cuja a média da diferença entre os gastos foi de 62,5% (FINBRA, 2018).

Nesse contexto, nota-se a importância de se buscar a melhoria do desempenho das atividades tanto em políticas da atenção básica, como em serviços hospitalares e ambulatoriais, visando a redução da demanda por serviços mais complexos de saúde.

Apesar de haver a necessidade de desempenhar as atividades com eficiência, mensurá-las é algo complexo de se fazer no setor público, uma vez que para gerar os benefícios para a sociedade, o governo deve saber qual serviço deve ser priorizado, como ele deve ser fornecido e em que quantidade (MATTOS; TERRA, 2015). Para Liu (2003), mesmo com investimentos financeiros parecidos, o nível de saúde entre países pode ser diferente e um dos fatores fundamentais para isso é a eficiência da gestão.

Nesse sentido, como a demanda pelos serviços de saúde é crescente e os recursos são limitados, sua alocação eficiente e a eficácia dos serviços são fundamentais para que o Estado possa prover os serviços de saúde aos cidadãos. Portanto, questiona-se: como a eficiência na gestão dos recursos públicos na área da saúde influencia no desempenho do serviço de saúde pública?

O objetivo geral da pesquisa foi avaliar a gestão dos recursos públicos na área da saúde, de forma a compreender o desempenho e a qualidade do serviço de saúde pública dos municípios mineiros, por meio da análise de eficiência e da eficácia. Para tanto, os objetivos específicos foram:

1. Identificar o desempenho relativo dos municípios na aplicação de recursos na saúde;
2. Avaliar os elementos que influenciam o desempenho da saúde pública municipal, por região do estado de Minas Gerais;
3. Identificar e avaliar elementos subjetivos que condicionam o desempenho dos serviços de saúde pública.

Diversos estudos propuseram avaliar a eficiência na saúde pública. O trabalho de Santos, Gonçalves e Ferreira (2014) teve como objetivo analisar o desempenho da alocação de recursos destinados à atenção básica de saúde de municípios do sudeste brasileiro. Em seus resultados, encontrou-se a possibilidade em aumentar a oferta de serviços relacionados à atenção básica devido à quantidade de recursos alocados. Já o estudo de Cabral e Ferreira (2014) teve o objetivo de avaliar a eficiência dos recursos públicos após o Pacto pela Saúde em municípios mineiros. Os resultados foram que o Pacto pela Saúde pode ter tido um efeito desejável aos municípios analisados, sendo positivo para a alocação dos recursos.

O trabalho de Gonçalves et al. (2012) também teve o objetivo de avaliar o desempenho dos municípios do sudeste brasileiro em relação à alocação de recursos na atenção básica. Seus resultados indicaram que os municípios tiveram uma redução de produtividade ao longo dos anos. Mendonça et al. (2012) avaliaram a Estratégia da Saúde

da Família (ESF) em Belo Horizonte e demonstraram que a atenção primária de saúde contribui com a redução do número de internações em hospitais.

O estado de Minas Gerais tem enfrentado uma crise financeira e fiscal, o que levou à redução dos recursos financeiros para seus municípios (BARROS, 2018; SECRETARIA DE ESTADO DE FAZENDA DE MINAS GERAIS, 2018). Nesse sentido, torna-se ainda mais importante avaliar a eficiência dos serviços de saúde em Minas Gerais, a fim de garantir a qualidade dos gastos. Portanto, este estudo se justifica por contribuir com o campo de administração pública, buscando compreender a diferença da gestão de municípios e os seus desempenhos, e se diferencia dos demais por pretender ir a campo identificar elementos que influenciam o desempenho e que não são possíveis de verificar quantitativamente, e também na identificação de municípios que se destacam entre os eficientes.

Para a elaboração desta pesquisa e especificação das temáticas tratadas, o presente estudo está estruturado em cinco seções, sendo que além desta introdução, o próximo tópico consiste na revisão de literatura, onde se discorre sobre a saúde pública brasileira, seu contexto histórico, o federalismo fiscal brasileiro, aspectos políticos e sobre a eficiência no setor público e seus desafios. Na terceira seção é abordada a metodologia para a realização do trabalho. Em seguida são apontados os resultados e discussões da pesquisa. Por fim são apresentadas as conclusões sobre o estudo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

No intuito de explicar a necessidade da aplicação eficiente dos recursos públicos na área da saúde pública, a revisão de literatura foi dividida nos seguintes tópicos: Contextualização da saúde pública brasileira; O federalismo fiscal e o financiamento da saúde; Análise de políticas públicas no contexto da saúde; Mensuração do desempenho no setor público por meio da análise de eficiência.

2.1 Contextualização da saúde pública brasileira

A história da saúde pública brasileira passa por diversos momentos importantes ao longo do tempo. No período colonial, a saúde no Brasil era tratada a partir do senso comum, ou seja, por métodos baseados em costumes culturais e crenças, e executada por meio da informalidade (GAGLIARDO, 2013). A criação de cursos universitários voltados para a área da saúde é o marco inicial da evolução da saúde no Brasil. Em 1808, com a chegada da família real, foi criada a Escola de Cirurgia da Bahia, que em 1813

passou a ser chamada de Academia Médico-Cirúrgica, e em 1832 se tornou a Faculdade de Medicina da Bahia (BRENES, 1991).

No início do século XX, a fim de combater um surto epidêmico causado pela varíola no Brasil, foi elaborada uma campanha de vacinação obrigatória proposta por Oswaldo Cruz, colocada em prática no final do ano de 1904. Contudo, a maioria das pessoas não tinha conhecimento sobre vacinação e, por medo, houve resistência por parte da população. Essa resistência resultou em uma abordagem autoritária e violenta do governo, chegando ao ponto de agentes sanitários invadirem residências e vacinarem os moradores que se recusavam. Com isso, se deu início a chamada Revolta da Vacina, deixando diversos mortos e feridos (SEVCENKO, 2013).

Em 1923, foi criada a Lei Eloy Chaves, que deu base para previdência brasileira. O decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923 proposto pelo deputado Eloy Marcondes de Miranda Chaves estabeleceu a criação da Caixa de Aposentadoria e Pensão para trabalhadores ferroviários, além de oferecer socorro médico para os funcionários e familiares, e também desconto em medicamentos (BRASIL, 1923).

A previdência brasileira sofreu uma reestruturação no governo Vargas, onde as Caixas de Aposentadorias e Pensões foram suspensas por seis meses e, em seguida, foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). No Período Militar, as IAPs se fundiram, dando origem ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (TAKAHASHI; IGUTI, 2008). Vinculado ao INPS, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) fornecia atendimento médico e odontológico para os contribuintes da previdência e seus dependentes.

Ao longo da década de 1980 o INAMPS passou por diversas mudanças em um processo de transição para o Sistema Único de Saúde (SUS). E em 1990, o INPS se fundiu com o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), dando origem ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

Em 1986, o relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde serviu de base para a elaboração do artigo da constituição de 1988 que trata sobre a saúde. A Constituição de 1988 foi o marco histórico da saúde pública no Brasil, considerando-a como direito de todos e dever do Estado. Em 1990, Lei Orgânica de Saúde nº 8.080 implantou o SUS, apresentando diretrizes para a saúde pública e em seguida, no mesmo ano, a lei nº 8.142 atribuiu ao SUS a participação social (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Além de determinar as diretrizes do SUS, a lei 8.080 ainda apresenta como fatores determinantes e condicionantes para a saúde, a alimentação, a moradia, o saneamento

básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990a). Tais elementos, juntamente com a saúde, são fundamentais para o desenvolvimento dos municípios (ALBERNAZ; FERREIRA; FRANCO, 2002; SEN, 2010; LEONETI; PRADO; OLIVEIRA, 2011; PASTERNAK, 2016).

No final da década de 1980, baseado na atenção primária de saúde, se dá início às experiências com agentes comunitários de saúde pelo Ministério da Saúde, o que levou à criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e em seguida a criação do Programa da Saúde da Família (PSF) em 1994. Em 2011 o PSF deixou de ser um programa e tornando-se uma política nacional, passando a ser chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF) (MENDONÇA et al., 2012; VOLPATO, 2014).

Segundo Volpato (2014, p. 23), a ESF “tem como objetivos a reformulação do processo de trabalho inserido no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), vigilância à saúde por meio de ações de promoção, prevenção e recuperação”. A ESF é formada por uma equipe multiprofissional de burocratas de nível de rua (LIPSKY, 2010), composta por médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e dentistas, que busca a melhoria do bem-estar social por meio da atenção básica de saúde. Esses burocratas, segundo Lotta (2012a), moldam a implementação da política devido ao grau de discricionariedade existente em suas atividades.

Desse modo, torna-se fundamental que os profissionais de saúde passem por capacitações e treinamentos constantes, buscando a atualização no campo da saúde, a fim de fornecer um atendimento de qualidade para a sociedade (PINAFO et al., 2011). Além disso, é importante a composição da equipe com profissionais que possuem cursos técnicos, graduação e pós-graduação, permitindo melhor preparo das equipes e maior conhecimento para lidar com determinadas situações (LEAL, 2017).

Dentre os profissionais da equipe, Lotta (2012b) destaca o papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para a implementação da ESF, sendo fundamentais para a execução da política, interagindo com a sociedade, levando informações sobre cuidados com a saúde para as famílias, além de coletar informações importantes para que a ESF possa agir de acordo com as demandas.

Apesar das conquistas e do avanço ao longo do tempo, a saúde pública ainda enfrenta diversos problemas como falta de estrutura de qualidade para o acesso e acolhimento dos usuários de saúde, funcionários despreparados no atendimento à população e longas filas (RAMOS; LIMA, 2003). Considera-se ainda os problemas

relacionados com a mobilidade urbana, as disfunções burocráticas, a ausência de determinados medicamentos e as condições socioeconômicas da população, uma vez que quem mais precisa do sistema de saúde público são pessoas mais carentes (LIMA, 2000).

Diversos fatores levam à origem e ao agravamento desses problemas, dentre eles estão a gestão pública, crise econômica, corrupção, a escassez de recursos, o aumento da população e da taxa de envelhecimento, o crescimento da demanda social pelos serviços de saúde e outros serviços públicos.

Muitas das vezes os municípios não são capazes de atenderem às demandas da sociedade sozinhos. Na área da saúde, uma alternativa é a associação de consórcios intermunicipais de saúde (CIS), que buscam a racionalização dos gastos por meio da cooperação entre, principalmente, municípios vizinhos e de pequeno porte. Essa cooperação acontece por não haver demanda suficiente para assumirem as despesas da prestação de determinado serviço sozinhos, o que elevaria as despesas públicas (LIMA, 2000; SCHNEIDER, 2001; FREITAS; OLIVEIRA, 2015).

Outro fator que contribui no combate aos problemas da saúde pública é a utilização de sistemas informatizados de gestão e prontuários eletrônicos, que de modo geral, colaboram na agilidade do atendimento, no acesso às informações dos pacientes e na confiabilidade dessas informações, aumentando a eficiência do serviço de saúde (GONÇALVES et al., 2013). Contudo, para a garantia da eficiência e da qualidade do serviço público, o uso desses sistemas deve ser de acordo com as necessidades demandadas de cada local.

O que se nota no cenário brasileiro, é uma dependência dos serviços do SUS nos municípios, em que a minoria da população possui plano de saúde privada (PORTER; TEISBERG, 2007; ANS, 2018). Além disso, algumas regiões sofrem mais com os problemas na saúde pública que outras, dependendo de auxílio por parte dos governos federal e estadual. A principal fonte de recursos advém das transferências, que tem um papel importante na redução dessas disparidades entre regiões e no financiamento da prestação de serviços públicos.

2.2 O federalismo fiscal e o financiamento da saúde

O federalismo é uma forma de Estado constituído por entidades territoriais autônomas que se reúnem sob uma autoridade central e formam um Estado e que, dentro de suas jurisdições, cada ente possui poder de tomada de decisão sobre determinados assuntos (BOADWAY; SHAH, 2009).

No Brasil, a constituição federal de 1988, conhecida como constituição cidadã, passou a considerar os municípios como ente federado dando-lhes mais autonomia (PALUDO, 2013). A República Federativa do Brasil é formada pela União, estados, Distrito Federal e municípios (BRASIL, 1988). O federalismo foi adotado no Brasil a fim de distribuir atribuições entre os entes federados, considerando seu contato com a população e as demandas dela. Nesse caso, para atender essa demanda, torna-se necessário o financiamento de recursos públicos, adquiridos por meio da arrecadação pública.

O federalismo fiscal surge como uma derivação financeira do federalismo político, sendo a transferência de responsabilidades na arrecadação e distribuição de recursos entre os entes federados. Desse modo, o federalismo fiscal foi responsável por importantes mudanças após o término do período militar. Soares e Melo (2016) destacam dois momentos do federalismo fiscal brasileiro: a descentralização fiscal com a constituição de 1988, e a recentralização na década de 1990 com a criação de contribuições para o governo federal. Cada ente ficou responsável por sua arrecadação, sendo a União, detentora da maior parte dos recursos, exercendo papel importante na minimização das consequências causadas pelas disparidades regionais.

Assim como o Brasil, Minas Gerais também possui disparidades regionais, prejudicando os resultados das políticas públicas. O desenvolvimento de regiões mais ricas é um dos responsáveis por atrair os recursos e mão de obra de regiões mais pobres, devido à maior possibilidade de melhorar as condições financeiras, e isso aumenta as disparidades (WILLIAMSON, 1965; PAULINO-SANTOS et al., 2018; RIBEIRO et al., 2018).

De acordo com Musgrave (1959), o Estado exerce três funções fiscais a partir das políticas tributárias, capazes de afetar a economia de um país, sendo classificadas como função alocativa, função distributiva e função estabilizadora. Tais funções são essenciais para o financiamento e funcionamento do SUS e demais políticas de saúde no Brasil, além de promover o desenvolvimento. A função alocativa busca reparar as falhas de mercado por meio de ajustes na alocação de recursos, oferecendo bens e serviços necessários à sociedade, os quais a iniciativa privada não oferece devido à inviabilidade econômica, como é o caso da política ESF, Programa Mais Médicos, e o próprio SUS.

Já função distributiva visa a distribuição de renda e riquezas com o objetivo de alcançar a equidade socioeconômica da população. Essa função é exercida a partir de transferências intergovernamentais, subsídios e programas sociais como o Fome Zero,

Bolsa Família e o Bolsa Escola. E a função estabilizadora, que busca a estabilidade da economia, minimizando os efeitos dos ciclos econômicos e também responsável pela expansão do desenvolvimento nacional, por meio de políticas que promovam o emprego e renda (MUSGRAVE, 1959).

A arrecadação é o principal meio de obtenção de receitas no Brasil e tem a função de promover políticas públicas em busca do bem-estar social através da educação, transporte, cultura, saúde, segurança e lazer (MASSARDI; ABRANTES, 2015). Desse modo, a arrecadação é essencial para o financiamento da função alocativa do Estado, permitindo que tais ações se tornem possíveis de serem realizadas.

O Brasil é um país constituído por municípios heterogêneos, tanto no aspecto demográfico, quanto no socioeconômico, apresentando diferentes proporções de arrecadação. Desse modo, as necessidades de uma região podem não ser as mesmas de outras, fazendo com que alguns municípios necessitem de atenção especial por parte do governo (SOUZA, 1999).

Desse modo, muitas vezes a arrecadação obtida pelos municípios não é suficiente para atender às necessidades demandadas, tornando fundamental função distributiva para o financiamento dos gastos municipais, inclusive os de saúde, fazendo com que os governos estaduais e o federal realizem transferências para os municípios (BARAT, 1980; SOARES; MELO, 2016). Nesse sentido, a cota do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) surge como uma importante fonte de recursos para os municípios que, em muitos casos, se torna a principal fonte.

Tratadas pela Constituição Federal, as transferências têm como objetivo reduzir as desigualdades regionais, buscando, o equilíbrio socioeconômico, permitindo a implementação de políticas públicas, e contribuindo para o desenvolvimento do município, a fim de garantir o bem-estar social (BRASIL, 1988). Na área da saúde, as transferências são uma importante fonte de financiamento, permitindo a elaboração de políticas de saúde.

Existem ainda as transferências voluntárias, que são recursos disponibilizados por outro ente federativo como forma de auxílio financeiro, não decorrente de determinação legal ou constitucional, sendo fundamental para o financiamento da saúde. Assim, o ente que irá receber o recurso contribuirá com uma parcela do custo do serviço financiado por esse tipo de transferência. Segundo Ferreira e Bugarin (2007), municípios de mesmo partido político dos entes federal e estadual tendem a receber mais transferências voluntárias comparados aos outros.

Apesar dos objetivos de equidade e promoção do desenvolvimento justificarem a realização das transferências, sua dependência contribui para a redução do esforço arrecadatório por parte de muitos municípios. Massardi e Abrantes (2015) apontam que usar as transferências como meio de solucionar os problemas causados pela arrecadação insuficiente para atender às necessidades da sociedade, pode provocar um comportamento de acomodação por parte dos municípios que recebem as transferências, inibindo o esforço de arrecadação, uma vez que os bens e serviços públicos locais são financiados por outros. Essa dependência prejudica o financiamento da saúde, tornando as propostas de universalidade e equidade na prestação dos serviços de saúde difíceis de serem alcançadas.

Os recursos para o financiamento da saúde são gerenciados pelo fundo de saúde, em que cada esfera governamental possui um fundo específico para a movimentação dos recursos. O fundo de saúde é uma conta especial destinada a receber, organizar e pagar os serviços de saúde. Desse modo, a União fica responsável pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), os estados com o Fundo Estadual de Saúde (FES), e os municípios com o Fundo Municipal de Saúde (BRASIL, 2012).

A constituição de 1988 reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, no entanto, as desigualdades socioeconômicas dificultam o acesso de muitas pessoas ao serviço de saúde (SILVA et al., 2012). A constituição ainda estabelece o financiamento mínimo da saúde pública de 15% dos impostos arrecadados para os municípios e Distrito Federal, para os estados esse percentual é de 12%, e que a parcela da União não pode ser inferior a 15% da receita corrente líquida (BRASIL, 1988). Contudo, mesmo com a política fiscal, os problemas relacionados com a saúde ainda são complexos de serem resolvidos, o que leva a necessidade de se buscar a eficiência dos recursos públicos para a área da saúde.

A década de 1990 marcou ainda a consolidação do SUS, que busca a redução das desigualdades, oferecendo serviço de saúde pública para a população, apesar dos desafios existentes. Um deles está relacionado ao financiamento do SUS, que é feito pelas três esferas de governo, conforme previsto na constituição de 1988, no entanto, devido às limitações de arrecadação que alguns municípios e estados possuem, tal financiamento se torna complexo de ser realizado, contribuindo com as discussões que abordam o federalismo fiscal (LIMA, 2007; MARQUES; MENDES, 2012; VIACAVA et al., 2018).

De acordo com Lima (2007), as desigualdades no Brasil juntamente com a escassez de recursos para a saúde, a estrutura do federalismo fiscal e o modelo de

transferências realizadas no SUS afetam as negociações políticas e a busca por outros meios de financiamento do governo federal que não estão ligados diretamente à oferta de serviços de saúde aos demais entes federativos, gerando conflito de interesses entre os atores políticos causado por fatores institucionais e estruturais.

Para Marques e Mendes (2012), o financiamento do SUS foi realizado de forma incompatível com a proposta de saúde universal e integral, uma vez que a distribuição de recursos destinados ao SUS é deficiente, comprometendo a qualidade do serviço e prejudicando a população, principalmente os mais pobres, devido à dependência do serviço público gratuito.

De acordo com Viacava (2018), apesar dos avanços da cobertura do SUS ao longo dos anos, ainda fica o desafio relacionado à continuidade e qualidade do serviço e, principalmente, ao financiamento, oferta e a relação do setor público de saúde com o privado.

Diante deste contexto, nota-se a necessidade do avanço das discussões sobre o federalismo fiscal e o financiamento da saúde, em busca de reduzir os problemas existentes no setor de saúde pública.

2.3 Análise de políticas públicas no contexto da saúde

O conceito de políticas públicas é algo complexo de se definir. Dye (2013) define-as como escolhas que os governos fazem, ou deixam de fazer. Nesse sentido, o governo é responsável por promover as ações que influenciarão na sociedade, utilizando políticas públicas a fim de atender às demandas sociais, buscando garantir o bem-estar social. Contudo, as demandas da sociedade estão cada vez mais complexas e os recursos escassos, o que torna um desafio para a gestão pública, inclusive para a saúde.

É notório os avanços da saúde no Brasil a partir da implementação do SUS, contudo, ainda há a necessidade de se buscar melhorias para que o setor da saúde atinja padrões de qualidade elevados, fornecendo acesso universal e igualitário como proposto na legislação (VIACAVA et al., 2018). Desse modo, visando a qualidade das políticas de saúde, é necessário que haja um acompanhamento avaliativo de seu processo.

A avaliação é a fase do ciclo político que tem a função de examinar o processo de implementação e o desempenho da política pública, buscando compreender o estado da política e a minimização do problema gerado, onde os principais critérios utilizados nesta fase são a economicidade, produtividade, eficiência econômica, eficiência administrativa, eficácia e a equidade (SECCHI, 2013).

A avaliação pode ser usada em diversos aspectos, como em projetos, programas, políticas, organizações, setores, temas e assistência a países. A avaliação pode ser definida como formativa, somativa e prospectiva. A formativa visa a melhoria do desempenho do que está sendo avaliado. A somativa tem o objetivo de avaliar o impacto gerado por determinada ação. E a prospectiva avalia os prováveis resultados de uma ação (IMAS; RIST, 2009).

Diversos programas e políticas de saúde foram criados no Brasil após a redemocratização. Com o intuito de monitorar e avaliar essas ações, foram criados vários indicadores pelo Ministério da Saúde, gerando informações e contribuindo para a tomada de decisão dos gestores públicos.

Para que as decisões políticas alcancem os resultados almejados, é fundamental que os problemas sociais estejam bem definidos. Nesse sentido, Subirats (2006) destaca a importância da definição do problema para a elaboração da política pública, e que, muitas vezes, a solução de um problema pode envolver uma política de outra área, como é o caso das políticas que influenciam nos problemas de saúde pública, por exemplo, a educação, o saneamento básico, a segurança, o emprego e a renda.

A definição do problema busca encontrar suas verdadeiras causas, o que facilita na solução, ou pelo menos a minimização do efeito negativo causado. Considera-se o problema como aquilo que separa o desejo da realidade, prejudicando a sociedade em algum aspecto e uma vez identificado, cabe às autoridades públicas agirem em busca de possíveis soluções (SUBIRATS, 2006).

Nesse sentido, destaca-se o papel dos ACS e da equipe da ESF, que por meio da interação com a população durante as visitas, identificam diversos problemas, e que muitas vezes são diagnosticados a tempo para que se possa agir antes de ser agravado, sendo fundamental para o funcionamento da política ESF (LOTTA, 2012b). Contudo, muitas vezes a população não compreende o real papel da ESF, que é a promoção da saúde por meio da atenção básica, ou seja, cuidados preventivos de saúde desenvolvidos pelas equipes, a fim de evitar doenças e agravos, e cobram desta política serviços de atenção secundária e terciária (CABRAL et al., 2016).

Ressalta-se, ainda, a importância da relevância do problema para que entre na agenda de políticas públicas. Para isso, é importante identificar corretamente o problema, suas causas e qual sua influência para a visualização de sua relevância. No entanto, existem fatores importantes que podem influenciar na decisão da formação de agenda, como a escassez de recursos, legislação, prioridades, interesse político e de setores

envolvidos. Esses fatores fazem com que nem todos os problemas entrem na agenda política (SUBIRATS, 2006; CAPELLA, 2006; KINGDON, 2014).

