

RANDOLPHO MARTINO JÚNIOR

**GESTÃO ADMINISTRATIVA E EFICIÊNCIA DOS GASTOS PÚBLICOS COM
SAÚDE: ESTUDO DE CASO DOS MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO LESTE-
SUL – MG**

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
2011

RANDOLPHO MARTINO JÚNIOR

**GESTÃO ADMINISTRATIVA E EFICIÊNCIA DOS GASTOS PÚBLICOS COM
SAÚDE: ESTUDO DE CASO DOS MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO LESTE-
SUL – MG**

APROVADA: 28 de abril de 2011

Prof. Rodrigo Gava
Co-Orientador

Prof. Adriano Provezano Gomes
Co-Orientador

Prof. Edson Arlindo Silva

Prof. Marcelo Ottoni Durante

Prof. Walmer Faroni
(Orientador)

“A educação faz com que as pessoas sejam fáceis de guiar, mas difíceis de arrastar; fáceis de governar, mas impossíveis de escravizar.”

Peter Drucker

A Deus, autor e consumidor da fé e do conhecimento.

À minha família, base da minha vida. À minha esposa Juciana e aos meus filhos Arthur e Daniel, pelas horas que, mesmo perto, estive longe, na construção deste trabalho.

Aos milhares de brasileiros que dependem, exclusivamente, da ação do governo para lhes prestar o serviço de saúde e ainda sofrem – quando não morrem – pela ineficiência da máquina administrativa. Ainda há esperanças de termos um serviço público de saúde digno e à altura do povo brasileiro.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me concedido o conhecimento necessário para realizar este trabalho; *“Porque d’Ele, e por Ele, e para Ele, são todas as coisas; glória, pois, a Ele eternamente”* (Romanos 11:36).

Ao amor que todos os dias recebo da minha família.

Aos colegas do mestrado, pela incondicional amizade, em especial àqueles que se desdobraram para compartilhar o tempo com os estudos, o trabalho e a família.

Ao professor Walmer Faroni, pela confiança depositada desde o início e pelas portas sempre abertas. É um *gentleman*.

Aos coorientadores, professores Rodrigo Gava e Adriano Provezano Gomes, pela imprescindível ajuda na condução metodológica do trabalho.

Aos funcionários do Departamento de Administração (DAD), pela fidalguia e dedicação.

À Universidade Federal de Viçosa que, pela segunda vez, me propicia mais uma grande vitória.

A todos os amigos que colaboraram para o êxito deste trabalho.

BIOGRAFIA

RANDOLPHO MARTINO JÚNIOR é bacharel em Direito pela primeira turma da Universidade Federal de Viçosa, em 1996. Neste período, participou ativamente da vida estudantil, tendo sido um dos fundadores do Diretório Acadêmico 8 de Dezembro. Participou de momentos históricos para a consolidação do curso na UFV.

Advogado desde 1997 é militante na área da Administração Pública e consultor jurídico de Prefeituras e Câmaras Municipais.

Entre 1997 e 1998 foi Diretor do PROCON/Viçosa.

Desde 2001 é Professor da Faculdade de Viçosa. Nesta Instituição, também foi integrante da comissão que preparou os atos necessários para a sua criação.

Em 2001, foi admitido, por concurso público de provas e títulos, para o cargo de Advogado da Prefeitura Municipal de Araponga, MG.

Em 2009, foi admitido, por meio de processo seletivo, para o programa de Mestrado em Administração da Universidade Federal de Viçosa, com dissertação aprovada em 28 de abril 2011.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	viii
LISTA DE TABELAS	ix
LISTA DE QUADROS	x
LISTA DE ABREVIATURAS	xi
RESUMO	xiii
ABSTRACT	xiv
1. INTRODUÇÃO	1
1.1. O Problema e Sua Importância	4
1.2. Objetivos	7
1.2.1. Objetivo Geral	7
1.2.2. Objetivos Específicos	7
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	8
2.1. Origem e Evolução do Direito à Saúde no Brasil	8
2.2. A Política Pública de Saúde na Constituição Federal	14
2.2.1. Princípios da Política Pública de Saúde Brasileira	17
2.2.2. Princípios Norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS).....	22
2.3 Política Pública de Saúde e o Princípio da Máxima Efetividade da Norma Constitucional	24
2.4 Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado	31
3. REFERENCIAL TEÓRICO	33
3.1. Políticas Públicas e Orçamento	33
3.1.1. Função Alocativa do Governo e Desenvolvimento	34
3.2. Reforma do Estado Brasileiro e Reforma Administrativa da Saúde	39
3.2.1. Eficiência e Eficácia como diretrizes da Nova Administração Pública.....	43
3.2.2. Reforma Administrativa da Saúde	47
3.2.3. As Tentativas de Solução para o Financiamento: a CPMF e a Emenda Constitucional n.º 29/2000	51
4. METODOLOGIA	61
4.1. Tipo de Pesquisa	61
4.2. Definição e Delimitação do Segmento do Estudo	62
4.3. Coleta e Operacionalização do Estudo	64

4.4. Modelos Analíticos	67
4.4.1. Análise Envoltória de Dados (DEA).....	67
4.4.1.1. O Processo Metodológico da Análise Envoltória de Dados (DEA)	68
4.4.1.2. As Fronteiras de Eficiência: a Técnica DEA	69
4.4.1.3. O Modelo de Supereficiência – MSE.....	75
4.5. Análise pelos Padrões de Conformidade do Programa Nacional de Avaliação em Serviços de Saúde	78
4.5.1. Metodologia do PNASS.....	78
4.5.2. O Roteiro de Padrões de Conformidade	79
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	82
5.1. Resultados com Relação à Análise Envoltória de Dados.....	82
5.2. Resultados com Relação à Avaliação e Tipificação dos Municípios	88
5.2.1. Análise por Critério de Conformidade.....	89
5.2.2. Análise por Padrões de Conformidade	108
CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
REFERÊNCIAS.....	116
ANEXO	126
ANEXO I – BASE NORMATIVA DOS PADRÕES DE CONFORMIDADE.....	127
APÊNDICES	138
APÊNDICE I – Modelo do questionário	139
APÊNDICE II – Resultado dos municípios mais eficientes	145
APÊNDICE III – Resultado dos municípios intermediários	151
APÊNDICE IV – Resultado dos municípios menos eficientes.....	157

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - A fronteira eficiente, considerando-se a possibilidade de supereficiência.....	76
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Municípios do estudo quanto aos gastos <i>per capita</i> em saúde, 2009	63
Tabela 2 - Escore de eficiência e ganho percentual nos produtos com a projeção dos municípios de acordo com modelo de pura eficiência técnica.....	84
Tabela 3 - Escore de supereficiência e valores das variáveis dos municípios da macrorregião Leste-Sul do estado de Minas Gerais.....	85
Tabela 4 - Relações entre produtos e insumos e média dos municípios da macrorregião Leste-Sul do estado de Minas Gerais.....	87

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Definição de eficiência, eficácia e efetividade	29
Quadro 2 - Distribuição dos pontos dos padrões de conformidade	81
Quadro 3 - Resultados do critério “liderança e organização”	91
Quadro 4 - Resultado do critério “demanda, usuário e sociedade”	93
Quadro 5 - Resultados do critério “gestão da informação”	95
Quadro 6 - Resultados do critério “gestão de pessoas”	96
Quadro 7 - Resultados do critério “gerenciamento de risco”	98
Quadro 8 - Resultados do critério “gestão da infraestrutura física”	100
Quadro 9 - Resultados do critério “gestão de equipamentos”	101
Quadro 10 - Resultados do critério “gestão de materiais”	102
Quadro 11 - Resultados do critério “humanização da atenção”	104
Quadro 12 - Resultado do critério “atenção em regime ambulatorial de especialidades”	105
Quadro 13 - Comparativo da pontuação final	106
Quadro 14 - Comparativo de desempenho dos municípios por classificação dos padrões de conformidade	108
Quadro 15 - Pontuação dos municípios nos padrões de conformidade imprescindíveis	109
Quadro 16 - Pontuação dos municípios nos padrões de conformidade necessários	109
Quadro 17 - Pontuação dos municípios nos padrões de conformidade recomendáveis	109

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde
AIH - Autorização de Internação Hospitalar
AIS - Ações Integradas de Saúde
ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS - Atenção Primária à Saúde
CID-10 - Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNES - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DAB - Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde
DEA - *Data Envelopment Analysis*
DATASUS - Departamento de Informática do SUS
ESF - Estratégia de Saúde da Família
Esf - Equipes de Saúde da Família
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IOSAP - Índice de Oferta de Serviços de Atenção Primária
ICSAP - Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Saúde
MARE - Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MQO - Mínimos Quadrados Ordinários
NHS - National Health Service
MS - Ministério da Saúde
NOB - Norma Operacional Básica
OMS - Organização Mundial da Saúde
OSCIP - Organização Social de Interesse Público
PAB - Piso da Atenção Básica
PACS - Programa Agentes Comunitários de Saúde
PDR - Plano Diretor de Regionalização
PIB - Produto Interno Bruto
PMDI - Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado

PNASS - Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde

PPI - Programações Pactuadas Integradas

PSF - Programa de Saúde da Família

RIPSA - Rede Interagencial de Informações para a Saúde

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SIH - Sistema de Informação Hospitalar

SIOPS - Sistema de Informação de Orçamento Público em Saúde

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

RESUMO

MARTINO JÚNIOR, Randolpho, M. Sc., Universidade Federal de Viçosa, abril de 2011. **Gestão administrativa e eficiência dos gastos públicos com saúde: estudo de caso dos municípios da macrorregião Leste-Sul – MG.** Orientador: Walmer Faroni. Coorientadores: Rodrigo Gava e Adriano Provezano Gomes.

Este trabalho versa sobre uma avaliação dos padrões de qualidade comparados com a eficiência dos gastos realizados pelos cinquenta e três municípios da macrorregião LESTE-SUL do Estado de Minas Gerais. A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, o direito à saúde tornou-se universal, integral e gratuito para todas as pessoas, sem qualquer segmentação. Com efeito, a demanda pelo serviço público de saúde sofreu grande aumento. Contudo, a Constituição Federal de 1988 não previu a fonte de financiamento desta política pública. O Sistema Único de Saúde, criado pela Constituição Federal, revelou-se incapaz de atender de forma eficiente aos brasileiros. A situação agravou-se com a crise financeira da década de 1990. Em 1995, foi instituído, no Brasil, o Plano Diretor da Reforma do Estado, que teve por objetivo tornar a máquina estatal mais eficiente. Sob a perspectiva constitucional, analisou-se se há associação entre os gastos públicos e os padrões legais de qualidade do serviço. Foi utilizada a ferramenta “Data Envelopment Analysis” – DEA para estimar o escore de eficiência entre os cinquenta e três municípios que constituíram as unidades de análise de trabalho. Utilizou-se, então, a metodologia do Programa Nacional de Avaliação do Serviço de Saúde para tipificar estes municípios. Esta pesquisa foi estabelecida com base em três perspectivas: gestão organizacional; apoio técnico e logístico; e gestão da atenção à saúde. Por fim, concluiu-se que a racionalidade no processo de gestão dos serviços induz as unidades de análise a serem mais eficientes na alocação dos recursos financeiros. Demonstrou-se, neste trabalho, que as variáveis denominadas gestão organizacional, apoio técnico e logístico, e gestão da atenção à saúde, que incidem sobre o processo de gestão do serviço, influenciam sobremaneira a eficiência do gasto governamental.

ABSTRACT

MARTINO JÚNIOR., Randolpho, M. Sc., Universidade Federal de Viçosa, April, 2011. **Management and efficiency of public spending on health policies: case study of the municipal districts of the South East macro-region – MG.** Advisor: Walmer Faroni. Coauthors: Rodrigo Gava and Adriano Provezano Gomes.

The aim of this study was to conduct a comparative analysis between the quality indicators and the efficacy expenditure of the fifty three municipal districts of the South East macro-region of the state of Minas Gerais. With the promulgation of the 1988 Federal Constitution, the right to health became universal, integral, and costless to all persons without any distinction. As a result, the demand for public health service increased significantly. On the other hand, the 1988 Federal Constitution did not predict the funding source for this public policy. The “Sistema Único de Saúde” (Universal Health System), created by the Federal Constitution, has proved unable to effectively serve the Brazilians. The situation worsened by the financial crisis of the 1990s. In 1995, the “Plano Diretor da Reforma do Estado” (State Reform Master Plan) was established in Brazil with the aim to make the state actions more efficient. Under the constitutional perspective, this study examines whether there is an association between public expenditures and quality indicators of health service. The technique Data Envelopment Analysis (DEA) was used to estimate the efficiency score among the fifty three municipal districts that comprised the object of analysis in this study. The methodology of the “Programa Nacional de Avaliação do Serviço de Saúde” (National Program of Health Service Evaluation) was used to typify these districts. This research was based on three perspectives: organizational management, technical and logistic support, and management of health care. It was concluded that analyzed variables (organizational management, technical and logistic support, and management of health care) influence the efficiency of the government expenditure.

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 instituiu um novo paradigma no campo dos direitos sociais no Brasil. O texto constitucional avançou em temas até então não alcançados por Constituições anteriores e ampliou os direitos e as garantias dos cidadãos.

No caso específico da política pública de saúde, o Estado assumiu um papel importante, responsabilizando-se pela garantia do direito à saúde, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação, conforme disposto no artigo 196 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2011).

De modo geral, a saúde é conceituada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como sendo *o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença*. Esta é uma imagem objetiva que todo ser humano busca, porém, de difícil concretização.

Assim, estabeleceu-se que o Estado deve proporcionar o acesso à saúde a todos os cidadãos, sem necessidade de qualquer contribuição, abrangendo inclusive a recuperação da saúde por meio dos atendimentos médicos, exames e tratamentos, de forma igualitária e integral.

Os princípios da gratuidade, integralidade e universalidade do direito à saúde, introduzidos pela Constituição Federal de 1988, impactaram, substancialmente, os orçamentos públicos, posto que não se previu a fonte de custeio. Por esta razão, o Estado ficou compelido a formular e implementar as políticas públicas de saúde de forma eficiente, com o foco de prover a coletividade dos bens e serviços necessários a uma satisfatória qualidade de vida.

Em decorrência, a efetividade do direito à saúde passou a depender da capacidade de gestão do Estado, o que implica, dentre outros, estruturação de seus órgãos, capacitação de seus servidores, planejamento de suas ações e a eficiente alocação dos recursos orçamentários.

Visando a máxima efetividade dos direitos sociais assegurados pelas Constituições, a Nova Administração Pública – *New Public Management* – introduziu conceitos e práticas gerenciais voltadas para decisões mais racionais e eficazes na direção de ações próprias do Estado.

Na ordem constitucional, ocorreram significativas mudanças na configuração do papel do Estado, principalmente com o estabelecimento de cooperação entre os entes federados e a integração das políticas públicas. No campo dos direitos sociais, a Constituição Federal de 1988 instituiu uma nova ordem e promoveu práticas de maior controle social e descentralização das ações de governo.

Antes da vigência do novo marco constitucional, as ações governamentais de saúde eram desenvolvidas no âmbito do INAMPS, que tinha por escopo o atendimento médico de forma segmentada, apenas para trabalhadores formais com carteira assinada. O atendimento daqueles não segurados do INAMPS era feito pelas instituições filantrópicas subvencionadas pelo Poder Público.

Deve-se lembrar que as mudanças, altamente impactantes para as finanças públicas e para o modelo organizacional, ocorreram no final da década de 1980, e sua implementação teve início na década de 1990. Nesta ocasião, a economia mundial passava por profunda crise, que atingiu fortemente o Brasil, limitando sobremaneira a capacidade de o Estado financiar suas ações.

Com efeito, o novo modelo de gestão enfrentou grande desafio que persiste até hoje: com maior comprometimento dos recursos, deverá garantir a máxima efetividade da política pública de saúde que, por seu turno, passou a receber a demanda de maior número de usuários, não contribuintes diretos para o seu custeio.

A Constituição Federal de 1988 ampliou, de forma considerável, o espectro de alcance das políticas públicas de saúde. As finanças públicas foram impactadas, mediante significativo aumento das despesas, ao estabelecer os princípios da universalização, gratuidade, equanimidade e integralidade.

No campo da gestão, redistribuiu competências entre os entes federados (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), assim como determinou a descentralização e aperfeiçoou a prática da *accountability*¹ decorrente de maior controle social.

A nova ordem constitucional estabeleceu que o Estado deveria proporcionar o acesso à saúde a todos os cidadãos, sem necessidade de qualquer contribuição direta pelos serviços prestados (ALMEIDA et al., 2009). Isto é, as pessoas teriam o direito de usar o serviço público de saúde, sem a obrigação de contribuir, de forma direta, para o custeio desse.

¹ *Accountability* – Sem tradução exata para o português pode ser entendida como “a capacidade de responsabilização (*accountability*) de governantes pelos eleitores ou, de forma mais ampla, o potencial de responsabilização existente em distintos arranjos institucionais” (MELO, 2007, p. 11).

1. 1. O Problema e Sua Importância

A gratuidade do serviço acarretou ao Estado brasileiro dificuldades para seu financiamento, bem como para tornar efetivo este direito à sociedade. Há, assim, dificuldades de equacionamento do financiamento e gasto públicos nos quadros de ajustes orçamentário-financeiros, com o conseqüente corte e a redução da capacidade de prestação do serviço estatal.

Segundo Silva (2003), a crise no serviço público de saúde vem fomentando o *debate político institucional em torno da questão da suficiência ou insuficiência de recursos para sustentar uma política eficaz de intervenção* (SILVA, 2003, p.).

Nesta ótica, foi constatado que problemas graves enfrentados nas organizações de saúde têm sido “*a má alocação dos recursos, a ineficiência, os custos crescentes e a desigualdade nas condições de acesso dos usuários*” (FADEL, 2009, p. 8).

Marques et al. (2009) sustentam que o Sistema Único de Saúde não cumpre o seu papel constitucional, pois há, como problema no Brasil, uma dicotomia entre o SUS constitucional, universal e o SUS real, segmentado. Esta dicotomia é verificada com base em dados do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde², que demonstram que 28,6% dos brasileiros são usuários exclusivos do SUS, 61,5% são não exclusivos e apenas 8,7% não são usuários, e que 1,2% dos usuários não foram identificados (CONASS, 2006). Isso significa que 61,5% dos brasileiros utilizam-se, também, dos sistemas privados e que 8,7% são usuários exclusivos dos sistemas privados.

A relação de eficiência entre produção/gasto depende, diretamente, da estrutura do serviço de saúde e de outras variáveis de seu funcionamento.

² CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde.

A percepção inicial pode ser verificada pelos indicadores produzidos pelo Índice Mineiro de Responsabilidade Social³. Ao se correlacionar o gasto *per capita* com os indicadores produzidos pelo Índice Mineiro de Responsabilidade Social e realizar um escore comparativo entre vários municípios, verificou-se que aqueles que apresentam maiores gastos não necessariamente são os melhores posicionados no *ranking*.

Com isso, verifica-se que maior gasto público não induz, necessariamente, maior rendimento no IMRS, e se faz presumir que a eficiência na execução das políticas públicas depende, também, da capacidade de gestão.

Os municípios não são igualmente eficientes em transformar os recursos em serviços para a população, o que motiva estimar essa eficiência e explicar as causas dessa diferença. A gestão municipal pode ser afetada por mecanismos institucionais locais, conselhos setoriais, auditores institucionais externos e pela disputa eleitoral dos cargos locais ou em outras esferas de governo (MOTA et al., 2007).

Neste estudo, foram tomados como referência os municípios que compõem a base territorial da macrorregião Leste-Sul do Estado de Minas Gerais.

Em Minas Gerais, a organização dos serviços de saúde é estabelecida pelo Plano Diretor de Regionalização. A região da Zona da Mata abrange duas macrorregiões de saúde – Sudeste e Leste-Sul.

Para demonstrar a existência do problema, pode-se citar, como exemplo, o caso do Município de Rio Doce, que apresenta o maior gasto *per capita* com serviços de saúde (R\$ 560,66), mas se encontra na 23ª posição do *ranking* do Índice de Responsabilidade Social-Saúde – IMRS-Saúde (0,747). O Município de Canaã possui o terceiro maior gasto *per capita* (R\$ 526,34) e a posição 47ª no *ranking* do IMRS-Saúde (0,592). O Município de Viçosa está na posição 24ª, com gasto *per capita* (R\$ 233,29) e na posição 43ª do IMRS-Saúde (0,667).

³ O IMRS – Índice Mineiro de Responsabilidade Social é elaborado pela Fundação João Pinheiro, desenvolvido para todos os municípios do Estado de Minas Gerais, com o propósito de avaliar a situação desses municípios, contemplando as dimensões renda, saúde, educação, segurança pública, gestão, habitação e meio ambiente, cultura e desporto e lazer.