Desse modo, nota-se que diversos atores são importantes dentro do ciclo de políticas públicas. Os policy makers como formuladores de políticas e tomadores de decisões, a mídia como divulgadora dos efeitos políticos e uma das ferramentas de fiscalização, a sociedade sendo a receptora dos efeitos das políticas e os burocratas que implementam a política pública. Lipsky (2010) aborda sobre a existência da chamada Street-Level Bureaucracy, que se refere às ações dos burocratas que estão no nível mais próximo da sociedade, conhecidos como burocratas de nível de rua.

Nesse sentido, os burocratas de nível de rua são os profissionais que executam a política e têm contato direto com a população. Na área da saúde, os burocratas de nível de rua são os médicos, ACS, enfermeiros, dentistas, fisioterapeutas, entre outros profissionais do setor de saúde. Segundo Lotta (2012a), Weber considerava que os burocratas, são pessoas que executam suas funções, respeitando as regras, sem posicionamentos sentimentais, e que paixões e sentimentos são preocupações dos políticos e não cabe aos burocratas se preocuparem com tais aspectos, mas apenas executar suas funções.

No entanto, a complexidade das demandas sociais, juntamente com a rigidez do modelo burocrático fizeram com que o serviço dos burocratas se tornasse difícil de se executar para atender casos específicos. Nesse sentido, alguns burocratas realizam ações discricionárias para resolver esses casos diferenciados. Contudo, a discricionariedade pode gerar distorções nos resultados da política pública, alterando o que foi proposto inicialmente (LIPSKY, 2010).

Na área da saúde pública, os burocratas, juntamente com os gestores públicos de saúde, têm o desafio de trabalharem buscando a utilização eficiente dos recursos, uma vez que esses são escassos, e ao mesmo tempo prestar um serviço de qualidade, considerando ainda a demanda elevada dos serviços prestados.

2.4 Mensuração do desempenho no setor público por meio da eficiência

A utilização eficiente dos recursos em organizações privadas possibilita aumentar a capacidade competitiva no mercado, ainda mais em períodos de crise. É necessário minimizar os inputs ou maximizar os outputs para se atingir o máximo de performance organizacional possível. Contudo, o conceito de eficiência se torna mais complexo ao se tratar do setor público, exigindo certos cuidados ao mensurar a eficiência (FOX, 2002).

Primeiro, que aqueles que irão receber os produtos/serviços finais não são clientes, mas um conjunto de pessoas que formam a sociedade. Segundo, que as necessidades da sociedade são diversas, além da complexidade e heterogeneidade apresentadas (MATTOS; TERRA, 2015).

A mensuração do desempenho no setor público é importante para que os recursos sejam utilizados sem desperdício, buscando a realização do serviço público de qualidade, além de atingir melhores resultados com a quantidade de insumos que a organização possui (FONSECA; FERREIRA, 2009; CABRAL; FERREIRA, 2014). Ademais, o uso eficiente dos recursos possibilita a realização de novos investimentos para solucionar outros problemas nos setores públicos, inclusive no de saúde. A eficiência é um meio de mensurar o desempenho e, para que isso seja feito, é necessário fazer comparações entre as unidades em avaliação (FERREIRA; GOMES, 2009; JORGE et al., 2013).

A necessidade por atingir a eficiência na administração pública fez com que estudiosos criassem modelos teóricos. O modelo burocrático, com o intuito de determinar regras a serem seguidas, tinha o objetivo de tornar a administração mais eficiente comparado ao modelo patrimonialista. Ao longo do tempo, a rigidez do modelo burocrático se deparou com o avanço da sociedade, tornando a administração pública lenta e ineficiente (OSBORN; GAEBLER, 1995).

Com isso, em meio a uma crise energética, um novo modelo surgiu com a proposta de ser mais flexível e eficiente que o modelo burocrático. Fundamentado na administração de empresas, a New Public Management foi uma saída que Margaret Thatcher encontrou para que a Inglaterra superasse a crise (BRESSER-PEREIRA, 2010). Contudo, tal modelo recebe críticas de alguns autores, como Paula (2005) e Grey (1996), pelo fato de o setor público apresentar complexidades nas quais o diferem do setor privado. Além disso, questiona-se a criação de novos modelos como solução para os desafios enfrentados pela administração pública.

Apesar das lacunas apresentadas pelos modelos, a busca pela eficiência ainda é um fator importante para a qualidade da gestão pública, e um desafio a ser superado. Na área da saúde pública, a onerosidade dos gastos juntamente com a escassez dos recursos justifica essa busca pela eficiência.

Outro ponto sobre a busca pela melhoria do desempenho a ser considerado está relacionado à necessidade de se haver controle na gestão pública. Segundo Arantes et al. (2010), o controle é necessário para operacionalizar o processo administrativo, uma vez que o fato das pessoas realizarem as atividades não significa que elas as realizem com

eficiência e qualidade. Dessa forma, na área da saúde, destacam-se os papéis dos conselhos municipais de saúde e do Ministério Público Federal, que visam a fiscalização dos serviços de saúde, contribuindo na garantia da eficácia das políticas públicas (OLIVEIRA; IANNI; DALLARI, 2013).

Um meio que os gestores de saúde encontraram para a melhoria do cenário da saúde pública brasileira, e que contribuiu para eficiência no setor, foram as criações de políticas que visam os cuidados preventivos, uma vez que as consequências causadas por gastos hospitalares (aumento dos inputs) e agravamento das condições de saúde dos pacientes (redução dos outputs) podem diminuir o desempenho do setor de saúde pública (BERMAN, 1989; CAETANO; DAIN, 2002; MENDONÇA et al., 2012; GREVE; COELHO, 2017). De acordo com Faria, Jannuzzi e Silva (2008) a maior eficiência dos gastos resulta em melhores resultados das políticas públicas.

Serviços desempenhados pelo nível de atenção básica como campanha de prevenção de doenças e acompanhamento da saúde familiar podem ser um dos fatores de redução desses agravantes, como o número de internações e índice de mortalidade (MENDONÇA et al., 2012; GONÇALVES et al., 2012). Segundo Santos, Gonçalves e Ferreira (2014), os cuidados de Atenção Primária de Saúde são fundamentais para a efetividade do SUS. Nesse sentido, investir na atenção básica de saúde, direcionando a alocação dos recursos da saúde para esse nível de atenção, pode ser um caminho para amenizar os problemas do setor de saúde no Brasil.

Além disso, para que os municípios alcancem o máximo de desempenho e resultados desejados, é fundamental ter um ambiente de trabalho saudável e um clima organizacional que permita o desenvolvimento do trabalho dos funcionários (ANTONELLO; PANTOJA, 2010). A preocupação em manter o ambiente de trabalho tranquilo contribui com a saúde dos profissionais, evitando doenças relacionadas ao estresse, como a síndrome de burnout¹ (ALBUQUERQUE; MELO; ARAÚJO NETO, 2012).

Vale ressaltar que as ações no setor público são influenciadas por diversos fatores como apontam Subirats (2006), Capella (2006) e Kingdon (2014), o que significa que nem sempre o gerenciamento eficiente dos recursos e os benefícios gerados à sociedade são de interesse dos atores envolvidos nas tomadas de decisões políticas, o que leva esta discussão para outro nível de problema.

¹ Síndrome de Burnout é uma doença causada por estresse, levando ao estado de exaustão extrema.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa se caracteriza, quanto aos fins, como descritiva, por expor características da saúde nos municípios estudados; explicativa, pela intenção de identificar as relações de causa e efeito que explicam a eficiência dos municípios estudados; e exploratória, pois buscou conhecer os atores e identificar elementos condicionantes que contribuem para uma gestão eficiente (VERGARA, 2006).

A fim de atender aos objetivos da pesquisa, este estudo propôs a utilização de métodos quantitativos e qualitativos. Destarte, neste tópico foram apresentados os procedimentos metodológicos utilizados na realização da pesquisa.

3.1 Local de Estudo

Para a análise foram considerados como unidade empírica todos os municípios de Minas Gerais com dados disponíveis no ano de 2015. Considerou este período pela disponibilização de dados mais recentes e próximos ao da data de execução do estudo.

O estado de Minas Gerais tem enfrentado uma crise fiscal, prejudicando as contas públicas de seus municípios devido à dificuldade na realização de transferências e pagamentos de seus servidores públicos (BARROS, 2018; SECRETARIA DE ESTADO DE FAZENDA DE MINAS GERAIS, 2018). Ademais, é o estado com o maior número de municípios, 853 no total, possibilitando a análise de um conjunto maior de dados, bem como permitir a diferenciação por mesorregiões e, assim, obter um quadro comparativo para uma análise dos efeitos regionais sobre o desempenho da saúde nos municípios. Dessa forma, justifica-se a escolha pelo estado de Minas Gerais.

Alguns municípios foram excluídos da pesquisa devido à falta de dados, tendo sido analisados apenas os municípios com dados disponíveis, em que cada município foi considerado uma Decision Making Unit (DMU). Na primeira etapa, foram excluídos 251 municípios e na segunda etapa foram excluídos 309 municípios.

Segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Minas Gerais apresentou rendimento nominal mensal domiciliar per capita de R\$ 1.224,00 no ano de 2017, em 2015 esse valor foi de R\$ 1.128,00. Quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o estado mineiro obteve um índice de 0,731 em 2010. A população estimada passou de 20.869.101 no ano de 2015 para 21.040.662 pessoas em 2018. E a área da unidade territorial possui 586.520,732 km² (IBGE, 2018).

A fim de se fazer uma pesquisa qualitativa para identificar pontos subjetivos e difíceis de explorar com a pesquisa quantitativa, escolheu-se a mesorregião da Zona da

Mata, possibilitando uma comparação em municípios mais próximos. Tal mesorregião foi selecionada pois, além de abranger a localidade da universidade onde está sendo realizada a pesquisa, segundo o IBGE, apresenta o quarto maior PIB, é a segunda com maior densidade demográfica e, é a segunda em número de municípios, totalizando 142, ficando atrás apenas do Sul/Sudoeste de Minas que possui 146 (IBGE, 2018).

3.2 Coleta e Análise dos dados

Para a realização da pesquisa, foram utilizados dados secundários oriundos do DATASUS (para dados de saúde, saneamento básico, moradia), da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (para dados de saúde privada), do Finanças do Brasil (FINBRA) (para dados financeiros), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (para informações demográficas e socioeconômicas), Ministério da Educação (MEC) (para os dados de educação), Ministério Público Federal (MPF) (para dados de transparência), além de entrevistas com gestores de saúde, enfermeiros, médicos e ACS em dois municípios que se destacaram entre o mais e o menos eficientes.

Os métodos quantitativos e qualitativo utilizados para a análise de dados são descritos no Quadro 1.

Quadro 1 – Descrição das técnicas empregadas

ETAPA	OBJETIVO	TÉCNICA EMPREGADA	UNIDADE DE ANÁLISE
ETAPA 1	Identificar o desempenho relativo dos municípios na aplicação de recursos na saúde.	Duas extensões do método de Análise Envoltória de Dados (DEA): • Modelo de Medidas Específicas (MME); • Fronteira Invertida.	Minas Gerais
ETAPA 2	Avaliar os elementos que influenciam o desempenho da saúde pública municipal, por região do estado de Minas Gerais.	• Regressão Logística Multinomial.	Minas Gerais
ETAPA 3	Identificar elementos subjetivos que condicionam o desempenho dos serviços de saúde pública.	• Análise de Conteúdo.	Dois municípios da Zona da Mata

Fonte: Elaboração própria.

Desse modo, cada etapa dos procedimentos metodológicos utilizados foi descrita em subseções a fim de detalhar e apresentar os métodos utilizados durante a pesquisa para alcançar os resultados propostos nos objetivos.

3.2.1 Análise Envolvória de Dados

Para mensurar o desempenho dos municípios referentes ao uso dos recursos na saúde pública, foi feita uma análise da eficiência técnica utilizando a Análise Envolvória de Dados (DEA), que é um modelo matemático não-paramétrico em que se utiliza inputs e outputs, possibilitando identificar pontos de eficiência e ineficiência (CHARNES et al., 1994; FERREIRA; GOMES, 2009).

Foram utilizadas duas variações do Modelo DEA. A primeira é denominada de Modelo de Medidas Específicas (MME), que utiliza uma variável não-discrecional no modelo, com retornos variáveis de escala, a fim de mensurar a eficiência técnica (BANKER; MOREY, 1986). Optou-se pela orientação output, por se tratar do setor público, considerando assim, a expansão dos serviços de saúde pública sem alterar o número de inputs (FOX, 2002).

A utilização de uma variável não-discrecional se justifica pelo fato da DMU não obter controle sobre ela devido a fatores exógenos, além de ser uma variável importante a ser considerada para a mensuração da eficiência (BANKER; MOREY, 1986). Dessa forma, a variável não-discrecional não é multiplicada por ϕ como as outras variáveis (FERREIRA; GOMES, 2009).

Neste contexto, a variável não-discrecional utilizada neste estudo se trata do Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM), que é um indicador de desenvolvimento que varia de 0 a 1, o qual é composto por variáveis que consideram as dimensões de educação, emprego e renda, além da saúde (FIRJAN, 2018).

Considera-se tal variável pelo fato de a saúde afetar o desenvolvimento dos municípios (SEN, 2010). No entanto, apesar da dimensão saúde ser essencial para o desenvolvimento, existem outras dimensões que também o influenciam, ou seja, há a necessidade do conjunto de dimensões para controlar o desenvolvimento dos municípios, justificando assim, o uso deste método. O modelo MME orientação output com retornos variáveis de escala está representado na equação 1.

A escolha das variáveis se deveu à fundamentação teórica de proxies que buscam representar os serviços realizados pela saúde pública. Nesse sentido, os outputs são compostos por variáveis com certa capacidade de ampliação, já que o método é orientado ao produto. Essas variáveis são baseadas em serviços considerados da atenção primária (Imunizações e Visitas dos ACS), que visam a prevenção de doenças e agravos, apresentando um importante papel na garantia do bem-estar social (MENDONÇA et al., 2012). Tais variáveis são utilizadas como metas para os municípios na atenção primária.

$$\begin{aligned} & \text{Maximizar } \phi \mathbf{E} \\ & (\phi, \lambda) \end{aligned} \tag{1}$$

Sujeito a:

$$\begin{aligned} & \sum_{k=1}^n \lambda_k x_{ik} + s_i^- = x_{io} \quad i = 1, 2, \dots, s. \\ & \sum_{k=1}^n \lambda_k y_{mk} - s_m^+ = \phi y_{mo} \\ & \quad m \in \{D\}, \\ & \sum_{k=1}^n \lambda_k y_{mk} - s_m^+ = y_{mo} \quad m \notin \{D\}, \text{ ou} \\ & \quad m \in \{ND\}, \\ & \lambda_k \geq 0 \quad \forall k; k = 1, 2, \dots, n. \\ & \sum_{k=1}^n \lambda_k = 1 \end{aligned}$$

Os outputs são também representados por uma variável de serviço de atenção secundária (Produção Ambulatorial), que visa a recuperação das condições vitais daquelas pessoas com problemas de saúde (FONSECA; FERREIRA, 2009). As variáveis utilizadas na DEA estão descritas no Quadro 2.

Os inputs são compostos pelas variáveis Gastos com Assistência Hospitalar e Ambulatorial e Gastos com Atenção Básica, que representam os gastos com saúde nos três tipos de atenção de saúde, materializando o financiamento da saúde pública, sendo variáveis consideradas importantes por Faria, Jannuzzi e Silva (2008) para o atingimento de melhores resultados das políticas públicas.

Os valores encontrados nos inputs, são resultados de recursos oriundos de arrecadação própria, além das transferências federais, estaduais e de outros tipos de financiamento, que visam à equidade socioeconômica da população e o bem-estar da sociedade por meio das funções fiscais do Estado (MUSGRAVE, 1959).

As DMUs posicionadas na fronteira de eficiência do modelo MME, assim como nos modelos clássicos da DEA, possuem o score de eficiência de 100%. Nesse sentido, a fim de criar um ranking para diferenciar as DMUs que estão na fronteira de eficiência, utilizou-se de outra variação do modelo DEA denominado de Fronteira Invertida. Tal método cria uma fronteira pessimista, analisando as piores práticas das DMUs, em que o valores maiores são dados às DMUs menos eficientes, avaliando, portanto, a situação mais desvantajosa para as DMUs (YAMADA; MATUI; SUGIYAMA, 1994).

Quadro 2 – Descrição das variáveis utilizadas na DEA

VARIÁVEIS DISCRICIONÁRIAS				
Variáveis		Descrição	Literatura	Fonte
Input 1	Gastos com Assistência Hospitalar e Ambulatorial {I}	Despesas liquidadas dos municípios com o fornecimento de serviços hospitalares e ambulatoriais.	Santos, Gonçalves e Ferreira (2014), Faria, Jannuzzi e Silva (2008).	FINBRA
Input 2	Gastos com Atenção Básica {I}	Despesas liquidadas dos municípios com o fornecimento de serviço da Atenção Primária de Saúde.		
Output 1	Imunizações {O}	Número total de vacinas aplicadas no município dividido pela população.	Mendonça et al. (2012).	DATASUS
Output 2	Visitas dos ACS {O}	Média mensal das visitas feitas pelos ACS dividido pelo número de ACS dos municípios.	Lotta (2012b).	
Output 3	Produção Ambulatorial {O}	Número de serviços ambulatoriais realizados no município.	Fonseca e Ferreira (2009).	
VARIÁVEL NÃO-DISCRICIONÁRIA				
Output 4	IFDM {ON}	Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal.	Sen (2010).	IFDM / FIRJAN

Fonte: Elaborado pelo autor.

Nota: {I} = Input; {O} = Output.

Para calcular a fronteira invertida, deve-se inverter a orientação do modelo, ou seja, ao invés de utilizar a orientação output, utilizou-se a orientação input, e também deve inverter os inputs pelos outputs no modelo MME (ENTANI; MAEDA; TANAKA, 2002).

A partir da média aritmética entre a eficiência e a ineficiência obtidas respectivamente pelas fronteiras original e invertida, pode-se calcular o índice de eficiência composta conforme apresentado na equação 2. Para encontrar a eficiência composta normalizada, deve-se dividir os valores da eficiência composta pelo maior índice, como na equação 3 (SILVEIRA; MEZA; MELLO, 2012).

$$Eficiência\ Composta = \frac{Eficiência + (1 - Ineficiência)}{2} \quad (2)$$

$$Eficiência\ Composta\ Normalizada = \frac{Eficiência\ Composta}{Eficiência\ Composta\ Máxima} \quad (3)$$

Esse método foi utilizado para classificar apenas as DMUs que estavam na fronteira de eficiência, uma vez que as demais DMUs já possuem uma classificação naturalmente.

3.2.2 Regressão Logística Multinomial

Para verificar a influência dos condicionantes de saúde no desempenho da gestão dos municípios, foi utilizada uma Regressão Logística Multinomial. Esta regressão permite explicar as relações que influenciam a variável dependente, em que as variáveis independentes são métricas e a explicativa não (MINGOTI, 2005; HAIR JR. et al., 2009).

Para Fávero (2015), a regressão logística tem a necessidade da utilização de uma das alternativas como referência e, se a referência for o parâmetro 0, são definidos os vetores logísticos para as outras alternativas, descritas na equação 4, para $m = 0, 1, 2, \dots, x$:

$$Z_{i_m} = \alpha_m + \beta_{1m} \cdot X_{i1} + \beta_{2m} \cdot X_{i2} + \dots + \beta_{mY} \cdot X_{iY} \quad (4)$$

A possibilidade de os fenômenos ocorrerem podem ser visualizadas pelas equações 5 e 6:

- Para alternativa de referência:

$$P(Y = 0 | \mathbf{X}) = \frac{1}{1 + e^{Z_{i1}} + e^{Z_{i2}} + \dots + e^{Z_{im}}} \quad (5)$$

- Para demais alternativas:

$$P(Y = m | \mathbf{X}) = \frac{e^{Z_{im}}}{1 + e^{Z_{i1}} + e^{Z_{i2}} + \dots + e^{Z_{im}}} \quad (6)$$

Em que Z é o Logito (variável dependente), α é a constante, β são os parâmetros estimados de cada variável explicativa, X são as variáveis explicativas. Desse modo, a variável dependente neste estudo é a eficiência dos municípios obtida pelo modelo MME, sendo classificada como: Baixa Eficiência, Eficiência Média e Alta Eficiência. A classificação foi realizada conforme apresentada na equação 7.

$$\begin{aligned} \text{Baixa Eficiência} &= E < (\bar{E} - 1\sigma) \\ \text{Eficiência Média} &= (\bar{E} - 1\sigma) < E < (\bar{E} + 1\sigma) \\ \text{Alta Eficiência} &= E > (\bar{E} + 1\sigma) \end{aligned} \quad (7)$$

Em que E é o score de eficiência;

\bar{E} é a média amostral do score de eficiência;

σ é o desvio padrão da amostra do score de eficiência.

As variáveis independentes são variáveis ligadas à burocracia de nível de rua, capacidade econômica e fiscal, educação, saneamento básico, condições de moradia, saúde privada, controle e à regionalidade (ver Quadro 3).

Essas variáveis representam elementos condicionantes e determinantes abordados pela Lei Orgânica de Saúde nº 8.080 que afetam diretamente ou indiretamente o desempenho da saúde, além de conter a variável de controle de saúde privada (BRASIL, 1990a).

Cada uma das doze mesorregiões de Minas Gerais recebeu uma variável dummy, sendo atribuído o valor 1 para os municípios pertencentes à mesorregião e 0 para aqueles que não pertencem, com a finalidade de compará-las. Segundo Fávero (2015), essas variáveis são utilizadas para analisar a relação entre uma variável qualitativa explicativa e o fenômeno estudado.

A escolha das variáveis foi fundamentada na literatura, o que sustenta os dados utilizados. As variáveis que representam os burocratas de nível de rua são essenciais para o desempenho da implementação das políticas, onde as ações desses burocratas são fundamentais para o sucesso das políticas públicas de saúde (LIPSKY, 2010).

A educação, considerada a base de melhoria das condições econômicas e sociais que busca a garantia do bem-estar da sociedade por meio da produção de conhecimento, é também um fator importante para o desenvolvimento humano e para a qualidade de vida (SEN, 2010). Desse modo, a educação é fundamental para melhorar o nível de instrução da população, contribuindo com determinadas atitudes preventivas de saúde e ações mais ágeis em casos de emergência. Além disso, a educação dá base para a formação de profissionais mais qualificados, cooperando para a melhoria do desempenho de atividades, inclusive no serviço de saúde.

Já o serviço de saneamento básico além de fornecer conforto à população, tem como uma de suas principais funções, impedir a proliferação de agentes epidemiológicos, assim contribuindo para a prevenção de doenças e agravos, possibilitando condições saudáveis de vida para a população (LEONETI; PRADO; OLIVEIRA, 2011).

As condições de moradia também refletem na qualidade da saúde, uma vez que as condições da estrutura das casas podem influenciar na saúde da população, considerando o tempo que as pessoas ficam nas residências, assim, o ambiente pode tornar um risco para a saúde se caso a estrutura do domicílio estiver em estado precário (PASTERNAK, 2016).