Por fim, há municípios que apresentam baixo gasto *per capita* e alto IMRS-Saúde. São alguns casos: Alto Jequitibá, que está classificado em 4º lugar no IMRS-Saúde (0,799) e 49º lugar no gasto *per capita* (R\$ 143,02); Matipó possui o 8º IMRS-Saúde (0,789) e o 43º gasto *per capita* (R\$ 166,93).

Com tais hipóteses, suscitou-se a pesquisa sobre as causas das discrepâncias entre municípios, por se verificar que, considerando a relação *input/output* (produção/gasto), não há uniformidade dos escores de eficiência.

Analisou-se, neste trabalho, a eficiência dos gastos públicos com saúde dos municípios que compõem a macrorregião Leste-Sul, comparando-os com o nível de atendimento a padrões de qualidade desses serviços. Como referência para os padrões de qualidade, adotou-se a metodologia instituída pelo Programa Nacional de Avaliação em Serviço de Saúde, do Ministério da Saúde.

De acordo com o Plano Diretor da Regionalização da Saúde de Minas Gerais⁴, a macrorregional possui cinquenta e três municípios e três microrregiões (Manhuaçu, Ponte Nova e Viçosa).

Verifica-se a relevância e atualidade do problema sob três aspectos, já que é recente a produção científica sobre a eficiência na gestão de políticas públicas, em especial da saúde, e, portanto, é premente o seu aperfeiçoamento. Além disso, considera-se a existência de um aparelhamento obsoleto das Administrações Municipais, o que inclui *pessoal pouco qualificado e pouco adaptado à nova realidade gerencial que se impõe à Administração Pública* (LOTUFO et al., 2007, p. 1157). A gestão do financiamento na Saúde deve ser enfrentada em duas vertentes, a da quantidade e a da qualidade do gasto. Haverá que se aumentar o gasto em Saúde, mas, ao mesmo tempo, melhorar sua qualidade (CONASS, 2006).

Por fim, têm-se a necessidade de implementação de técnicas que garantam a máxima eficácia da norma constitucional no campo dos direitos sociais, com o objetivo de alcançar maior eficiência dos gastos públicos com o Sistema Único de Saúde.

⁴ MS. Ministério da Saúde. Plano Diretor da Regionalização da Saúde de Minas Gerais Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao-pdr-novo/por%20Micro%20-%20Adscricao%20de%20municipios%20-%20Del.%20483%20-%20Pop.%2007%20e%2008.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2009.

Segundo Almeida et al. (2009), deve-se gastar com maior eficiência, para que se possa realizar mais atividades e atender a mais pessoas com o mesmo volume de recursos.

Em face de todo o exposto, sob a perspectiva da obrigação constitucional do atendimento universal, igualitário, gratuito e integral do serviço público de saúde, objetiva-se com esta pesquisa verificar se as variáveis incidentes sobre o processo de gestão do serviço de saúde influenciam a eficiência dos gastos governamentais no setor.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo Geral

O objetivo geral deste estudo consistiu em analisar, comparativamente, a eficiência na alocação de recursos na área de saúde pelos cinquenta e três municípios integrantes da macrorregião LESTE-SUL de Minas Gerais.

1.2.2. Objetivos Específicos

Especificamente, pretendeu-se:

a) Identificar o volume de recursos financeiros efetivamente gastos com o Sistema Único de Saúde pelos cinquenta e três municípios que compõem a macrorregião Leste-Sul de Minas Gerais.

b) Estimar os escores de eficiência dos cinquenta e três municípios integrantes da macrorregião Leste-Sul de Minas Gerais, considerando-se o volume da despesa realizada e os resultados da produção de bens e serviços de saúde.

c) Considerar as possíveis associações entre os indicadores orçamentários (*input*) e os indicadores de saúde (*output*) entre os cinquenta e três municípios integrantes da macrorregião Leste-Sul de Minas Gerais que apresentarem equidistantes escores de eficiência.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1. Origem e Evolução do Direito à Saúde no Brasil

A teoria dos direitos fundamentais, segundo Lafer (1995), distingue direitos de primeira, segunda e terceira gerações, que foram paulatinamente incorporados às Constituições dos Estados Modernos.

Os direitos de primeira geração, que constituem a herança liberal, são civis e políticos: a) direitos de garantia, que são as liberdades públicas, de cunho individualista: a liberdade de expressão e de pensamento, por exemplo; b) direitos individuais exercidos coletivamente: liberdades de associação: formação de partidos, de sindicatos, direito de greve, por exemplo.

Os direitos de segunda geração são os sociais, econômicos e culturais, constituindo herança socialista: direito ao bem-estar social, direito ao trabalho, à saúde, à educação.

Os direitos de terceira geração são os de titularidade coletiva: a) no plano internacional: direito ao desenvolvimento e a uma nova ordem econômica mundial, direito ao patrimônio comum da humanidade, direito à paz; b) no plano interno: interesses coletivos e difusos, por exemplo o direito ao meio ambiente.

Assentou-se o que interessa neste trabalho: o direito à saúde é um direito social.

Os direitos sociais, direitos fundamentais de Segunda Geração, constituem, segundo Silva (1998), prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos. São, portanto, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais, ou seja, direitos que se ligam ao direito de igualdade.

Em âmbito jurídico internacional, no cenário pós Segunda Guerra, o direito à saúde foi elevado à categoria de direito fundamental do homem, conforme se pode verificar na Declaração Universal dos Direitos Humanos⁵, proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948 (ONU, 1948).

Essa perspectiva foi precedida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que, em 1946, no preâmbulo de sua Constituição, proclamou que *saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou outros agravos*.

No Brasil, referido direito, em seu amplo aspecto considerado atualmente, conquistou proteção constitucional somente em 1988, ao estabelecer, em seu artigo 6º, que *são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição* (BRASIL, 2011).

Contudo, é importante resgatar o contexto da evolução histórica do direito à saúde no Brasil.

No início do século XIX, a cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caracterizado por diversas doenças graves que acometiam a população. Tal quadro gerou consequências não apenas para a saúde das pessoas, mas, também, para a economia do país, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro.

Após atuação estatal no sentido de erradicar certas doenças, redundando na aplicação de medidas arbitrárias, como obrigatoriedade de vacinação, em 1920, foi reestruturado o Departamento Nacional de Saúde, então ligado ao Ministério da Justiça, que passou a implementar algumas políticas de profilaxia, fundadas principalmente na divulgação de medidas preventivas (POSSAS, 1981).

Nesta época, surgiu o movimento sanitário-campanhista, presente até o final da década de 1940. Tal política visava dar apoio ao modelo econômico agrário-exportador, garantindo condições de saúde para os trabalhadores empregados na produção e na exportação. As campanhas visavam o combate de endemias tais como a peste, a cólera, a varíola, dentre outras (MARQUES, et al., 2009).

⁵ O art. XXV, n. 1, da Declaração Universal dos Direitos Humanos dispõe que toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle (ONU, 1948).

Em 24 de janeiro de 1923, foi aprovada pelo Congresso Nacional a Lei Eloi Chaves, marco inicial da previdência social no Brasil. Através desta lei foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão – CAPs (POSSAS, 1981, p. 324).

Segundo POSSAS (1981):

Tratando-se de um sistema por empresa, restrito ao âmbito das grandes empresas privadas e públicas, as CAPs possuíam administração própria para os seus fundos, formada por um conselho composto de representantes dos empregados e empregadores (p. 324).

O custeio das CAPs era “*responsabilidade dos empregados, das empresas e dos consumidores*” (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985, p. 102). No sistema das Caixas estabelecido pela Lei Elói Chaves, as próprias empresas deveriam recolher mensalmente o conjunto das contribuições das três fontes de receita e depositar diretamente na conta bancária da sua CAP.

Na década de 1930, foram efetuadas mudanças na estrutura do Estado brasileiro e criou-se o “Ministério da Educação e Saúde”. Neste diapasão, o Estado pretendeu estender a todas as categorias do operariado urbano organizado os benefícios da previdência.

Dessa forma, as antigas CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), que agregavam os trabalhadores de acordo com as categorias profissionais.

Até o final dos anos de 1950, a assistência médica previdenciária não era importante. Os técnicos do setor consideravam-na secundária no sistema previdenciário brasileiro, e os segurados não a considerava importante em suas reivindicações.

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, o que se limitou a um mero desmembramento do antigo Ministério da Educação e Saúde, sem que isso significasse nova postura do governo e efetiva preocupação em atender aos importantes problemas de saúde pública de sua competência.

Em 1960, foi promulgada a Lei nº. 3.807/1960 (BRASIL, 1960), denominada Lei Orgânica da Previdência Social, que veio estabelecer a unificação do regime geral da previdência social (congregando-se, então, todas as IAPs), destinado a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime da CLT.

Deste regime foram excluídos os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e, naturalmente, os servidores públicos e de autarquias e que tivessem regimes próprios de previdência.

A lei previa uma contribuição tríplice com a participação do empregado, empregador e a União. O governo federal nunca cumpriu a sua parte, o que evidentemente comprometeu seriamente a estabilidade do sistema.

Esse processo de unificação somente se efetivou em 2 de janeiro de 1967, com a implantação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que reuniu os seis Institutos de Aposentadorias e Pensões, o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (SAMDU) e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social.

Ao unificar o sistema previdenciário, foi incorporada a assistência médica, que já era oferecida pelos vários IAPs, sendo alguns desses com serviços e hospitais próprios.

Em 1974, o sistema previdenciário saiu da área do Ministério do Trabalho para se consolidar como um ministério próprio, o Ministério da Previdência e Assistência Social.

O sistema de atendimento dos “segurados” foi se tornando cada vez mais complexo tanto do ponto de vista administrativo quanto financeiro, dentro da estrutura do INPS, que ensejou a criação de uma estrutura própria administrativa, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1978.

No final da década de 1980, o INAMPS estabeleceu medidas que o aproximou ainda mais de uma cobertura universal de clientela, entre as quais se destaca o fim da exigência da Carteira de Segurado do INAMPS para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da rede pública. Esse processo culminou com a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), implementado por meio da celebração de convênios entre o INAMPS e os governos estaduais.

Neste contexto de ampliação do acesso ao serviço público de saúde, a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2011) consagrou o direito social à saúde em seu artigo 6º e 196 e seguintes.

Especificamente, quanto ao direito à saúde, o artigo 196 da Constituição Federal (BRASIL, 2011) estabeleceu que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O exame do texto constitucional permite constatar que são princípios norteadores do direito à saúde a universalidade, igualdade (entenda-se, igualdade material), regionalização, hierarquização, descentralização, integralidade e participação da comunidade (BRASIL, 2011, artigos 196 e 198). Verifica-se, ainda, que cuidar da saúde é competência comum dos entes federados (BRASIL, 2011, artigo 23, II). A regulação dos preceitos constitucionais está centrada, especialmente, na Lei Orgânica da Saúde, Lei n.º 8.080/1990 (BRASIL, 1990a) e na Lei n.º 8.142/1990 (BRASIL, 1990b), que trata da participação social no SUS.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi estabelecido pelo artigo 198 da Constituição Federal (BRASIL, 2011) e pode ser entendido como o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, conforme definição contida no artigo 4º da Lei n.º. 8.080/1990 (BRASIL, 1990a).

O texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva.

Esse sistema, em sua integralidade, deve obedecer aos princípios e diretrizes estabelecidos pelo artigo 7º da Lei n.º. 8.080/1990 (BRASIL, 1990a), dos quais se destacam universalidade, gratuidade, integralidade e equanimidade.

Para a completa consecução dos objetivos do SUS, a Lei n.º. 8.080/1990 (BRASIL, 1990a) estabeleceu que o seu custeio seria proveniente das mesmas fontes atinentes à manutenção da seguridade social. Nessa linha, o direito à saúde, na atual conjuntura constitucional brasileira, implica ações negativas e positivas do Estado e da sociedade tendentes a garantir o combate a doenças, bem como ações positivas e negativas no ambiente circundante para a prevenção da ocorrência das moléstias, inclusive com a melhora da qualidade de vida.

Ao referir-se à promoção, proteção e recuperação da saúde, a Constituição Federal adota, portanto, o conceito amplo de saúde, reconhecendo não só a perspectiva de pretensão a um corpo e a uma mente sem doenças, como também a condições de vida e a um meio ambiente equilibrado.

Sob o foco constitucional, o artigo 3º da Lei n.º 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 1990), prescreve que

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Diante da imposição de tão importante incumbência ao Estado, qual seja zelar pela plena saúde de seus cidadãos, o dever jurídico ganha vida, passando a repercutir na atuação da Administração Pública, gerando reflexos econômicos que desafiam o gestor dos recursos públicos a dar efetividade ao direito prometido pela Constituição Federal.

Em complemento às disposições legais, foram editadas pelo Ministério da Saúde normas infralegais. Espécie dessas é a Norma Operacional Básica – NOB, que versa sobre o funcionamento e a operacionalização do SUS.

A primeira NOB foi editada em 1991 (NOB 01/1991), seguida da NOB 01/1993 e da NOB 01/1996, todas com intuito de conferir eficácia ao sistema de custeio da saúde.

A NOB-SUS 01/1996 reformulou o modelo de gestão do SUS e implantou a “Reforma da Saúde”, o que englobou a “municipalização” do sistema, pela implementação de novas técnicas de gestão, conforme explicitado quando da enunciação do problema enfrentado por esta dissertação.

Por fim, foi editada a Emenda Constitucional n.º 29, de 29/2000 (BRASIL, 2000), ainda pendente de regulamentação, que estabelece os recursos mínimos a serem aplicados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios para o financiamento das ações e serviços de saúde.

2.2. A Política Pública de Saúde na Constituição Federal

As políticas públicas constituem uma temática originada nos Estados Unidos, oriunda da ciência política. Nas últimas décadas, com a evolução dos direitos humanos, as políticas públicas têm sido estudadas de forma multidisciplinar. Isto se deve, em especial, à institucionalização através de Constituições e outras fontes de atos normativos.

Inicialmente, os estudos concentravam-se mais na análise sobre o Estado e suas instituições do que na produção de bens e serviços dos governos em favor da população. Na Europa, a área de política pública surgiu como um desdobramento dos trabalhos baseados em teorias explicativas sobre o papel do Estado e do governo. Nos EUA, ao contrário, a área surge no mundo acadêmico sem estabelecer relações com as bases teóricas sobre o papel do Estado, passando direto para a ênfase nos estudos sobre a ação dos governos (SOUZA, 2006). Nos dias atuais, devido à sua multidisciplinaridade, o conceito de políticas pública ainda é divergente.

Segundo este autor:

definições de políticas públicas, mesmo as minimalistas, guiam o nosso olhar para o locus onde os embates em torno de interesses, preferências e ideias se desenvolvem, isto é, os governos. Apesar de optar por abordagens diferentes, as definições de políticas públicas assumem, em geral, uma visão holística do tema, uma perspectiva de que o todo é mais importante do que a soma das partes e que indivíduos, instituições, interações, ideologia e interesses contam, mesmo que existam diferenças sobre a importância relativa destes fatores (p. 13).

Deve-se destacar, ainda, a busca por um conceito para guiar o entendimento da temática das políticas públicas.

Para Grau (2003), “a expressão políticas públicas designa todas as atuações do Estado, cobrindo todas as formas de intervenção do poder público na vida social” (p. 25).

Tal concepção, para Bucci (2006), é:

Política pública é o programa de ação governamental que resulta de um processo ou conjunto de processos juridicamente regulados – processo eleitoral, processo de planejamento, processo judicial – visando coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados. Como tipo ideal, a política pública deve visar a realização de objetivos definidos, expressando a seleção de prioridades, a reserva de meios necessários à sua consecução e o intervalo de tempo em que se espera o atingimento dos resultados (p. 39).

Sob essa nova perspectiva, as políticas públicas destinam-se a prover a coletividade, com o máximo de eficiência, dos bens e serviços que são dever do Estado e direito do cidadão. Elas se decompõem em cinco segmentos sucessivos e intercomplementares de atividades: identificação do problema cuja inclusão na agenda governamental se justifica; formulação de soluções e respostas para o problema identificado; implementação dessas soluções; avaliação, isto é, como os efeitos da implementação são percebidos pelos destinatários da política e sua influência sobre novas ações; e gestão das interfaces entre as várias políticas, reconhecendo-se que nenhuma delas pode ser isolada.

A estrutura formal da política pública de saúde, na sua atual configuração, foi criada pela Constituição Federal de 1988, no Título VIII, denominado “Da Ordem Social”, nos artigos 196⁶ a 198⁷ (BRASIL, 2011). O artigo 196 cuida dos princípios da política pública de saúde; o artigo 198 estabelece os princípios do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011).

Deve-se considerar, também, a Ordem Econômica, regulamentada no Título VII da Constituição Federal (artigo 170 e seguintes).

Souza (2002) ressalta que a Constituição Federal visou um equilíbrio entre o social e o econômico ao regulamentar as duas ordens em títulos específicos:

⁶ Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2011).

⁷ Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. (BRASIL, 2011).

Ora, os “Títulos” denominados “Da Ordem Econômica”, “Da Ordem Econômica e Social” e outros, procuram justamente levar a efeito a absorção desses valores, garantir o equilíbrio com os valores individuais e expandir, tomando o “homem-cidadão”, até a tipificação genérica, como “trabalhador”, “produtor”, “investidor”, “consumidor”, e assim por diante, para lhe conferir direitos e obrigações igualmente tipificadas e que não se limitam apenas aos compromissos individuais (p. 29).

A Constituição Federal, em seu artigo 193 (BRASIL, 2011), declara que a Ordem Social tem como fundamento o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais.

Sobre o primeiro aspecto, significa colocar o trabalho acima de qualquer outro fato de caráter econômico, *por se entender que nele o homem se realiza com dignidade* (SILVA, 2005, p. 761). Ter o bem-estar e a justiça sociais como objetivo implica que as relações econômicas e sociais estabelecidas na Constituição e vivenciadas na sociedade não de propiciar trabalho e condições de vida adequadas ao trabalhador e sua família, e que a riqueza produzida no país deve ser equanimente distribuída.

Neste particular, a Ordem Social integra-se e harmoniza-se com a Ordem Econômica (Título VII da Constituição), já que esta se funda também na valorização do trabalho e tem como objetivo assegurar a todos existência digna, conforme os ditames da justiça social⁸. Ressalte-se que o artigo 196 da Constituição Federal diz expressamente que esse direito será garantido *mediante políticas sociais e econômicas* (BRASIL, 2011).

Destarte, estabelecido o campo da Ordem Social, passa-se a tratar, especificamente, do tema política pública de saúde que está ali abrangido.

Objetivou-se, neste capítulo, analisar a formulação da política pública de saúde no âmbito da Constituição Federal, que possui os seguintes princípios: universalização, equidade e integralidade. Tais princípios, seguindo a tendência das mais recentes Constituições, têm por escopo estabelecer uma política pública de saúde, que vise assegurar o mínimo existencial compatível com a dignidade humana (PEREIRA JR. et al., 2009).

⁸ Art. 170 – CF – “A ordem econômica, fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa, tem por fim assegurar a todos existência digna, conforme os ditames da justiça social, observados os seguintes princípios (...)”.

No que tange à institucionalização do Sistema Único de Saúde, o artigo 198 da Constituição Federal promoveu as seguintes principais mudanças: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade; e municipalização da gestão.

Ressalta-se que estes princípios serviram de diretriz para a pesquisa de campo realizada neste trabalho. Os produtos (*input*) escolhidos como base na metodologia Data Envelopment Analysis - DEA⁹ são somente aqueles que possuem interface com os referidos princípios constitucionais. Além disso, a tipificação das unidades de análise, cujo questionário foi elaborado a partir da base do Plano Nacional de Avaliação em Serviço de Saúde (PNASS), também foi formulada sob a vertente desses princípios.

2.2.1. Princípios da Política Pública de Saúde Brasileira

Conforme consta no artigo 196 da Constituição Federal (BRASIL, 2011), são princípios da política pública de saúde brasileira a universalização, integralidade, equidade e gratuidade.

⁹ A metodologia Data Envelopment Analysis - DEA foi desenvolvida por Charnes, Cooper e Rhodes (1978) e objetiva comparar a eficiência relativa de unidades produtivas complexas, como, setores departamentais, escolas, hospitais, agências bancárias, dentre outras. Esta metodologia mede eficiência relativa de unidades de tomada de decisão (*Decision Making Units - DMU*), que desempenham tarefas de transformar múltiplos *inputs* em múltiplos *outputs*. A análise DEA envolve selecionar *inputs* e *outputs* para produzir função de produção empírica, que é baseada no comportamento "ótimo" observado. O modelo DEA compara cada uma das DMUs com a melhor prática observada, para obter a medida de eficiência relativa. Cada DMU é classificada como sendo eficiente ou ineficiente.

Quando se discute a *performance* de uma unidade de produção, é comum descrever esta, como sendo mais ou menos "eficiente" ou mais ou menos "produtiva". Num caso simples, em que uma unidade de produção tem um único *input* e um único *output* a produtividade é definida como:

Produtividade = $output / input$.

Mas existem unidades de produção que empregam múltiplos *inputs* para produzir múltiplos *outputs*, e esta complexidade pode ser incorporada em uma medida de produtividade que é assim definida: produtividade = composição ponderada dos *outputs*/composição ponderada dos *inputs*.

A Constituição Federal estabeleceu que o beneficiário da política pública de saúde é “todos”, isto é, brasileiros e estrangeiros, sem qualquer segmentação em virtude de classes sociais ou econômicas. Estabeleceu-se, assim, a universalização do serviço de saúde.

Há países em que o direito à saúde é universal. Em outros, opta-se pela segmentação. Segmentação do serviço público de saúde significa que o Estado atenderá a apenas determinados segmentos da sociedade.

No Brasil, até antes da Constituição Federal de 1988, a política de saúde pública era segmentada, destinada a atender apenas filiados à Previdência Social, na qualidade de empregados formalmente registrados ou outros contribuintes formais.

O atendimento à saúde da população excluída do mercado formal de trabalho não configurava direito dos cidadãos, não constituía obrigação do Estado, decorrente de exigência constitucional. Os indivíduos que não contribuíssem para a previdência social ou eram atendidos pelas instituições filantrópicas (que exerciam suas atividades com recursos próprios ou mediante subvenções sociais), a título de benevolência ou, se possuísem recursos financeiros, recorriam a serviços médicos privados.

A proteção jurídica à saúde de todos, independentemente de quaisquer requisitos como renda e inserção no mercado de trabalho, era inexistente. Os cidadãos não tinham direito de receber qualquer assistência médica ou sanitária do Estado, a menos que preenchessem os requisitos necessários (contribuintes da previdência social).

Decidir sobre universalidade ou segmentação depende de duas variáveis importantes: *condições de financiamento e grau de socialização do país* (MARQUES et. al., 2009, p. 25).

Os Estados Unidos, por exemplo, optaram pela segmentação típica, estabelecendo que diferentes segmentos sociais sejam atendidos por instituições específicas. Por seu turno, a nova ordem constitucional brasileira optou pela universalização.

Contudo, mesmo os países optantes pela universalização procederam a certa qualificação na sua oferta de serviços. Nesses, o cidadão, além da oferta considerada pelo sistema como socialmente necessária, tem a possibilidade de recorrer a serviços complementares, pagos ou comprados de prestadores privados.

Uma vez associadas universalidade e gratuidade, a política pública de saúde afasta-se da “focalização”, segundo a qual o acesso aos bens e serviços no sistema de saúde público deveria atender somente aos mais pobres.

A opção pelo caminho da saúde pública gratuita e universal prestigia objetivos de maior coesão social (todos, independentemente da condição econômica, compartilham os mesmos serviços) e evita ainda a estigmatização e a queda de qualidade que necessariamente acompanham os serviços públicos destinados exclusivamente aos mais pobres.

Por fim, o acesso universal igualitário implica respeitar e observar as diferentes situações experimentadas pelos indivíduos e grupos quando do desenvolvimento das políticas públicas. Numa sociedade plural e diversa, cumprir a obrigação de propiciar acesso universal igualitário significa, na medida do possível, considerar a diversidade cultural, social, econômica e geográfica, dos indivíduos e grupos destinatários das políticas públicas de saúde, tornando o sistema de fornecimento de bens e serviços pertinentes à saúde capaz de atendê-los.

No que concerne à integralidade, segundo Kell (2006), desde os anos de 1980, essa vem sendo colocada como questão nas políticas governamentais, nos programas de intervenção e na agenda do movimento sanitário. A integralidade em saúde esteve sempre explicitada como intenção e necessidade das ações de governo que consolidaram o Sistema Único de Saúde, o SUS.

Conforme consta do artigo 7º da Lei n.º 8.080/1990 (BRASIL, 1990), a integralidade é entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

A integralidade, portanto, requer racionalização do sistema de serviço, de modo hierarquizado, buscando articular ações de baixa, média e alta complexidade, bem como humanizar os serviços e as ações do SUS.

A integralidade significa que o serviço de saúde deve garantir cuidados integrais e necessários a uma vida saudável, incluídos a prevenção, promoção e os tratamentos.

Kell (2006) aponta diversas concepções de integralidade, mas, sob a ótica de política pública constitucional, ele defende que esta deve ser entendida como garantia de

(...) acesso às técnicas de diagnóstico e tratamento necessárias a cada caso quando necessário, articulação a partir da atenção básica aos meios de diagnóstico e atenção especializada quando necessário, de ampliação de acesso ao sistema de saúde e de resolutividade da atenção – integralidade tomada como acesso a diversos níveis de atenção (p. 28).

Sobre o princípio da integralidade, Marques et al. (2009) sustentam que:

(...) sempre que um cidadão for acometido por uma doença, o Estado brasileiro é obrigado a lhe oferecer atendimento integral, ou seja, todos os recursos médicos, farmacêuticos e terapêuticos que estiverem disponíveis para o tratamento da enfermidade em questão (p. 73).

A integralidade no atendimento pode ser alcançada mediante racionalidade e eficiente gestão dos recursos públicos alocados na área de saúde. Além disso, deve-se evitar uma atitude médica fragmentada diante dos pacientes, como a coordenação dos diversos serviços médicos, assistenciais e sociais, sem esquecer a organização administrativa e a cooperação entre as diversas esferas de ação governamental envolvidas no desenvolvimento do sistema único de saúde.

A equidade, no nosso país, segundo Marques et al. (2009, p. 73), significa tratar os desiguais de forma desigual, diferente.

O Brasil, por ser um país de dimensão continental e com estrutura produtiva diversificada (recursos naturais, situação de emprego, distribuição de renda, desníveis culturais e outros), torna desigual o acesso da população a bens e serviços, principalmente aqueles essenciais à vida.

A equidade em saúde foi definida pela Sociedade Internacional de Equidade em Saúde, na Conferência sobre Equidade em Saúde de Havana de 2000, como:

a ausência de diferenças sistemática e potencialmente remediáveis em um ou mais aspectos da Saúde que se manifestam em populações ou grupos populacionais, definidos social, demográfica ou geograficamente (CONASS, 2006, p. 134).

Com efeito, equidade, em matéria de política pública de saúde, implica que os recursos do SUS devam ser distribuídos e aplicados como compensação da desigualdade observada.

Neste escopo, as funções sociais do planejamento e do orçamento – função distributiva de renda e de eliminação das desigualdades regionais e sociais – adquirem especial importância.

Uma política pública de saúde, tal como definida na Constituição Federal, será sempre um ideal a ser atingido, em virtude da constante e crescente inclusão de todas as camadas sociais de forma integral, equânime e universal. O progresso da ciência, a inclusão tecnológica, a longevidade, o aparecimento de novos agravos, as transformações ecológicas estarão continuamente colocando novos desafios a serem enfrentados e vencidos pelo Sistema Único de Saúde (MARQUES et al., 2009).

2.2.2. Princípios Norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS)

O artigo 198 da Constituição Federal (BRASIL, 2011), ao instituir o Sistema Único de Saúde, estabeleceu como princípios norteadores a regionalização, hierarquização e descentralização e a participação social.

A regionalização, a hierarquização e a descentralização das ações e serviços de saúde como princípios do SUS dizem respeito à sua própria essência: as redes federal, estadual, distrital e municipal de saúde serão ordenadas e coordenadas por regiões e segundo níveis de complexidade.

Sob este contexto, aos municípios foi dada a responsabilidade de definir e gerir as ações e os serviços de saúde, bem como a possibilidade de controle pela sociedade sobre a responsabilidade dos gestores (prefeito e secretário municipal da saúde) e a efetiva participação social na formulação de estratégias e ações locais de saúde.

Almeida et al. (2009), esclarecem:

Embora se use o termo “municipalização”, o que houve na realidade foi uma união de forças entre os governos federal, estadual e municipal, que passaram a compartilhar recursos humanos, equipamentos e edifícios, montando uma estrutura única com a prerrogativa constitucional de atender a todos os cidadãos brasileiros, tendo as prefeituras municipais como comandantes diretas, assessoradas e financiadas, em parte, pelos outros dois níveis de governo. (p. 582).

Vale dizer que, embora pertencentes a diferentes pessoas jurídicas de direito público, as estruturas físicas e os recursos humanos serão distribuídos atendendo a um planejamento único, pautado pela descentralização da atenção primária e distribuição regional dos serviços de média e de alta complexidades.

Essa construção remete aos municípios a missão de principal executor das ações e serviços públicos de saúde, pois, próximas da população, as administrações municipais possuem as melhores condições de avaliar as necessidades mais prementes da comunidade e desenvolver as condutas mais eficazes de promoção e prevenção.

Não se trata, porém, de uma descentralização automática e irresponsável, mas sim de gradativa capacitação dos órgãos locais para a direção plena dos serviços de saúde. Cabe, nesse processo, à União e aos Estados prestar apoio técnico e financeiro.

A regra da direção única em cada esfera de governo obriga a que somente um órgão da administração de cada ente seja responsável pela direção local do SUS, evitando a fragmentação da política de saúde e a diluição das verbas. No plano federal, situar-se-á a direção nacional do sistema, que deverá promover a coordenação da atuação de todos os demais entes federativos e suas redes de atendimento.

Outro princípio importante é o da participação social, que garante à população espaço na formulação, implementação, gestão e controle da política pública de saúde. A Lei Orgânica da Saúde estabelece duas formas de participação da população na gestão do SUS: as conferências e os conselhos de saúde. As conferências – municipais, estaduais e nacional – devem acontecer de quatro em quatro anos e têm a finalidade de avaliar e propor diretrizes para as políticas públicas de saúde. Seus representantes são os usuários do SUS, do governo, dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviços, parlamentares e outros.

Em especial aos Conselhos foi reservado papel de destaque, notadamente por lhes ter sido atribuída função deliberativa. Para garantia da transparência e, assim, do controle social, a Lei n.º 8.142/1990 (BRASIL, 1990) estipulou, ainda, a existência de um Plano de Saúde e de um Fundo de Saúde em cada ente, inclusive como condição para o recebimento de verbas federais. Os conselhos de saúde funcionam como colegiados e têm caráter deliberativo. São componentes dos conselhos os representantes do governo, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e usuários (BEZERRA, 2007).

2.3 Política Pública de Saúde e o Princípio da Máxima Efetividade da Norma Constitucional

A pesquisa bibliográfica e documental em determinadas políticas públicas tem como base a Constituição Federal. É neste documento legal onde estão os regramentos gerais das principais políticas públicas de maior interesse da população. No que tange à política pública de saúde, não é diferente.

O constitucionalismo moderno apresenta um novo papel às constituições, que vai além das funções de estruturação e definições das funções orgânicas do Estado. Admite-se, atualmente, que as constituições também tratem de assuntos de interesse direto da sociedade, por exemplo, determinadas políticas públicas.

Mendes et al. (2008, p. 5) suscitam o debate se a Constituição é a lei fundamental apenas do Estado ou se *é um estatuto jurídico do fenômeno político em sua totalidade, ou seja, um plano normativo global que não cuide apenas do Estado, mas também de toda a sociedade.*

Naturalmente, com o avanço das políticas públicas e com a redefinição do papel do Estado a partir da segunda metade do século XX, dotando-o de características gerenciais e, a partir do século XXI, com a introdução do conceito de governança¹⁰ na gestão pública, as constituições também passaram a seguir esta tendência.

No Brasil, particularmente, a Constituição Federal adquiriu um perfil mais moderno com a Emenda Constitucional n.º 19/1998 (BRASIL, 1998), que realizou a Reforma do Estado e a Reforma Administrativa, tendo por diretriz os princípios da Administração Pública Gerencial.

Portanto, a concepção de Constituição que mais se amolda ao perfil do Estado moderno é aquela que seja um plano normativo global que não cuide apenas do Estado, mas também de toda a sociedade.

¹⁰ Sechhi (2009, p. 357-358) define a Governança Pública (GP) como um modelo horizontal de relação entre atores públicos e privados no processo de elaboração de políticas públicas, no sentido que estes têm ou deveriam ter o direito de influenciar a construção das políticas públicas. Essa definição implicitamente traduz-se numa mudança do papel do Estado (menos hierárquico e menos monopolista) na solução de problemas públicos. A GP também significa um resgate da política dentro da administração pública, diminuindo a importância de critérios técnicos nos processos de decisão e um reforço de mecanismos participativos de deliberação na esfera pública.

Sob esta perspectiva, Mendes et al. (2008) ensinam que a Constituição é, a um só tempo, a ordem fundamental do Estado e o seu programa de ação, nestes termos:

Concretamente, além de ser a lei básica do Estado (perspectiva jurídica), a Constituição é também a norma fundamental ordenadora e conformadora da vida social (perspectiva sociopolítica), em cujo âmbito se formulam os fins sociais em que, afinal, se ordena o processo político como um todo (p. 8).

Corroborando a tese defendida, Bastos (1996, p. 41) define que *Constituição é, pois, o conjunto de normas estruturais de uma dada sociedade política.*

Assim sendo, sobre a integração da norma constitucional com as políticas públicas, pode-se concluir que é a Constituição o documento que estabelecerá as regras de diretrizes gerais de atuação do Estado nos setores onde a sociedade mais anseia e necessita.

O Estado de perfil social não é mais mero garantidor de direitos e liberdades individuais, mas sim protagonista de prestações positivas na área dos direitos fundamentais sociais a serem implementadas mediante políticas e ações estatais consoantes com os objetivos e metas fixados na Constituição.

A mera concepção de uma Constituição tipificadora do Estado Social não resolve, porém, o problema da implementação dos direitos sociais. Surge, nesse particular, a questão da aplicabilidade e eficácia das normas constitucionais que os proclamam. Isso porque, enquanto normalmente estipuladoras de objetivos e deveres do Estado, dependem de ações ativas, positivas do Poder Público, as quais, mais das vezes, carecem de normatização infraconstitucional, de políticas públicas e de recursos.

Acrescentando a esta perspectiva o conceito de Governança Pública, tem-se que o Estado deverá formular, programar e executar as políticas públicas de forma horizontal com a participação de todos os atores – públicos e privados – interessados e envolvidos no tema.

Com efeito, no particular da política pública de saúde, os princípios gerais estão estabelecidos nos artigos 196 e 198 da Constituição Federal (BRASIL, 2011), nos quais emergem as diretrizes para a formulação das normas hierarquicamente inferiores e que deverão garantir a efetividade deste ofício estatal aos cidadãos.

Somente a partir da Constituição Federal de 1988 é que saúde passou a ser tratada como direito fundamental do homem. Anteriormente, as *“Constituições tratavam a saúde apenas dentro do contexto de organização administrativa da União, impondo a este o dever de combater endemias e epidemias”* (SILVA, 2005, p. 767).

Assim, é interessante considerar a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

A Constituição Federal, dada a sua natureza jurídica, definirá apenas os princípios e os regramentos gerais. As normas de formulação, implementação, execução e avaliação da dita política pública serão editadas no plano infraconstitucional por meio de leis, decretos, normas operacionais e outros.

A doutrina, de modo geral, conceitua Constituição como a “lei fundamental”, em virtude deste seu caráter de estabelecer o conteúdo orgânico do Estado, os limites do exercício do poder pelo governo, as competências e os direitos, garantias e deveres dos cidadãos. Moraes (2007) ensina que:

(...) a Constituição deve ser entendida como a lei fundamental e suprema de um Estado, que contém normas referentes à estruturação do Estado, à formação dos poderes públicos, forma de governo e aquisição do poder de governar, distribuição de competências, direitos, garantias e deveres dos cidadãos (p. 2).

Colocadas estas premissas, importa, agora, tratar da aplicação da política pública de saúde estabelecida, em regras gerais, na Constituição Federal, à luz do princípio da máxima efetividade da norma constitucional.

A questão, naturalmente, envolve a ciência de interpretação da norma jurídica, o que se chama de hermenêutica¹¹. A norma jurídica consubstancia-se em um texto geral e abstrato. Ao Estado, por meios de seus órgãos competentes, incumbe a função de aplicar a norma ao caso concreto. Esta função, via regra, é encargo do Poder Judiciário. No entanto, a Administração Pública, como responsável pela execução de políticas públicas definidas na Constituição e em normas inferiores, também terá esta função, ao tornar os benefícios da política efetivos à população.

¹¹ Segundo Maximiliano, hermenêutica jurídica *tem como objeto o estudo e a sistematização dos processos aplicáveis para determinar o sentido e o alcance das expressões do Direito* e que *“hermenêutica é a teoria científica da arte de interpretar* (2010, p. 1).

A interpretação da norma constitucional possui técnica própria, respaldada em propósitos científicos. Assim, a hermenêutica é o meio para chegar ao fim colimado.

A Constituição deve ser interpretada com um preponderante aspecto prático que garanta resposta efetiva ao anseio da sociedade. A hermenêutica constitucional procura atingir um sentido que torna efetivos e eficientes os grandes princípios de governo, e não os contrarie ou reduza a inocuidade (MAXIMILIANO, 2010).

Story¹² (*apud* MAXIMILIANO, 2010) cita que:

O governo é um coisa prática, feita para a felicidade do governo humano, e não destinada a propiciar um espetáculo de uniformidade que satisfaça os planos de políticos visionários. A tarefa dos que são chamados a exercê-los é dispor, providenciar, decidir; e não debater; seria pobre compensação haver alguém triunfado numa disputa, enquanto perdíamos um império; Los reduzido a migalhas um poder e ao mesmo tempo destruído a República (p. 250).

Nesta vertente interpretativa da norma constitucional, torna-se importante o princípio da máxima efetividade, que é uma das diretrizes da hermenêutica deste ramo do Direito.

Para Mendes *et al.* (2008), o princípio da máxima efetividade da norma constitucional *orienta os aplicadores da Lei Maior para que interpretem suas normas em ordem a otimizar-lhes a eficácia, sem alterar o seu conteúdo* (MENDES *et al.*, 2008, p. 118). Moraes (2007) tem igual posicionamento, defendendo que *a uma norma constitucional deve ser atribuído o sentido que maior eficácia lhe conceda* (MORAES, 2007, p. 10)

Nos moldes dos artigos 196 e 198 da Constituição Federal (BRASIL, 2011) – base para a formulação da política pública de saúde –, deve-se tentar uma interpretação e aplicação fática que garanta a máxima efetividade da política pública nos seguintes vetores: universalidade, integralidade, igualdade e gratuidade.

A busca pela máxima efetividade é mais relevante ao se verificar que a norma constitucional é de natureza positiva, ao criar para o Estado o “dever” de prestar o serviço à saúde e impõe aos entes federados a realização de determinadas ações, de cujo cumprimento depende a própria realização do direito.

¹² Willoughby – *On the Constitution*. 1910, §§ 11 e 12; Cooley – *Constitutional Limitations*, 1903, p. 103.

Por esta razão, a interpretação e aplicação da norma envolve conceitos multidisciplinares. Se, por um lado, a hermenêutica constitucional é atividade eminentemente do Direito, por outro, quando se pretende concretizá-la à luz da máxima efetividade, é necessária a interpretação econômica.

Além disso, por se tratar de política social, a sua análise também passará sob o crivo da ciência da Administração Pública¹³.

No Plano Diretor da Reforma do Estado, elaborado em 1995, expressamente se afirmava que reformar o Estado significa melhorar não apenas a organização e o pessoal do Estado, mas também suas finanças e todo o seu sistema institucional-legal, de forma a permitir que este tenha relação harmoniosa e positiva com a sociedade civil.

Em vista disso, é importante distinguir os conceitos de eficiência, eficácia e efetividade. A eficiência relaciona-se ao modo pelo qual se processa o desempenho da atividade administrativa, ou seja, diz respeito à conduta dos agentes públicos. A eficácia tem relação com os meios e instrumentos empregados pelos agentes no exercício de seus misteres na administração, sendo um sentido tipicamente instrumental. A efetividade é voltada para os resultados obtidos com as ações administrativas, sobrelevando o aspecto da positividade dos objetivos (CARVALHO FILHO, 2005).

No que tange à eficiência de programas sociais, Marinho *et al.* (2001) defendem:

A dimensão da eficiência, por sua vez, remete a avaliação para considerações de benefício e custo dos programas sociais, e há notórias complexidades a respeito que devem e serão levadas em conta. De imediato, deve-se reconhecer que as organizações só estariam sendo eficientes se demonstrassem antes ser efetivas, no sentido já mencionado. De outra forma, recursos escassos poderiam estar associados a resultados passíveis de ser aprimorados. (p. 6)

Ferreira *et al.* (2009) definem que

a eficácia está relacionada ao atendimento do objetivo que se visa atingir, sem levar em conta os recursos utilizados. Se a produção almejada foi realizada, a atividade foi eficaz. Não importa quais recursos foram utilizados empregados e como foram usados. (p. 23)

¹³ Keinert (1994) defende que, a partir de 1989, a Administração Pública se estabelece como ciência autônoma, constituindo uma disciplina híbrida, nascida com ligações orgânicas com a Ciência Política e com a Análise Organizacional. Amplia, ainda, o seu *locus* (objeto empírico de análise) para abranger todas as questões que se refiram ao interesse público.