Quadro 3 – Descrição das variáveis independente

Variável		Descrição	Literatura	Expectativa	Fonte
Burocratas de nível de rua	Médico	Quantidade de médicos que atendem no SUS dividido pela população e multiplicado por 10.000.	Lipsky (2010), Lotta (2012a)	+	DATASUS
	Dentista	Quantidade de dentistas que atendem no SUS dividido pela população e multiplicado por 10.000.		+	
	Enfermeiro	Quantidade de enfermeiros que atendem no SUS dividido pela população e multiplicado por 10.000.		+	
	Fisioterapeuta	Quantidade de fisioterapeutas que atendem no SUS dividido pela população e multiplicado por 10.000.		+	
Educação	Vínculos ensino superior	Número de Trabalhadores registrados no Ministério do Trabalho e Emprego com curso superior completo dividido pelo número total de trabalhadores registrados no Ministério do Trabalho e Emprego.	Albernaz, Ferreira e Franco (2002), Sen (2010), Pinafo et al. (2011).	+	MEC
	Alunos/turma fund.	Razão do número de alunos matriculados no ensino médio pelo número de turmas disponíveis para o ensino fundamental multiplicado por 100.		-	
	Alunos/turma médio	Razão do número de alunos matriculados no ensino médio pelo número de turmas disponíveis para o ensino médio multiplicado por 100.		-	
	Distorção ensino fund.	Percentual do número de alunos matriculados no ensino fundamental com idade superior à idade regular do ensino fundamental.		-	
	Distorção ensino médio	Percentual do número de alunos matriculados no ensino fundamental com idade superior à idade regular do ensino fundamental.		-	
Saneamento Básico	Abastecimento de água	Percentual da população com o serviço de abastecimento de água.	Leoneti, Prado e Oliveira (2011).	+	DATASUS
	Lixo coletado	Percentual do número de residências atendidas pela ESF com o serviço de coleta de lixo.		+	
	Fezes, Urina, Esgoto	Percentual do número de residências atendidas pela ESF com o serviço de esgoto.		+	
Moradia	Casa de tijolo	Percentual do número de residências atendidas pela ESF construídas em alvenaria.	Pasternak (2016)	+	DATASUS
	Energia Elétrica	Percentual do número de residências atendidas pela ESF com o serviço de energia elétrica.		+	
Capacidade Econômica e Fiscal	PIB	Produto Interno Bruto per capita.	Ranis, Stewart e Ramirez (2000)	+	IBGE
	Transferência	Transferências correntes de cada município dividido pela população.	Massardi e Abrantes (2015)	+	FINBRA
	Arrecadação	Total de arrecadações de cada município dividido pela população.		+	
Região	Mesorregiões	Dummy: Pertence ou não a determinada mesorregião.	Ribeiro et al. (2018)	Regiões mais desenvolvidas afetam positivamente	IBGE
Controle	Transparência	Índice de transparência do Ministério Público Federal que varia de 0 a 10, sendo as maiores notas para os municípios mais transparentes. Ranking Nacional de Transparência.	Arantes et al. (2010)	+	MPF
Saúde Privada	Plano de Saúde Privado	Percentual de pessoas no município que são beneficiárias de plano privado de saúde.	Porter e Teisber (2007)	+	ANS

Fonte: Elaborado pelo autor.

Outro fator importante para o desempenho da saúde dos municípios está relacionado ao fato de haver pessoas cadastradas com planos particulares de saúde, melhorando a situação da saúde daquela localidade (PORTER; TEISBERG, 2007).

Já o indicador de transparência é fundamental para avaliar o nível de controle da gestão municipal. Além disso, entende-se que uma gestão eficiente não teme em apresentar seus resultados e suas ações à sociedade, prestando conta do uso dos recursos aplicados e as atividades realizadas. Considera ainda que, pela Constituição Federal, a publicidade é inserida como um dos princípios da administração pública, juntamente com a eficiência (BRASIL, 1988). A transparência, neste sentido, tende a ser uma ferramenta que possibilita o controle da gestão pública a fim de torná-la mais eficiente.

Por fim, são utilizadas variáveis que correspondem à capacidade econômica e fiscal. Tais variáveis são importantes indicadores para o financiamento do serviço de saúde, fundamentais para a promoção do desenvolvimento e crescimento econômico, afetando direta e indiretamente os serviços de saúde (RANIS; STEWART; RAMIREZ, 2000).

3.2.3 Análise de Conteúdo

A terceira etapa consistiu numa abordagem qualitativa, em que foi realizada uma investigação mais aprofundada em municípios que obtiveram o maior e o menor nível de eficiência, buscando identificar elementos subjetivos que contribuíram para que tais municípios alcançassem determinado desempenho na saúde pública. Para isso, foi feito um recorte empírico, em que se escolheu 2 municípios da mesorregião da Zona da Mata. Os dados foram coletados por meio de entrevistas fundamentadas em um roteiro semiestruturado.

Os dados coletados foram analisados utilizando o método de análise de conteúdo, tendo sido criadas categorias de análise. Segundo Bardin (2011, p. 37), “a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações”, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, com o intuito de buscar a inferência de conhecimentos referentes às condições de produção ou recepção dessas mensagens. As categorias foram estabelecidas com base na literatura adotada, com o intuito de responder ao objetivo proposto deste estudo. As categorias analisadas estão descritas no Quadro 4.

A escolha pelos dois municípios levou em consideração a posição do ranking de eficiência criado na primeira etapa deste estudo, em que o município de Rio Novo foi o

melhor posicionado na mesorregião da Zona da Mata, presente na fronteira de eficiência. O Segundo município analisado foi Santos Dumont, posicionado na última colocação do ranking de eficiência.

Para a realização do estudo de campo, foi feito o contato com as secretarias de saúde dos municípios e após a anuência à pesquisa, foram agendadas as entrevistas e visitas aos municípios, conhecendo pontos como prefeitura, secretaria de saúde, posto de saúde e policlínica.

Esta etapa do estudo foi dividida em dois momentos, em que o primeiro ocorreu no dia 29/11/2018 com a visita à cidade de Rio Novo e a segundo foi realizado no dia 06/11/2018 na cidade de Santos Dumont, totalizando cerca de 650 Km percorridos.

Quadro 4 – Categorias de análise e suas descrições

CATEGORIAS	DESCRIÇÃO	LITERATURA
Perfil dos entrevistados	A finalidade desta categoria foi de conhecer o perfil dos cargos dos atores envolvidos na implementação de políticas de saúde.	Pinafo et al. (2011), Leal (2017).
Clima Organizacional	A intenção da categoria foi de buscar compreender a relação entre o desempenho alcançado e o ambiente de trabalho.	Antonello e Pantoja (2010), Albuquerque, Melo e Araújo Neto (2012).
Recursos	Esta categoria teve como objetivo avaliar o uso dos recursos, assim como sua origem e destino. Desse modo, essa categoria permite observar se tais recursos são suficientes ou não.	Lima (2007), Marques e Mendes (2012), Viacava (2018).
Estrutura Física	A proposta desta categoria foi avaliar as condições dos estabelecimentos, equipamentos e ferramentas utilizadas para a execução das atividades.	Ramos e Lima (2003).
Burocracia	O escopo desta categoria foi buscar entender a relação entre procedimentos burocráticos e a eficiência dos serviços.	Bresser-Pereira (2010), Gonçalves et al. (2013).
Políticas Públicas	Esta categoria teve a intenção de avaliar as políticas de saúde nos municípios, assim como compreender o jogo político por trás das ações.	Lipsky (2010), Dye (2013), Kingdon (2014).
Cooperação Municipal	O objetivo desta categoria foi analisar a relação entre municípios vizinhos em busca da promoção dos serviços saúde pública.	Lima (2000), Freitas e Oliveira (2015).
Controle	Esta categoria teve como finalidade compreender a importância do papel do controle sobre os serviços de saúde, assim como avaliar a efetividade dos mecanismos de controle.	Arantes et al. (2010), Oliveira, Ianni e Dallari (2013).
Desempenho e Resultados	Por meio desta categoria, buscou-se avaliar outros fatores que levam à eficiência, assim como avaliar os resultados das políticas de saúde.	Fox (2002), Imas e Rist (2009).

Fonte: Elaboração própria.

Para a coleta das entrevistas, foi estabelecido um público alvo capaz de fornecer informações sobre a prestação dos serviços de saúde pública. Dessa forma, optou-se em entrevistar os gestores de saúde de cada município e funcionários que lidavam diretamente com a população, como médicos, enfermeiros e ACS. As entrevistas foram gravadas, transcritas e textualizadas.

Cada um dos municípios sugeriu a indicação dos atores envolvidos na implementação de políticas públicas de saúde para participarem da pesquisa. No total foram 7 entrevistas, em que 3 delas foram realizadas no município de Rio Novo e 4 no município de Santos Dumont. Os atores envolvidos estão descritos no Quadro 5.

Dessa forma, participaram da pesquisa 2 gestores de saúde, 2 enfermeiros, 2 ACS e 1 médico, sendo que dos 7 entrevistados, foram 3 homens e 4 mulheres. Em Rio Novo não foi possível realizar uma entrevista com o médico devido à transição de médicos do Programa Mais Médicos, resultando na saída dos médicos cubanos do programa.

Quadro 5 – Atores envolvidos na implementação de políticas públicas de saúde

Atores	Rio Novo	Santos Dumont
Gestor de Saúde	GS ₁	GS ₂
Enfermeiro	E ₁	E ₂
Agente Comunitário de Saúde	ACS ₁	ACS ₂
Médico	-	M ₂

Fonte: Elaboração própria.

Cada categoria de análise permitiu a avaliação das atividades desempenhadas pelos entrevistados, contribuindo para a compreensão de elementos subjetivos condicionantes do desempenho do serviço de saúde pública dos municípios analisados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Avaliação do desempenho dos municípios mineiros na aplicação de recursos na saúde

Para a avaliação da eficiência, foi utilizada uma amostra de 602 municípios, representando 70,57% do total de municípios de Minas Gerais, em que cada município correspondia a uma DMU. O critério utilizado para a inclusão da amostra foi a disponibilidade de dados.

A análise descritiva dos dados utilizados no modelo MME pode ser visualizada na Tabela 1. Percebe-se que a média das despesas liquidadas per capita dos 602 municípios de Minas Gerais relacionadas à assistência hospitalar e ambulatorial foi de R\$192,34, apresentando valor maior comparado à média nacional (R\$186,06), sendo os gastos da maioria dos municípios mineiros concentrados mais próximos dos valores mínimos da amostra. Os resultados apontaram que 62,95% dos municípios gastaram menos de R\$200,00 per capita com este serviço de saúde, e apenas 3,49% tiveram um gasto per capita acima de R\$600,00.

Em relação aos gastos municipais destinados à Atenção Básica de Saúde, a média per capita foi de R\$342,05, cujo valor ficou abaixo da média nacional (R\$402,61). A concentração dos gastos municipais ficou próximo aos valores mínimos da amostra, em que, dos 602 municípios mineiros analisados, mais de 82,22% tiveram um gasto abaixo de R\$500,00 por habitante e apenas 18 municípios gastaram acima de R\$900,00 per capita. Percebe-se que tais municípios com maiores gastos por habitante são considerados de pequeno porte, em que a população não ultrapassou a marca de 11 mil habitantes. Isso se dá ao ganho de escala que os municípios maiores possuem em relação à realização de serviços públicos.

Tabela 1 – Análise descritiva dos dados

	Gastos com Assistência Hospitalar e Ambulatorial {I}		Gastos com Atenção Básica {I}		Imunizações {O}	Produção Ambulatorial {O}	Visitas dos ACS {O}	IFDM {ON}
Média	R\$	192,34	R\$	342,05	0,68	22,19	0,96	0,67
Mediana	R\$	139,14	R\$	285,83	0,66	14,95	0,94	0,66
Desvio padrão	R\$	186,75	R\$	225,35	0,18	26,27	0,30	0,07
Mínimo	R\$	0,09	R\$	4,11	0,27	0,16	0,33	0,46
Máximo	R\$	1.106,26	R\$	2.050,93	1,46	255,82	3,45	0,84

Fonte: Resultados da pesquisa.

Nota: Valores per capita.

Já em relação aos consórcios intermunicipais de saúde, o estado de Minas Gerais possui vários devido às características de seus municípios, em que mais de 50% das cidades possuem menos de 10 mil habitantes. Nesse sentido, os consórcios contribuem para a racionalização das despesas com saúde pública, direcionando casos complexos de tratamento para municípios com maior estrutura. Dessa forma, é possível reduzir o custo operacional dos municípios sedes devido ao aumento da demanda gerado pelo consórcio (LIMA, 2000; FREITAS; OLIVEIRA, 2015).

Pode-se observar, também, que os valores médios dos gastos dos municípios mineiros relacionados à atenção primária de saúde e à assistência hospitalar e ambulatorial estão próximos da média nacional. No entanto, a crise fiscal enfrentada pelo estado de Minas Gerais tem tornado a situação dos municípios mineiros cada vez mais complexa, aumentando a dificuldade em manter os gastos com saúde e reduzindo a capacidade de implementação de políticas. Para Faria, Jannuzzi e Silva (2008) a eficiência dos gastos é fundamental para alcançar os melhores resultados em políticas públicas.

Já as variáveis de output, começando pelo número de imunizações, a média dos municípios da amostra foi de 6.758 vacinas para cada 10 mil habitantes, obtendo valor

abaixo da média nacional. O número de vacinas ficou concentrado entre 4.000 e 9.000 vacinas para cada 10 mil habitantes, representando mais de 86,04% da amostra, e 29 municípios aplicaram mais de 10 mil vacinas a cada 10 mil habitantes.

Embora as vacinas sejam oferecidas pelo governo federal por meio de campanhas, os municípios são os responsáveis pela distribuição, havendo a necessidade da disponibilização de funcionários. Além disso, os municípios possuem metas para a aplicação de vacinas e incentivo financeiro para o alcance dessas metas.

Em relação ao número de serviços ambulatoriais realizados no município, a média dos municípios mineiros foi superior a nacional, realizando 221.948 serviços ambulatoriais a cada 10 mil habitantes, sendo os valores da amostra permanecendo concentrados próximos aos valores mínimos, em que 86,21% dos municípios realizaram menos de 30 procedimentos ambulatoriais por pessoa.

A variável referente às visitas dos ACS às famílias cadastradas na ESF obteve uma concentração dos valores entre 80 e 120 visitas a cada 100 residências em média por mês, correspondendo ao percentual de 63,29% do valor da amostra, com os valores concentrados próximos à mediana. Nota-se ainda a discrepância entre os valores máximos e mínimos da amostra. Lotta (2012b) destaca a importância dos ACS como implementadores da ESF, exercendo um papel fundamental de aproximação e interação com os beneficiários da política de saúde.

O indicador de desenvolvimento municipal, considerado como output não-discricionário deste estudo, obteve o índice concentrado entre 0,550 e 0,750, representando 85,22% da amostra. Percebe-se que dentre os piores índices, destacam-se os municípios da mesorregião do Jequitinhonha e Norte de Minas, e dentre os melhores, os municípios da mesorregião do Sul/Sudoeste de Minas e Metropolitana de Belo Horizonte.

Vale ressaltar que, diferentemente do IFDM a nível nacional, nenhum dos municípios da amostra apresentou índice abaixo de 0,400, considerado pela Firjan (2018) como baixo desenvolvimento. No entanto, é necessário ter atenção especial em relação às mesorregiões com os piores índices, a fim de que esses números não caiam, tornando a situação ainda mais difícil para as regiões mais carentes.

Além disso, os municípios menos desenvolvidos possuem maior dificuldade em se desenvolverem devido a uma série de fatores. De acordo com Williamson (1965), um dos maiores problemas do desenvolvimento está relacionado à migração de mão de obra,

capital financeiro e intelectual de regiões pobres para as regiões mais ricas, o que aumenta as disparidades regionais existentes.

Apesar da discrepância entre os valores máximos e mínimos das variáveis, os modelos DEA não consideram a diferença entre os valores de variáveis isoladas. No entanto, é importante fazer esta análise descritiva com o intuito de conhecer os dados estudados na pesquisa. As análises de eficiência realizadas com modelo DEA e suas extensões levam em consideração os valores obtidos pela razão output/input e tais valores não devem ser discrepantes, ou seja, os valores dos outputs das DMUs devem ser proporcionais aos de seus inputs (FERREIRA; GOMES, 2009; JORGE et al., 2013).

Por meio do MME, percebe-se que municípios de mesma região tendem a possuir desempenhos próximos, em comparação a municípios de regiões distintas. Isso vai de encontro com o estudo de Williamson (1965), que aponta características semelhantes entre municípios vizinhos, em que o desenvolvimento de um influencia o outro. O desempenho da saúde pública nos municípios mineiros em relação aos gastos e serviços realizados no setor pode ser visualizado de modo geral a partir do mapa do estado de Minas Gerais (Figura 1).

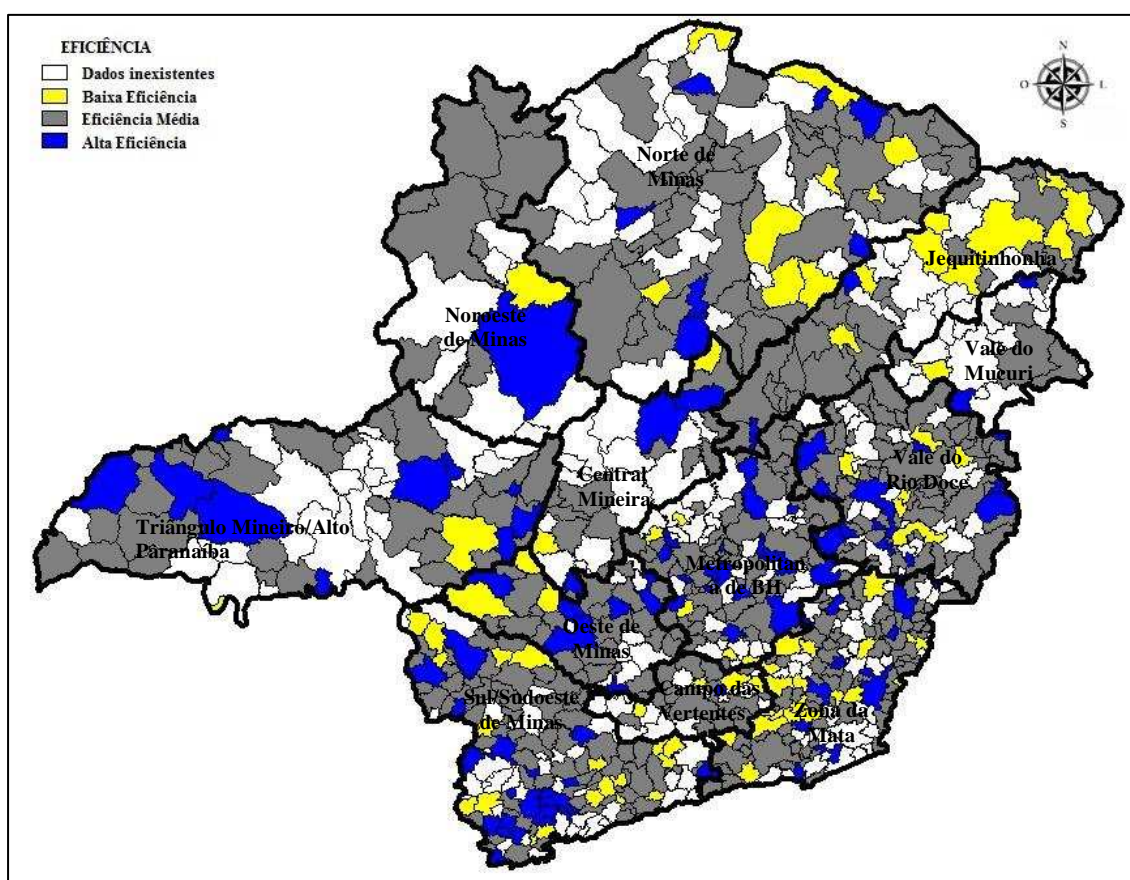


Figura 1 – Mapa com o desempenho dos municípios de Minas Gerais na saúde pública
Fonte: Resultados da pesquisa.

Para a realização do mapa, o score de eficiência foi estratificado em três categorias, sendo classificada como: Baixa Eficiência (valores menores que 0,4844), Eficiência Média (acima de 0,4844 até 0,8145), e Alta Eficiência (acima de 0,8145 até 1,0000). Os municípios de Minas Gerais que não participaram da análise foram classificados como Dados inexistentes.

O Mapa apresentado na Figura 1 é fundamental para a visualização da localização dos municípios mais e menos eficientes, auxiliando na formulação de políticas para determinado grupo de municípios. Pode-se observar ainda, que além de haver semelhança entre municípios de mesma região, existe também uma semelhança de municípios vizinhos.

Na Tabela 2 pode ser observada a análise descritiva do score de eficiência do modelo MME. Das 602 DMUs analisadas, 47 se encontram na fronteira de eficiência, servindo de benchmarks² para as demais.

Tabela 2 – Análise descritiva do desempenho dos municípios de Minas Gerais em 2015

Eficiência	
Média	0,6495
Mediana	0,6128
Desvio padrão	0,1651
Mínimo	0,3548
Máximo	1,0000
Quantidade de DMUs	602,0000

Fonte: Resultados da pesquisa.

Os resultados dos desempenhos dos municípios ficaram concentrados entre 50% e 70% de eficiência, representando 52,99% da amostra. Além disso, a concentração de DMUs com os menores valores de eficiência foi relativamente baixa, em que apenas 2,49% das DMUs obtiveram desempenho abaixo de 40% de eficiência. No estudo de Cabral e Ferreira (2014), a maioria dos municípios se concentraram acima da média de eficiência, diferente do resultado deste estudo, em que apenas 42,86% da amostra tiveram o desempenho superior à média. Além disso, o score de eficiência do estudo de Cabral e Ferreira (2014) foi relativamente maior, se comparado com o score deste estudo, representando uma certa homogeneidade entre as variáveis utilizadas em seu estudo.

Percebe-se ainda, a discrepância entre os valores máximo e mínimo, ficando concentrados próximos à mediana, em que poucas DMUs alcançaram a eficiência

² Benchmarks são as DMUs eficientes que servem de referência para que as DMUs ineficientes alcancem a fronteira de eficiência (CHARNES et al., 1994)

máxima. A distribuição do score de eficiência dos municípios está exposta na Figura 2 que, de acordo com o teste de Shapiro-Wilk, não representa uma distribuição normal, o que pode ser justificado pelo fato de o modelo DEA ser um método não-paramétrico (CHARNES et al., 1994).

Ao analisar os municípios presentes na fronteira de eficiência dispostos na Tabela 3, há um número maior pertencentes às mesorregiões da Metropolitana de Belo Horizonte e Sul/Sudoeste de Minas, contendo 11 e 10 municípios respectivamente. Das 12 mesorregiões de Minas Gerais, apenas Noroeste de Minas não teve representante na fronteira de eficiência.

A região Metropolitana de Belo Horizonte, além de incluir a capital mineira, possui outros municípios que estão entre os mais populosos e com maior atividade econômica do estado, ofertando maior número de serviços de saúde e mais cursos, como medicina, enfermagem e afins. Nesse sentido, tais fatores se tornam atrativos para o aumento de mão de obra qualificada e de investidores (PAULINO-SANTOS et al., 2018).

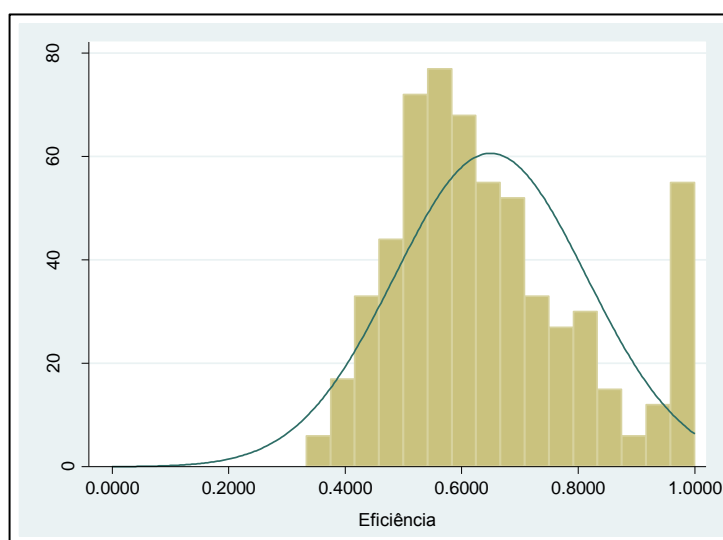


Figura 2 – Histograma com a distribuição do score de eficiência
Fonte: Resultados da pesquisa.

O ranking dos municípios, realizado por meio do método de Fronteira Invertida, permite a distinção entre as DMUs presentes na fronteira de eficiência, uma vez que tais DMUs possuem desempenho de 100% (YAMADA; MATUI; SUGIYAMA, 1994). Desse modo, o ranking leva em consideração as piores práticas das DMUs e, juntamente com o score de eficiência padrão, é criada a eficiência composta normalizada. Neste estudo, o método de Fronteira Invertida foi utilizado apenas para distinguir as DMUs da fronteira

de eficiência, considerando, portanto, a eficiência padrão obtida pelo modelo MME para as demais análises.

Outro ponto importante em relação à Tabela 3 é a quantidade de municípios que as DMUs da fronteira de eficiência serviram de benchmarks. Nesse sentido, o município de São João das Missões serviu de referência para que outros 406 municípios possam se espelhar em suas práticas para melhorar o desempenho.

São João das Missões é um município do Norte de Minas, com mais de 12 mil habitantes, onde a maior parte da receita advém das transferências realizadas pelos governos federal e estadual. Este município possui quantidade de ACS acima da média dos municípios mineiros, o que contribui para a melhoria do atendimento da Atenção Básica conforme apontado por Lotta (2012b).

No entanto, seu IFDM está abaixo da média do estado de Minas Gerais, além de possuir um gasto hospitalar e ambulatorial per capita inferior à média dos municípios mineiros (FINBRA, 2018; FIRJAN, 2018; IBGE, 2018).

A tendência é que as DMUs ineficientes possuam características semelhantes às de seus benchmarks, o que é explicado pelo fato de os municípios mineiros que serviram como referência um maior número de vezes possuírem cerca de 10 mil habitantes, uma vez que mais da metade dos municípios de Minas Gerais possuíam menos de 10 mil habitantes e quase 92%, menos de 50 mil habitantes no ano de 2015 (IBGE, 2018).

Desse modo, percebe-se que Belo Horizonte, com mais de 2,5 milhões de habitantes, serviu de benchmark para apenas 6 municípios. Contagem, a terceira cidade mais populosa do estado mineiro, com quase 650 mil habitantes, também serviu de referência para apenas 6 municípios, dentre eles Passos, Ubá e Araguari, com mais de 100 mil habitantes. Vale ressaltar que todas as DMUs deste estudo que não estavam na fronteira de eficiência possuíam mais de um benchmark, ou seja, elas devem se espelhar em outras DMUs da fronteira para melhorar a eficiência.

Na Tabela 4 é possível visualizar os municípios com eficiência abaixo dos 40%. Destaca-se a mesorregião da Zona da Mata, que obteve o maior número de municípios nas últimas colocações. Tais municípios merecem atenção especial do Estado, a fim de verificar as limitações enfrentadas em relação ao setor de saúde, visando a melhoria do desempenho, sem que a qualidade do serviço seja comprometida, garantindo o bem-estar da sociedade (FOX, 2002). Além dos municípios de menor eficiência, na Tabela 4 está apresentado seus referidos benchmarks representado por seus códigos (ver Cód. DEA na Tabela 3).

Tabela 3 – Ranking dos municípios mineiros no período de 2015, na fronteira de eficiência baseado no método de fronteira invertida

Rank.	Cód. DEA	Município	Mesorregião	Eficiência composta normalizada	Bench.
1º	588	Vargem Alegre	Vale do Rio Doce	100,00%	70
2º	452	Rio Acima	Metropolitana de Belo Horizonte	98,33%	102
3º	599	Mathias Lobato	Vale do Rio Doce	98,24%	227
4º	437	Prata	Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba	97,55%	190
5º	458	Rio Novo	Zona da Mata	95,86%	83
6º	299	Nova União	Metropolitana de Belo Horizonte	95,54%	15
7º	179	Dores de Guanhães	Vale do Rio Doce	95,46%	169
8º	150	Coronel Fabriciano	Vale do Rio Doce	93,98%	103
9º	162	Datas	Jequitinhonha	92,23%	138
10º	514	São João das Missões	Norte de Minas	91,30%	406
11º	3	Acaiaca	Zona da Mata	91,03%	113
12º	140	Congonhas	Metropolitana de Belo Horizonte	90,77%	106
13º	213	Fronteira dos Vales	Vale do Mucuri	90,52%	10
14º	362	Naque	Vale do Rio Doce	90,44%	3
15º	300	Juatuba	Metropolitana de Belo Horizonte	90,00%	154
16º	486	Santana do Riacho	Metropolitana de Belo Horizonte	89,70%	10
17º	55	Bom Jesus do Amparo	Metropolitana de Belo Horizonte	89,24%	55
18º	178	Dores de Campos	Campo das Vertentes	88,41%	219
19º	194	Extrema	Sul/Sudoeste de Minas	88,03%	24
20º	56	Bom Repouso	Sul/Sudoeste de Minas	86,57%	4
21º	147	Corinto	Central Mineira	86,51%	119
22º	206	Fortuna de Minas	Metropolitana de Belo Horizonte	86,02%	35
23º	358	Muriaé	Zona da Mata	85,70%	2
24º	145	Contagem	Metropolitana de Belo Horizonte	85,35%	6
25º	434	Pouso Alegre	Sul/Sudoeste de Minas	83,59%	2
26º	490	Santa Rita do Sapucaí	Sul/Sudoeste de Minas	83,44%	4
27º	29	Araporã	Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba	83,39%	17
28º	230	Guaxupé	Sul/Sudoeste de Minas	83,15%	12
29º	22	Antônio Dias	Vale do Rio Doce	82,17%	1
30º	492	Santa Vitória	Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba	81,88%	1
31º	298	Josenópolis	Norte de Minas	81,48%	22
32º	340	Medeiros	Oeste de Minas	81,27%	22
33º	598	Vieiras	Zona da Mata	80,40%	80
34º	138	Conceição dos Ouros	Sul/Sudoeste de Minas	79,05%	1
35º	535	São Sebastião da Bela Vista	Sul/Sudoeste de Minas	77,04%	1
36º	305	Lagoa da Prata	Central Mineira	76,53%	8
37º	210	Frei Gaspar	Vale do Mucuri	75,96%	9
38º	85	Campestre	Sul/Sudoeste de Minas	74,16%	3
39º	493	Santo Antônio do Aventureiro	Zona da Mata	73,72%	1
40º	30	Arapuá	Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba	73,63%	0
41º	131	Coimbra	Zona da Mata	73,27%	1
42º	139	Confins	Metropolitana de Belo Horizonte	69,86%	7
43º	449	Resplendor	Vale do Rio Doce	69,42%	0
44º	68	Bueno Brandão	Sul/Sudoeste de Minas	69,40%	1
45º	507	São Gonçalo do Rio Abaixo	Metropolitana de Belo Horizonte	61,33%	173
46º	45	Belo Horizonte	Metropolitana de Belo Horizonte	61,33%	6
47º	550	Senador José Bento	Sul/Sudoeste de Minas	61,33%	1

Fonte: Resultados da pesquisa.

Nota: Foi utilizado o número de benchmarks como critério de desempate.

Diante dos resultados dos municípios com baixa eficiência, devido à quantidade de alocação de recursos para a saúde, encontra-se a possibilidade em ofertar mais serviços para a área da saúde, como abordam Santos, Gonçalves e Ferreira (2014). Nesse sentido, há a necessidade de se buscar entender as razões que levaram esses municípios terem baixa eficiência.

Os resultados deste estudo apontam que, com a quantidade de recursos investidos na saúde, alguns municípios realizam mais serviços do que outros. Os motivos para tais desempenhos são diversos, como a capacidade de gestão financeira dos recursos, a capacitação dos profissionais, as condições dos equipamentos e dos espaços físicos, o acesso dos usuários aos serviços e, até mesmo, o nível de instrução da população em relação aos cuidados preventivos de saúde, tornando importante o papel dos ACS, principalmente em localidades mais carentes conforme abordado por Lotta (2012b).

Tabela 4 – Municípios com menores scores de eficiência do estado de Minas Gerais em 2015

Municípios	Mesorregiões	Eficiência	Benchmarks
Alagoa	Sul/Sudoeste de Minas	39,89%	3; 437; 452; 507; 514.
Cabo Verde	Sul/Sudoeste de Minas	39,73%	147; 437; 507; 514; 599.
Queluzito	Metropolitana de BH	39,59%	150; 458; 514; 598; 599.
Joaquim Felício	Central Mineira	39,39%	3; 298; 514; 598.
Estrela do Indaiá	Central Mineira	39,30%	3; 140; 147; 162; 437.
Rio Pomba	Zona da Mata	39,08%	3; 140; 147; 150; 230; 599.
Santana dos Montes	Metropolitana de BH	38,81%	3; 514; 598.
Juvenília	Norte de Minas	38,57%	3; 147; 514; 598.
Miraí	Zona da Mata	38,28%	150; 178; 179; 437; 514; 588.
Piranga	Zona da Mata	36,94%	3; 147; 437; 507; 514; 599.
Rio Espera	Zona da Mata	36,64%	3; 147; 437; 507; 514; 599.
Pratápolis	Sul/Sudoeste de Minas	36,39%	300; 437; 452; 507; 514.
Serranópolis de Minas	Norte de Minas	36,31%	3; 178; 507; 514; 599.
Indaiabira	Norte de Minas	35,96%	150; 178; 179; 437; 514; 599.
Santos Dumont	Zona da Mata	35,48%	55; 162; 178; 514; 588.

Fonte: Resultados da pesquisa.

A quantidade de profissionais de saúde presentes nos municípios contribui para a garantia do acesso ao serviço de saúde. No entanto, a formação e capacitação destes profissionais pode influenciar no desempenho dos serviços. Além disso, a escassez de recursos públicos compromete o financiamento do SUS, prejudicando a qualidade e a oferta dos serviços de saúde, levando à necessidade da busca pela qualidade dos gastos públicos (VIACAVA et al., 2018). Segundo Gonçalves et al. (2012), a formulação de políticas públicas que buscam a alocação dos recursos a fim de atender às necessidades da população e ainda alcançar a qualidade dos gastos permite a melhoria nos resultados da saúde pública.

O importante é que os municípios busquem a melhoria do desempenho na saúde, respeitando um dos princípios da administração pública que é a eficiência (PALUDO, 2013), visando ainda a qualidade do atendimento, permitindo a prestação do serviço de forma universal e igualitária, buscando promover o desenvolvimento e o bem-estar social (BRASIL, 1988; SEN, 2010).

4.2 Os elementos de influência do desempenho da saúde pública municipal

A fim de avaliar o efeito de elementos condicionantes do desempenho na saúde pública, foi utilizada uma amostra de 544 municípios, representando 63,77% do total de municípios em Minas Gerais. A quantidade de municípios utilizados na amostra é devido à disponibilidade de dados existentes.

Para a construção da regressão logística multinomial, foi necessário estratificar o score de eficiência do seguinte modo: Baixa Eficiência (valores menores que 0,4864), Eficiência Média (acima de 0,4864 até 0,8150), e Alta Eficiência (acima de 0,8150 até 1,0000).

Na Tabela 5 pode ser observada a análise descritiva das variáveis independentes utilizadas na regressão. Em relação à variável médico, percebe-se que a média está mais próxima dos valores mínimos da amostra, além dos valores estarem dispersos. É possível notar que os municípios com os maiores números de médicos a cada 10 mil habitantes estão localizados em regiões mais ricas do estado mineiro.

Tabela 5 – Análise descritiva das variáveis independentes

Variáveis Independentes	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Médico	16,81	14,64	10,02	2,92	59,70
Dentista	5,87	4,93	3,63	0,88	41,05
Enfermeiro	9,13	8,28	3,82	2,84	29,76
Fisioterapeuta	3,63	2,87	2,72	0,41	21,19
Vínculos ensino superior	0,17	0,16	0,06	0,04	0,69
Alunos/turma fund.	21,27	21,55	3,02	11,90	29,10
Alunos/turma médio	30,16	30,80	4,60	10,70	40,40
Distorção ensino fund.	13,46	12,90	4,95	2,30	33,50
Distorção ensino médio	25,80	24,85	8,43	3,80	69,60
Abastecimento de água	0,68	0,69	0,19	0,15	1,00
Lixo coletado	0,76	0,80	0,19	0,15	1,00
Fezes, Urina, Esgoto	0,64	0,72	0,29	$4,75 \times 10^{-4}$	1,00
Casa de tijolo	0,98	1,00	0,04	0,31	1,00
Energia Elétrica	0,98	0,99	0,04	0,52	1,00
PIB	17,20	12,54	17,15	5,04	200,23
Plano de Saúde Privado	0,11	0,07	0,12	$8,28 \times 10^{-4}$	0,70
Transparência	3,12	3,30	2,21	0,00	8,90
Arrecadação	299,40	200,02	303,95	39,78	3.091,29
Transferências	2.351,83	1.951,60	1.250,78	844,36	16.053,99

Fonte: Resultados da pesquisa.

O número de dentistas apresentou uma dispersão menor em relação à variável médico, em que apenas 9,56% da amostra obtiveram mais de 10 dentistas para cada 10 mil habitantes. As variáveis Enfermeiro e Fisioterapeuta também apresentaram uma concentração próxima aos valores mínimos da amostra.

Em relação à variável “vínculos ensino superior”, percebe-se que os valores ficaram concentrados próximos à média, em que 77,39% da amostra tiveram uma proporção de trabalhadores registrados no Ministério do Trabalho e Emprego com curso superior completo abaixo dos 20%.

Já as variáveis relacionadas à quantidade de alunos por turma do ensino médio e do ensino fundamental apresentaram os valores concentrados próximos às médias, que se deve ao fato de haver limite de alunos por turma nas escolas públicas de ensino básico, o que contribui para que os valores estejam próximos. No entanto, percebe-se uma discrepância entre os valores máximos e mínimos das variáveis de distorção do ensino, principalmente no ensino médio. Percebe-se que os municípios de regiões mais pobres possuíam as maiores distorções. Nota-se ainda a mesorregião metropolitana de Belo Horizonte dentre as maiores distorções, apresentando o problema relacionado às disparidades sociais presentes dentro de grandes centros urbanos.

As três variáveis relacionadas ao serviço de saneamento básico (Abastecimento de água; Lixo coletado; Fezes, Urina, Esgoto) apresentaram discrepância entre os valores mínimos e máximos tanto com municípios fornecendo o serviço de saneamento em todas as residências, como cidades com percentual inferior à 20% de atendimento. Em relação às variáveis energia elétrica e casa de tijolo, percebe-se que a média ficou próxima aos valores máximos e com pouca dispersão entre os valores.

Já o PIB per capita apresentou discrepância entre os valores mínimo e máximo, em que a média ficou mais próxima dos valores mínimos. Destaque para os municípios das mesorregiões de Jequitinhonha, Vale do Mucuri e Norte de Minas que apresentaram valores abaixo da média.

O número de beneficiários de plano de saúde apresentou média próxima aos valores mínimos, em que os municípios com maior média de proporção de beneficiários de saúde suplementar estão em mesorregiões mais ricas, o que os tornam menos dependentes dos serviços de saúde pública. No entanto, a proporção de beneficiários de plano de saúde ainda é considerada pequena em todo o Brasil comparado aos usuários do SUS, até mesmo nos municípios considerados mais ricos.

Em relação ao índice de transparência, percebe-se que a média ficou mais próxima dos valores mínimos, com discrepância entre os valores máximo e mínimo, havendo municípios com nota zero em Minas Gerais. Por fim, as variáveis de arrecadação e transferências obtiveram médias mais próximas dos valores mínimos, em que os municípios com os maiores valores foram os de mesorregiões mais ricas.

No primeiro momento, foi realizada uma Regressão Logística Multinomial em que foi utilizada a primeira categoria (Baixa Eficiência) como referência (Ver Tabela 6). O objetivo desse modelo foi verificar as implicações das variáveis independentes sobre a variável dependente, de modo que a mudança de nível ocorresse a partir da categoria mais baixa, que no caso deste estudo é a Baixa Eficiência (HAIR JR., et al., 2009). Desse modo, foi verificado a adequação do ajuste do desvio e o teste de razão de probabilidade, os quais indicaram que o modelo se ajusta aos dados e, portanto, podendo ser validado.

Dentre os resultados, percebe-se que ao aumentar a arrecadação por habitante em cada município, aumentam as chances de o município mudar da categoria de Baixa Eficiência para Eficiência Média e de Baixa Eficiência para Alta Eficiência. Isso está relacionado ao fato dos municípios que mais arrecadavam terem mais estrutura, contribuindo para a capacitação dos profissionais, melhoria do desenvolvimento e do processo do serviço de saúde. Os municípios que mais arrecadaram são os que possuíram maior atividade econômica per capita e maior desenvolvimento no período, o que atrai investidores e mão de obra qualificada (PAULINO-SANTOS et al., 2018; RIBEIRO et al., 2018).

A arrecadação é a principal fonte de receita no Brasil, essencial para o financiamento e manutenção do sistema da saúde público (VIACAVA et al., 2018). No entanto, devido ao federalismo fiscal, os municípios ficam com a menor parcela arrecadatória, fazendo com que muitos se tornem dependentes das transferências intergovernamentais. Nesse sentido, apesar do federalismo fiscal buscar a redução das disparidades, sua estrutura, juntamente com o modelo de distribuição de recursos do SUS, levam à busca por alternativas de financiamento que afetam o fornecimento do serviço de saúde, criando um jogo de interesse entre políticos (LIMA, 2007).

Percebe-se, ainda, que ao aumentar o número de alunos por turma no ensino fundamental em cada município, aumentam também, as chances de o município mudar da categoria de Baixa Eficiência para Alta Eficiência. Desse modo, o município consegue educar um número maior de alunos, com a mesma quantidade de recursos.

Outro achado deste modelo foi que pertencer à mesorregião de Jequitinhonha reduz as chances de haver a mudança do município da categoria de Baixa Eficiência para Alta Eficiência. O baixo desenvolvimento desta mesorregião é o principal responsável por este resultado, em que os serviços de saúde são precários e a população carente, tornando complexo subir do nível mais baixo de eficiência para o mais alto.

Tabela 6 – Regressão Logística Multinomial com a primeira categoria (Baixa Eficiência) como referência, Minas Gerais, 2015

Variáveis	Eficiência Média				Alta Eficiência			
	B	Erro padrão	Sig.	Exp(B)	B	Erro padrão	Sig.	Exp(B)
Interceptação	-1,489	6,257	0,812		-6,198	8,006	0,439	
Médico	-0,013	0,019	0,491	0,987	-0,036	0,024	0,142	0,965
Dentista	-0,032	0,054	0,549	0,968	-0,118	0,072	0,102	0,889
Enfermeiro	0,071	0,048	0,140	1,074	0,078	0,059	0,186	1,081
Fisioterapeuta	-0,023	0,067	0,732	0,977	0,000	0,083	0,997	1,000
Vínculos ensino superior	0,964	2,665	0,718	2,621	3,586	3,088	0,246	36,078
Alunos/turma fund.	0,041	0,061	0,497	1,042	0,137*	0,078	0,078	1,147
Alunos/turma médio	0,038	0,036	0,294	1,039	0,017	0,046	0,712	1,017
Distorção ensino fund.	0,048	0,037	0,197	1,049	0,012	0,046	0,791	1,012
Distorção ensino médio	-0,021	0,021	0,320	0,979	0,004	0,026	0,884	1,004
Abastecimento de água	-0,227	1,049	0,829	0,797	-0,194	1,345	0,885	0,824
Lixo coletado	-0,189	1,382	0,891	0,828	-0,766	1,755	0,663	0,465
Fezes, Urina, Esgoto	0,062	0,882	0,944	1,063	0,380	1,119	0,734	1,463
Casa de tijolo	-4,682	5,464	0,392	0,009	0,014	7,157	0,998	1,014
Energia Elétrica	5,502	3,630	0,130	245,070	2,064	4,975	0,678	7,877
PIB	-0,017	0,019	0,371	0,983	-0,006	0,020	0,763	0,994
Plano de Saúde Privado	0,948	2,285	0,678	2,579	3,283	2,501	0,189	26,650
Transparência	0,052	0,075	0,492	1,053	-0,013	0,092	0,884	0,987
Arrecadação	0,002*	0,001	0,056	1,002	0,003**	0,001	0,039	1,003
Transferências	0,000	0,000	0,269	1,000	0,000	0,000	0,127	1,000
Campo das Vertentes	-1,100	1,073	0,305	0,333	-1,606	1,512	0,288	0,201
Central Mineira	-0,534	1,096	0,626	0,586	-0,851	1,342	0,526	0,427
Jequitinhonha	-1,318	0,962	0,171	0,268	-2,874**	1,447	0,047	0,056
Metropolitana de BH	-0,268	1,016	0,792	0,765	-0,163	1,115	0,883	0,849
Noroeste de Minas	-1,005	1,166	0,389	0,366	-1,850	1,583	0,243	0,157
Norte de Minas	-0,351	1,001	0,726	0,704	-0,744	1,204	0,537	0,475
Oeste de Minas	-0,646	0,998	0,517	0,524	-0,403	1,117	0,718	0,668
Sul/Sudoeste de Minas	-1,157	0,852	0,174	0,314	-0,592	0,951	0,533	0,553
Vale do Mucuri	-0,944	1,430	0,509	0,389	-0,490	1,633	0,764	0,613
Vale do Rio Doce	-0,472	0,929	0,612	0,624	0,047	1,032	0,964	1,048
Zona da Mata	-1,232	0,872	0,158	0,292	-1,059	0,998	0,289	0,347

Fonte: Resultados da pesquisa.

Nota: *Significância a nível de 10%. **Significância a nível de 5%.

De acordo com Sen (2010), as restrições do acesso às capacidades básicas são elementos limitadores para o desenvolvimento, dificultando o alto desempenho dos serviços públicos, inclusive os de saúde. Vale ressaltar que, em regiões mais pobres, a

proporção de pessoas beneficiárias da saúde suplementar é reduzida, tornando a população ainda mais dependente do serviço público de saúde.

No segundo momento, conforme apresentada na Tabela 7, foi realizada uma Regressão Logística Multinomial em que se utilizou a última categoria (Alta Eficiência) como referência. Assim como no modelo anterior, o objetivo deste modelo também consiste em verificar as implicações das variáveis explicativas sobre a variável dependente, porém, a mudança de nível parte da categoria maior, que no caso deste estudo é a Alta Eficiência (HAIR JR., et al., 2009). O modelo foi validado por meio do nível de significância do ajuste do desvio e do teste de razão de probabilidade.