A respeito da produtividade, estes mesmos autores sustentam que (sic) “está relacionada à forma de utilização dos recursos para realizar a produção e, assim, se expressa pelo quociente da produção pelo insumo empregado: produção/insumo”.

No que concerne ao conceito econômico de efetividade, Marinho e Façanha (2001) dizem que ser efetivo, antes de ser eficiente e eficaz, também significa possuir competência para desenhar e implementar boas estratégias, fazendo bem e melhorando as coisas. A dimensão econômica de efetividade diz respeito:

(...) à implementação e ao aprimoramento de objetivos, independentemente das insuficiências de orientação e das falhas de especificação rigorosa dos objetivos iniciais declarados do programa. Organizações são efetivas quando seus critérios decisórios e suas realizações apontam para a permanência, estruturam objetivos verdadeiros e constroem regras de conduta confiáveis e dotadas de credibilidade para quem integra a organização e para seu ambiente de atuação (p. 6).

Em termos gerais, resume-se:

Quadro 1 – Definição de eficiência, eficácia e efetividade

	Descrição	Prática
Eficiência	É a relação entre bens e serviços gerados por uma atividade e os custos dos insumos empregados em determinado preço de tempo.	Fazer mais, gastando-se menos.
Eficácia	É o grau de alcance das metas programadas em determinado período de tempo, independente dos custos.	Fazer mais e melhor.
Efetividade	É a relação entre os impactos reais observados na população e os impactos que seriam esperados decorrentes da ação institucional.	Fazer o que deve ser feito.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2011.

Portanto, os princípios constitucionais norteadores da saúde pública no Brasil (artigos 196 e 198 da Constituição Federal – BRASIL, 2011) – universalidade, integralidade, igualdade e gratuidade – devem ser interpretados de modo a tornar aos cidadãos efetiva a prestação deste serviço público.

A máxima efetividade da norma constitucional deverá conduzir o gestor público a executar a política pública de saúde nos termos dos dispositivos citados, não se resumindo apenas de assistência hospitalar, mas, também – e efetivamente – ações governamentais destinadas a criar um ambiente sanitário saudável (SILVA, 2005).

Finalizando, superadas as conceituações teóricas que posicionaram a amplitude do princípio de máxima efetividade da norma constitucional em política de saúde, é interessante demonstrar alguns julgados do Supremo Tribunal Federal versando sobre o tema. Citam-se dois acórdãos relatados pelo Ministro Celso de Mello, nos quais a Suprema Corte estabeleceu que:

O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (artigo 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular - e implementar - políticas sociais e econômicas idôneas que visem a garantir, aos cidadãos, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar. - O direito à saúde - além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas - representa consequência constitucional indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional. (RE 393175 AgR, Relator(a): Min. CELSO DE MELLO, Segunda Turma, julgado em 12/12/2006, DJ 02-02-2007 PP-00140 EMENT VOL-02262-08 PP-01524 – www.stf.jus.br).

O reconhecimento judicial da validade jurídica de programas de distribuição gratuita de medicamentos a pessoas carentes, inclusive àquelas portadoras do vírus HIV/AIDS, dá efetividade a preceitos fundamentais da Constituição da República (artigos 5º, caput, e 196) e representa, na concreção do seu alcance, um gesto reverente e solidário de apreço à vida e à saúde das pessoas, especialmente daquelas que nada têm e nada possuem, a não ser a consciência de sua própria humanidade e de sua essencial dignidade. Precedentes do STF. (RE 271286 AgR, Relator(a): Min. CELSO DE MELLO, Segunda Turma, julgado em 12/09/2000, DJ 24-11-2000 PP-00101 EMENT VOL-02013-07 PP-01409 – www.stf.jus.br).

Dessa forma, o poder público deverá tornar efetivo à população o acesso a um serviço de saúde universal, integral, equânime e gratuito.

Para tanto, o Estado deverá ser provido da fonte de financiamento suficiente e de uma gestão eficiente do sistema.

2.4 Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado

Desenvolveu-se esta pesquisa sob o contexto do Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado – PMDI instituído pelo Governo de Minas Gerais.

O PMDI é um planejamento estratégico que consolida as propostas de ações do Governo de Minas Gerais a longo prazo, cuja abrangência é do período de 2003 a 2020, pautado em trinta projetos estruturadores (MINAS GERAIS, 2003).

Os objetivos principais do PMDI são antecipar e sinalizar oportunidades e riscos com vistas ao desenvolvimento de Minas Gerais, contribuindo para a superação dos obstáculos e atração de investimentos para o Estado; estimular a convergência e a integração de iniciativas, esforços e recursos de governos e de instituições públicas e privadas em oportunidades e segmentos de maior potencial de geração de benefícios sociais e econômicos; fornecer orientações e indicações para a concepção, seleção e priorização de projetos estruturadores; e subsidiar a elaboração do PPAG 2004-2007.

As dimensões do PMDI foram estabelecidas sob as vertentes econômica e social, subdividindo-se, cada uma, em diferentes áreas.

No campo específico da saúde, o PMDI estabeleceu os seguintes objetivos: regionalizar a oferta de serviços de acordo com a demanda, proporcionando ganhos de escala (Plano Diretor de Regionalização e Plano Diretor de Investimentos); enfatizar as ações preventivas mediante expansão do Programa Saúde da Família; ampliar a assistência farmacêutica, com ênfase em doenças crônico-degenerativas; reduzir a mortalidade infantil, por meio do Programa Viva Vida; coordenar e regular os serviços de saúde no espaço supramunicipal; reduzir a mortalidade infantil e materna por meio de ações estratégicas; fortalecer e melhorar a qualidade dos hospitais do SUS-MG; desenvolver um programa de educação permanente e de capacitação profissional para funcionários do SUS e da SES-MG; desenvolver um conjunto de ações voltadas para o conhecimento, prevenção e enfrentamento contínuo de problemas de saúde, selecionados e relativos aos fatores e às condições de risco; promover estudos diagnósticos e prospectivos para nortear a definição de prioridades de pesquisa e de desenvolvimento tecnológico em saúde; integrar as fundações (HEMOMINAS, FUNED e FHEMIG) à SES-MG, numa gestão participativa e colegiada; estimular a participação da sociedade civil por meio dos

conselhos municipais e estadual de saúde; estabelecer parcerias com entidades de classe para a realização de campanhas e ações educativas de promoção da saúde (MINAS GERAIS, 2003).

Verificou-se, portanto, a pertinência dos objetivos deste trabalho com o PMDI – o plano estratégico do Governo de Minas Gerais – que visou a melhoria da qualidade da gestão do serviço de saúde e o aumento da eficiência dos gastos, a fim de proporcionar maior oferta dos serviços e bens.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Políticas Públicas e Orçamento

No Estado Social, com base em norma constitucional, não é função precípua do governo prover a população de bens e serviços típicos da iniciativa privada. No caso brasileiro, o artigo 173 da Constituição Federal de 1988 sintetiza esta ideia ao estabelecer que “a exploração direta de atividade econômica pelo Estado só será permitida quando necessária aos imperativos da segurança nacional ou a relevante interesse coletivo”.

No entanto, o Estado possui importante papel na realização da Justiça social ao alocar os recursos de seu orçamento, de modo a estimular a distribuição de renda e produção de bens e serviços necessários ou desejados pela sociedade.

Decorre, assim, a necessidade de promover a eficiente alocação de recursos para as efetividades das políticas públicas. Machado Jr. e Reis (2001) citam que:

A integração planejamento/orçamento é a tônica hoje em dia, servindo como uma ferramenta capaz de consertar as distorções administrativas e remover os empecilhos institucionais que dificultam a modernização dos métodos e processos administrativos no Brasil (p. 89).

A insuficiência de recursos orçamentários e a pressão da crescente demanda por variados serviços e bens nas áreas sociais tornam-se um desafio para o Estado. Assim é que a eficiente formulação e implementação destas políticas públicas poderá prover a coletividade dos bens e serviços necessários a uma boa qualidade de vida. No caso específico da política pública de saúde, a indefinição de fontes de financiamento levou à necessidade de edição da Emenda Constitucional n.º 29/2000, que estabeleceu valores mínimos de recursos para a saúde nas três esferas de governo (mínimo de 15% das receitas próprias para os Municípios; 12% para os Estados; e variação nominal do PIB para a União). Todavia, esta Emenda permanece pendente de regulamentação por lei ordinária.

Por fim, sob o foco da nova Administração Pública, ressalta-se que a Constituição Federal de 1988, ao contrário das anteriores, não estabeleceu um federalismo rígido. Vigem, hoje, um federalismo de cooperação ou federalismo de equilíbrio, estabelecendo ações conjugadas entre os entes estatais em diversos setores de interesse público (MEDAUAR *et al.*, 2006).

Como exemplo principal, cita-se a criação do Sistema Único de Saúde, estabelecendo que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e será organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e III - participação da comunidade.

As vantagens desta cooperação entre os entes federados são evidentes, podendo ser citadas: a) a racionalização do uso dos recursos, destinados ao planejamento, à programação e execução de objetivos de interesse comuns; b) a criação de vínculos ou fortalecimento dos vínculos preexistentes, com a formação ou consolidação de uma identidade regional; c) a instrumentalização da promoção do desenvolvimento local, regional e nacional; e d) a conjugação de esforços para atender às necessidades da população, as quais não poderiam ser atendidas de outro modo diante de um quadro de escassez de recursos” (MEDAUAR *et al.*, 2006).

3.1.1. Função Alocativa do Governo e Desenvolvimento

O orçamento público é uma importante peça de todo o processo de planejamento. Por isso, a integração entre orçamento e planejamento deve ser real, a fim de garantir os recursos necessários para a efetividade das políticas públicas.

Sob este contexto, a Lei n.º 4.320, de 17 de março de 1964, constitui um marco histórico na gestão das finanças públicas.

Com o advento da Lei Complementar n.º 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), o planejamento do orçamento deixou de ser mera ordem técnica-contábil, sendo elevado ao nível de obrigação do gestor público. Esta lei foi editada com o propósito de impingir maior transparência e controle das finanças públicas. Pretendeu-se, com isto, o equilíbrio das contas públicas, a busca de metas e resultados, visando à redução do déficit, o aumento da receita, o controle dos gastos e da dívida e do endividamento, com responsabilidade na gestão fiscal.

Esta lei também está inserida no contexto da Reforma do Estado e foi elaborada com base em modelo proposto pelo Fundo Monetário Internacional. Castro (2001) justifica esta constatação pelo fato de o Brasil ter aderido à globalização da economia e em virtude da insatisfação da coletividade com a corrupção e a má gestão dos recursos públicos, *considerando-se como mote a eficiência na Administração, o Estado gerencial*.

A Lei de Responsabilidade Fiscal está alicerçada em quatro eixos nucleares, a saber, planejamento, transparência, controle e responsabilização.

O planejamento, segundo Castro (2001), exige uma atividade estatal qualificada, com base no modelo proposto por Fayol: previsão, organização, comando, coordenação e controle. Assim sendo, a gestão fiscal pressupõe uma ação planejada do governo.

A transparência é o segundo núcleo da Lei de Responsabilidade Fiscal, como exemplo, tem-se a demonstração de resultado e a publicização das finanças públicas.

O controle, na LRF, é verificado no aperfeiçoamento dos instrumentos para exercê-lo, tanto internamente, dando-se mais autonomia e independência para o Controle Interno, quanto externamente, com o fortalecimento da atuação dos Tribunais de Contas.

Por fim, a LRF prevê sanções tanto para a entidade pública, quanto para o administrador que agir temerariamente na gestão fiscal, promovendo-se, assim, a sua responsabilização.

Visando orientar este processo de planejamento, a Constituição Federal de 1988, em que pese o seu caráter patrimonialista, instituiu, em seu artigo 165, a obrigatoriedade de: I - o Plano Plurianual (PPA); II - as Diretrizes Orçamentárias (LDO); e III - os Orçamentos Anuais (LOA).

Segundo Silva (2005), os princípios orçamentários foram elaborados pelas finanças clássicas, destinados, de um lado – e principalmente –, a reforçar a utilização do orçamento como instrumento de controle parlamentar e democrático sobre a atividade financeira do Executivo e, de outro lado, a orientar a elaboração, aprovação e execução do orçamento.

Este mesmo autor cita, ainda, que os princípios orçamentários são os seguintes: a) princípio da programação; b) princípio da anualidade; c) princípio da unidade; d) princípio da universalidade ou da globalização; e) princípio da legalidade; f) princípio da exclusividade; e g) princípio do equilíbrio orçamentário.

Contudo, Mendes et. al. (2008, p. 1348) asseveram que alguns destes princípios receberam grande ênfase no Estado Liberal, quando os orçamentos possuíam forte conotação jurídica. Nos dias atuais, perderam sua importância por não atenderem a todas as nuances do universo econômico-financeiro característico do Estado Moderno.

Há, outrossim, que sobrelevar que, no Brasil, o orçamento também constitui instrumento de distribuição de renda, justiça social e de correção das desigualdades sociais, promovendo o desenvolvimento social e econômico. O orçamento é um forte instrumento que o Estado possui para intervir na sociedade, impactando a vida das pessoas mediante a entrega de bens e serviços ou mesmo alterando a configuração do ambiente e da cultura.

O gestor municipal deve utilizar os recursos públicos que dispõe para maximizar a melhoria da qualidade de vida dos seus munícipes. Ou seja, a arrecadação de impostos e as transferências de recursos estaduais e federais financiarão as responsabilidades do município na oferta de educação básica, saúde e outros serviços públicos (MOTA et al., 2007).

Segundo Musgrave (1980), são funções do orçamento: a) promover ajustamentos na alocação de recursos (função alocativa); b) fazer ajustamentos na distribuição de renda (função distributiva); e c) manter a estabilidade econômica (função estabilizadora).

A população, em qualquer nível social e econômico, continua a contar com o Estado para se conseguir determinadas necessidades. No campo municipal, esta presença do Poder Público se torna mais visível, pois, são nas cidades que as necessidades diretas das pessoas alcançam maior demanda, como coleta de lixo, saneamento, obras públicas, atendimento à saúde, espaços de lazer, dentre outras.

Com efeito, a alocação de recursos, por parte dos municípios, de modo a fomentar o desenvolvimento almejado pela população e atender as suas necessidades primárias, dependerá de eficiente integração planejamento/orçamento.

Por outro lado, a deficiência na elaboração e execução do orçamento impacta negativamente a sociedade, prejudicando os resultados das políticas públicas e não alcançando as mudanças pretendidas no ambiente e na cultura. Com isso, distancia-se, ainda mais, o governo das demandas dos governados/sociedade.

No caso específico da gestão do Sistema Único de Saúde, ocorrem desequilíbrios internos na alocação dos recursos financeiros, em função dos diferentes setores de prestação de serviços de saúde, o que provoca ineficiências alocativas, repercutindo negativamente nos resultados sanitários (CONASS, 2006).

A este respeito, Oliveira *et. al.* (2006) reforçam a tese de que as estratégias de Governo têm como etapa essencial o processo de elaboração e execução do orçamento, instrumento que reflete as decisões alocativas de curto prazo. A aderência do orçamento à estratégia, usualmente denominada integração planejamento-orçamento, constitui importante variável explicativa de estratégias percebidas como exitosas.

O orçamento é, na perspectiva dual, o instrumento que torna viável, a curto prazo, a estratégia.

Nesse contexto, o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (MARE, 1995) estabelece como premissa que o Planejamento exercerá importante missão, notadamente na área de orçamento, a partir da adoção de um modelo que se baseie na fixação de objetivos, mecanismos efetivos de avaliação de resultados, tendo, como, contrapartida maior flexibilidade na execução orçamentária.

É importante, portanto, a integração entre planejamento e orçamento, com vista a garantir maior eficiência à realização da despesa pública e, conseqüentemente, gastar mais e melhor com o cidadão – fim do Estado – e menos com a máquina administrativa.

3.2. Reforma do Estado Brasileiro e Reforma Administrativa da Saúde

A Reforma do Aparelho do Estado brasileiro foi instituída, oficialmente, em 1995, por meio do Plano Diretor, em substituição ao modelo de Administração Burocrática, instituído pelo Decreto-Lei n.º 200/67.

O modelo burocrático tornou-se o alvo das mais ásperas críticas. O modelo burocrático weberiano foi considerado inadequado para o contexto institucional contemporâneo por sua presumida ineficiência, morosidade, estilo autorreferencial e descolamento das necessidades dos cidadãos (SECCHI, 2009).

O até então vigente modelo burocrático, segundo Prestes Motta e Bresser-Pereira (1988), baseava-se em uma administração voltada para profissionais de carreiras, com decisões centralizadas e uma hierarquia que traduz o comando, realizando-se a partir de regras, normas e rotinas rígidas, com ênfase nos processos (meios).

Contudo, na década de 1970, Administração burocrática revelou-se ineficiente e cara, devido ao grande número de atividades e serviços que o Estado assumiu como sua responsabilidade. Nesse período, o Estado passou a garantir os serviços de educação, saúde, cultura, pesquisa científica e seguridade. Verificou-se que a Administração Pública Burocrática não garantia nem rapidez, nem boa qualidade, nem custo baixo para os serviços prestados ao público (BRESSER-PEREIRA, 1996).

Segundo Secchi (2009), dois modelos organizacionais e um paradigma relacional foram apresentados como alternativas ao modelo burocrático. A Administração Pública Gerencial e o Governo Empreendedor são modelos organizacionais que incorporam prescrições para a melhora da efetividade da gestão das organizações públicas. O movimento da Governança Pública traduz-se em um modelo relacional porque oferece uma abordagem diferenciada de conexão entre o sistema governamental e o ambiente que circunda o governo.

No Brasil, o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado optou-se pelo modelo da Administração Pública Gerencial, com vistas a tornar a Administração Pública mais flexível e eficiente; reduzir custos; garantir o serviço público, particularmente serviços sociais de melhor qualidade e fazer com que o servidor público seja mais valorizado pela sociedade e que este servidor valorize mais seu próprio trabalho, realizando-o com mais motivação.

A Administração Pública Gerencial (Nova Administração Pública), segundo Di Giacomo (2005), caracteriza-se pela utilização de práticas gerenciais com ênfase na eficácia, tendo em vista a função pública do aparelho estatal. Tem por características centrais agilizar os processos de: planejar, organizar, liderar, controlar e coordenar. Seus pontos fortes são a descentralização, delegação de autoridade e um rígido controle de desempenho aferidos por indicadores e acordos predefinidos. É um modelo normativo pós-burocrático para a estruturação e a gestão da Administração Pública com base em valores de eficiência, eficácia e competitividade.

Hood e Jackson¹⁴ (*apud* SECCHI, 2009) ainda lembram que existem três grupos de valores que justificam a Administração Pública Gerencial:

grupo *sigma* — eficiência e alocação racional de recursos, limitação do desperdício, simplicidade e clareza;
grupo *theta* — equidade, justiça, neutralidade, *accountability* e controle de abusos dos agentes (desonestidade, imperícia etc.);
grupo *lambda*: capacidade de resposta, resiliência sistêmica, flexibilidade, elasticidade. (p. 355)

Com efeito, o Estado assumiu o papel de ser o principal responsável pela formulação e implementação de políticas capazes de tornar acessível à comunidade determinados bens e serviços que lhe são assegurados como direitos sociais. Além disso, na concepção contemporânea do Estado, o seu fim precípua é garantir ao cidadão o acesso a tais benefícios.

Em uma visão clássica, Einstein (1953) defende que *o Estado foi criado para os homens e não o inverso*. Continuando, diz que *a tarefa principal do Estado consiste nisso: proteger o indivíduo, oferecer-lhe a possibilidade de se realizar como pessoa humana e criativa*.

¹⁴ HOOD, Christopher; JACKSON, Michael W. Administrative argument. Aldershot, Hants, England; Brookfield, Vt., USA: Dartmouth Pub., 1991.

Por seu turno, a Constituição Federal de 1988, ao estabelecer a nova ordem institucional – abrangendo os campos social e econômico – estabeleceu, em seu artigo 3º, que “constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: I - construir uma sociedade livre, justa e solidária; II - garantir o desenvolvimento nacional; III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; e IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”.

São estes objetivos de Estado e não de governo. Cada governo pode ter seu próprio programa, mas a Constituição Federal institucionalizou estes objetivos como de Estado, colocando-os acima da discricionariedade do governo. São objetivos fundamentais que a Constituição entende que sua realização constitui meio de conseguir a realização plena dos fundamentos do Estado Democrático de Direito (SILVA, 2005). Isso porque o Estado constitucional não pode ser concebido como um aparelho sem objetivos, volúvel a cada governo. O Estado Democrático de Direito está comprometido com a realização de seus objetivos e, portanto, vinculado, constitucionalmente, quanto aos meios e quanto aos fins.

Assim é que a eficiente formulação e implementação dessas políticas públicas poderá prover a coletividade dos bens e serviços necessários a uma boa qualidade de vida.