Tabela 7 – Regressão Logística Multinomial com a última categoria (Alta Eficiência) como referência, Minas Gerais, 2015

Logit	Baixa Eficiência				Eficiência Média			
	B	Erro padrão	Sig.	Exp(B)	B	Erro padrão	Sig.	Exp(B)
Variáveis								
Interceptação	6,198	8,006	0,439		4,708	5,935	0,428	
Médico	0,036	0,024	0,142	1,036	0,022	0,017	0,195	1,023
Dentista	0,118	0,072	0,102	1,125	0,086	0,055	0,119	1,090
Enfermeiro	-0,078	0,059	0,186	0,925	-0,006	0,039	0,875	0,994
Fisioterapeuta	0,000	0,083	0,997	1,000	-0,023	0,060	0,698	0,977
Vínculos ensino superior	-3,586	3,088	0,246	0,028	-2,622	2,052	0,201	0,073
Alunos/turma fund.	-0,137*	0,078	0,078	0,872	-0,096*	0,057	0,095	0,909
Alunos/turma médio	-0,017	0,046	0,712	0,983	0,021	0,034	0,542	1,021
Distorção ensino fund.	-0,012	0,046	0,791	0,988	0,036	0,033	0,284	1,036
Distorção ensino médio	-0,004	0,026	0,884	0,996	-0,025	0,020	0,207	0,976
Abastecimento de água	0,194	1,345	0,885	1,214	-0,033	0,998	0,974	0,968
Lixo coletado	0,766	1,755	0,663	2,150	0,577	1,286	0,654	1,780
Fezes, Urina, Esgoto	-0,380	1,119	0,734	0,684	-0,319	0,804	0,692	0,727
Casa de tijolo	-0,014	7,157	0,998	0,986	-4,696	5,142	0,361	0,009
Energia Elétrica	-2,064	4,975	0,678	0,127	3,438	4,434	0,438	31,112
PIB	0,006	0,020	0,763	1,006	-0,011	0,010	0,276	0,989
Plano de Saúde Privado	-3,283	2,501	0,189	0,038	-2,335	1,440	0,105	0,097
Transparência	0,013	0,092	0,884	1,014	0,065	0,065	0,320	1,067
Arrecadação	-0,003**	0,001	0,039	0,997	0,000	0,001	0,531	1,000
Transferências	0,000	0,000	0,127	1,000	0,000	0,000	0,347	1,000
Campo das Vertentes	1,606	1,512	0,288	4,981	0,505	1,174	0,667	1,658
Central Mineira	0,851	1,342	0,526	2,341	0,316	0,906	0,727	1,372
Jequitinhonha	2,874**	1,447	0,047	17,713	1,556	1,166	0,182	4,739
Metropolitana de BH	0,163	1,115	0,883	1,178	-0,105	0,578	0,856	0,901
Noroeste de Minas	1,850	1,583	0,243	6,360	0,845	1,219	0,488	2,329
Norte de Minas	0,744	1,204	0,537	2,103	0,393	0,797	0,622	1,481
Oeste de Minas	0,403	1,117	0,718	1,496	-0,243	0,641	0,704	0,784
Sul/Sudoeste de Minas	0,592	0,951	0,533	1,808	-0,565	0,538	0,294	0,569
Vale do Mucuri	0,490	1,633	0,764	1,632	-0,454	1,076	0,673	0,635
Vale do Rio Doce	-0,047	1,032	0,964	0,955	-0,518	0,572	0,365	0,596
Zona da Mata	1,059	0,998	0,289	2,883	-0,173	0,599	0,773	0,841

Fonte: Resultados da pesquisa.

Nota: *Significância a nível de 10%. **Significância a nível de 5%.

Percebe-se que, ao aumentar o número de alunos por turma no ensino fundamental em cada município, reduzem as chances de o município mudar da categoria de Alta Eficiência para Baixa Eficiência e de Alta Eficiência para Média Eficiência. Desse modo, essa variável se torna importante para que o município permaneça com o melhor desempenho, complementando a regressão anterior. Segundo Albernaz, Ferreira e Franco (2002), o sistema educacional é essencial para a garantia do desenvolvimento socioeconômico.

É possível notar que, ao aumentar a proporção da arrecadação por habitante em cada município, as chances de o município mudar da categoria de Alta Eficiência para Baixa Eficiência são reduzidas. Neste caso, nota-se a importância do município em aumentar o esforço arrecadatório, uma vez que nos casos de pequenos municípios, o fato da maior parte da receita vir de transferências intergovernamentais contribui para que haja um comportamento de acomodação relacionado ao esforço arrecadatório, fazendo com que o município não consiga arrecadar completamente seus tributos conforme apresentado por Massardi e Abrantes (2015).

Já o fato de o município pertencer à mesorregião de Jequitinhonha aumenta suas chances de mudar da categoria de Alta Eficiência para Baixa Eficiência. Tais resultados evidenciam a necessidade de se buscar melhorias no desenvolvimento, por meio de políticas públicas que promovam a equidade, além da atração de investidores para a criação de emprego e renda, contribuindo para a redução da migração de profissionais mais capacitados para outras regiões, inclusive os de saúde (SEN, 2010).

Esperava-se que a variável de transparência apresentasse significância nos modelos de regressão. No entanto, tal expectativa foi refutada. A transparência tem a finalidade de apresentar as ações do governo como forma de prestação de contas, sendo importante para o combate à corrupção e más condutas administrativas (ARANTES et al., 2010).

Nos dois modelos de regressão houveram poucas variáveis que influenciam o score de eficiência, representando que os determinantes da eficiência dos investimentos realizados na saúde pública não estão em fatores externos, embora sejam importantes para as condições de saúde dos municípios, mas em fatores internos ligados à gestão da saúde municipal. Desse modo, torna-se fundamental a realização da terceira etapa desta pesquisa, a fim de compreender a relação entre a gestão de saúde dos municípios e seus respectivos desempenhos.

4.3 Avaliação da gestão de saúde pública municipal

A fim de compreender elementos importantes para o desempenho das atividades de saúde visando a eficiência e a eficácia, buscou-se conhecer a realidade do dia-a-dia de alguns atores envolvidos na implementação de políticas públicas de saúde. Desse modo, foram realizadas entrevistas nos municípios de Rio Novo e Santos Dumont.

4.3.1 Caracterização do município de Rio Novo

Fundado em 1870, Rio Novo é um município com população estimada de 8.941 habitantes em 2018, seu Produto Interno Bruto (PIB) ultrapassou a marca de R\$ 106,8 milhões em 2016, e o PIB per capita foi de R\$ 11.783,72. Está localizado a 50 Km de Juiz de Fora, sendo sua economia baseada nas atividades de serviços e de setor público (IBGE, 2018).

O salário médio dos trabalhadores formais no ano de 2016 era de 1,5 salários mínimos por mês, em que 14,4% da população possuía ocupação neste período. Ao comparar com os demais municípios de Minas Gerais, Rio Novo ocupa a posição de 602 relacionado ao salário médio e a posição 302 de proporção de pessoas ocupadas. A nível nacional, dos 5.570 municípios brasileiros, Rio Novo ocupava, respectivamente, as posições de 4.645 e 2.151 (IBGE, 2018).

No último censo realizado, em 2010, o município apresentou um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,707, sendo considerado alto (IBGE, 2018). Em 2016, Rio Novo alcançou o IFDM de 0,6773 classificado como Desenvolvimento Moderado, que voltou a crescer depois de uma queda do índice no período de crise no Brasil (FIRJAN, 2018).

Em relação à saúde, Rio Novo é um município que não possui serviços de saúde pública especializados. Nesse sentido, o município fornece os serviços de atenção básica de saúde e em relação à atenção secundária e terciária, o serviço é fornecido em Juiz de Fora por meio do consórcio intermunicipal de saúde da Agência de Cooperação Intermunicipal em Saúde Pé da Serra (ACISPES). O município é dependente dos serviços de saúde do SUS, em que apenas 10,06% da população possui plano de saúde privado (ANS, 2018). Dessa forma, se justifica a busca pela eficiência nos serviços de saúde.

4.3.2 Caracterização do município de Santos Dumont

Santos Dumont está localizado a 35 Km de Juiz de Fora, possuindo uma população estimada de 46.555 habitantes em 2018 e a economia baseada nos setores de serviços e indústria. Em 2016, seu PIB alcançou a marca de R\$ 919,99 milhões e o PIB per capita foi de R\$ 19.343,78 (IBGE, 2018). O município foi fundado em 1889, inicialmente com o nome de Palmyra e em 1932 passou a ser chamado de Santos Dumont, em homenagem ao inventor Alberto Santos Dumont que nasceu na cidade.

Em 2016, o salário médio dos trabalhadores formais era de 1,9 salários mínimos por mês. Além disso, o percentual de pessoas ocupadas para este período foi de 16,8% em relação à população. Santos Dumont ocupa a posição de 158 em Minas Gerais relacionado ao salário médio e a posição de 222 de proporção de pessoas ocupadas. Ao comparar com todos os municípios brasileiros, Santos Dumont ocupa a posição de 2.309 para salário médio e 1.696 para proporções de pessoas ocupadas (IBGE, 2018).

Em relação ao desenvolvimento municipal, Santos Dumont apresentou um IDHM de 0,741 no censo de 2010, sendo considerado um índice alto (IBGE, 2018). Em 2016, Santos Dumont alcançou o IFDM de 0,6268 classificado como Desenvolvimento Moderado e assim como em vários municípios brasileiros, o índice subiu em 2016 após uma queda em 2015 (FIRJAN, 2018).

Do mesmo modo que em Rio Novo, Santos Dumont também depende do consórcio intermunicipal de saúde da ACISPES em Juiz de Fora para oferecer à população serviço especializado de saúde. Já os serviços de atenção básica são oferecidos pelo próprio município. Em relação à saúde suplementar, Santos Dumont possui um percentual de beneficiários maior se comparado ao município de Rio Novo, em que 25,77% da população são beneficiários de plano de saúde privado (ANS, 2018).

4.3.3 Compreendendo os aspectos subjetivos dos desempenhos por meio da gestão municipal de saúde

Diversos elementos mensuráveis condicionam o fato de os municípios alcançarem determinado desempenho. No entanto, nem sempre essas variáveis operam sozinhas, havendo também a influência de um conjunto de situações e elementos subjetivos capazes de justificar tais resultados relacionados à eficiência.

Nesse sentido, esta etapa buscou, por meio de um conjunto de categorias, encontrar aspectos subjetivos que condicionam a eficiência nos serviços de saúde pública fornecidos por municípios específicos que se destacaram positiva e negativamente no

ranking de eficiência. Sabe-se, porém, que os resultados encontrados nesta etapa não podem ser generalizados por se tratarem de casos particulares. No entanto, os achados são de considerável importância para os estudos em administração pública na área da saúde, possibilitando a análise em outros municípios.

Dessa forma, utilizou-se o método de análise de conteúdo para analisar as categorias criadas que surgiram previamente à realização das entrevistas.

4.3.3.1 Conhecendo o perfil dos implementadores entrevistados

Inicialmente, procurou-se conhecer o perfil dos implementadores da política de saúde municipal. A análise desta categoria foi importante para conhecer um pouco sobre os entrevistados, seus cargos, o dia-a-dia de cada função e particularidades dos cargos de cada município. Nesse sentido, foi possível identificar algumas semelhanças e distinções nas falas dos entrevistados das duas cidades. O perfil dos implementadores entrevistados está descrito no Quadro 6.

Quadro 6 – Perfil dos entrevistados

	Entrevistados	Curso	Nível	Tempo de cargo
Rio Novo	GS ₁	• Gestão Pública	Graduação	2 anos
	E ₁	• Enfermagem • Pós-Graduação	Pós-Graduação	1 ano
	ACS ₁	• Gestão Empresarial	Tecnólogo	10 anos
Santos Dumont	GS ₂	• Enfermagem	Graduação	7 meses
	E ₂	• Enfermagem • Especialização em Enfermagem do trabalho • Especialização em Saúde da família (em andamento)	Pós-Graduação	7 anos
	ACS ₂	• Técnico em enfermagem	Técnico	3 anos
	M ₂	• Medicina • Especialização em Endocrinologia	Pós-Graduação	6 anos

Fonte: Elaboração própria.

Dentre as semelhanças, está a questão da escolaridade dos entrevistados, em que a maioria cursou ensino superior. Dos participantes da pesquisa, apenas o entrevistado ACS₂ não possui curso superior, porém, sua formação é de técnico em enfermagem. Além disso, três dos entrevistados possuem pós-graduação. Pinafo et al. (2011) destacam a importância da qualificação dos profissionais de saúde, buscando a capacitação por meio da educação. Dessa forma, os profissionais de saúde podem desempenhar seus papéis da melhor forma, visando o bem-estar da sociedade (LEAL, 2017).

Além dos profissionais possuírem grau de instrução elevado, eles ainda participam de treinamentos e cursos oferecidos pelas prefeituras. De acordo com o entrevistado GS₂,

o município de Santos Dumont começou em 2018 a participar do Programa de Educação Permanente, que busca capacitar os profissionais com o objetivo de melhorar a realização dos serviços de saúde. Conforme seu relato: “Agora é uma obrigatoriedade e o Governo está fazendo com as equipes, para que a gente faça essa educação permanente nas unidades” (GS₂).

Segundo o entrevistado E₂, em Santos Dumont sempre são realizados treinamentos que envolvam todos os profissionais de saúde. “A gente tem muito curso de capacitação, a gente faz direto. Aí na maioria das vezes, a capacitação é em Juiz de Fora, ou quando vem, organiza lá na faculdade daqui do município para caber todo mundo” (E₂). Percebe-se que os profissionais participam de treinamentos realizados dentro do município, e também em Juiz de fora que é a sede da região de saúde.

Em Rio Novo, o entrevistado GS₁ abordou que foram realizados alguns seminários tratando de temas voltados para a Atenção Básica e, além disso, são realizadas reuniões constantes: “nós fizemos no ano passado [2017] dois ou três seminários (...), cada qual no seu público base. Um com agente comunitário, depois os profissionais acharam que deveriam ser especificamente com médico e com enfermeiro” (GS₁).

O entrevistado E₁ também relatou sobre a realização de treinamentos com o intuito de aumentar o conhecimento dos profissionais para desempenharem suas atividades com maior habilidade: “aqui no PSF principalmente. A gente recebe cursos né, que a GRS [Gerência Regional de Saúde] fornece. Normalmente são dados para enfermeiros e médicos, ou só para enfermeiros e a gente passa adiante” (E₁). Percebe-se na fala dos entrevistados que ambos os municípios participam de treinamentos e capacitações, o que contribui para qualidade do serviço prestado às comunidades (PINAFO et al., 2011).

Em relação ao tempo de ocupação no cargo, existe uma discrepância entre os valores mais altos e os mais baixos, havendo funcionários com apenas 7 meses no cargo e aqueles com até 10 anos. A média do tempo de ocupação foi de 4,23 anos entre os funcionários das duas cidades. As contratações dos gestores foram mediante indicações políticas e os demais por meio de processos seletivos. Apesar dos gestores entrevistados das duas cidades estarem a pouco tempo no cargo, ambos ocuparam diferentes cargos anteriores na área da saúde.

O fato de os gestores terem experiência na área da saúde é importante, uma vez que os conhecimentos adquiridos em diferentes cargos no setor de saúde podem auxiliar nas tomadas de decisões. Muitas políticas surgem de ideias utilizadas no passado e que foram reutilizadas devido ao conhecimento de funcionários antigos.

4.3.3.2 O ambiente de trabalho e o clima organizacional

Tendo conhecido o perfil dos entrevistados, buscou-se entender como é o clima organizacional na área da saúde pública dos dois municípios, compreendendo tanto a relação entre os funcionários, como também a relação com os usuários.

De modo geral, verificou-se que os dois municípios possuem um ambiente harmonioso de trabalho, embora existam relatos esporádicos de conflitos entre alguns funcionários nos dois municípios. Albuquerque, Melo e Araújo Neto (2012) e Antonello e Pantoja (2010) destacam a importância de se ter um bom clima organizacional dentro das unidades de saúde.

Segundo Antonello e Pantoja (2010), os estudos sobre as variáveis que afetam a eficácia e a efetividade têm levado em consideração o clima organizacional, norteados as pesquisas do campo de treinamento e desenvolvimento. Desse modo, esta categoria é importante para a compreensão dos resultados alcançados dos municípios.

Em Rio Novo, depois que ocorreu a adaptação com a mudança de gestão em 2016, a relação com os funcionários da secretaria de saúde melhorou segundo o entrevistado GS₁. No entanto, no início de sua gestão, houve um desgaste quanto à adaptação, mas foram adotados alguns procedimentos que contribuíram para a melhoria do ambiente de trabalho, como a criação de um organograma na secretaria, dividindo-a em setores e colocando um gestor em cada setor, como relatou o entrevistado:

Olha só, quando nós iniciamos aqui a gestão, nós não tínhamos um organograma pré-definido e isso foi uma dificuldade muito grande. Então o que acontece, os problemas, entre aspas, e os pedidos eram direcionados diretamente do funcionário por um funcionário que estava em um nível abaixo no organograma, direto no secretário. Então a gente evidenciou que isso sobrecarregava e nós não conseguiríamos manter uma organização pretendida se continuasse dessa forma. Então nós dividimos a secretaria de saúde entre regulação, que é o controle interno aqui da secretaria de saúde, atenção básica, e a parte de endemias. Nomeamos um coordenador para cada área, e mostramos para os funcionários que toda decisão, antes de chegar ao secretário, tem que ser levada aos coordenadores (GS₁).

Nesse caso, o processo de adaptação da equipe de profissionais na nova gestão foi fundamental para as condições favoráveis do ambiente de trabalho, permitindo gerar um ambiente saudável de trabalho.

Na fala dos outros entrevistados de Rio Novo, é possível perceber que os funcionários se sentem satisfeitos com o ambiente de trabalho: “A gente trabalha muito bem aqui em equipe” (ACS₁). O mesmo aconteceu com funcionários de postos diferentes, contribuindo para se manter o ambiente de trabalho saudável e produtivo. No entanto, notou-se nas falas, que mesmo em um ambiente amigável entre os funcionários, existem algumas situações específicas que podem comprometer o ambiente, seja por questões pessoais, como relatou o entrevistado ACS₁: “eu não tinha uma boa convivência com o médico, mas era mais pessoal, mas do trabalho convivemos bem” (ACS₁). Ou por questões de cultura nacional referentes à hierarquia das profissões e, ou, cargos, como abordou o entrevistado E₁:

Então, na prática, os técnicos de saúde, eles respeitam o enfermeiro como líder, porque isso sempre foi assim, no hospital também, em outros modelos, [...]. A dificuldade fica na parte da Odonto [dentista], porque fica meio que parecendo que é outro setor, [...] e em relação ao médico né, que culturalmente ele sempre foi superior ao enfermeiro. E veio lá do modelo hospitalar aquela ideia do enfermeiro como assistente do médico, e no PSF não funciona assim (E₁).

Na política ESF, o enfermeiro é o responsável pela unidade, e os demais profissionais que compõem a equipe de saúde são seus subordinados. No entanto, alguns profissionais não acolhem bem essa hierarquia. Dessa forma, é necessário saber lidar com a situação para exercer seu papel de liderança. Contudo, tais situações são casos isolados, e que, segundo os entrevistados, estão controladas.

A mesma situação acontece em Santos Dumont. O município possui um ambiente de trabalho harmonioso no setor de saúde, como se pode verificar na declaração do entrevistado M₂ durante a entrevista: “a maior parte dos funcionários está junto desde o início do programa. Então a gente já tem um vínculo muito bom entre a gente, e com a coordenação. Como a cidade é pequena, todo mundo conhece todo mundo” (M₂). No entanto, essa situação nem sempre foi assim.

O constante descumprimento de metas do setor teve consequências para o município de Santos Dumont, levando ao descredenciamento de unidades básicas de saúde. Segundo o entrevistado GS₂, alguns funcionários não realizavam suas atividades destinadas à função exercida, causando o baixo rendimento do setor de saúde.

Desse modo, foi identificado um problema relacionado à liderança, o que havia comprometido a organização, levando à necessidade da mudança de gestor de atenção

básica e no modo de se administrar o setor, influenciando na forma de se planejar e controlar as atividades a fim de tornar o ambiente de trabalho mais produtivo.

Nesse processo de mudança de liderança, é fundamental que o ambiente de trabalho seja harmonioso entre subordinados e líderes, para que o líder ganhe a confiança da equipe. O entrevistado E₂ apresentou algumas características que considera importante para manter seu bom relacionamento com os demais funcionários: “eu sou muito tranquila, eu converso muito, faço muitas reuniões de equipes, sempre estou sentada ali com eles na sala” (E₂). O Papel de liderança que o enfermeiro exerce na ESF é fundamental para o alcance dos resultados e melhores desempenhos.

Embora os depoimentos dos entrevistados em Santos Dumont descrevam um ambiente tranquilo entre os funcionários, foi possível verificar algumas situações que precisaram ser trabalhadas, conforme abordou o entrevistado GS₂ quando perguntado sobre a existência de conflitos: “Sim, mas isso é de forma aleatória, de forma isolada né, sempre acaba tendo algum transtorno” (GS₂). E então o entrevistado GS₂ explicou como lida com esses casos: “eu já passei para os enfermeiros, porque quem coordena as equipes são os enfermeiros, que eles resolvam esses problemas internos entre eles. Caso não consiga, que traga até mim para que a gente possa resolver de forma mais organizada” (GS₂). Pode-se perceber que o gestor dá autonomia aos líderes das equipes, a fim de tentar solucionar os conflitos internos.

Desse modo, manter o clima organizacional estável dentro das equipes de saúde, além de permitir mais qualidade na prestação do serviço, é essencial para o bem-estar dos profissionais. Albuquerque, Melo e Araújo Neto (2012) destacam a importância da avaliação do clima organizacional das Equipes de Saúde da Família com o intuito de preservar a saúde dos profissionais, evitando doenças como síndrome de burnout.

Em relação ao convívio com os usuários, os entrevistados dos dois municípios apontaram um bom relacionamento. No entanto, foi possível perceber que existem reclamações por parte da população em ambos, cujas razões são diversas, como demora nos exames realizados por meio do consórcio, falta de serviços especializados dentro dos municípios, localização de unidades e, até mesmo, a falta de atendimentos especializados dentro das unidades básicas de saúde, o que não faz parte da política ESF.

Segundo o GS₁, Rio Novo atende muitos usuários de saúde e é comum haver reclamações por parte dos usuários, uma vez que o município não consegue solucionar todos os problemas da população, conforme relatou o entrevistado:

Não há empresa alguma, não há estrutura administrativa alguma, não há família alguma, que com essa quantidade de clientes, todo mundo é satisfeito. [...]. A gente procura pegar essas críticas [...] e nós utilizamos isso como uma proposta de melhoria. Então assim, a gente tem, obviamente, muito pouco [...], mas é relevante (GS₁).

Dessa forma, nota-se que a secretaria de saúde de Rio Novo busca utilizar as críticas como feedback para tentar melhorar os serviços de saúde fornecidos pela cidade.

Para o entrevistado ACS₁, muitas das reclamações acontecem porque os brasileiros não compreendem o funcionamento da política ESF: “as pessoas não entendem que aqui não é uma urgência e emergência. Elas querem ser atendidas de imediato por um problema emergencial [...]. Não temos esse suporte para isso” (ACS₁). O entrevistado GS₂ também relatou que o problema começa pela não compreensão da política ESF: “a grande dificuldade que a gente tem, e eu acho que é um problema a nível nacional, é que o brasileiro, a gente não é acostumada a fazer prevenção [...]. E muitas pessoas procuram ainda as unidades de saúde só para atendimento médico” (GS₂).