Se, por um lado, os fins e objetivos do Estado são consagrados constitucionalmente, os da Administração Pública podem variar de acordo com o governo, pois são concebidos em nível de programas.

Em que pese este contexto político, Meirelles (1993) adverte que os fins da administração pública resumem-se num único objetivo: o bem comum da coletividade administrada. Toda atividade do administrador público deve ser orientada para esse objetivo.

É patente a necessidade da presença do Estado para assegurar o acesso da sociedade a certos bens e serviços, ainda que não seja o seu provedor direto.

Segundo Bresser-Pereira e Pacheco (2007),

As sociedades continuam a contar fundamentalmente com o Estado para alcançar seus objetivos políticos, enquanto contam com o mercado para promover a alocação eficiente dos recursos de forma a lograr o desenvolvimento econômico, mas, mesmo para isso, sabem que precisam do Estado para corrigir as falhas do mercado e promover a acumulação de capital e o progresso técnico e científico. Para realizar seus objetivos, o Estado se desdobra, historicamente, em dois: Estado como regime político ou como sistema constitucional-legal, e Estado como administração pública ou como aparelho (organização) que garante o sistema constitucional-legal (p. 6).

A crise da década de 1980 acarretou dois efeitos maléficos à sociedade e à atuação do Estado: por um lado, diminuiu a arrecadação e, conseqüentemente, a capacidade de investimento do Estado na área social; por outro, aumentou a demanda da população em ser assistida por ações sociais do Estado.

Se, por um lado, o Estado constitucional tem seus objetivos e deve realizá-los, a máquina administrativa também deverá ter os seus. Contudo, os objetivos do aparelho do Estado devem estar voltados diretamente para a satisfação das demandas da população.

Assim, o Estado constitucional terá objetivos institucionais e o governo terá objetivos programáticos, realizáveis, estes, com o auxílio dos instrumentos da Administração Gerencial.

Sob este enfoque, o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, visando dotar a Administração Pública de melhor capacidade de prover os seus *stakeholders* de melhores serviços e bens, estabeleceu como objetivos globais, além de outros:

Aumentar a governança do Estado, ou seja, sua capacidade administrativa de governar com efetividade e eficiência, voltando a ação dos serviços do Estado para o atendimento dos cidadãos,” e “limitar a ação do Estado àquelas funções que lhe são próprias, reservando, em princípio, os serviços não-exclusivos para a propriedade pública não-estatal, e a produção de bens e serviços para o mercado para a iniciativa privada (MARE, 1995).

3.2.1. Eficiência e Eficácia como diretrizes da Nova Administração Pública

A Emenda Constitucional n.º 19/2000 introduziu no ordenamento jurídico brasileiro o princípio da eficiência ao alterar a redação do artigo 37 da Carta Política.

Mas por que o Estado assumiu o dever constitucional de ser eficiente? Respondendo a esta indagação, Bresser-Pereira (2008, p. 391) disse que *o desenvolvimento econômico é possível somente quando o Estado-nação pode contar com um Estado eficaz.*

O desenvolvimento econômico deve trazer benefícios à qualidade de vida das pessoas, representada pelo estado de saúde e de educação, estado este passível de ser descrito por múltiplos atributos interdependentes e medidos por indicadores sociais. O Estado pode ser visto como uma unidade produtiva que utiliza uma tecnologia a qual associa os gastos a uma fronteira de possibilidade de produção onde são produzidos serviços que venham a resultar na variação desses estados de qualidade de vida. A distância de cada ente público (União, Estado, Distrito Federal e Municípios) até essa fronteira é a medida da ineficiência (MOTA et al., 2007).

Todavia, a conjuntura mundial formada a partir da década de 1990, com fatores que envolviam os resquícios da crise de 1980, o empobrecimento da população, a globalização, a decadência do modelo intervencionista, dentre outros, impôs ao Estado uma nova ordem de gestão pública.

O Estado percebeu que não necessitava apenas de um tipo weberiano de burocracia, constituída de profissionais bem selecionados e bem treinados, agindo sem autonomia no cumprimento da lei, e de uma organização hierárquica e centralizada com linhas definidas de autoridade (BRESSER-PEREIRA, 2008). Necessitava, ao contrário, ser eficiente; precisava fazer mais e melhor, gastando menos.

De acordo com o diagnóstico contido no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado

O modelo burocrático relaciona-se com o controle rígido dos processos (...). Os instrumentos de supervisão e acompanhamento são pouco criativos, sendo deste modo insuficientes para caminhar passo a passo com a mudança tecnológica e atender à necessidade de repensar e propor novos objetivos e métodos de forma ágil, em menor tempo, e a um custo mais baixo. Além disso, o sistema carece de mecanismos auto-reguladores e é refratário às inovações. Sua capacidade de resposta aos novos e constantes estímulos é limitada, fato que o torna arcaico e ineficiente (MARE, 1995).

Em linhas gerais, o princípio da eficiência deve ser considerado sob dois aspectos: o modo de atuação do agente público, buscando o melhor desempenho possível de suas funções, com vistas aos melhores resultados; e o modo de organizar, estruturar e disciplinar a Administração Pública, criando uma máquina eficiente para prestação do serviço público (DI PIETRO, 2008).

No campo da Administração Pública, o conceito de eficiência não deve ser empregado no mesmo sentido econômico.

Na economia, eficiência tem por objeto a alocação de recursos, de modo a aumentar o bem-estar do indivíduo ou de um grupo determinado de consumidores, sem diminuir, concomitantemente, a disponibilidade de recursos dos demais consumidores.

Já na Administração Pública, o Estado é obrigado a prover a coletividade e, por isto, a eficiência administrativa *se obtém pelo melhor emprego dos recursos e meios (humanos, materiais e institucionais) para melhor satisfazer as necessidades coletivas, num regime de igualdade dos usuários* (SILVA, 2005, p. 329).

Logo, o princípio da eficiência administrativa consiste na organização racional do aparelho do Estado, a fim de garantir a satisfação dos cidadãos em coletividade.

Confirmando o interesse coletivo neste princípio, o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (MARE, 1995) conceituou que eficiência é atender milhões de cidadãos com boa qualidade a um custo baixo. Prosseguindo, o Plano estabelece que eficiência é “a busca de uma relação ótima entre qualidade e custo dos serviços colocados à disposição do público”.

Convém notar que de todos os princípios constitucionais da Administração Pública, eficiência é o único que traduz uma ideia de dinâmica. Os demais princípios – legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade – não implicam, necessariamente, ações que afetam a vida da sociedade.

Corolário lógico é que a eficiência é, dentre os princípios constitucionais, o que mais se aproxima da vida dos cidadãos, pois, por meio dela, poder-se-á avaliar a qualidade da execução das políticas públicas.

Por esta razão,

Esse princípio consubstancia a exigência de que os gestores da coisa pública não economizem esforços no desempenho dos seus encargos, de modo a otimizar o emprego dos recursos que a sociedade destina para a satisfação das suas múltiplas necessidades; numa palavra, que pratiquem a 'boa administração', de que falam os publicistas italianos (MENDES *et al.*, 2008).

Objetivo do Estado-nação contemporâneo é satisfazer determinadas necessidades sociais, e estar vinculado ao atendimento eficiente dos fins sociais e fáticos aos quais se destina, compreendendo-se que

eficiência não pode ser entendida apenas como maximização do lucro, mas sim como melhor exercício das missões de interesse coletivo que incumbe ao Estado, que deve obter a maior realização prática possível das finalidades do ordenamento jurídico, com os menores ônus possíveis, tanto para o próprio Estado, especialmente de índole financeira, como para as liberdades dos cidadãos (ARAGÃO, 2005, p. 5).

Todavia, a inoperância e a falta de eficiência na qual se afundou o Estado brasileiro decorrente da crise da década de 1980 chegaram a abalar a sua própria legitimidade, conforme lembra Comparato (1997), observando que “em radical oposição a essa monocracia estática, a legitimidade do Estado contemporâneo passou a ser a capacidade de realizar (...) certos objetivos predeterminados”.

O mesmo autor cita que

A legitimidade do Estado passa a fundar não na expressão legislativa da soberania popular, mas na realização de finalidades coletivas, a serem realizadas programadamente. (p. 18).

Em resposta a esta crise de credibilidade, a Reforma do Estado também é colocada como um resgate da coisa pública, como se pudesse produzir uma elevação do controle social da Administração Pública quando descentraliza e busca maior participação da sociedade. A descentralização ou aumento do poder local leva a um aumento do processo democrático que está em curso (BRESSER-PEREIRA, 1998).

Além do mais, a Reforma procura desenvolver a governança no Estado, tornando o Estado o articulador de recursos de diversas instituições públicas e privadas visando ao desenvolvimento de atividades públicas. Com isso, a sociedade civil passa a ser envolvida em maior grau nas decisões do governo e, conseqüentemente, legitima as ações do Estado.

Deve-se, contudo, considerar que o princípio da eficiência encontra-se no mesmo patamar de ordem dos demais princípios da Administração Pública (legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade). Não pode, por isso, o princípio da eficiência sub-rogar a vigência dos demais, sob pena da inadmissível situação de “os fins justificam os meios”. Di Pietro (2008) esclarece que o princípio da eficiência soma-se aos demais, *não podendo sobrepor-se a nenhum deles, especialmente ao da legalidade, sob pena de sérios riscos à segurança jurídica e ao próprio Estado de Direito.*

3.2.2. Reforma Administrativa da Saúde

A partir da década de 1990, a saúde pública foi inserida na agenda de reforma de vários países e produziu, dentre outros, os efeitos de aumentar a demanda de gastos no setor.

No Brasil, a reforma teve início em 1996 e culminou com a edição da Emenda Constitucional n.º 29/2000 (BRASIL, 2000), ainda pendente de regulamentação. A Emenda Constitucional estabelece os recursos mínimos a serem aplicados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios para o financiamento das ações e dos serviços de saúde.

Dentro deste contexto, o Ministério da Saúde instituiu a Norma Operacional Básica n.º 01/1996 (BRASIL, 1996), por meio da Portaria n.º 2.203/1996 (BRASIL, 1996), a qual redefine o *modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema.*

Dita Norma Operacional Básica instituiu, formalmente, a chamada “Reforma do Sistema Único de Saúde”, que se pautou na seguinte agenda, segundo Silva (2003):

Desafio	Problema	Solução
Cobertura	<ul style="list-style-type: none">• 10% da população brasileira (os mais pobres).• Os grupos mais ricos, que têm planos de saúde, utilizam os serviços do SUS sem recuperar custos.	<ul style="list-style-type: none">• Priorizar a atenção básica à saúde de acordo com o perfil epidemiológico dos mais pobres.• Iniciar experiências de ressarcimento dos usuários do SUS e cobranças dos que têm recursos para pagar.
Financiamento	<ul style="list-style-type: none">• Instabilidade das fontes de financiamento.• Ineficiência no uso dos recursos.	<ul style="list-style-type: none">• Definir fontes exclusivas de recursos para o setor, bem como o comprometimento de maiores parcelas dos orçamentos dos Estados e municípios.• Priorizar a atenção básica de acordo com o perfil epidemiológico.

Equidade	<ul style="list-style-type: none"> • Assimetria de informação entre usuários ricos e pobres. • Deseconomias de aglomeração, beneficiando os mais ricos. • Seleção adversa, segundo o valor do procedimento, beneficiando a alta complexidade. • Sistemas regidos pela oferta beneficiam os que têm mais informação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar o uso de estratégias que busquem ativamente a proteção dos usuários mais pobres. • Priorizar a oferta pública para os mais pobres nos bairros mais distantes. • Incentivar melhor remuneração para os serviços de maior custo efetivo. • Estabelecer sistemas de capacitação com subsídios de demanda diferenciados por capacidade de pagamento.
Descentralização	<ul style="list-style-type: none"> • Transferências negociadas beneficiam os municípios com melhor capacidade de oferta de serviços. • Rigidez do modelo impede soluções mais adequadas no nível local. 	<ul style="list-style-type: none"> • Usar transferências automáticas, em bases <i>per capita</i>. • Flexibilizar o uso de diferentes mecanismos de gestão e torná-los independentes dos recursos transferidos.
Gestão	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecimentos de saúde prestam serviços de baixa qualidade. • Insuficiente capacidade técnica dos Recursos Humanos. • Fraudes propiciam forte desperdício dos recursos gastos em assistência médica. • Falta de autonomia de gestão das unidades de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar um processo de acreditação e licenciamento dos estabelecimentos de saúde. • Implantação de processos de certificação e recertificação periódica de profissionais de nível superior. • Capacitação de profissionais de nível médio nos hospitais e postos de saúde. • Fim do Sistema de AIH no âmbito federal. • Criação de mecanismos de controle e avaliação nos Estados e Municípios. • Tornar independente a gestão dos estabelecimentos públicos de saúde.
Falta de regulamentação do setor	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecimento de regras para a regulação dos planos privados de saúde. • Regulação dos processos de gestão do SUS nos Estados e Municípios. 	<ul style="list-style-type: none"> • No início de 1998 foi aprovada a Lei de Regulamentação dos Planos privados de saúde, criando o Conselho de Medicina Supletiva (Consu). • O PAB inicia o processo.

Fonte: SILVA, 2003, p. 80,81.

Com base nos desafios estabelecidos como agenda da reforma da saúde, verifica-se que os problemas do sistema não se resumiam à época – e persistem até hoje – à escassez de fonte de financiamento, mas, também, a questões estruturais de gestão.

Sob este contexto de reestruturação do aparelho estatal, promove-se a reforma administrativa da saúde.

Sem afetar os princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde, a reforma promoveu mudanças na gestão da política pública de saúde e na estruturação de seus órgãos.

A citada reforma foi instituída por meio da Norma Operacional Básica n.º 01/1996, aprovada pela Portaria n.º 2.203, de 5 de novembro de 1996, do Ministro da Saúde (BRASIL, 1996).

De modo geral, em outros países, a reforma gerencial teve foco principal no aparelho do Estado, visando torná-lo mais eficiente e competitivo no mundo globalizado. Assim, predominou o aspecto econômico em tais reformas.

No Brasil, o Plano Diretor da Reforma do Estado (MARE, 1995) incluiu também em sua agenda a área social. Bresser-Pereira (1998) cita que nas áreas econômicas e de infraestrutura haviam profissionais qualificados para a gestão, principalmente mediante um quadro de servidores de carreira. Contudo, a área social era carente de bons gestores, além de salários baixos.

O setor administrativo da saúde pública no Brasil, naquela ocasião, conforme a NOB n.º 01/1996, diagnosticou as seguintes ocorrências:

- a) Insuficiência de recursos orçamentários para garantir a universalidade e gratuidade do sistema.
- b) Pessoal administrativo não qualificado.
- c) Modelo centralizador das decisões no órgão central do sistema (ministério da saúde).
- d) Disputas políticas e ideológicas pelos recursos do ministério da saúde, prejudicando a sua aplicação com base em parâmetros técnicos.

A Reforma Gerencial do Sistema Único de Saúde, baseada no modelo inglês denominado “National Health Service – NHS”, apresenta quatro ideias principais (BRESSER-PEREIRA, 1998):

- a) Descentralizar a administração e o controle dos gastos com saúde, e distribuí-los aos municípios de acordo com a população existente e não com número de leitos disponíveis em sua base territorial. Criaram-se limites máximos de gastos distribuídos por meio de Autorização de Internação Hospitalar – AIH, por município, baseando-se na população residente.
- b) Criar um quase-mercado entre os hospitais e ambulatórios especializados, e, em consequência, desenvolver uma competição pelos recursos administrados localmente. Os hospitais e ambulatórios passaram a competir pelas AIHs distribuídas aos municípios.
- c) Transformar os estabelecimentos públicos de saúde em Organizações Públicas Não Estatais (OSCIPs).
- d) Ter responsabilização compartilhada da união, dos estados, distrito federal e municípios pela saúde.
- e) Criar um sistema de entrada e triagem constituído por médicos clínicos ou médicos de família.
- f) Municipalizar o controle dos hospitais, desde o seu credenciamento até a aprovação das contas.
- g) Priorizar as áreas sanitária e preventiva.

Este modelo passou a controlar o fluxo do serviço pelo lado da demanda, ao invés de realizá-lo pelo lado da oferta (como era feito até então).

3.2.3. As Tentativas de Solução para o Financiamento: a CPMF e a Emenda Constitucional n.º 29/2000

Tentou-se resolver o problema do financiamento com a vinculação de receitas específicas para esta área da saúde pública.

Inicialmente, criou-se fonte tributária exclusiva para o setor, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira. Depois, promulgou-se a Emenda Constitucional n.º 29, que fixou patamares mínimos de recursos a serem destinados à saúde pelos três níveis de governo.

Segundo Viana (2005), a vinculação de receitas tem resistências tanto perante os gestores quanto perante os economistas.

Com relação aos gestores, a justificativa é a restrição na discricionariedade no gasto do orçamento. Do ponto de vista econômico, defende-se que a vinculação traduz-se em falta de racionalidade, pois acarreta o engessamento orçamentário ao retirar a flexibilidade na alocação de recursos (VIANA, 2005, p. 13).

Vale ressaltar que a partir dos anos de 1990, outras fontes de receita foram incorporadas a esse fundo administrado pelo Estado, por exemplo a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), a Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (Cofins) e a Contribuição Sobre o Lucro Líquido das Empresas (CSLL).

A CPMF foi criada como um adicional de receita para o financiamento da saúde pública. Contudo, o que se constatou foi o seu caráter de fonte substitutiva de outras receitas. A entrada de recursos da CPMF correspondeu, quase na mesma proporção, à diminuição de outras fontes. Viana (2005) demonstra que, a partir de 1997, quando a CPMF foi criada, o governo reduziu a alocação de outras fontes de receita para o setor de saúde.

Bezerra et al. (2007) informam que no primeiro ano de vigência da CPMF houve aumento percentual de 15,6% destinado à saúde, mas, no ano seguinte teve queda de quase quatro pontos percentuais (11%).

Esta redução da receita para a área de saúde pode ser atribuída a uma manipulação de receita. Neste aspecto, Netto (2000) afirma que:

No sistemático processo de sabotagem das políticas sociais que tem a massa dos trabalhadores como usuários, o governo FHC não se limitou ao procedimento dos cortes — valeu-se amplamente da manipulação de receitas, desviadas de seus fins precípuos para outras finalidades (...) Esse “método” foi largamente empregado para inviabilizar talvez a mais significativa das conquistas democrático-sociais consagradas na Constituição de 1988 — aquela referente à seguridade social (que) projetava uma radical transformação nas práticas políticas sociais implementadas no país: rompia com o casuísmo, o emergencialismo e a dispersão das políticas setoriais (p.84).

A Emenda Constitucional n.º 29/2000, promulgada também com vistas à solução do problema do financiamento da saúde pública, pautou-se em dois principais objetivos: elevar o patamar do gasto federal com saúde e assegurar a sua regularidade e aumentar a participação dos Estados, Distrito Federal e Municípios, no financiamento do SUS.

Para a União, a Emenda estabeleceu que até 2004 os recursos aplicados em ações e serviços públicos de saúde fossem equivalentes a: no ano 2000, o montante aplicado em 1999 acrescidos de no mínimo 5%; entre 2001 e 2004, o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB (BRASIL, 2000).

Para os entes subnacionais à Constituição, a partir da emenda, passou a adotar, também até a promulgação de Lei Complementar, a vinculação de percentual da receita de impostos. Para os estados, o percentual é de 12%, deduzidas as parcelas que forem transferidas para os municípios. No caso dos municípios, o percentual é de 15%. O alcance dessas metas deveria ser gradual, a partir de um patamar de 7% no ano 2000 (BRASIL, 2000). Uma vez que a Lei Complementar ainda não foi aprovada, permanece válida a vinculação da receita.

A Emenda Constitucional produziu efeitos positivos no volume de receita destinada à saúde. Entre 2000 e 2002, o gasto público (União, estados e municípios) passou de 3,09% do PIB para 3,53%. Embora a participação dos estados (21,8% do gasto público total) seja a menor das três das esferas foi a que mais cresceu no período. Enquanto a União aumentou apenas suas aplicações em apenas em 4,91%, estados e municípios cresceram respectivamente 38,9% e 37,3% (VIANA, 2005, p. 16).

Contudo, mesmo após a Emenda Constitucional n.º 29/2000, a produção bibliográfica aponta para problemas no financiamento da saúde. Assim, conforme Elias (2001):

os problemas relativos à estruturação e funcionamento do SUS são muitos e variados: a descentralização ocorre de modo limitado e limitante; o financiamento continua pendente em termos quantitativos (o montante de recursos disponíveis) e qualitativos (estabilidade e tipo de fontes de recursos); o controle social busca abrir caminhos em meio a uma sociedade desestimulada para as ações de cidadania e a um Estado desacostumado a ter seus atos controlados pela sociedade, portanto a um Estado infenso ao controle público. Em consequência, a menção ao sistema de saúde, no caso brasileiro, implica muito mais o enunciado de um discurso sobre o que deveria ser ou sobre aquilo que se pretende estruturar, portanto, no domínio do campo das ideias, do que propriamente sobre aquilo que realmente é, dado que a forma atual de organização dos serviços não fornece qualquer base empírica para configurá-los sequer como partes articuladas de um conjunto, objetivando atender às necessidades socialmente demandadas em relação à saúde, sendo que desta situação não escapam sequer os serviços de saúde governamentais, que em seu conjunto ainda carecem de articulação e organização. (ELIAS, 2001, p. 69)

Verifica-se, com isto, uma certa tendência política de se institucionalizar orçamentos mínimos e fontes de custeio fixas para a saúde. Contudo, historicamente, estas medidas não atingem o cerne do problema que é, acima de tudo, de gestão.

3.3. A Importância da Avaliação dos Gastos Públicos

A moderna concepção de Estado, alicerçada na teoria de Montesquieu, pressupõe a existência de três poderes independentes e harmônicos entre si, mas formando uma só entidade. O equilíbrio de forças entre os poderes, estabelecido por meio da distribuição de competências, é a garantia para a sobrevivência do Estado de Direito, posto que, somente assim, com a tripartição dos poderes, evitar-se-á o excesso do uso da função pública.

O controle por meio do sistema de freios e contrapesos exercido por um Poder em relação aos atos de outro Poder torna-se, portanto, uma medida necessária para o equilíbrio e a manutenção das características democráticas no Estado de Direito vigente.

A este respeito, Montesquieu (1962) cita que:

Tudo estaria perdido se o mesmo homem ou o mesmo corpo dos principais ou dos nobres, ou do povo, exercesse esses três poderes: o de fazer as leis, o de executar as resoluções públicas e o de julgar os crimes ou as divergências entre os indivíduos (p.181)

Aliás, a separação e independência dos poderes constituem a própria essência do Estado de Direito. A Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789, em seu artigo XVI, estabelece que *não tem constituição aquela sociedade em que não estejam assegurados os direitos dos indivíduos, nem separados os poderes estatais* (MENDES et al., 2008, p. 155).

No Brasil, a partir da Reforma Administrativa implantada pela Emenda Constitucional n.º 19/1998 (BRASIL, 1998), com a introdução do princípio da eficiência como um dos pilares da Administração Pública, a intangibilidade do mérito do ato administrativo passou a merecer novos contornos. Desde então, todo ato administrativo deverá também estar norteado pelo princípio da eficiência, implicando sua análise sob os aspectos quantitativos e qualitativos. Em consequência, analisando-se o aspecto quantitativo e qualitativo do ato, com o objetivo de apurar a sua consonância com o princípio da eficiência, adentrar-se-á na análise da discricionariedade.

Na burocracia weberiana, na qual a administração neoclássica se baseou para formular a máquina do Estado, de pouco relevo era a análise da eficiência, posto que a ênfase era a estrutura (atuação legal-racional). No entanto, diante da inserção do princípio da eficiência no comando constitucional, este passou a configurar *uma advertência contra os vícios da máquina administrativa* (MENDES *et al.*, 2008, p. 155). Os “fins eficientes” passaram a receber maior importância que os “meios” do modelo estruturalista de Max Weber, sem contudo significar que doravante “os fins justificariam os meios”.

O assunto ganha importância em nossos dias, uma vez que, a partir da Reforma Gerencial ocorrida na década de 1990, vários dispositivos legais foram introduzidos em nosso ordenamento jurídico com o escopo de impor maior eficiência, transparência e controle dos gastos públicos e, conseqüentemente, um aperfeiçoamento dos mecanismos de *accountability*.

De acordo com Abrucio (2002):

Entende-se por *accountability* ou responsabilização política o processo de negociação e decisão inclusivo, no qual devem participar, de um modo ou de outro, os atores políticos relevantes no sistema político e, ainda, o processo de controle dos governantes estendido no tempo e não apenas nos períodos eleitorais (p. 154).

Todavia, em que pese a inserção dessas normas de *accountability* na nova gestão pública, percebe-se, ainda, certa deficiência na execução destes mecanismos.

A avaliação da gestão dos gastos públicos, no Brasil, ainda é muito precária: *na prática, este tipo de controle não evoluiu e a maioria dos órgãos de controle no Brasil restringe-se ao controle jurídico e contábil-financeiro* (RIBEIRO, 1997, p. 15).

A Reforma Gerencial de 1995 inseriu na agenda política o tema avaliação dos gastos públicos, com vista a preparar o Estado para as novas demandas do desenvolvimento econômico e social.

Não obstante o controle externo exercido pelos Tribunais de Contas, ainda impregnado da visão da burocracia estruturalista weberiana, no Brasil, a história revela ausência de institucionalização de programas de avaliação dos gastos públicos.

Ressalte-se que o tema – avaliação da qualidade do gasto social – frequentemente é incluído na agenda política, embora sem muitos avanços práticos (REZENDE et al., 2005).

A década de 1980 assistiu a um movimento geral de Reforma de Estado e Reformas Administrativas, em diversos países, que pode, resumidamente, ser expresso em termos de dois objetivos básicos: a redução do déficit público e a diminuição do aparelho estatal. Estas Reformas aportaram-se no Brasil em 1995, no governo do então presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, através do Plano Diretor da Reforma do Estado (DI PIETRO, 2008).

A Reforma Gerencial promoveu uma mudança tanto na dimensão institucional quanto na ideológica, visando uma reorganização do setor público.

A mudança institucional deu-se no sentido de que seria necessário alterar tanto a estrutura quanto o funcionamento do setor público, possibilitando acréscimo de sua autonomia, maior eficiência na consecução dos resultados e, ao mesmo tempo e em contrapartida, maior controle do setor público pela da sociedade.

Na dimensão ideológica, por representar uma mudança no paradigma que tem orientado a burocracia estatal, a chamada “burocracia weberiana” deu lugar a uma “burocracia generalista” com a conseqüente introdução de práticas típicas de mercado na Administração Pública.

Com a implantação da Reforma Gerencial, o controle do gasto público passou a integrar os mecanismos de funcionamento da máquina administrativa, com a finalidade de assegurar que os resultados do que foi planejado e organizado se ajustem tanto quanto possível aos objetivos previamente estabelecidos. Nesse contexto, o controle engloba as concepções econômicas de avaliação e não apenas o aspecto mecanicista-legal de Max Weber.

Ressalta-se que o controle, abrangendo o sentido de avaliação econômica, na Administração Pública brasileira é um procedimento recente. É inegável que, de certa forma, já havia o controle de resultados instituído na Administração Pública Federal, por meio do Decreto-Lei n.º 200/1967 (BRASIL, 1967).

Contudo, a concepção deste controle sob a inspiração da doutrina weberiana, ficou muito distante do modelo gerencial atual.

A execução de políticas públicas, no Brasil, até a década de 1970, estava marcada pela centralização do poder decisório e financeiro na esfera federal; crescimento da atuação do Estado neste campo, mas sem o estabelecimento de uma coordenação da ação de diversos órgãos, com prejuízo da eficiência e efetividade das políticas públicas e, por fim, pelo atendimento de clientes focalizados – políticas setoriais (FARAH, 2000). Não havia, assim, a institucionalização de programas de avaliação da eficiência do gasto público, bem como continuam raros.

Todavia, a crise mundial dos anos de 1980 impôs a necessidade de uma nova dinâmica, especialmente na condução das políticas públicas. Naquela década, a economia mundial foi afetada por grave crise financeira, e isso acarretou, em um primeiro momento, diminuição da receita pública e aumento da classe pobre e miserável nos países em desenvolvimento. Em consequência, o Estado passou a sofrer maior demanda de investimento na área social, para atender maior número de pessoas atingidas na nova conjuntura econômica (aumento da utilização do seguro-desemprego, novos programas sociais, dentre outros). Com a escassez de recursos e o aumento da demanda por políticas sociais, o Estado precisou realizar os seus gastos de forma mais eficiente.

Na década de 1980, sob a influência de instituições internacionais de financiamento – principalmente o Banco Mundial – passaram-se a adotar programas de avaliação de políticas públicas. No entanto, o marco principal desta evolução foi a Reforma Gerencial iniciada em 1995, que visou institucionalizar a prática da avaliação, com o objetivo de se obter maior eficiência no emprego dos recursos públicos.

Com a globalização, a partir da década de 1990, o mercado interno de cada país passou a depender da capacidade de gerenciamento do Estado quanto à política de desenvolvimento econômico e social. Nesta nova ordem econômica, após o fracasso o modelo desenvolvimentista e intervencionista da década de 1970, o Estado passou a assumir o papel de gerente da economia, propiciando condições de sustentabilidade do desenvolvimento econômico e social.

A coordenação desse processo requer um Estado forte, gerencialmente competente, com estruturas ágeis, capazes de dar respostas às demandas da sociedade (MORAES, 1997). No Brasil, a redefinição do papel do Estado assumiu grande importância, pois a sua presença na economia, até os anos de 1990, era forte em decorrência do herdado modelo desenvolvimentista-intervencionista.

Na ordem gerencial da nova administração pública, a avaliação econômica da eficiência dos gastos públicos assume destacada importância.

De modo geral, os objetivos da avaliação são fundamentar a decisão sobre a continuidade ou encerramento do programa avaliado, bem como, por meio do monitoramento, verificar e procurar solucionar eventuais problemas. Com isso, é possível estabelecer um conjunto de ações que pode melhorar a efetividade do programa avaliado. A avaliação também possibilita apurar como as ações governamentais beneficiaram a clientela-alvo e quais resultados produziram perante os *stakeholders*¹⁵.

Assim, as avaliações guardam estreita relação com o princípio da eficiência, pois examinam a efetividade (FERRAZ, 2005, p. 6), estabelecendo a relação entre os resultados (impactos observados) e os objetivos (impactos esperados) das ações implementadas por políticas públicas.

Como um dos exemplos de modelo de avaliação, cita-se o programa “Choque de Gestão” do Governo de Minas Gerais que, no campo específico dos servidores públicos, instituiu a Avaliação de Desempenho Individual (ADI). Com base nos objetivos específicos da ADI (SILVA et al., 2006), pode-se destacar a importância da avaliação dos gastos públicos, pois permitirá contribuir para a implementação do princípio da eficiência na Administração, fornecer subsídios à gestão das políticas públicas, identificar as necessidades e as prioridades dos *stakeholders*, integração das políticas públicas, com vistas à otimização dos recursos, produzir informações gerenciais, e, por fim, alinhar as metas individuais com as metas institucionais e com a agenda estratégica do governo.

¹⁵ *Stakeholders* são os indivíduos e, ou, organizações que têm interesse em determinado assunto e influenciam o cenário político, social, econômico, financeiro, cultural etc. (MOREIRA, 2009).

Com efeito, considerando tal posicionamento, dificilmente haverá eficiência na gestão do gasto público sem essa avaliação.

O artigo 70 da Constituição Federal (BRASIL, 2011) determina que o controle do gasto público dar-se-á sob os enfoques da legalidade, legitimidade e economicidade.

A norma constitucional concebe a análise dos resultados, quando determinou que o controle também incidirá sobre a economicidade do ato administrativo. Economicidade, tal como eficiência, implica análise do mérito do ato administrativo, com o escopo de avaliar se a despesa foi vantajosa ou não para o Estado e para a coletividade, atendendo a uma razoável relação benefício/custo.

Marinho e Façanha (2001) indicam que a avaliação deve estar inserida no contexto do controle externo à avaliação, ressaltando que aquela se caracteriza como mecanismos de controle, constituindo referência para a programação de tarefas práticas.

O tema que se encontra na pauta da agenda da reforma gerencial é o controle da eficiência dos gastos públicos, posto que os demais já foram absorvidos pela prática da administração burocrática.

Neste aspecto, o objetivo do controle é promover a eficiência e eficácia nas atividades do órgão público por meio de utilização racional dos recursos disponíveis.

No modelo gerencial, o controle dos gastos públicos recebe a ênfase da utilização racional e eficiente dos recursos. O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (MARE, 1995) estabeleceu três orientações básicas:

1. Orientação técnica: o controle de resultados assume o lugar do controle dos procedimentos, evidenciando a mudança de foco do modelo burocrático para o gerencial.

2. Orientação econômica: implementam-se instrumentos de administração gerencial na gestão do gasto público.

3. Orientação política: estímulo aos mecanismos de controle exercido pela sociedade civil, com o aperfeiçoamento da *accountability*.

Conforme as orientações do Plano Diretor, o novo controle substituiria a ênfase até então vigente no aspecto burocrático, passando a ser estruturado por uma combinação de quatro tipos de controle extraídos da administração gerencial (BRESSER-PEREIRA, 1998):

a) Controle de resultados a partir de indicadores de desempenho estipulados nos contratos de gestão.

b) Controle contábil de custos, que pode ser entendido como o elemento central do controle de resultados.

c) Controle por quase-mercados ou competição administrada.

d) Controle social, pelo qual os cidadãos exercitam formas de democracia direta.

Com isto, verifica-se que o sistema de controle importado da administração gerencial aperfeiçoará a eficiência e a efetividade na realização dos gastos públicos.

É necessário, portanto, a institucionalização de programas de avaliação dos gastos públicos em nível de controle interno nos diversos órgãos da Administração Pública, e, principalmente, em nível de controle externo a ser exercido pelos Tribunais de Contas sobre os atos do Poder Executivo e Legislativo.

4. METODOLOGIA

Neste capítulo, apresenta-se o procedimento metodológico utilizado na pesquisa, bem como as conceituações e as bases teóricas que lhe dão suporte. Inclui-se, portanto, a identificação do tipo de pesquisa, o local de estudo, a identificação das unidades de análise, a definição da amostra, os instrumentos utilizados para coletar e analisar os dados.

4.1. Tipo de Pesquisa

Segundo Lakatos e Marconi (2006), a pesquisa se constitui em um caminho que permite conhecer a realidade ou descobrir verdades parciais. Esta pode ser considerada um procedimento formal no qual se faz presente o método de pensamento reflexivo, que requer um tratamento científico. Portanto, seu objetivo é encontrar respostas aos questionamentos, por meio de processos científicos.

Nessa mesma linha de raciocínio, como afirmam Marchetti (*apud* Vieira, 2002), ao pesquisador atribui-se a ação de definir o objetivo de cada pesquisa: escolher as técnicas de pesquisa, desenvolver instrumentos de medida e um plano de amostragem e, por fim, denominar o tipo de análise dos dados.

Na definição dos objetivos gerais das pesquisas, Andrade (2002) e Gil (2006) as classificam em três grupos: exploratórias, descritivas e explicativas. Para Gil (1999), a pesquisa exploratória é aquela desenvolvida com o propósito de proporcionar uma visão geral acerca de determinado fato. Para Martins (1994), a pesquisa descritiva é aquela que objetiva a descrição das características de determinada população ou fenômeno, bem como o estabelecimento de relação entre variáveis e fatos. Na pesquisa descritiva, Vergara (2006) ressalta que não se tem o compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de aporte para a referida explicação.

Quanto à investigação explicativa, Vergara (2004) afirma que a pesquisa tem como objetivo principal tornar algo inteligível, justificar-lhe os motivos. Dessa maneira, esclarecer quais fatores contribuem de alguma forma para a ocorrência de determinado fenômeno.

Considerando as classificações dispostas e o objetivo deste estudo, esta pesquisa caracteriza-se, quanto aos fins, como descritiva. No entanto, como destaca Gil (1996), ela se aproxima da pesquisa explicativa, pois procura descrever a eficiência na alocação de recursos nas Secretarias Municipais de Saúde da Macrorregião Leste-Sul (Microrregiões de Manhuaçu, Ponte Nova e Viçosa). Quanto à natureza das variáveis a serem levantadas, elas são do tipo quantitativa e qualitativa, sendo sua abordagem predominantemente quantitativa.

Quanto aos meios, esta pesquisa pode ser classificada como bibliográfica e documental. Além disso, é considerada estudo de caso. Levando-se em conta o objetivo proposto, adotou-se o estudo de caso múltiplo para estabelecer a tipificação das unidades de análise, posto que se pretendeu uma busca mais aprofundada acerca do objeto da pesquisa.

Segundo Yin (2005), o estudo de caso permite ao pesquisador a construção de conhecimentos de fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos, dentre outras possibilidades.

Seguindo esta linha de raciocínio, Yin (1989) afirma que o estudo de caso é uma inquirição empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real quando a fronteira entre o fenômeno e o contexto não é claramente evidente e em que múltiplas fontes de evidência são utilizadas.

4.2. Definição e Delimitação do Segmento do Estudo

A execução da política pública de saúde constitui-se, primordialmente, numa atividade produtiva, em que se deve buscar a melhor utilização dos recursos e meios alocados para o cumprimento deste ofício estatal.

A eficiência na aplicação do orçamento destinado à política pública depende da correta análise e distribuição de cada parcela entre os *inputs* que constituem as atividades de produção deste serviço público. Assim sendo, o gestor público sempre deve ter por objetivo obter a melhor relação entre despesas e resultados.

Conforme o objetivo geral desta pesquisa, tentou-se tipificar os municípios quanto as suas classificações de escores de eficiência em gasto público na área de saúde e correlacioná-los com os padrões de conformidade do modelo de avaliação criado pelo Ministério da Saúde (MS, 2004), com a finalidade de identificar eventual fator que contribui ou prejudica a eficiência no modelo de oferecimento dos serviços públicos da saúde.

Para tanto, adotou-se como segmento de estudo a macrorregião Leste-Sul, assim definida no Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (2004). Esta região é subdividida em três microrregiões: Manhuaçu, Ponte Nova e Viçosa.

Há de se destacar que, neste estudo, consideraram-se os 53 municípios que fazem parte da Macrorregião Leste-Sul. Assim, essa pesquisa, quanto aos serviços de saúde, englobou aproximadamente 680 mil habitantes que são beneficiados com um gasto médio *per capita* na ordem de R\$ 317,33, conforme pode ser visto na Tabela 1.

Tabela 1 - Municípios do estudo quanto aos gastos *per capita* em saúde, 2009

Municípios	População	Despesa per capita (R\$)	Municípios	População	Despesa per capita (R\$)
Abre Campo	13.177	247,65	Paula Cândido	9.404	270,9
Acaiaca	4.234	365,16	Pedra do Anta	3.731	477,18
Alto Caparaó	5.312	380,86	Piedade de Ponte Nova	4.273	365,85
Alto Jequitibá	8.122	272,19	Pocrane	8.790	140,74
Alvinópolis	15.678	256,59	Ponte Nova	57.654	538,74
Amparo do Serra	5.362	346,97	Porto Firme	10.989	273,05
Araponga	8.328	274,16	Raul Soares	24.606	194,19
Barra Longa	7.050	262,77	Reduto	6.663	284,28
Cajuri	4.106	395,82	Rio Casca	14.790	244,46

Canaã	4.795	467,47	Rio Doce	2.656	527,83
Caputira	9.157	228,45	Santa Cruz do Escalvado	5.321	405,4
Chalé	5.598	246,24	Santa Margarida	14.806	336,31
Conceição de Ipanema	4.549	231,82	Santana do Manhuaçu	8.353	248,32
Diogo de Vasconcelos	4.066	430,79	Santo Antônio do Grama	4.349	439,82
Dom Silvério	5.475	290,84	São João do Manhuaçu	9.881	220,15
Durandé	7.146	326,05	São José do Goiabal	5.743	410,15
Guaraciaba	10.820	222,38	São José do Mantimento	2.579	541,35
Ipanema	17.916	216,79	São Miguel do Anta	7.094	320,36
Jequeri	13.225	232,87	São Pedro dos Ferros	9.087	226,31
Lajinha	17.678	303,19	Sem-Peixe	2.993	424,61
Luisburgo	6.482	285,65	Sericita	7.345	233,71
Manhuaçu	78.605	379,87	Simonésia	17.933	304,19
Manhumirim	20.934	247,81	Taparuba	3.357	437,09
Martins Soares	6.715	314,16	Teixeiras	12.187	255,7
Matipó	17.017	274,26	Urucânia	10.502	301,61
Mutum	27.123	225,14	Viçosa	74.171	293,92
Oratórios	4.538	376,11	Total/Média	672.465	317,33

Fonte: DATASUS, 2009.

4.3. Coleta e Operacionalização do Estudo

Para o delineamento da pesquisa, foram utilizados dados concernentes à despesas efetivamente realizadas e referentes à produção em serviço de saúde dos municípios que constituem as unidades de análise apenas relativas ao ano de 2009. Assim, consideram-se as informações extraídas do Índice Mineiro de Responsabilidade Social (2006), editado pela Fundação João Pinheiro, que serviu para estabelecer a hipótese, e os dados orçamentários, demográficos, geográficos e de produção de bens e serviços disponibilizados pelo Ministério da Saúde, através do sistema DATASUS (2009).