Esses relatos dos entrevistados ACS₁ e do GS₂ corroboram os resultados de Cabral et al. (2016), que apontam o desconhecimento da população sobre o funcionamento da política ESF, fazendo com que a política seja entendida de forma equivocada, gerando o descontentamento por parte da população.

Em Santos Dumont, além disso, a unidade onde ocorreram as entrevistas está localizada em um bairro com alta incidência de violência e criminalidade, o que contribui para o aumento da demanda por serviços de saúde. Embora, a relação com a população seja amigável, segundo relato dos atores, a violência e o tráfico de drogas tornam o trabalho dos ACS difícil de ser realizado, como relatou o entrevistado ACS₂:

Tem alguns lugares que a gente não consegue mesmo fazer as nossas visitas, em casas que a gente não consegue chegar. Às vezes porque não recebe a gente mesmo, tem gente que não gosta de receber visita. Às vezes porque ali a gente sabe que é uma casa difícil, é uma casa que às vezes tem um usuário de droga ou alguma coisa assim (ACS₂).

Apesar dessa situação, o entrevistado ACS₂ elogiou os usuários dos serviços de saúde da comunidade e explicou que a relação com a população, de modo geral, é tranquila, e que com o tempo se cria um laço de amizade entre a comunidade e os ACS.

Lotta (2012b) aborda sobre a importância da relação dos ACS com a população para a qualidade do serviço da ESF.

A relação com os usuários dos serviços de saúde também deve ser harmoniosa, sendo importante para garantir o ambiente de trabalho saudável, possibilitando que os municípios alcancem a eficácia e efetividade no fornecimento do serviço de saúde (ANTONELLO; PANTOJA, 2010; ALBUQUERQUE; MELO; ARAÚJO NETO, 2012). E o que se percebe nas entrevistas, é que, apesar de algumas limitações, como a presença de violência e a necessidade e dependência dos serviços de saúde pública, as equipes de saúde são bem acolhidas pelas comunidades, contribuindo com a criação do ambiente saudável.

4.3.3.3 A utilização dos recursos materiais e financeiros

Outra categoria identificada, importante para a execução das atividades de saúde, foi em relação aos recursos. A análise desta categoria permitiu verificar como é realizado o uso de recursos materiais e financeiros, assim como saber se tais insumos são suficientes ou não e também as suas origens.

Nas duas cidades, os gestores destacaram sobre a dependência das transferências intergovernamentais, uma vez que as arrecadações dos dois municípios não são suficientes para atender às demandas de seus habitantes, como se pode verificar na fala do gestor de Rio Novo: “Se não for as transferências cair de maneira regular, no dia correto e naquilo que em média é previsto, o município para, pode fechar as portas da prefeitura” (GS₁). Segundo Massardi e Abrantes (2015), muitos municípios mineiros são dependentes de transferências para executar suas atividades devido ao valor baixo das arrecadações.

Contudo, os gestores abordaram que o governo estadual de Minas Gerais não tem realizado os repasses e que isso compromete a execução dos serviços públicos, inclusive os de saúde: “o estado possui uma dívida só na saúde de 2 milhões de reais. Então assim, não paga nada. Então, estamos a 2 anos de gestão, se o município recebeu 150, no máximo 200 mil reais de recurso estadual, foi muito” (GS₁). O entrevistado GS₂ relatou sobre o destino do repasse caso o mesmo tivesse sido realizado:

O recurso se estivesse chegando da forma correta, para todo o nosso município, ele seria suficiente [...]. A gente não tem depósito a mais de 1 ano na conta específica da minha área que é a da saúde em casa [...]. Que é justamente o dinheiro que a gente usa para a compra de medicamento, uma reforma de

unidade, e para fazer a estruturação das unidades da saúde da família. Então, o estado hoje deve cerca de 7 milhões de reais para o município, só para a área da saúde (GS₂).

Com a inadimplência do estado mineiro em relação às transferências, as receitas dos municípios conseqüentemente diminuem, aumentando ainda mais a importância da busca pela eficiência na utilização dos recursos e na execução das atividades de saúde pública. A crise financeira do estado de Minas Gerais tem afetado as transferências para os municípios e os pagamentos dos servidores públicos desde 2016, comprometendo as atividades públicas em todo o estado (BARROS, 2018).

Segundo Lima (2007), a escassez de recursos pode contribuir para que haja conflito de interesses dos políticos, o que prejudica as políticas públicas e o bem-estar da sociedade. Para Marques e Mendes (2012), a distribuição de recursos do SUS é deficiente mesmo em condições normais. Nesse sentido, a crise financeira de Minas Gerais prejudica ainda mais a distribuição de recursos públicos.

Em relação aos recursos materiais, os entrevistados dos dois municípios abordaram que não é comum faltar algum insumo durante um período longo a ponto de prejudicar o serviço. E quando chega a faltar determinado insumo, como medicamentos e materiais para curativo, procura-se substituir por outro similar, conforme abordou o entrevistado M₂:

A parte do medicamento é que, hora ou outra falta, mas é igual eu falei, não é uma coisa assim que chega a interferir de forma intensa. [...]. Tem alguns medicamentos que a gente consegue substituir fácil, mas tem outros que são mais específicos [...]. Mas aí, os retornos da maioria das medicações não demoram (M₂).

Percebe-se, portanto, que quando determinado insumo chegava a faltar, os profissionais buscam por alternativas que, segundo os entrevistados, não comprometem a saúde dos pacientes. O esforço dos municípios em manter os insumos disponíveis para que os profissionais possam trabalhar é notável, permitindo o atendimento da cobertura das equipes. Viacava (2018) aborda que a cobertura do SUS tem sido aprimorada desde a sua implantação. Contudo, deve-se atentar à continuidade, à qualidade e também ao financiamento do serviço.

4.3.3.4 As condições da estrutura física para a prestação de serviços de saúde pública

Um fator importante que contribui para a eficiência e qualidade da prestação dos serviços está relacionado às condições da estrutura física dos estabelecimentos, assim como à disponibilidade das ferramentas e equipamentos utilizados nos serviços de saúde. Desse modo, buscou-se avaliar esse aspecto importante nos dois municípios.

De acordo com Ramos e Lima (2003), o acesso e o acolhimento na prestação de serviço de saúde são fundamentais para que se possa incidir sobre o estado de saúde das pessoas. Para isso, é necessário que, tanto a estrutura dos estabelecimentos, quanto os instrumentos utilizados, devem estar em condições aceitáveis para o serviço.

Segundo o entrevistado GS₁, o município de Rio Novo conta com uma estrutura física de qualidade, com equipamentos necessários para a execução das atividades de atenção básica:

“Nós temos aqui, todos os postos bem equipados. Quando assumimos a gestão, nós recebemos um recurso de 500 mil reais para aquisição de equipamentos. Então assim, o que faltava, a gente conseguiu comprar e deixar bem equipado, dentro das limitações do município. [...]. Nós temos aqui de espaço físico, 3 PSF, um pronto atendimento, um CAPS, uma farmácia de Minas (farmacinha municipal), nós temos funcionando no mesmo prédio do CAPS nós temos um laboratório para a fabricação de prótese dentária, também funcionando junto lá, nós temos o setor de epidemiologia do município, que faz o trabalho de combate à dengue, dentre outras situações. E a estrutura da Secretaria de Saúde em si (GS₁).

Percebe-se que o município de Rio Novo possui estrutura adequada para o fornecimento de serviços de atenção básica de saúde, o que é fundamental para a prevenção da saúde da população.

Em muitos municípios no Brasil, o acesso às unidades de saúde é desgastante, fazendo com que muitas pessoas não recebam o serviço de saúde desejável (RAMOS; LIMA, 2003). Em Rio Novo e em Santos Dumont, apesar de serem municípios pequenos e haver comunidades na zona rural, as pessoas possuem o acesso aos serviços de saúde. Aqueles que não conseguem se deslocar até as unidades recebem visitas constantes dos profissionais das equipes de saúde da família. O entrevistado E₁ explicou como é estrutura da unidade onde foram realizadas as entrevistas em Rio Novo e disse que a unidade possui uma estrutura muito boa, tendo capacidade para mais atendimentos:

Nós temos uma infraestrutura muito boa. Porque ele foi feito para receber muito mais do que funciona aqui. Ele tem uma ampla sala de odonto, que funciona, ele tem uma sala muito boa de ginecologia, que hoje só é usada para fazer preventivo, porque o ginecologista da cidade não trabalha aqui (E₁).

Nota-se que, em termos de estrutura física, esta unidade em Rio Novo está preparada para um possível aumento de demanda, como a ampliação ou criação de um bairro, o que é importante para que o município mantenha o alto desempenho na saúde.

Já o entrevistado ACS₁, que atende pessoas na zona rural do município de Rio Novo, comentou sobre as dificuldades de realizar as visitas devido à distância: “às vezes eu não consigo efetuar 100% das visitas em função da indisponibilidade de carros de transporte” (ACS₁). Além da distância, tem ainda a questão do clima que torna o trabalho na zona rural desgastante. Nesse sentido, nota-se a necessidade de uma solução para melhorar os resultados dos serviços em comunidades de zona rural.

Em Santos Dumont, segundo os entrevistados, os estabelecimentos também possuem estrutura de qualidade, permitindo atender à demanda dos serviços de atenção básica. O entrevistado GS₂ explicou como é a estrutura dos estabelecimentos de saúde:

A gente tem 8 unidades urbanas. Das 8 unidades urbanas, 4 são do município e essas quatro unidades do município realmente são unidades de saúde. Elas foram construídas com dinheiro do Governo Federal, então elas têm estrutura padrão do Ministério da Saúde. As outras quatro não. São casas alugadas. Então, são espaços adaptados que não estão de acordo com aquilo que deveria ser. Então, são espaços pequenos, consultórios pequenos, tem pouco espaço para a população ser atendida da forma correta, porque são imóveis alugados. Na zona rural, a gente tem, das 5 equipes, a gente tem 2 equipes que têm unidades também da prefeitura, que são espaços específicos, as outras 3 também são espaços alugados, pequenos e adaptados (GS₂).

Apesar das casas adaptadas, esses estabelecimentos atendem às necessidades da população, segundo o entrevistado GS₂. A unidade onde foram realizadas as entrevistas com o médico, enfermeira e a ACS em Santos Dumont é um dos estabelecimentos que possuem estrutura padrão do Ministério da Saúde. Essa unidade está localizada em terreno elevado da comunidade, o que pode dificultar o acesso de usuários que moram em casas abaixo de sua localização.

No entanto, o bairro todo é situado em terreno elevado, e a unidade se encontra na parte central do bairro, de modo a atender a comunidade buscando a equidade, conforme abordou o entrevistado M₂:

Uma questão que eles costumam reclamar é o local, por ser no alto do morro. Tem pacientes obesos e tudo, às vezes se queixam. Mas assim, não é uma queixa tão comum [...]. É um posto muito bom, [...] tem dois consultórios [...]. Tem sala de vacina, tudo separado. Tem unidades que você tem que levar a caixa. Aqui tem tudo direitinho (E2).

Assim como em Rio Novo, percebe-se que a unidade básica em Santos Dumont também possui uma estrutura física capaz de atender às necessidades básicas de saúde da população, garantindo promoção da saúde por meio da prevenção.

Em relação aos equipamentos e ferramentas utilizados no setor de saúde, como não existem serviços públicos de atenção secundária e terciária dentro dos dois municípios, os equipamentos e ferramentas necessários são mais simples, como abordou o entrevistado E₁: “o PSF não demanda de muitos equipamentos [...]. O que a gente precisa de trabalhar é balança, balança infantil, o sonar para escutar o bebê. Essas coisas funcionam muito bem” (E₁).

Nesse sentido, a manutenção desses equipamentos não possui custo tão alto quanto os equipamentos de maior complexidade. Em Santos Dumont, o entrevistado M₂ explicou que o controle desses equipamentos é realizado a fim de garantir as atividades da unidade: “Os equipamentos que a gente tem aqui, a gente sempre está avaliando o funcionamento, sempre monitorando, para ver se tem nenhum com defeito. Quando tem, a gente solicita a substituição” (M₂).

Dessa forma, nota-se que o fato dos equipamentos e ferramentas serem simples contribui para o baixo custo de manutenção, permitindo que os profissionais não fiquem sem esses instrumentos de trabalho.

De modo geral, percebe-se que os dois municípios possuem infraestrutura adequada para o atendimento da atenção básica e quando surge algum problema, se busca solucioná-lo o mais rápido possível. Apesar das limitações para os serviços especializados, necessitando da parceria de outros municípios por meio do consórcio, os municípios disponibilizam transporte para que os pacientes possam receber o tratamento em Juiz de Fora. Esse tipo de parceria é utilizado principalmente por municípios que não possuem condições financeiras e demanda suficiente para manter uma estrutura hospitalar

(LIMA, 2000). Desse modo, por meio dos consórcios, os municípios conseguem oferecer o serviço de saúde sem comprometer as contas públicas.

4.3.3.5 Procedimentos administrativos e burocracia

Um problema do modelo burocrático está ligado às disfunções burocráticas geradas pelos envolvidos no processo administrativo, tornando a administração pública lenta devido à rigidez do processo (OSBORN; GAEBLER, 1995; BRESSER-PEREIRA, 2010). Nesse sentido, buscou-se avaliar a existência de protocolos e procedimentos burocráticos que poderiam comprometer a eficiência do serviço de saúde.

Os entrevistados abordaram que as atividades executadas são relatadas no sistema do governo federal denominado de e-SUS, com a finalidade de alimentar o banco de dados do SUS. Segundo o entrevistado M₂, o sistema é fundamental para dar suporte nas decisões políticas e administrativas no setor de saúde: “ele é importante em termo de estatística, de gestão de recurso [...], num contexto total, ele me ajuda, mas de forma direta, se interfere no meu serviço, não tem interferência grande assim não” (M₂). O sistema de gestão possibilita a realização de análises estatísticas por meio dos dados inseridos pelos profissionais de saúde, auxiliando na avaliação de políticas públicas.

Em Rio Novo, o entrevistado GS₁ abordou sobre a necessidade de melhorar o acesso à informação no sistema, cruzando as informações de saúde dentro do município, tornando o sistema realmente integrado com as demais subáreas dentro do setor de saúde: “se o paciente for consultar na urgência e emergência, o médico pode puxar o prontuário dele e vai ver que ele não precisa de fazer um pedido de raio X, porque já tem na secretaria o pedido de raio X. As receitas já sairiam todas padronizadas” (GS₁). Nesse sentido, os procedimentos de saúde poderiam ser agilizados, melhorando a eficiência dos atendimentos.

Em Santos Dumont, o entrevistado GS₂ falou sobre a inexistência do prontuário eletrônico no município, o que poderia contribuir para a melhoria do desempenho e resultados na saúde: “Já chegaram alguns computadores, a gente já conseguiu pleitear e já chegou um computador para cada unidade. Ainda está faltando só uma autorização do ministério para a gente distribuir, para a gente conseguir informatizar a rede” (GS₂). A importância da informatização permite maior agilidade nos serviços, dessa forma, o prontuário eletrônico iria contribuir para a melhoria do desempenho do município, conforme aborda Gonçalves et al. (2013).

Já o entrevistado ACS₁ abordou sobre a necessidade da utilização de tablets para o registro de dados dos usuários durante as visitas em Rio Novo para melhorar o serviço: “se a gente fosse nas casas já com o tablet não precisaria da gente fazer o papel, a pessoa assinar, chegar aqui e digitar tudo de novo e o outro ter que mandar o trabalho” (ACS₁). A utilização dessa tecnologia contribui na economia de papéis e na otimização do tempo. O preenchimento pode ser realizado off-line, o que não compromete a visita em locais sem acesso à internet e transferido posteriormente para o Ministério da Saúde.

Os entrevistados não apontaram algum procedimento que poderia prejudicar suas atividades. Contudo, nota-se a necessidade do avanço do serviço em relação à tecnologia, buscando alcançar melhores resultados.

4.3.3.6 Políticas públicas e a influência dos políticos locais

Outra categoria que se buscou analisar nas entrevistas está relacionada com as políticas públicas de saúde e o jogo político dentro dos municípios. Nesse sentido, avaliou-se as políticas no intuito compreender se seus resultados estão sendo alcançados.

A análise de políticas parte da necessidade de se resolver ou evitar algum problema (DYE, 2013). Para isso, antes é necessário que seja feita a identificação desse problema, para que se busque por soluções (SUBIRATS, 2006). Dessa forma, foram implementadas políticas voltadas para a saúde da família no Brasil, em que se identificaram carências na sociedade que necessitavam de ações.

Dentre essas políticas, está a ESF, que possui papel fundamental na promoção e prevenção da saúde. Desse modo, em relação à análise das políticas de saúde, os entrevistados dos dois municípios relataram que muitas das políticas são bem elaboradas, como é o caso da ESF. Segundo o entrevistado E₁, o maior problema está nos implementadores: “O que está no papel funciona, só que nós temos hoje pouquíssimos profissionais dedicados a fazer o que está no papel, que você é pago para fazer” (E₁). Segundo Lipsky (2010), a discricionariedade dos implementadores que estão mais próximos da população pode comprometer a viabilidade da política.

Percebe-se ainda, que a evolução das cidades tem afetado a saúde da população. O entrevistado ACS₁ comentou sobre o fato de as pessoas estarem contraindo doenças que antes não eram comuns, o que torna o trabalho da ESF complexo, havendo a necessidade de buscar preparação e revisão da política para enfrentar tais situações: “hoje em dia a gente vê que está vivendo um caos de depressão, de uso de medicamentos excessivos, então acontece que a demanda é maior que o posto consegue ofertar” (ACS₁).

O aumento da concorrência no mercado, juntamente com o aumento descontrolado do meio urbano e diversos outros aspectos do século XXI, têm contribuído com o aumento desse tipo de problema mencionado pelo entrevistado ACS₁.

Em Santos Dumont, o entrevistado M₂ comentou sobre as melhorias identificadas após a construção da unidade de saúde na comunidade: “a gente mandava às vezes três, quatro vezes na semana, paciente para o hospital por crise hipertensiva que não respondia ao tratamento. Hoje, se a gente chama uma ou duas vezes no mês é muito” (M₂). Uma das funções da ESF é controlar doenças como hipertensão, diabetes, além de acompanhar as gestantes. Segundo Mendonça et al. (2012) e Gonçalves et al. (2012), o trabalho preventivo da atenção básica permite reduzir o número de internações em hospitais.

Embora algumas políticas sejam bem elaboradas, os entrevistados concordam que existem políticas que necessitam de adaptações para a realidade dos municípios, conforme abordou o GS₂: “chega para mim uma demanda na unidade, mas aí a gente tenta adaptar aquilo para aquela realidade, mas aí eu faço dentro daquilo que eu acho que é certo, e aí outro enfermeiro faz de outro jeito dentro daquilo que ele acha que é certo” (GS₂). Dessa forma, o gestor explicou que está buscando a padronização nos procedimentos administrativos entre os profissionais de saúde do município com o intuito de melhorar o desempenho.

O entrevistado E₁ comentou sobre a complexidade das políticas de saúde e da necessidade de adaptações: “normalmente o que sai de lá, não é o que precisa aqui e o que precisa aqui, não é o que vai precisar nas cidades” (E₁). Nesse sentido, os atores buscam incrementar as políticas por meio da discricionariedade visando o bem-estar da sociedade, como relatou o entrevistado M₂:

Na maioria das vezes, eles colocam para a gente um programa engessado. [...] a gente tem sim, uma autonomia, não fugir, atender fora do programa, porque não é o intuito. [...] por exemplo, [...] no pré-natal, pelo sistema você tem que pedir isso, isso e isso de exame. Eu sempre abro um pouquinho, e coloco, assim, o mais completo que eu sei que eu posso oferecer para o paciente. Né, porque tem alguns exames, tem algumas coisas que a gente sabe que o SUS não libera. Então assim, a gente tem algumas limitações nesse ponto, mas assim, eu sempre tento fazer essas adaptações para gente tentar aumentar a qualidade do atendimento que a gente está prestando para a população (M₂).

Embora haja a discricionariedade, os atores comentaram que os atos são realizados com certas limitações e que a proposta da política não é comprometida. Contudo, deve

haver uma preocupação com tais atitudes, pois a discricionariedade pode ser resultado de políticas que não estão totalmente adequadas para aquela situação (LIPSKY, 2010).

Além disso, identificou-se a existência de duplicidade de políticas federais e estaduais, comprometendo o desempenho dos serviços de saúde, como relatou o entrevistado E₁: “houve um tempo que a gente tinha que dar notícias dessas gestantes para o governo através do Mães de Minas e para Rede Cegonha através do governo federal”. Neste caso, tanto o programa estadual, extinto após a mudança do mandato do governo estadual, como a política federal tinham a finalidade de promover a saúde da gestante e seu bebê. Na época, o governo de Minas Gerais e o governo federal eram de partidos distintos.

Durante as entrevistas, foi possível perceber o jogo político existente nos municípios, conforme abordou o entrevistado E₁: “Já vi inclusive pessoas da família do atual prefeito vir alegar que nós deveríamos fazer o serviço de forma diferente por ser para elas” (E₁). Atitudes como essas prejudicam a prestação de serviço de saúde, lesando a população e comprometendo o bem-estar social.

Vários elementos podem influenciar uma decisão durante o processo político, dentre eles está o interesse político (SUBIRATS, 2006; CAPELLA, 2006; KINGDON, 2014). O gestor de Santos Dumont comentou sobre o jogo de interesses dos políticos locais e relatou que essas atitudes são prejudiciais para a garantia da equidade dos serviços de saúde pública:

Todo dia, toda hora. Vereadores né, diariamente aqui, vem junto com o paciente, para sentar aqui igual vocês estão sentados, para pedir, às vezes uma coisa boba, está aqui já está na fila esperando um eletrocardiograma, que não tem nem fila no município, mas é só para trazer aquele eleitor dele para mostrar ele que está interessado em cuidar daquilo para o eleitor dele. Isso daí é constante, não só presencial, mas através de telefonemas. E a gente acaba ficando um pouco refém dessa situação. E muitas pessoas que estão na fila precisando mais, às vezes acabam perdendo alguma consulta mais específica, porque a gente aí vai ter que dar prioridade para um ou outro político do município (GS₂).

Esse tipo de atitude compromete a qualidade do serviço público de saúde, distorcendo o objetivo da política pública, além de prejudicar a população que realmente necessita. A falta de fiscalização e punição contribuem para que tais atitudes continuem sendo exercidas por políticos.

4.3.3.7 A importância das redes de cooperação municipal para os serviços de saúde

Uma categoria essencial para a garantia da prestação do serviço de saúde para os dois municípios está relacionada ao consórcio realizado com a ACISPES, em Juiz de Fora. Os consórcios intermunicipais de saúde buscam a garantia do bem-estar da sociedade por meio de redes entre municípios (LIMA, 2000). Segundo Freitas e Oliveira (2015), os consórcios intermunicipais de saúde são um meio eficiente das pequenas cidades conseguirem fornecer os serviços de saúde para a população, além de racionalizar os gastos públicos.

O entrevistado GS₁ comentou sobre a importância do consórcio intermunicipal de saúde para a garantia da prestação dos serviços especializados de saúde pública para a população: “eu acredito que seja um apoio e uma salvação, [...], eu não consigo ter dentro de Rio Novo um endócrino, eu não consigo ter em Rio Novo um técnico de raio X para ficar 24 horas, eu não consigo ter em Rio Novo uma ressonância num custo mais baixo” (GS₁). Dessa forma, o município paga o consórcio para que seus habitantes possam receber o tratamento.