Além disso, foram levantadas e analisadas as publicações específicas sobre a regulação da política pública de saúde, o que inclui a Constituição Federal, a Lei n.º 8.080/1990 (BRASIL, 1990a), a Norma Operacional Básica n.º 01/1996 (BRASIL, 1996), Reforma da Saúde, o Caderno do Programa Nacional de Avaliação em Serviços de Saúde e o Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais.

Realizou-se a pesquisa de vários trabalhos específicos sobre gestão do serviço público de saúde, qualidade e eficiência do gasto, trabalhos jurídicos sobre o tema, principalmente sob o enfoque do Direito Constitucional.

Para a operacionalização dos dados e a apuração da eficiência quanto aos serviços de saúde dos municípios da Macrorregião Leste-Sul em Minas Gerais, primeiramente, estimaram-se os escores de eficiência entre os municípios analisados, utilizando a Análise Envoltória de Dados (*Data Envelopment Analysis – DEA*).

Nesta etapa, tomou-se como referência o ano de 2009, sendo coletados, juntamente ao Ministério da Saúde, através do sistema DATASUS, os dados referentes ao gasto *per capita* (*input*) e o número absoluto de ocorrências de internações, doses de vacinas aplicadas, exames citopatológicos, de patologia clínica, radiodiagnósticos, ultrassonografia e gestantes acompanhadas (*output*). Estas variáveis foram escolhidas porque encontram-se, em comum, em todos os municípios investigados e, assim, teve-se uma base de dados uniformes. Além disso, são serviços de competência exclusiva da atenção primária que cabe aos municípios.

Ressalta-se que o método de Análise Envoltória de Dados (DEA) foi utilizado para definir os escores de eficiência, comparativamente, entre as unidades de análise. A partir destes resultados, foi possível observar a correlação entre despesa realizada e resultados dos serviços de saúde, entre três grupos dos municípios da macrorregional LESTE-SUL do Estado de Minas Gerais: o grupo dos melhores classificados; o grupo daqueles que se encontram em posição intermediária no *ranking*; e os últimos posicionados no *ranking*.

Em um segundo momento, após a apuração dos escores de eficiência dos municípios estudados, foram analisados, em profundidade, os cinco melhores municípios posicionados, os cinco intermediários e os cinco últimos.

Esta etapa constituiu-se em um estudo de caso que teve por escopo, mediante a aplicação do formulário-padrão utilizado no Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), instituído pelo Ministério da Saúde, observar a qualidade da gestão de saúde na macrorregião Leste-Sul.

O PNASS foi instituído com o objetivo de avaliar os serviços de saúde do SUS, buscando a apreensão mais completa e abrangente possível da realidade dos mesmos, em suas diferentes dimensões (MS, 2004).

A utilização da base metodológica desenvolvida pelo PNASS permitiu a análise e observação dos resultados apurados dos municípios com maior segurança e comparabilidade dos escores obtidos na Análise Envoltória de Dados.

Os questionários foram preenchidos pelos gestores ou responsáveis por estes indicados, de cada Secretaria Municipal de Saúde, por e-mail ou telefone, dos cinquenta e três municípios que constituem a macrorregião Leste-Sul do Estado de Minas Gerais.

A escolha dos gestores locais de saúde foi decorrente do modelo de avaliação do Programa Nacional de Avaliação em Serviços de Saúde. O referido programa é auto avaliativo e, por isso, a avaliação deverá ser respondida pelo próprio gestor, permitindo-lhe que *identifique as oportunidades de melhoria e o seu diferencial de qualidade na prestação do serviço de saúde* (MS, 2004). Além disso, conforme o artigo 18¹⁶ da Lei n.º 8.080/90, o processo de avaliação constitui obrigação do gestor municipal de saúde.

¹⁶ Art. 18, inciso I - À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde (BRASIL, 1990).

4.4. Modelos Analíticos

4.4.1. Análise Envoltória de Dados (DEA)

Sob esta perspectiva, a Análise Envoltória de Dados (*Data Envelopment Analysis* – DEA) apresenta-se como uma ferramenta adequada para estabelecer um quadro comparativo entre a eficiência no gasto de várias unidades de análise.

Utilizou-se a Análise Envoltória de Dados (DEA), por ser uma ferramenta adequada para estabelecer um quadro comparativo entre a eficiência no gasto de várias unidades.

Este método permite a comparação da eficiência entre determinadas unidades, considerando uma série de insumos ou recursos (*inputs*) utilizados e uma série de produtos (*outputs*) gerados, tomando-se uma das unidades como referência (*benchmark*).

Segundo Faria et al. (2008):

A DEA se caracteriza por ser um enfoque não-paramétrico para a determinação de fronteiras de produção, isto é, não precisa de nenhuma suposição no que diz respeito à forma da função que define a fronteira de produção. Tal fronteira de produção ou tecnologia é definida como a máxima quantidade de *outputs* que pode ser obtida, tendo em vista os *inputs* utilizados num determinado processo de produção (p. 157).

De acordo com Ferreira et al. (2009),

objetiva-se, com a Análise Envoltória de Dados, DEA, avaliar o desempenho de organizações e atividades, essencialmente por meio de medidas de eficiência técnica (p. 23).

Assim sendo, a DEA foi utilizada para estabelecer o *ranking* de uma escala de eficiência na aplicação dos recursos públicos destinados à política pública de saúde entre os cinquenta e três municípios que constituem a macrorregião LESTE-SUL do Estado de Minas Gerais, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais, com vistas a permitir a análise comparativa entre aqueles melhores e piores estimados em cada microrregião e em cada consórcio.

4.4.1.1. O Processo Metodológico da Análise Envoltória de Dados (DEA)

O processo metodológico deste estudo consistiu, inicialmente, na obtenção de índices de eficiência técnica para os municípios da macrorregião Leste-Sul de Minas Gerais, utilizando-se a ferramenta Análise Envoltória de Dados. O princípio básico dessa ferramenta é identificar uma fronteira de eficiência que sirva de paradigma para as unidades de análise.

Portanto, a rede de serviços de saúde da macrorregião Leste-Sul do Estado de Minas Gerais, detalhada no nível de seus cinquenta e três municípios, foi representada como um sistema de entradas e de saídas que transformam recursos financeiros materializados (despesas realizadas) em serviços da atenção básica da competência dos municípios.

A primeira parte do estudo destinou-se a estabelecer a fronteira de eficiência, a partir da técnica DEA. Permitiu-se, nessa análise, conhecer a situação dos municípios quanto à eficiência das políticas públicas de saúde de sua competência. Esta fase do estudo possibilitou a identificação dos *déficits* municipais relativos de serviços públicos de saúde que refletem a distância de cada município em relação à fronteira de eficiência.

Por fim, pretendeu-se estimar os escores dos municípios de acordo com seu nível de eficiência. Esta etapa da análise consistiu na construção de uma fronteira de supereficiência, que permitiu maior nitidez e separação entre os níveis de eficiência. Este processo teve como finalidade observar quais foram as melhores práticas entre os municípios eficientes.

Dessa forma, o estudo teve como objetivo obter informações e indicar diretrizes para a formulação de políticas públicas que possam melhorar a aplicação de recursos e atender à população quanto às necessidades relacionadas aos serviços de saúde nos municípios da macrorregião Leste-Sul do Estado de Minas Gerais.

4.4.1.2. As Fronteiras de Eficiência: a Técnica DEA

Fronteiras podem ser estimadas por diferentes métodos. Os dois mais utilizados são as fronteiras estocásticas e a análise envoltória de dados (DEA). As fronteiras estocásticas consistem em abordagens paramétricas, sendo estimadas por métodos econométricos, enquanto a técnica DEA é uma abordagem não paramétrica, que envolve programação matemática em sua estimação.

Os modelos DEA baseiam-se em uma amostra de dados observados para diferentes unidades produtoras, também conhecidas como DMUs¹⁷. O objetivo é construir um conjunto de referência a partir dos próprios dados das DMUs e, então classificá-las em eficientes ou ineficientes, tendo como referencial essa superfície formada.

Uma pressuposição fundamental na técnica DEA é que, se uma DMU A é capaz de produzir $Y(A)$ unidades de produto, utilizando-se $X(A)$ unidades de insumos, outras DMUs poderiam também fazer o mesmo, caso estejam operando eficientemente¹⁸. De forma similar, se uma DMU B é capaz de produzir $Y(B)$ unidades de produto, usando-se $X(B)$ de insumos, então outras DMUs poderiam ser capazes de realizar o mesmo esquema de produção. Caso as DMUs A e B sejam eficientes, elas poderiam ser combinadas para formar uma DMU composta, que utiliza combinação de insumos para produzir combinação de produtos. Desde que essa DMU composta não necessariamente exista, ela é denominada DMU virtual. A análise DEA consiste em encontrar a melhor DMU virtual para cada DMU da amostra. Caso a DMU virtual seja melhor que a DMU original, ou por produzir mais com a mesma quantidade de insumos, ou por produzir a mesma quantidade com menos insumos, a DMU original será ineficiente. As unidades eficientes que, quando combinadas, fornecem a DMU virtual para a unidade ineficiente são conhecidas como pares ou *benchmarks* daquela DMU.

¹⁷ Na literatura relacionada com modelos DEA, uma unidade produtora é tratada como DMU (*decision making unit*), uma vez que desses modelos provém uma medida para avaliar a eficiência relativa de unidades tomadoras de decisão. Por unidade produtora entende-se qualquer sistema que transforme insumos em produtos. Neste trabalho, cada DMU significa um município, o qual utiliza recursos para atender às necessidades da população.

¹⁸ Nesta pesquisa, os insumos utilizados estão na forma de despesas com a oferta de serviços de saúde. Esses recursos seriam os responsáveis pela obtenção de níveis de produtos, aqui medidos como serviços típicos da atenção básica, do atendimento hospitalar e ambulatorial.

Considere que existam k insumos e m produtos para cada n DMUs. São construídas duas matrizes: a matriz X de insumos, de dimensões $(k \times n)$ e a matriz Y de produtos, de dimensões $(m \times n)$, representando os dados de todas as n DMUs. Na matriz X , cada linha representa um insumo e cada coluna representa uma DMU. Já na matriz Y , cada linha representa um produto e cada coluna uma DMU. Para a matriz X , é necessário que os coeficientes sejam não negativos e que cada linha e cada coluna contenha, pelo menos, um coeficiente positivo, isto é, cada DMU consome ao menos um insumo e uma DMU, pelo menos, consome o insumo que está em cada linha. O mesmo raciocínio aplica-se para a matriz Y .

Assim, para a i -ésima DMU, são representados os vetores x_i e y_i , respectivamente para insumos e produtos. Para cada DMU, pode-se obter uma medida de eficiência, que é a razão entre todos os produtos e todos os insumos. Para a i -ésima DMU tem-se:

$$\text{Eficiência da DMU } i = \frac{u^T y_i}{v^T x_i} = \frac{u_1 y_{1i} + u_2 y_{2i} + \dots + u_m y_{mi}}{v_1 x_{1i} + v_2 x_{2i} + \dots + v_k x_{ki}}$$

em que u é um vetor $(m \times 1)$ de pesos nos produtos e v é um vetor $(k \times 1)$ de pesos nos insumos. Note que a medida de eficiência será uma escalar devido às ordens dos vetores que a compõem.

A pressuposição inicial é que esta medida de eficiência requer um conjunto comum de pesos que será aplicado em todas as DMUs. Entretanto, existe certa dificuldade em obter um conjunto comum de pesos para determinar a eficiência relativa de cada DMU. Isto ocorre, pois as DMUs podem estabelecer valores para os insumos e produtos de modos diferentes, e então adotarem diferentes pesos. É necessário, então, estabelecer um problema que permita que cada DMU possa adotar o conjunto de pesos que for mais favorável, em termos comparativos com as outras unidades. Para selecionar os pesos ótimos para cada DMU, especifica-se um problema de programação matemática. Segundo Coelli *et al.* (1998), a eficiência da i -ésima DMU, considerando-se a pressuposição de retornos constantes à escala, é dada por:

$$\begin{aligned} & \text{MIN}_{\theta, \lambda} \quad \theta, \\ & \text{sujeito a :} \\ & \quad -y_i + Y\lambda \geq 0, \\ & \quad \theta x_i - X\lambda \geq 0, \\ & \quad \lambda \geq 0, \end{aligned}$$

em que θ é uma escalar, cujo valor será a medida de eficiência da i -ésima DMU. Caso o valor de θ seja igual a um, a DMU será eficiente; caso contrário, será menor que um. O parâmetro λ é um vetor ($n \times 1$), cujos valores são calculados de forma a obter a solução ótima. Para uma DMU eficiente, todos os valores de λ serão zero; para uma DMU ineficiente, os valores de λ serão os pesos utilizados na combinação linear de outras DMUs eficientes, que influenciam a projeção da DMU ineficiente sobre a fronteira calculada. Isto significa que, para uma unidade ineficiente, existe pelo menos uma unidade eficiente, cujos pesos calculados fornecerão a DMU virtual da unidade ineficiente, mediante combinação linear.

O problema de programação linear com retornos constantes pode ser modificado para atender à pressuposição de retornos variáveis, adicionando-se uma restrição de convexidade (COELLI et al., 1998). A eficiência da i -ésima DMU, considerando-se retornos variáveis, é dada por:

$$\begin{aligned} & \text{MIN}_{\theta, \lambda} \quad \theta, \\ & \text{sujeito a :} \\ & \quad -y_i + Y\lambda \geq 0, \\ & \quad \theta x_i - X\lambda \geq 0, \\ & \quad N_1 \lambda = 1, \\ & \quad \lambda \geq 0, \end{aligned}$$

em que N_1 é um vetor ($n \times 1$) de algarismos unitários (uns). Essa abordagem forma uma superfície convexa de planos em interseção, a qual envolve os dados de forma mais compacta do que a superfície formada pelo modelo com retornos constantes. Com isso, os valores obtidos para eficiência técnica, com a pressuposição de retornos variáveis, são maiores ou iguais aos conseguidos com retornos constantes. Isso porque a medida de eficiência técnica, obtida no modelo com retornos constantes, é composta pela medida de eficiência técnica no modelo com retornos variáveis, também chamada de pura eficiência técnica, e pela medida de eficiência de escala.

A Figura 1 ilustra uma situação que envolve um insumo e um produto. Podem-se traçar as fronteiras eficientes calculadas pela DEA, isto é, a fronteira obtida com retornos constantes (RC) e a conseguida com retornos variáveis (RV), sendo essa última descrita pela linha pontilhada.

Considere o ponto P na Figura 1. Sob a pressuposição de retornos constantes, a ineficiência técnica do ponto P é dada pela distância PP_C , enquanto a ineficiência técnica é dada pela distância PP_V , sob a pressuposição de retornos variáveis. A diferença entre essas duas, $P_C P_V$, fornece a ineficiência de escala. As medidas de eficiência do ponto P, em termos de razão, isto é, limitadas entre zero e um, são dadas por:

$$ET_{I,RC} = AP_C / AP,$$

$$ET_{I,RV} = AP_V / AP,$$

$$EE_I = AP_C / AP_V,$$

em que o subscrito I indica modelos com orientação insumo; RC, retornos constantes; e RV, retornos variáveis.

Como $AP_C / AP = (AP_V / AP) \times (AP_C / AP_V)$, então $ET_{I,RC} = ET_{I,RV} \times EE_I$, isto é, obtém-se a medida de eficiência técnica com retornos constantes à escala é composta pela eficiência técnica pura e pela eficiência de escala.

Uma falha dessa medida de eficiência de escala é que ela não indica se a DMU está operando na faixa de retornos crescentes ou decrescentes à escala. Sabe-se apenas que, se a medida de eficiência de escala for igual a um, a firma estará operando com retornos constantes à escala; no entanto, se for menor que um, poderão ocorrer retornos crescentes ou decrescentes. Para contornar essa situação, é necessário formular outro problema da programação, impondo a pressuposição de retornos não crescentes ou não decrescentes. Considerando-se o caso de retornos não crescentes, a formulação consiste em alterar a pressuposição de retornos variáveis no modelo DEA. Para isto, basta substituir a restrição $N_1\lambda=1$, em (3), pela restrição $N_1\lambda \leq 1$.

A fronteira obtida para o modelo com retornos não crescentes (RNC) está plotada na Figura 1. Nota-se que ela é composta, inicialmente, por uma faixa da fronteira com retornos constantes, com origem em 0, e depois por uma faixa da fronteira de retornos variáveis. Para determinar a natureza da escala de uma DMU qualquer, basta verificar se o coeficiente de eficiência técnica no modelo com retornos não crescentes é igual ao do modelo com retornos variáveis. Se forem diferentes, como é o caso do ponto P, então a DMU terá retornos crescentes à escala. Se forem iguais, como é o caso do ponto Q, ocorrerá situação de retornos decrescentes, isto é,

Se $ET_{RNC} = ET_{RV} \rightarrow$ Retornos decrescentes,

Se $ET_{RNC} \neq ET_{RV} \rightarrow$ Retornos crescentes.

De forma alternativa, pode-se formular um problema de programação, impondo a pressuposição de retornos não decrescentes à escala. Para isto, basta substituir a restrição $N_1\lambda \leq 1$, no modelo com retornos não crescentes, pela restrição $N_1\lambda \geq 1$.

Para identificar se a firma está operando com retornos crescentes ou decrescentes, basta comparar o resultado encontrado para eficiência técnica, no modelo com retornos variáveis (RV), com aquele conseguido no modelo com retornos não decrescentes (RND), ou seja,

Se $ET_{RND} = ET_{RV} \rightarrow$ Retornos crescentes,

Se $ET_{RND} \neq ET_{RV} \rightarrow$ Retornos decrescentes.

Para separar essas medidas, executa-se o modelo duas vezes, uma pressupondo-se retornos constantes e outra com retornos variáveis. Se houver diferença nos valores de eficiência técnica nos dois modelos para uma DMU qualquer, isto indica que esta DMU tem ineficiência de escala. Essa ineficiência pode ser obtida pela razão entre as medidas de eficiência técnica nos modelos com retornos constantes e com retornos variáveis. Se essa razão for igual a um, o produtor estará operando na escala ótima. Caso contrário, ele será tecnicamente ineficiente, pois não estará operando na escala ótima. Para maiores detalhes, consulte Färe et al. (1994) e Coelli *et al.* (1998).

O modelo apresentado em (2) tenta identificar a ineficiência técnica das DMUs, mediante redução proporcional na utilização dos insumos, isto é, são modelos com orientação insumo. Entretanto, possa-se também obter medidas de eficiência técnica, como aumento proporcional na produção, também conhecido como orientação produto.

Um problema de orientação produto, com retornos constantes, pode ser escrito da seguinte forma:

$$\begin{aligned} & \text{MAX}_{\phi, \lambda} \quad \phi, \\ & \text{sujeito a :} \\ & \quad -\phi y_i + Y\lambda \geq 0, \\ & \quad x_i - X\lambda \geq 0, \\ & \quad N_1 \lambda \geq 0, \\ & \quad \lambda \geq 0, \end{aligned}$$

em que $1 \leq \phi < \infty$ e $\phi - 1$ é o aumento proporcional nos produtos que poderiam ser obtidos pela i -ésima DMU, mantendo-se constante a utilização de insumos. A medida de eficiência técnica seria dada por $1/\phi$, que varia de zero a um.

Adicionando-se uma restrição de convexidade ($N_1\lambda = 1$), tem-se um modelo de orientação produto com retornos variáveis à escala. Conseqüentemente, alterando-se essa restrição para $N_1\lambda \leq 1$, tem-se o modelo com retornos não crescentes.

Definir a escala de operação dos municípios quanto à oferta de serviços públicos de saúde não é uma tarefa trivial. Portanto, o modelo de retornos constantes parece ser o mais adequado para este caso, quanto à orientação do modelo, é desejável que os serviços de saúde sejam sempre expandidos, e assim, a orientação a ser adotada deve ser a orientação produto.

4.4.1.3. O Modelo de Supereficiência – MSE

Para ilustrar o conceito de supereficiência considere a Figura 2 que ilustra uma situação envolvendo dois produtos (y_1 e y_2) e um insumo (x). Nessa figura, a fronteira eficiente SS' com orientação produto foi formada pelas DMUs A, B e C. A medida de eficiência técnica da DMU B, sem considerar a possibilidade de supereficiência, é dada por:

$$ET_B = \frac{OB}{OB} = 1$$

Caso as DMU's A, B e C formem a fronteira eficiente, estas terão valor igual a 1 ou 100%. Para verificar qual a melhor DMU entre as três, subtrai-se uma da amostra. Como exemplo, subtrai-se a DMU B. A nova fronteira é formada por A e C, pois B foi extraída da amostra. O ponto B' é a posição de B na nova fronteira. Dessa forma, B terá um valor de eficiência maior que 1 ou 100% de acordo com o cálculo a seguir.