O entrevistado GS₂ também relatou sobre a necessidade de o município participar do consórcio: “São serviços mais específicos que a gente não tem condições, fica muito caro manter e a nossa demanda é muito pequena” (GS₂). Os principais motivos dos municípios se associarem a algum consórcio é a baixa demanda pelo serviço e a redução dos gastos.

Como os dois municípios são considerados de pequeno porte, não havendo demanda suficiente para justificar a existência de serviços públicos de saúde especializados, então o fornecimento desses serviços é realizado por meio da ACISPES, que é um consórcio intermunicipal de saúde localizado na cidade de Juiz de Fora. Desse modo, os municípios oferecem os serviços de atenção secundária e terciária, sem comprometer as despesas públicas.

Embora o consórcio seja um meio de fornecer serviços especializados aos municípios e racionalizar suas despesas, existem reclamações por parte da população relacionado ao deslocamento, conforme relatou o entrevistado ACS₂: “população reclama muito que está demorando sair um exame ou uma coisa assim, [...]. Às vezes tem que se locomover, [...]. Aí eles têm que estar indo para outros lugares como Juiz de Fora” (ACS₂). Apesar da racionalização dos gastos, percebe-se que o fato de ter que se deslocar para outra cidade é desgastante para os usuários.

Um dos problemas dos serviços realizados por meio de consórcios intermunicipais de saúde é o desconforto para a população em termos de deslocamento, que depende de transporte da prefeitura para levar o paciente até à sede do consórcio, além da demora para retornar à cidade em que o paciente reside devido ao atendimento de outros pacientes que também utilizaram o transporte público. De acordo com o estudo de Freitas e Oliveira (2015), os consórcios da Zona da Mata de Minas Gerais possuem várias limitações, como a ausência de especialidades e problemas de gestão.

De modo geral, pode-se perceber que os consórcios intermunicipais de saúde possuem pontos positivos, que possibilitavam o oferecimento do serviço sem prejudicar as finanças públicas do município e pontos negativos relacionados ao desconforto de deslocamento. Contudo, os gestores de saúde devem pensar nas limitações dos municípios e fazer a escolha que atenda aos interesses do público-alvo.

4.3.3.8 O papel dos mecanismos de controle nos serviços de saúde

Uma das funções da administração capaz de contribuir para a qualidade e desempenho dos serviços administrativos, está relacionada ao controle. Desse modo, buscou-se avaliar as ações dos mecanismos de controle na prestação dos serviços de saúde.

O controle é fundamental para garantir o funcionamento do processo conforme o estabelecido (ARANTES et al., 2010). Segundo os entrevistados, a relação entre o setor de saúde e os envolvidos com os mecanismos de controles, tanto interno, quanto externo, deve ser coerente e transparente.

Dentre os órgãos de controle na saúde está o Ministério Público. Segundo os gestores, a relação com este órgão é muito importante para manter a qualidade dos serviços de saúde. O entrevistado GS₁ comentou sobre o papel do Ministério Público como meio de comunicação entre sociedade e prefeitura: “nós temos o Ministério Público, que é a grande fonte de reclamação. Quando é uma coisa mais séria, a pessoa vai direto lá” (GS₁). Nota-se a importância desse órgão de controle, contribuindo para a fiscalização e garantia da qualidade dos serviços de saúde.

Em Santos Dumont, o gestor também comentou sobre a atuação do Ministério Público: “Não, na verdade eles não ficam em cima da gente né, [...]. Eles querem saber se as metas estão sendo atingidas” (GS₂). Para o gestor, este órgão é rigoroso em relação às metas e se caso não forem atingidas, são tomadas as providências, como relatado pelo entrevistado: “se eu tiver atingido aquela meta eles não fazem absolutamente nada, agora

se sistematicamente eu não atingir a meta, o que eles vão fazer é cortar a verba, o repasse financeiro, é basicamente isso que o governo Federal tem feito” (GS₂). Percebe-se que o atingimento das metas e resultados do setor de saúde são elementos fundamentais na avaliação do Ministério Público, visando a qualidade na saúde pública.

Contudo, nem sempre as informações levadas aos mecanismos de controles são verdadeiras, seja por desconhecimento do procedimento administrativo ou jogo político da oposição e isso prejudica o andamento das atividades administrativas no setor de saúde. O entrevistado GS₁ comentou sobre alguns problemas com o Ministério Público que já aconteceram:

Então, você está aqui, você está trabalhando, aí vem, 10 ofícios do Ministério Público de denúncias anônimas, te pedindo informação, então obviamente, isso tudo causa o que? Causa um transtorno, porque aí eu tenho que parar minha estrutura, tenho que tirar xerox, tenho que mandar cópia, para muitas das vezes não ter nenhum fato errado, mas ele está cumprindo o papel que é o dele (GS₁).

Nesse sentido, deve-se haver uma preocupação por parte do Ministério Público em avaliar também a origem dessas denúncias, a fim de não prejudicar o andamento dos serviços dos municípios por denúncias equivocadas. Contudo, ressalta-se a importância do papel do controle a fim de garantir a ordem e a transparência do setor público.

Outro órgão de controle presente no setor de saúde é o Conselho Municipal de Saúde, que tem a função de contribuir na formulação e fiscalização de políticas públicas (OLIVEIRA; IANNI; DALLARI, 2013). Segundo os entrevistados, a relação com os conselhos das duas cidades é de parceria. Contudo, assim como mencionado sobre o Ministério Público, também acontecem reclamações indevidas feitas no conselho, prejudicando o desempenho do serviço de saúde, como relatou o entrevistado M₂:

Tem casos que acabam até complicando, mas assim, no geral, eles não interferem muito não. Tiveram alguns probleminhas que a gente teve, mas assim, por uso incorreto do conselho né. Os usuários procuraram de forma indevida, tanto que a gente teve que levar as documentações, mas estava tudo documentado, tudo certinho. [...]. No geral, eles auxiliam a gente a chegar a algumas demandas que às vezes não foram passadas para a gente (M₂).

Nota-se que os problemas relatados pelo médico de Santos Dumont são esporádicos e que os conselhos municipais de saúde são importantes na fiscalização dos serviços, contribuindo para qualidade na saúde.

Embora o papel desses mecanismos seja importante para a garantia dos serviços administrativos conforme os padrões desejáveis, foi possível verificar que as ações desses mecanismos na área da saúde dos municípios em estudo são poucos perceptíveis para alguns atores entrevistados, como comentou o entrevistado E₁, em Rio Novo, ao ser questionado sobre a atuação do conselho na unidade: “Do conselho? Não tem atuação. Principalmente, posso falar isso porque sequer conheço as pessoas do conselho. Se tivesse pelo menos teria algum contato, mas não vejo atuação nenhuma” (E₁). No entanto, o entrevistado ACS₁, que trabalha na mesma unidade do entrevistado E₁, disse que era um dos conselheiros.

Percebe-se, portanto, que a falta de comunicação por parte do conselho de saúde compromete a finalidade da existência do conselho nos municípios. Quando perguntado sobre haver interferência em suas atividades por parte do conselho, ou outros mecanismos de controle, a ACS₁ explicou:

Os vereadores do município não têm muita participação, aliás praticamente nenhuma, de virem aqui, a não ser como cidadãos mesmos, usuários do SUS, mas fora isso, não, de maneira nenhuma e o conselho muito menos. Assim, eu faço parte do conselho, este ano [2018] até que não está funcionando muito, mas inclusive fui eu que formulei o programa de saúde do ano passado e não, acho que até pelo contrário, se o conselho funcionasse muito bem, até poderia ajudar, é um suporte (ACS₁).

Percebe-se que o conselho municipal de saúde de Rio Novo necessita de mudanças para que suas ações sejam efetivas. Contudo, nota-se a falta de interesse político, dos conselheiros e também da população, havendo uma baixa participação social.

Oliveira, Ianni e Dallari (2013) relatam sobre a falta de interesse de conselheiros de saúde durante as reuniões do Conselho Municipal de Saúde, havendo ausência de alguns conselheiros, além de conversas paralelas, resultando numa participação social fragilizada e com pouca efetividade. Em muitos municípios brasileiros, a existência de conselhos municipais é apenas para cumprimento de metas e para garantir financiamento em determinada área, o que compromete o desempenho e qualidade dos setores.

4.3.3.9 Desempenho e Resultados

Por fim, avaliou-se a busca por melhores desempenhos na saúde e os resultados alcançados dos municípios. Nesse sentido, é importante ressaltar que a busca pela eficiência deve ser feita sempre visando o alcance dos resultados, garantindo a qualidade da prestação do serviço público e o bem-estar da sociedade (FOX, 2002).

O processo de avaliação é fundamental para saber se as políticas estão atendendo seus propósitos, além de propor mudanças e ajustes para sua melhoria (IMAS; RIST, 2009). Dessa forma, questionou-se sobre a quantidade de funcionários ser suficiente ou não para atender às demandas nos municípios e sobre o cumprimento de metas do setor de saúde pública.

Para o entrevistado GS₁, embora os serviços fossem realizados, a quantidade de funcionários no setor de saúde do município ainda não é satisfatória, chegando a sobrecarregar alguns funcionários, conforme abordou na entrevista: “Não atende, a nossa realidade não atende à demanda. [...]. Rodamos o serviço, mas preciso de mais, mas dentro da realidade financeira do município é o que o município pode ter” (GS₁). O entrevistado ainda comentou o fato de Rio Novo possuir quase 10 mil habitantes e receber a mesma quantidade de FPM que outros municípios menores, tornando a gestão do município mais complexa devido ao fato de possuir maior demanda.

Nesse sentido, o gestor explicou que, se caso o município aumentasse seus gastos, poderia ultrapassar o limite da responsabilidade fiscal e por isso era complexo aumentar o número de funcionários: “hoje a Prefeitura de Rio Novo necessita de reposição, mas o gestor que fizesse as reposições, estará também assinando sua própria sentença de processo” (GS₁). Segundo Araújo, Santos Filho e Gomes (2015), com a implantação da lei de responsabilidade fiscal, os municípios tiveram que se adaptar aos limites estabelecidos e realizarem ajustes na gestão fiscal e financeira com o intuito de garantir a qualidade dos gastos.

Ainda em Rio Novo, o entrevistado ACS₁ argumentou que o número de funcionários estava de acordo com o padrão proposto pela política ESF e que para aumentar a quantidade de suas visitas, especificamente por ser zona rural, é necessário investimento no deslocamento dos ACS durante às visitas domiciliares: “no meu caso que sou zona rural então, às vezes eu não consigo efetuar 100% das visitas em função da indisponibilidade de carros de transporte” (ACS₁). Nota-se que a falta de transporte pode prejudicar o desempenho de ACS que trabalham em zona rural e localidades distantes.

O entrevistado E₁ abordou sobre alguns problemas relacionados aos serviços de saúde da unidade básica de saúde e disse que tais problemas não são gerados por falta de funcionários, uma vez que a quantidade é suficiente: “Aqui no PSF é suficiente. A demanda não é atendida por falha de recursos humanos, em números, é muito suficiente” (E₁). Segundo o entrevistado E₁, poucos profissionais estão dedicados a seguir a política e, por isso, existem dificuldades em atender à demanda. Nesse sentido, torna-se importante o processo de avaliação, com o intuito de fiscalizar os serviços de saúde.

O entrevistado E₁ ainda abordou sobre o cumprimento de metas da unidade, indicando as limitações para o atingimento destas:

Normalmente elas são cumpridas. No sufoco, mas sim. Normalmente as metas são vacinação, que é muito importante, o governo cobra muito e as dificuldades são de recursos humanos e da população também, que hoje tem muita gente que não aceita, ou que não vai na unidade de saúde, então a prefeitura acaba gastando um pouco mais deslocando agente [ACS] para procurar essas crianças, mas no fim acaba sendo feito (E1).

Percebe-se, portanto, que embora o município de Rio Novo possua recursos humanos e financeiros limitados, conforme abordaram os entrevistados, o setor de saúde consegue atingir as metas e atender às necessidades da população, dentro da realidade do município. Tal situação justifica sua posição no ranking de eficiência deste estudo, uma vez que o modelo utilizado considera o máximo de outputs alcançados com uma determinada quantidade de inputs (FOX, 2002).

Em relação ao município de Santos Dumont, o entrevistado GS₂ indicou que quando assumiu o cargo haviam alguns problemas de eficácia do serviço de saúde e explicou ter realizado alguns remanejamentos com médicos, enfermeiros e técnicos para solucioná-los. O entrevistado GS₂ ainda relatou que esses problemas causaram dificuldades no cumprimento de metas e que isso gerou consequências para o setor de saúde do município: “Com isso, a gente acabou perdendo credenciamento de três equipes da saúde da família. Então para o ministério hoje, ele só faz incentivo financeiro para 10, as outras três equipes quem está mantendo é a prefeitura” (GS₂). No total, o município de Santos Dumont possui 13 unidades básicas de saúde.

Além de perder o credenciamento de algumas unidades de saúde, a situação do município de Santos Dumont piorou com a crise financeira em Minas Gerais, que decretou estado de calamidade pública em 2016, não realizando as transferências

estaduais para o município (BARROS, 2018; SECRETARIA DE ESTADO DE FAZENDA DE MINAS GERAIS, 2018). Nesse sentido, foi necessário realizar mudanças no município. Depois que essas mudanças foram realizadas, o gestor observou algumas melhorias em relação ao atingimento de metas do setor de saúde, conforme relatou:

Melhorou muito, essa relação melhorou bastante, no início foi um pouco complicado né, porque a gente chega já passando novas ordens, mas eu mostrei para eles que na verdade eu não quero obrigar ninguém a fazer nada além daquilo que eles foram contratados. Então eu peguei o contrato de cada um, e lá tem as especificações de todas as funções que tem que ser desenvolvidas. Eu só quero que eles desenvolvam aquilo que está no papel que foi assinado, e que foi contratado e eles viram no dia do contrato. E eu só continuo tendo problema em uma equipe nesse sentido, mas para vocês terem uma ideia, o primeiro quadrimestre deste ano, quando eu não estava na gestão ainda, estava só na unidade de saúde, [...], em educação e saúde, [...] todas as 13 unidades desenvolveram 12 ações em saúde, [...], não deu nem uma ação por unidade. Aí agora que eu assumi [...], segundo quadrimestre, a gente bateu meta de 254 ações. [...]. Estamos longe do ideal, mas a gente está aos poucos conseguindo essas mudanças (GS₂).

Nota-se que o não cumprimento das metas de saúde foram um dos principais motivos da baixa eficiência de Santos Dumont, levando o município a perder parte do financiamento para a saúde.

Na unidade básica onde as demais entrevistas foram realizadas, foi relatado pelos entrevistados que a unidade alcançou as metas estabelecidas para o setor de saúde. O entrevistado E₂ abordou sobre a importância da eficácia do serviço de saúde para a comunidade dessa unidade: “é uma população mais carente. [...] a gente tenta ao máximo porque o pessoal precisa bastante” (E₂). Desse modo, pode-se notar que o atingimento dos resultados é essencial para a comunidade devido à dependência dos serviços de saúde pública que a população possui.

Além disso, o entrevistado E₂ ainda relatou sobre a importância para o município em atingir as metas estabelecidas: “Hoje em dia, a questão do número é muito importante, porque é onde vem a verba. Você tem que ver a sua produção. É uma coisa assim que a gente tem que se policiar, porque se a gente não cumprir meta, aí não vem a verba” (E₂). Percebe-se que o financiamento do serviço de saúde está relacionado à eficácia da prestação deste serviço, motivando os municípios a buscarem por melhores resultados.

O entrevistado ACS₂ também comentou sobre o atingimento de metas da unidade e o que é feito para o atingimento dos resultados: “então a gente tem que ir atrás das vacinas, olhar cartão de vacina de criança que está atrasado. A mãe não traz, a gente vai atrás e vamos fazer, vamos vacinar, tem que vacinar. A gente consegue” (ACS₂). Esse problema pode ser causado por vários fatores como a falta de interesse da população, falta de instrução e falha na comunicação sobre as campanhas de vacinas, o que prejudica a eficiência do município.

Da mesma forma, o entrevistado M₂ relatou que as metas da unidade estão sendo atingidas e que os usuários do posto de saúde estão recebendo o atendimento médico: “no geral, sobra ficha todos os dias, principalmente porque são dois médicos atendendo” (M₂). As fichas são distribuídas para os usuários antes do atendimento e seu objetivo é estabelecer ordem nos horários para que os atendimentos não ultrapassem o limite do turno.

Em Santos Dumont, os entrevistados ainda abordaram sobre a quantidade de funcionários ser suficiente ou não para a execução das atividades do setor. Segundo o entrevistado GS₂, o número de funcionários é capaz de atender às necessidades da população. Contudo, o município ainda necessita da contratação de alguns profissionais para desempenharem algumas tarefas: “Eu creio que dentro das equipes de saúde da família sim, né a quantidade de médicos, enfermeiros, técnicos e agente. Eu acho que falta para os PSF é um agente administrativo, alguém que ficaria no balcão” (GS₂). O entrevistado ainda relatou sobre a necessidade de um funcionário de limpeza e serviços gerais na secretaria de saúde.

O entrevistado E₂ também afirmou que a quantidade de funcionários é suficiente para atender à população, mas destacou sobre a importância do Programa Mais Médicos para a eficácia da unidade: “agora dá, agora a nossa médica chegou. Mais uma, para não ficar com um só, porque tem muito trabalho” (E₂). A médica que o entrevistado E₂ se referiu começou a trabalhar na unidade por meio do Programa Mais Médicos no mesmo dia em que foram realizadas as entrevistas. O município havia perdido um dos médicos devido ao atrito político entre o governo federal brasileiro e Cuba, sobrecarregando o atendimento do médico da unidade desde então.

Os entrevistados ainda abordaram sobre a possibilidade de aumentar a demanda pelos serviços de saúde. O entrevistado ACS₂ argumentou que com a quantidade de funcionários que a unidade possui é possível atender à demanda, contudo não se sabe como seria a situação se aumentasse o número de atendimentos, conforme relatado:

“Atende bem. Agora a gente está vendo que tem algumas ruas que estão crescendo, aí a gente vê até uma possibilidade de poder vir mais pessoas para está dividindo tudo para a gente poder dar conta, mas atende bem” (ACS₂). Dessa forma, nota-se uma preocupação por parte dos profissionais em relação a esta situação de aumento da demanda.

De modo geral, percebe-se que os problemas no setor de saúde do município de Santos Dumont relatados pelo entrevistado GS₂ foram fundamentais para sua posição no ranking de eficiência realizado neste estudo. Desse modo, o município de Santos Dumont tem a possibilidade de aumentar o número de serviços prestados na área da saúde devido à quantidade de insumos existentes, conforme sugerem os estudos de Santos, Gonçalves e Ferreira (2014).

5 CONCLUSÕES

Este estudo teve como objetivo geral realizar uma avaliação da gestão dos recursos públicos na área da saúde, de forma a compreender o desempenho do serviço de saúde pública dos municípios mineiros, por meio da análise de eficiência e da eficácia.

Municípios vizinhos possuem desempenhos semelhantes, além de serem influenciados pelas mesorregiões, o que leva à contribuição de discussões realizadas em outras pesquisas sobre as disparidades regionais no estado de Minas Gerais, que buscam soluções para tais problemas, sendo um dos motivos da criação da Declaração de Alma-Ata.

Considera-se a utilização do IFDM como variável não-discrecional importante por considerar um conjunto de dimensões que influenciam na saúde e que não é possível o gestor de saúde controlá-las, pois essa variável depende de fatores externos, como educação, emprego e renda, além da própria saúde. Além disso, a distinção das DMUs na fronteira de eficiência é importante para identificar os municípios com as piores práticas em relação ao uso dos recursos.

Em relação aos municípios de baixa eficiência, é importante expandir o número de serviços de saúde pública devido à quantidade de gastos realizados e também diante dos resultados obtidos pelos outros municípios.

Faz-se necessário melhorar as condições sociais e econômicas de regiões mais carentes, como o Jequitinhonha, para aprimorar o desempenho dos serviços públicos de saúde. Nesse ponto, é essencial a promoção de emprego e renda, além de proporcionar acesso à educação, de modo que haja mão de obra qualificada nessas regiões, inclusive

para profissionais de saúde para que, assim, se possa haver condições de trabalhar com eficiência.

A arrecadação própria de cada município é fundamental para a melhoria do desempenho na saúde. Desse modo, é essencial que os municípios aumentem o esforço arrecadatório, a fim de melhorar suas receitas e reduzir a dependência existente pelas transferências intergovernamentais, ainda mais pelo fato da crise financeira do estado de Minas Gerais afetar a efetivação desses repasses.

Foi possível verificar que elementos externos exercem pouca influência na eficiência da saúde, tornando a gestão seu principal elemento condicionante. Desse modo, a busca por elementos subjetivos durante o aprofundamento da pesquisa na tentativa de compreender a gestão da saúde nos municípios fez elucidar algumas questões sobre os resultados da análise de eficiência, como o fato de os municípios estarem em determinada posição do ranking.

Em relação a Rio Novo, percebe-se que o município possui poucos recursos financeiros e humanos disponíveis, mas consegue alcançar os resultados. O máximo de aproveitamento desses recursos é essencial para alcançar a alta eficiência. Este município possui um ambiente de trabalho controlado a mais tempo, comparado a Santos Dumont, que passa por uma reformulação do setor após a chegada do gestor de saúde, o que contribui para a alta eficiência de Rio Novo. Considera-se ainda, o fato do município de Rio Novo possuir menor complexidade se comparado à Santos Dumont, o que contribui com seu desempenho eficiente.

Em Santos Dumont, identificou um problema relacionado à liderança, em que vários funcionários não estavam exercendo suas funções conforme estabelecidas no contrato. O não cumprimento de metas resultou na baixa eficiência e ineficácia dos serviços de saúde, além do descredenciamento de unidades do município, prejudicando o financiamento do setor. Desse modo, foi necessário a mudança de gestor na atenção básica de saúde do município com a finalidade de melhorar os indicadores de saúde.

Além disso, o município de Santos Dumont possui algumas áreas com problemas de violência e tráfico de drogas, o que dificulta o trabalho de visitas das equipes de saúde, principalmente dos ACS, prejudicando a coleta de informações sobre as comunidades e o alcance de melhores desempenhos.

A parceria entre os municípios por meio do consórcio intermunicipal de saúde é importante, principalmente se considerar que a maioria das cidades do estado de Minas Gerais são de pequeno porte. Tais municípios possuem baixo orçamento e pouca demanda

para serviços especializados públicos e, com o auxílio do consórcio, é possível fornecer os serviços mais complexos sem comprometer as finanças públicas do município.

Destaca-se ainda a existência de interferência de políticos locais nos serviços de saúde nos dois municípios onde foram realizadas as entrevistas, apresentando algumas práticas clientelistas, na tentativa de favorecer algumas pessoas. Tais atitudes podem comprometer a qualidade e a equidade dos serviços de saúde pública, além de prejudicar a população que também necessita desses serviços.

Com relação às limitações do estudo, sabe-se que o modelo DEA possui algumas restrições, como o fato de utilizar um número limitado de variáveis, o que impossibilita a análise utilizando outros fatores, além da dificuldade de aprofundamento na pesquisa. Desse modo, torna-se importante o uso da regressão a fim de analisar o comportamento de outras variáveis sobre a eficiência e também da pesquisa qualitativa.