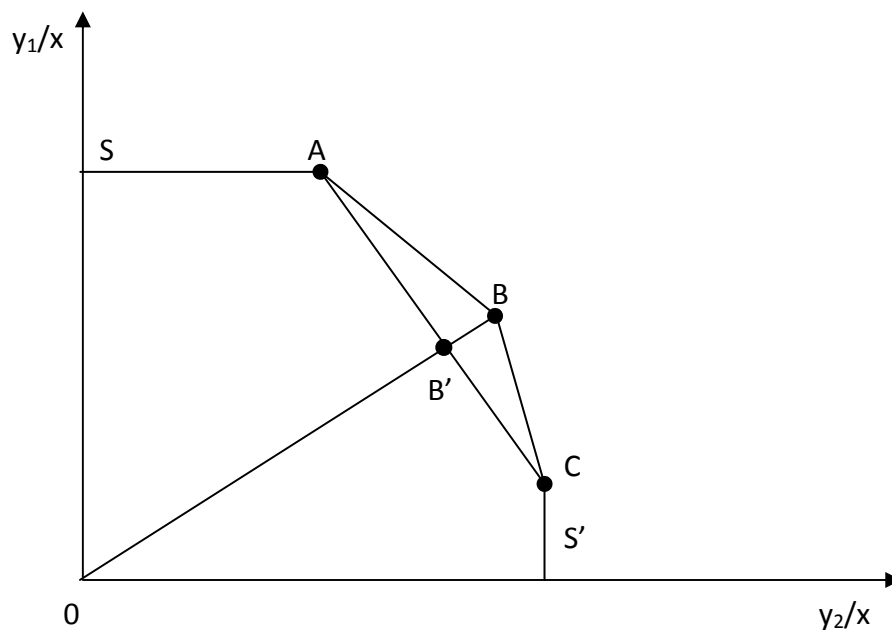


Figura 1: A fronteira eficiente considerando a possibilidade de supereficiência.
 Fonte: Ferreira; Gomes (2009).

Entretanto, caso a DMU B não existisse, a fronteira eficiente seria formada apenas pelas DMUs A e C. Isso significa que B' representa um ponto na fronteira eficiente, ou seja, a DMU B poderia produzir menos (situação representada por B') que ainda seria 100% eficiente. Assim, ao considerar a possibilidade de supereficiência, a medida de eficiência técnica da DMU B seria dada por:

$$ET_B = \frac{OB}{OB'} > 1$$

Para obter as medidas de eficiência considerando a possibilidade de supereficiência é preciso formular outro conjunto de problemas de programação, não impondo restrições quanto ao valor final da eficiência. Obviamente, os valores das medidas de eficiência para as DMUs ineficientes não se alteram. O que mudam são os valores das DMUs eficientes, que agora podem ser superiores a um.

A diferença entre os modelos sem e com supereficiência para o cálculo da *i*-ésima DMU é que os valores dos pesos λ_i não são considerados nas restrições. Isso significa que na supereficiência extrai-se uma das DMUs.

Em termos práticos, os modelos sem supereficiência podem concentrar várias observações com valor 1 ou 100%, não permitindo a identificação da melhor prática entre as eficientes. Enquanto no modelo com supereficiência pode-se classificar qual a melhor dentre as práticas eficientes.

4.5. Análise pelos Padrões de Conformidade do Programa Nacional de Avaliação em Serviços de Saúde

O artigo 15 da Lei 8080/90 – Lei Orgânica da Saúde, em seus itens primeiro e terceiro estabelece que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as atribuições de avaliação e controle de serviços de saúde, além da avaliação e divulgação das condições ambientais e da saúde da população. O artigo 17 da mesma lei, em seu item sétimo, define que é responsabilidade dos Estados e dos Municípios participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho.

Com este escopo, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), que tem o objetivo de avaliar os serviços do Sistema Único de Saúde, tentando apreender de forma mais completa e abrangente possível a realidade desses, em suas diferentes dimensões.

4.5.1. Metodologia do PNASS

O PNASS está alicerçado em quatro dimensões avaliativas: 1. Roteiro de padrões de conformidade; 2. Indicadores; 3. Pesquisa de satisfação dos usuários; e 4. Pesquisa das condições e relações de trabalho.

Abordou-se nesse trabalho, em sua fase de pesquisa, apenas a primeira dimensão, a saber, o Roteiro de Padrões de Conformidade, utilizando-o como instrumento para atingir o objetivo de tipificar as unidades de análise e, assim, analisar se há correlação com os escores de eficiência.

O Roteiro de Padrões de Conformidade baseia-se em um sistema de autoavaliação, em consonância com os padrões estabelecidos em normas legais.

Cada Padrão de Conformidade significa uma ação que deve ser executada no âmbito do serviço de saúde. Estas ações podem ser exigidas por ato normativo e, nesse caso, serão classificadas como imprescindíveis ou necessárias.

Há ações que não são exigidas por atos normativos, mas, se forem implementadas, melhoram a qualidade do serviço. Estas são classificadas como recomendáveis.

4.5.2. O Roteiro de Padrões de Conformidade

Para a dimensão Roteiro de Padrões de Conformidade, esta pesquisa adotou 10 critérios definidos no PNASS, divididos em três blocos. Ao todo, são cinquenta e sete padrões de conformidade.

O PNASS é composto, ao todo, por 22 critérios, subdivididos em 132 padrões. Contudo, neste estudo, por se tratar de análise exclusivamente de serviços de saúde prestados por municípios (responsável pela atenção primária), foram desprezados os critérios não aplicáveis.

Conforme consta no item 4.5.1, cada Padrão de Conformidade significa uma ação que deve ser implementada pelo gestor local de saúde.

Para avaliação dos critérios, foram definidos padrões de conformidade sentinelas, ou seja, itens que sinalizam risco ou qualidade, classificados como imprescindíveis (I), necessários (N) e recomendáveis (R).

A estruturação do questionário foi estabelecida com base em três blocos. São eles: Bloco I – Gestão Organizacional; Bloco II – Apoio Técnico e Logístico; e Bloco III – Gestão de Atenção à Saúde.

Cada bloco foi subdividido em critérios de conformidade. O Bloco I – Gestão Organizacional foi subdividido nos seguintes critérios: 1. Liderança e Organização; 2. Demanda, Usuário e Sociedade; 3. Gestão da Informação; 4. Gestão de Pessoas. O Bloco II – Apoio Técnico e Logístico foi subdividido nos seguintes critérios: 1. Gerenciamento de Risco; 2. Gestão de Infraestrutura Física; Gestão de Equipamentos; Gestão de Materiais. Por fim, o Bloco III – Gestão de Atenção à Saúde foi dividido em dois critérios: 1. Humanização da Atenção; e 2. Atenção em Regime Ambulatorial de Especialidades.

Para cada critério foram agrupados padrões de conformidade, de acordo com o tema de cada um.

Os padrões classificados como imprescindíveis são exigidos em normas, e o não cumprimento acarreta riscos imediatos à saúde, identificando-se a necessidade de intervenção urgente.

Os padrões classificados como necessários também são exigidos em normas, e o não cumprimento acarreta riscos, mas riscos mediatos, tolerando-se que seja sanado em curto prazo. Os padrões recomendáveis não estão descritos em normas e determinam um diferencial de qualidade na prestação do serviço. Estes padrões de conformidade constam do Apêndice I.

As normas de exigência dos padrões imprescindíveis e necessários são a Constituição Federal, leis, decretos, resoluções, portarias e manuais relacionados no Anexo I.

Ao estruturar o questionário, pautou-se na racionalidade do processo de gestão, conforme se recomenda à toda gestão que pretende ser eficiente e efetiva, não apenas do ponto de vista econômico, mas também dos direitos sociais. Nogueira et al. (2004) destacam que o direito à saúde é um valor universal, e o da cidadania social restrita, em que o direito à saúde é orientado pelo critério da eficiência e racionalidade econômica.

Segundo Falcão (1998), a racionalidade permite otimizar a gestão pública. A Reforma Gerencial do Estado pretendeu substituir o modelo burocrático. Contudo, a racionalidade instrumental, típica do modelo burocrático, tem importância reconhecida e, nesse aspecto, contribui para melhorar a eficiência da gestão do Sistema Único de Saúde à medida em que é utilizada para fixar os padrões de conformidade (FALCÃO, 2006).

Cada critério do Roteiro de Padrões de Conformidade tem uma pontuação máxima de 12 pontos e porcentagem atribuída de 100%. O valor de cada um dos itens encontra-se descrito no Quadro 2:

Quadro 2 – Distribuição dos pontos dos padrões de conformidade

Item	Valor de cada item	% atribuída
Imprescindível	3	50%
Necessário	2	33,3%
Recomendável	1	16,7%
	TOTAL	100%

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. Resultados com Relação à Análise Envoltória de Dados

Os resultados podem ser analisados de formas distintas, de acordo com o modelo de pura eficiência técnica e de supereficiência. Na Tabela 01 são mostrados os resultados do modelo *Data Envelopment Analysis* – DEA com respeito às puras eficiências técnicas dos municípios da macrorregião Leste-Sul do Estado de Minas Gerais, bem como os ganhos percentuais nos produtos de acordo com a projeção para a fronteira eficiente baseada nos pares ou *benchmarks* de cada município.

Quanto ao modelo de pura eficiência técnica, relaciona-se a estrutura de recursos financeiros dos municípios estudados com sua capacidade de gerar determinados serviços de saúde como internações, doses aplicadas, exames citopatológicos, exames de patologia clínica, exames radiodiagnósticos, exames de ultrassonografia e acompanhamento às gestantes. Nessa condição, 10 municípios encontram-se na fronteira de produção, ou seja, são eficientes.

Inicialmente, deve-se considerar que os dados quantitativos foram obtidos em pesquisa no sistema DATASUS, que disponibiliza os indicadores oficiais do governo e servem como instrumentos para a elaboração de políticas públicas, definição de prioridades e alocação de recursos.

Contudo, deve-se considerar o viés de que o sistema DATASUS é alimentado pelo próprio gestor local do SUS e tomou-se como base da pesquisa apenas o ano de 2009. Nesse ano, dois fatores podem ter influenciado os resultados: foi o primeiro ano de mandato dos prefeitos, o que pode ter dificultado a implementação ou continuidade de atividades pelos gestores novatos; e a crise financeira que comprometeu a capacidade de investimento dos municípios. Há, por fim, questões locais e culturais, como demográficos ou epidemiológicos que podem ter alterado a rotina de determinados municípios em 2009.

Além disso, utilizou-se o modelo de retornos constantes da DEA, conforme descrito no item “4.4.1.2. As Fronteiras de Eficiência: a Técnica DEA”.

Os municípios com escore de eficiência igual a 100% são os que possuem as melhores práticas, ou seja, são os que melhor gerem suas políticas públicas em saúde. São eles: Conceição do Ipanema, Manhumirim, Mutum, Pocrane, Sericita, Luisburgo, Dom Silvério, São João do Manhuaçu, Chalé e Rio Casca. Estes municípios ofertam maior número de serviços de saúde às suas populações em proporção à despesa efetivamente realizada.

Observa-se, na Tabela 01, que os municípios eficientes teriam nenhum ganho percentual nos produtos, pois estes já se encontram sobre a fronteira de produção, ou seja, em situação ótima em relação aos demais.

Quanto aos municípios ineficientes, que são os que apresentam índice de eficiência menor que 100%, estes podem ser projetados para a fronteira eficiente com a adoção das práticas de seus *benchmarks* ou pares, considerados municípios eficientes. Dessa forma, esses municípios também se tornarão eficientes obtendo ganhos na oferta de serviços, o que beneficia a população que teria maior acesso à saúde e, conseqüentemente, aumento em seu nível de bem-estar.

Tabela 2 - Escore de eficiência e ganho percentual nos produtos com a projeção dos municípios de acordo com modelo de pura eficiência técnica

Municípios	Eficiência	Internações por Local (ganho %)	Doses Aplicadas (ganho %)	Exames Citopatológicos (ganho %)	Exames Patologia Clínica (ganho %)	Exames Radiodiagnósticos (ganho %)	Exames Ultrassonografia (ganho %)	Gestantes Acompanhadas (ganho %)
Conceição de Ipanema	100%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Manhumirim	100%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mutum	100%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pocrane	100%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Sericita	100%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Luisburgo	100%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Dom Silvério	100%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
São João do Manhuaçu	100%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Chalé	100%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Rio Casca	100%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ipanema	96%	4,53	4,53	101,27	23,02	105,19	4,53	42,11
Matipó	91%	16,75	9,62	9,62	9,62	266,47	14,19	9,62
Reduto	89%	0,00	27,20	127,59	224,42	251,46	12,68	28,00
Raul Soares	86%	15,85	15,85	1411,23	90,31	42,43	105,04	15,85
Guaraciaba	83%	21,00	29,84	220,57	39,10	21,00	109,19	21,00
Abre Campo	83%	21,23	21,23	128,87	347,98	21,23	21,23	73,47
São Pedro dos Ferros	82%	42,54	26,18	1044,84	237,00	56,76	185,99	21,95
Alto Jequitibá	81%	0,00	43,99	718,98	99,02	23,85	289,18	23,85
Simonésia	79%	0,00	61,24	3920,23	3495,60	1641,06	602,57	26,84
Santana do Manhuaçu	77%	0,00	46,03	453,04	247,00	30,15	146,58	30,15
Caputira	75%	0,00	33,73	4665,45	336,15	70,90	364,35	32,56
Araponga	75%	0,00	53,68	0,00	784,55	240,57	935,53	33,80
Durandé	75%	0,00	112,80	652,44	150,23	34,03	92,69	34,03
Jequeri	74%	80,12	35,51	10359,04	43,14	35,51	1309,00	38,93
Paula Cândido	72%	0,00	62,95	385,79	187,00	38,28	45,01	38,28
Santa Margarida	72%	38,84	38,84	4310,56	79,87	38,84	43,83	38,84
Lajinha	71%	66,87	59,24	174,66	607,03	55,52	167,55	40,20
Martins Soares	71%	0,00	41,73	549,97	41,73	150,30	1849,30	48,61
Viçosa	68%	47,35	47,35	500,07	47,35	60,22	190,59	179,24
Teixeiras	68%	96,53	48,05	418,15	14775,98	18114,51	48,05	64,95
Oratórios	66%	0,00	78,87	2038,64	367,15	569,35	1384,00	51,09
Urucânia	66%	0,00	51,31	0,00	1264,37	805,80	0,00	60,71
Porto Firme	63%	187,47	59,78	3029,66	1208,70	217,36	59,78	78,17
Manhuaçu	62%	61,77	62,02	253,92	280,74	96,74	99,86	61,77
Sem-Peixe	60%	0,00	66,56	3105,83	66,56	66,56	0,00	208,43
Alto Caparaó	60%	0,00	67,83	153,46	10313,50	2424,01	257,71	93,53
Acaiaça	58%	0,00	72,66	276,74	702,89	1648,81	72,66	90,47
Cajuri	58%	0,00	94,06	20456,05	366,52	72,78	666,71	72,78
Amparo do Serra	57%	0,00	74,98	0,00	74,98	0,00	0,00	121,88
São José do Goiabal	57%	0,00	127,18	0,00	0,00	0,00	0,00	75,82
Santo Antônio do Gramma	55%	0,00	82,09	3323,91	2551,19	775,15	3226,18	138,90
Piedade de Ponte Nova	55%	0,00	101,48	638,95	4943,53	337,77	16205,80	83,20
Taparuba	54%	0,00	158,64	1370,36	1322,25	20033,40	0,00	83,87
Barra Longa	52%	0,00	94,29	792,91	459,52	156,88	164,81	126,47
Alvinópolis	51%	95,60	110,58	95,60	238,95	1282,56	95,60	95,60
Santa Cruz do Escalvado	51%	0,00	97,11	335,51	97,11	1186,25	19073,75	143,90
Diogo de Vasconcelos	49%	0,00	102,78	2095,02	105,52	380,90	530,26	234,27
Canaã	39%	0,00	154,64	3203,15	9217,27	832,00	1013,28	169,10
São José do Mantimento	39%	0,00	156,61	0,00	4091,82	1027,00	0,00	180,37
Pedra do Anta	33%	0,00	202,88	0,00	766,74	560,25	0,00	208,74
Rio Doce	30%	0,00	247,63	238,23	15251,95	238,23	297,89	238,23
Ponte Nova	27%	266,33	316,79	281,44	266,33	2253,21	528,51	452,13
São Miguel do Anta	25%	0,00	300,03	0,00	638,81	1034,12	1254,72	502,66

Fonte: Elaborado pelo autor, 2011.

Quanto ao modelo de supereficiência, este apresenta a mesma relação do modelo de eficiência pura, porém permite identificar qual a melhor prática dentre os municípios eficientes, ou seja, pode-se elaborar um *ranking* entre os municípios. Na Tabela 3 são mostrados os índices de supereficiência e os valores das variáveis dos municípios que compõem a macrorregião Leste-Sul do Estado de Minas Gerais.

Tabela 3 - Escore de supereficiência e valores das variáveis dos municípios da macrorregião Leste-Sul do estado de Minas Gerais

Municípios	Supereficiência
Conceição de Ipanema	385,9%
Manhumirim	175,2%
Mutum	123,5%
Pocrane	122,6%
Sericita	116,7%
Luisburgo	106,3%
Dom Silvério	105,0%
São João do Manhuaçu	102,2%
Chalé	101,2%
Rio Casca	100,7%

Fonte: Elaborado pelo autor, 2011.

O município de Conceição de Ipanema obteve escore de supereficiência de 385%, bem superior ao do segundo, Manhumirim com 175,2%, o que pode ser explicado pela despesa registrada por Conceição de Ipanema ser relativamente bem inferior para o nível de serviços ofertados. Portanto, confirma-se, pelos dados, que Conceição de Ipanema tem o melhor resultado em relação aos demais municípios analisados.

A partir do escore de supereficiência pode-se definir um *ranking* entre os municípios. Para que a análise se torne mais robusta, determinam-se três grupos de municípios: os cinco melhores, os cinco medianos e os cinco piores.

Conceição de Ipanema, Manhumirim, Mutum, Pocrane e Sericita possuem as melhores posições no escore entre os municípios analisados. Essa situação pode ser justificada em razão de os valores das relações entre produtos e insumos apresentados por esses municípios serem superiores aos demais, ou seja, são mais eficientes na aplicação de seus recursos.

Em sentido oposto, São José do Mantimento, Pedra do Anta, Rio Doce, Ponte Nova e São Miguel do Anta são os municípios com as últimas posições no escore. Isto é entendido pelos baixos índices nas relações entre serviços ofertados por unidade de recurso despendido. A situação desses municípios não se deve necessariamente à má gestão dos recursos pela esfera pública municipal, outros motivos podem ser responsáveis pelo seu baixo desempenho, como burocracia no repasse de verbas ou características sociais regionais.

Já os municípios medianos, Jequeri, Paula Cândido, Santa Margarida, Lajinha e Martins Soares possuem nível médio de eficiência razoável de 72%, assim como suas relações entre produtos e insumos, o que os classifica como regular.

Tabela 4 - Relações entre produtos e insumos e média dos municípios da macrorregião leste-sul do estado de Minas Gerais.

Municípios	Internações por Local/Despesa	Doses Aplicadas/ Despesa	Exames Citopatológicos/ Despesa	Exames Patologia Clínica/Despesa	Exames Radiodiagnósticos/ Despesa	Exames Ultrassonografia/ Despesa	Gestantes Acompanhadas/ Despesa	Média
Conceição de Ipanema	0,26	2,79	0,31	4,17	3,20	0,31	0,22	1,61
Manhumirim	0,58	2,49	0,13	1,32	0,22	0,05	0,24	0,72
Mutum	0,22	3,37	0,25	2,16	0,14	0,10	0,34	0,94
Pocrane	0,03	2,16	0,00	5,11	0,11	0,13	0,18	1,10
Sericita	0,00	3,14	0,36	0,00	0,00	0,00	0,27	0,54
Luisburgo	0,00	2,26	0,32	2,73	0,21	0,09	0,29	0,84
Dom Silvério	0,30	1,98	0,30	0,05	0,01	0,00	0,21	0,41
São João do Manhuaçu	0,00	2,52	0,15	2,51	0,13	0,08	0,33	0,82
Chalé	0,00	3,29	0,00	0,00	0,75	0,03	0,26	0,62
Rio Casca	0,34	3,09	0,00	0,37	0,11	0,01	0,16	0,58
Ipanema	0,34	2,92	0,02	0,52	0,06	0,02	0,13	0,57
Matipó	0,16	2,60	0,28	2,86	0,49	0,18	0,24	0,97
Reduto	0,00	2,19	0,13	1,28	0,91	0,27	0,17	0,71
Raul Soares	0,32	2,60	0,01	0,59	0,10	0,02	0,20	0,55
Guaraciaba	0,20	2,53	0,08	1,64	0,31	0,06	0,27	0,73
Abre Campo	0,30	2,49	0,06	0,32	0,13	0,05	0,15	0,50
São Pedro dos Ferros	0,15	2,67	0,02	0,64	0,09	0,04	0,28	0,56
Alto Jequitibá	0,00	2,33	0,03	1,11	0,17	0,03	0,28	0,56
Simonésia	0,00	2,09	0,01