Conclui-se ainda sobre a importância da avaliação do setor de saúde e a continuação de outros estudos que abordam sobre a temática, a fim de garantir a equidade, a qualidade e o alto desempenho do serviço. Nesse sentido, sugere-se para estudos futuros a realização de uma pesquisa com abordagem relacionada aos efeitos institucionais e o jogo de interesse político sobre as agendas de políticas de saúde pública em âmbito nacional.

REFERÊNCIAS

ALBERNAZ, Â.; FERREIRA, F. H. G.; FRANCO, C. Qualidade e equidade no ensino fundamental brasileiro. **Pesquisa e Planejamento Econômico**, Rio de Janeiro, 32, n. n. 3, Dez 2002. 453-476. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11058/4340>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

ALBUQUERQUE, F. J. B.; MELO, C. F.; ARAÚJO NETO, J. L. Avaliação da síndrome de burnout em profissionais da Estratégia Saúde da Família da capital paraibana. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 25, n. 3, p. 542-549, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722012000300014>>. Acesso em: 04 jan. 2019.

ANS. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**, 2018. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/>>. Acesso em: 19 nov. 2018.

ANTONELLO, C. S.; PANTOJA, M. J. Aprendizagem e o desenvolvimento de competências. In: CAMÕES, M. R. S.; PANTOJA, M. J.; BERGUE, S. T. (Orgs.). **Gestão de pessoas: bases teóricas e experiências no setor público**. Brasília: ENAP, 2010.

ARANTES, R. B. et al. Controles democráticos sobre a administração pública no Brasil: Legislativo, tribunais de contas, Judiciário e Ministério Público. In: LOUREIRO, M. R.; ABRUCIO, F. L.; PACHECO, R. S. (Orgs.). **Burocracia e**

política no Brasil: desafios para a ordem democrática no século XXI. Rio de Janeiro: FGV, 2010. p. 109-147.

ARAÚJO, A. H. S.; SANTOS FILHO, J. E.; GOMES, F. G. Lei de Responsabilidade Fiscal: efeitos e consequências sobre os municípios alagoanos no período 2000-10. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 3, p. 739-759, maio/jun. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7612132652>>. Acesso em: 30 mar. 2018.

BANKER, R. D.; MOREY, R. C. Efficiency analysis for exogenously fixed inputs and outputs. **Operations Research**, v. 34, n. 4, p. 513-521, 1986.

BARAT, A. M. Política nacional de saúde - transferências financeiras realizadas pelo ministério da saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. v. 14, n. 3, p. p. 47-83, jul./set. 1980.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, G. L. **Observatório das finanças públicas estaduais**. Instituição Fiscal Independente. Brasília. 2018.

BERMAN, P. Cost efficiency in primary health care: studies of health facilities in Indonesia. **Health Policy and Planning**, v. 4, n. 4, p. 316-322, dez. 1989.

BOADWAY, R.; SHAH, A. **Fiscal Federalism: Principles and Practices of Multiorder Governance**. New York: Cambridge University Press, 2009.

BRASIL. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. **Coleção de Leis do Império do Brasil**, Rio de Janeiro, RJ, 24 jan. 1923. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/historicos/dpl/DPL4682-1923.htm>. Acesso em: 08 mar 2018.

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

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, Seção 1, 20 set. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 01 jul. 2017.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jan. 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm>. Acesso em: 10 maio 2018.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 135-149, abr./jun. 1991.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Democracia, Estado Social e Reforma Gerencial. **Revista de Administração de Empresas**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 1, p. 112-116, Mar. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0034-75902010000100009>>. Acesso em: 22 Fev. 2017.

CABRAL, K. F. D. et al. Análise da eficiência na atenção primária à saúde sob a ótica dos profissionais da área. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 5, n. 2, jul./dez. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5585/rgss.v5i2.263>>. Acesso em: 18 dez. 2018.

CABRAL, K. F. D.; FERREIRA, M. A. M. Investigação dos Níveis de Eficiência na Alocação dos Recursos Públicos após o Pacto pela Saúde. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde - RAHIS**, v. 11, n. 1, p. 83-98, jan./mar. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.21450/rahis.v11i1.1965>>. Acesso em: 15 dez. 2018.

CAETANO, R.; DAIN, S. O Programa de Saúde da Família e a Reestruturação da Atenção Básica à Saúde nos Grandes Centros Urbanos: Velhos Problemas, Novos Desafios. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 11-21, jan./jun. 2002.

CAPELLA, A. C. N. Perspectivas Teóricas sobre o Processo de Formulação de Políticas Públicas. **BIB - Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, São Paulo, n. 61, p. 25-52, jan./jun. 2006.

CHARNES, A. et al. **Data envelopment analysis: theory, methodology and application**. Dordrecht: Kluwer Academic, 1994.

DYE, T. R. **Understanding public policy**. 14. ed. Estados Unidos da América: Pearson Education, 2013.

ENTANI, T.; MAEDA, Y.; TANAKA, H. Dual models of interval DEA and its extensions to interval data. **European Journal of Operational Research**, v. 136, p. 32-45, 2002.

FARIA, F. P.; JANNUZZI, P. D. M.; SILVA, S. J. D. Eficiência dos gastos municipais em saúde e educação: uma investigação através da análise envoltória no estado do Rio de Janeiro. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 155-177, fev. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122008000100008>>. Acesso em: 01 abr. 2016.

FÁVERO, L. P. **Modelos de Regressão com EXCEL®, STATA® e SPSS®**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. 504 p.

FERREIRA, C. M. C.; GOMES, A. P. **Introdução à análise envoltória de dados: teoria, modelos e aplicações**. Viçosa: Editora UFV, 2009.

FERREIRA, I. F. S.; BUGARIN, M. S. Transferências voluntárias e ciclo político-orçamentário no federalismo fiscal brasileiro. **Revista Brasileira de Economia**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 3, p. 271-300, jul./set. 2007.

FINBRA. Ministério da Fazenda. **Tesouro Nacional**, 2018. Disponível em: <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/pt_PT/contas-aneais>. Acesso em: 01 set. 2018.

FIRJAN. IFDM: Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal. **Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro**, 2018. Disponível em: <<http://www.firjan.org.br/ifdm>>. Acesso em: 04 set. 2018.

FONSECA, P. C.; FERREIRA, M. A. M. Investigação dos níveis de eficiência na utilização de recursos no setor de saúde: uma análise das microrregiões de Minas Gerais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 199-213, abr./jun. 2009.

FOX, K. J. **Efficiency in the Public Sector**. New York: Springer Science+Business Media, LLC, 2002.

FREITAS, B. R.; OLIVEIRA, A. R. Avaliação dos consórcios intermunicipais de saúde da Zona da Mata mineira: uma análise sob a ótica dos gestores de saúde. **Holos**, Natal, v. 3, p. 338-353, 2015.

GAGLIARDO, V. C. Condições de saúde no Brasil Colônia: Primórdios da Higiene Pública como Política Governamental no Rio de Janeiro dos Vice-reis. **Brasiliانا: Journal for Brazilian Studies**, v. 2, n. 2, p. 450-476, nov. 2013.

GONÇALVES, J. P. P. et al. Prontuário Eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 43-50, jan./mar 2013.

GONÇALVES, M. A. et al. Uma análise da mudança de produtividade da alocação de recursos públicos na atenção básica da saúde em municípios da região sudeste brasileira. **Revista de Ciências da Administração**, v. 14, n. 34, p. 60-74, dez. 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.5007/2175-8077.2012v14n34p60>>. Acesso em: 23 dez. 2018.

GREVE, J.; COELHO, V. S. R. P. Evaluating the impact of contracting out basic health care services in the state of São Paulo, Brazil. **Health Policy and Planning**, v. 32, n. 7, p. 923-933, set. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/heapol/czw176>>. Acesso em: 18 out. 2017.

GREY, C. Towards a critique of managerialism: the contribution of Simone Weil. **Journal of Management Studies**, v. 33, n. 5, p. 591-612, 1996.

HAIR JR., J. F. et al. **Análise Multivariada de Dados**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2018. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 05 dez. 2018.

IMAS, L. G. M.; RIST, R. C. **The road to results: designing and conducting effective development evaluations**. Washington: International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2009.

JORGE, M. J. et al. Efficiency analysis in public health organizations in Brazil. **Journal of Modelling in Management**, v. 8, n. 2, p. 241-254, 2013. Disponível em: <<http://www.emeraldinsight.com/doi/pdfplus/10.1108/JM2-03-2010-0015>>. Acesso em: 18 out. 2017.

JOUMARD, I. et al. **Health Care Systems: Efficiency and Policy Settings**. [S.l.]: OECD Publishing, 2010.

KINGDON, J. W. **Agendas, Alternatives, and Public Policies**. 2. ed. Harlow: Pearson Education Limited, 2014.

LEAL, L. L. **Gestão de pessoas na saúde pública com foco nas unidades da Estratégia Saúde da Família: análise de eficiência dos municípios de Minas Gerais**. 2017. 91 f. Dissertação (Mestrado em Administração), Universidade Federal de Viçosa. Viçosa. 2017.

LEONETI, A. B.; PRADO, E. L. D.; OLIVEIRA, S. V. W. B. D. Saneamento básico no Brasil: considerações sobre investimentos e sustentabilidade para o século XXI. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 2, p. 331-348, mar./abr. 2011.

LIMA, A. P. G. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 985-996, out./dez. 2000.

LIMA, L. D. D. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 511-522, abr. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200027>>. Acesso em: 17 nov. 2018.

LIPSKY, M. **Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public service**, 30th Anniversary Expanded Edition. New York: Russell Sage Foundation, 2010.

LIU, X. **Policy tools for allocative efficiency of health services**. Geneva : World Health Organization, 2003.

LOTTA, G. S. O papel das burocracias do nível da rua na implementação de políticas públicas: entre o controle e a discricionariedade. In: FARIA, C. A. (Org.). **Implementação de Políticas Públicas. Teoria e Prática**. Belo Horizonte: PUCMINAS, 2012a.

LOTTA, G. S. Saberes locais, mediação e cidadania: o caso dos agentes comunitários de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, suppl. 1, p. 210-222, 2012b. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000500018>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 21, n. 2, p. 345-362, ago. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-06182012000200005>>. Acesso em: 16 nov. 2018.

MASSARDI, W. D. O.; ABRANTES, L. A. Esforço Fiscal, Dependência do FPM e Desenvolvimento socioeconômico: um estudo aplicado aos municípios de Minas Gerais. **REGE Revista de Gestão**, São Paulo, v. v. 22, n. 3, p. 295-313, out. 2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rege/article/view/111466>>. Acesso em: 18 set. 2017.

MATTOS, E.; TERRA, R. Conceitos sobre eficiência. In: BOUERI, R.; ROCHA, F.; RODOPOULOS, F. (Orgs.). **Avaliação da Qualidade do Gasto Público e Mensuração da Eficiência**. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, 2015.

MAZON, L. M.; MASCARENHAS, L. P. G.; DALLABRIDA, V. R. Eficiência dos gastos públicos em saúde: desafio para municípios de Santa Catarina, Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 23-33, jan./mar. 2015.

- MENDONÇA, C. S. et al. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. **Health Policy and Planning**, v. 27, n. 4, p. 348-355, jul. 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/heapol/czr043>>. Acesso em: 18 out. 2017.
- MINGOTI, S. A. **Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem aplicada**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005.
- MUSGRAVE, R. A. **The Theory of Public Finance: A Study in Public Economy**. New York: McGraw-Hill, 1959.
- OLIVEIRA, A. M. C.; IANNI, A. M. Z.; DALLARI, S. G. Controle social no SUS: discurso, ação e reação. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2329-2338, ago. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800017>>. Acesso em: 15 jan. 2019.
- OSBORN, D.; GAEBLER, T. **Reinventando o governo: como o espírito empreendedor está transformando o setor público**. 10. ed. Brasília: MH Comunicação, 1995.
- PALUDO, A. **Administração Pública**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
- PASTERNAK, S. Habitação e saúde. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 30, n. 86, p. 51-66, jan./abr. 2016.
- PAULA, A. P. P. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 36-49, jan./mar. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-75902005000100005>>. Acesso em: 12 jan. 2019.
- PAULINO-SANTOS, F. et al. Os determinantes da migração no Brasil: uma análise Probit para os anos de 2004, 2009 e 2014. **Economía, Sociedad y Territorio**, v. 18, n. 56, p. 107-139, abr. 2018. Acesso em: 11 jan. 2019.
- PINAFO, E. et al. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 201-221, jul./out. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000200003>>. Acesso em: 15 jan. 2019.
- PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde: Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. São Paulo: Bookman, 2007.
- RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan./fev. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14902.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2017.
- RANIS, G.; STEWART, F.; RAMIREZ, A. Economic Growth and Human Development. **World Development**, Londres, v. 28, n. 2, p. 197-219, 2000. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0305-750X\(99\)00131-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0305-750X(99)00131-X)>. Acesso em: 20 out 2017.
- RIBEIRO, J. M. et al. Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.

23, n. 6, p. 1777-1789, Jun. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.07932018>>. Acesso em: 05 jan. 2019.

SANTOS, L. M.; GONÇALVES, M. A.; FERREIRA, M. A. M. Performance evaluation of expenditure in primary care: the case of Brazil's southeastern cities. **Organizações & Sociedade**, Salvador, v. 21, n. 70, p. 467-487, jul./set. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1984-92302014000300007>>. Acesso em: 13 jan. 2019.

SCHNEIDER, A. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado do Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 51-66, 2001.

SECCHI, L. **Políticas Públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SECRETARIA DE ESTADO DE FAZENDA DE MINAS GERAIS. **Relatório resumido da execução orçamentária**. SEF. Belo Horizonte. 2018.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. 461 p.

SEVCENKO, N. **A Revolta da Vacina**: Mentres insanas em corpos rebeldes. São Paulo: Cosac Naify, 2013.

SILVA, A. A. P. et al. Eficiência na alocação de recursos públicos destinados à educação, saúde e habitação em municípios mineiros. **Contabilidade, Gestão e Governança**, Brasília, v. 15, n. 1, p. 96-114, jan./abr. 2012.

SILVEIRA, J. Q.; MEZA, L. A.; MELLO, J. C. C. B. S. Use of DEA and inverted frontier for airlines benchmarking and anti-benchmarking identification. **Production**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 788-795, set./dez. 2012.

SOARES, M. M.; MELO, B. G. Condicionantes políticos e técnicos das transferências voluntárias da União aos municípios brasileiros. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 4, p. 539-561, jul./ago. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7612138727>>. Acesso em: 04 mar. 2018.

SOUZA, C. Federalism and regional interest intermediation in Brazilian public policies. **Public Administration and Development**, v. 19, n. 3, p. 263-279, jul. 1999. Disponível em: <[http://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-162X\(199908\)19:33.0.CO;2-K](http://doi.org/10.1002/(SICI)1099-162X(199908)19:33.0.CO;2-K)>. Acesso em: 25 ago. 2018.

SUBIRATS, J. Definición del problema. Relevancia pública y formación de la agenda de actuación de los poderes públicos. In: SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. (Orgs.). **Políticas públicas**. Brasília: ENAP, v. 1, 2006.

TAKAHASHI, M. A. B. C.; IGUTI, A. M. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2661-2670, nov. 2008. Acesso em: 27 fev. 2018.

VERGARA, S. C. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

VIACAVAL, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, jun. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>>. Acesso em: 30 out. 2018.

VOLPATO, F. C. **Estudo de fatores que interferem na implementação da Estratégia Saúde da Família**. 2014. 92 f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. São Paulo. 2014.

WILLIAMSON, J. G. Regional Inequality and the Process of National Development: A Description of the Patterns. **Economic Development and Cultural Change**, Chicago, v. 13, n. 4, parte II, p. 1-84, jul. 1965. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/1152097?seq=1#page_scan_tab_contents>. Acesso em: 25 jul. 2018.

YAMADA, Y.; MATUI, T.; SUGIYAMA, M. New analysis of efficiency based on DEA. **Journal of the Operations Research Society of Japan**, v. 37, n. 2, p. 158-167, 1994.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista

ENTREVISTADOS: Gestores dos serviços de saúde, médicos, enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde.

ASPECTOS GERAIS

Qual é o seu cargo?

Há quanto tempo ocupa o cargo atual?

Teve outras experiências nos serviços de saúde antes de ocupar esse cargo? Se sim, qual(is)?

Qual(is) é(são) a(s) experiência(s) necessárias para ocupar o cargo em questão?

Como foi sua indicação para esse cargo? (política, experiência prévia, etc.)

Qual é o seu nível de escolaridade?

Os profissionais participam de algum tipo de treinamento e desenvolvimento? Se sim, com qual periodicidade?

CLIMA ORGANIZACIONAL

Como é a relação entre os líderes e subordinados?

Como é a relação entre funcionários de mesmas funções?

Como é a relação entre funcionários com funções diferentes?

Como é a relação entre funcionários e população?

Você escuta reclamações da população sobre o serviço prestado de saúde? Se sim, quais são os tipos de reclamações? O que é feito para resolver os problemas apresentados pela população?

RECURSOS

Qual é a origem dos recursos financeiros para a saúde?

Como é feita a gestão dos recursos? Quem é o principal responsável?

Há alguma influência política importante deste município ou de municípios vizinhos (i.e., deputado) no repasse de recursos para a área da saúde? Se sim, ele contribuiu com algum tipo de transferência voluntária (emendas parlamentares)? Qual(is)?

Como os recursos financeiros destinados para a saúde estão sendo aplicados no município? Quais são as prioridades?

ESTRUTURA FÍSICA

Quais são as condições e disponibilidade dos equipamentos? (Idade, manutenção, tempo de uso).

Quais são as condições dos espaços físicos? (Tamanho, conforto, higiene).

Existe algum tipo de dificuldade por parte dos usuários do serviço de saúde em acessar os estabelecimentos de saúde pública da atenção primária? Se sim, quais são? Se não, qual é a explicação?

BUROCRACIA

Existem procedimentos operacionais a serem seguidos? Se sim, quais são? Esses procedimentos são seguidos?

Existe um sistema de gestão computacional? Se sim, como é sua utilização?

Existe alguma atividade considerada simples, mas que requer muito tempo para ser executada devido a procedimentos burocráticos, dificultando a execução de outras atividades? Explique.

Comente sobre as relações entre os setores. Existe flexibilidade por parte dos atores envolvidos no processo que exige negociações entre setores diferentes?

POLÍTICAS PÚBLICAS

As políticas de saúde atendem às necessidades da população? Explique.

Existe autonomia por parte dos implementadores? Explique.

COOPERAÇÃO MUNICIPAL

O município participa de algum consórcio intermunicipal de saúde? Se sim, qual? Como essa participação influencia na gestão da saúde?

Como é o atendimento de usuários não cadastrados na área de abrangência da ESF e/ou município?

CONTROLE

Como é a relação com os mecanismos de controle interno e externo?

Como é a atuação do Conselho Municipal de Saúde?

Como é a atuação do Ministério Público?

EFICIÊNCIA E EFICÁCIA

Quais os fatores que você acredita que sejam responsáveis para que o município apresente esse resultado de eficiência? Existem questões externas como auxílio de empresas, organizações, influência política?

Na sua opinião, a quantidade de funcionários da área de saúde é suficiente para atender à demanda da população?

Quais são as metas do setor de saúde deste município? Todas essas metas estão sendo cumpridas? A que se deve o cumprimento? Em caso negativo, qual não está e por quê?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

O Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “INVESTIMENTOS EM SAÚDE PÚBLICA EM MINAS GERAIS: UMA ANÁLISE DA EFICIÊNCIA DOS RECURSOS PÚBLICOS”. Nesta pesquisa pretendemos analisar a gestão dos recursos públicos na área da saúde, de forma a compreender o desempenho e a qualidade do serviço de saúde pública dos municípios mineiros, por meio da análise de eficiência e da eficácia. O motivo que nos leva a estudar se deve ao fato da importância da eficiência da alocação de recursos públicos da saúde para se ter uma gestão pública de qualidade, resultando na garantia do bem-estar da sociedade. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: Inicialmente será feito um estudo para saber a eficiência dos municípios mineiros em relação aos serviços de saúde, sendo utilizado o método de Análise Envoltória de Dados (DEA). Em seguida, será verificada a influência de fatores condicionantes da saúde na eficiência dos municípios por meio da Regressão Linear Múltipla. Por fim serão realizadas entrevistas com atores envolvidos com o processo do serviço de saúde e serão coletados documentos oficiais por meio de pesquisa documental. Os dados coletados pelas entrevistas e pesquisa documental serão analisados por meio do método de Análise de Conteúdo.

A participação do(a) Sr.(a) contribuirá para o conhecimento do processo do serviço de saúde e identificação de fatores que contribuem para o desempenho municipal. Para tal, o tempo da entrevista está previsto de 1 hora a 2 horas. O áudio da entrevista será gravado mediante a autorização do entrevistado. A entrevista será realizada em um local reservado, de preferência do entrevistado.

Quanto aos riscos, os sujeitos pesquisados podem se sentir constrangidos durante a entrevista. Nesse sentido, serão tomados alguns cuidados buscando passar segurança aos entrevistados por meio de esclarecimento do objetivo do estudo e o motivo da escolha do entrevistado, preservando o sigilo das informações.

A pesquisa tem o objetivo de trazer benefícios tanto para o bem-estar da sociedade, como para os funcionários de saúde, uma vez que a melhoria do desempenho dos serviços de saúde atinge a todos.

Para participar deste estudo o Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, diante de eventuais danos, identificados e comprovados, decorrentes da pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização. O Sr.(a) tem garantida plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem necessidade de comunicado prévio. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr.(a) é atendido(a) pelo pesquisador. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. O(A) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão. Em qualquer momento,

você poderá fazer perguntas sobre o estudo ou esclarecer dúvidas. Você poderá entrar em contato com Karla Maria Damiano Teixeira ou Wanderson de Almeida Mendes.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no Departamento de Administração e Contabilidade da Universidade Federal de Viçosa e a outra será fornecida ao Sr.(a).

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos após o término da pesquisa. Depois desse tempo, os mesmos serão destruídos.

Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e confidencialidade, atendendo à legislação brasileira, em especial, à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e utilizarão as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, contato, _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa “INVESTIMENTOS EM SAÚDE PÚBLICA EM MINAS GERAIS: UMA ANÁLISE DA EFICIÊNCIA DOS RECURSOS PÚBLICOS” de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Confirmando que me foi explicado o objetivo deste estudo, os procedimentos aos quais serei submetido, os riscos e os benefícios potenciais que eu possa experimentar, e os possíveis destinos dos resultados que serão obtidos neste estudo. As perguntas que foram feitas foram satisfatoriamente respondidas, li e compreendi este termo de consentimento. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar e autorizo a gravação da entrevista. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Nome do Pesquisador Responsável: Karla Maria Damiano Teixeira

Endereço:

Departamento de Economia Doméstica
Universidade Federal de Viçosa
Av. Peter Henry Rolfs s/n – Campus Universitário – CEP: 36570 900 – Viçosa – MG

Telefone: (31) 3899-1632

E-mail: kdamiano@ufv.br

Identificação do pesquisador

Nome: Wanderson de Almeida Mendes

Endereço:

Departamento de Administração e Contabilidade
Universidade Federal de Viçosa
Av. Peter Henry Rolfs s/n – Campus Universitário – CEP: 36570 900 – Viçosa – MG

Telefone: (32) 9888-46007

E-mail: wandersonsan@hotmail.com

Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP/UFV – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos Universidade Federal de Viçosa

Edifício Arthur Bernardes, piso inferior Av. PH Rolfs, s/n – Campus Universitário Cep: 36570-900 Viçosa/MG

Telefone: (31)3899-2492 E-mail: cep@ufv.br www.cep.ufv.br

Viçosa, _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador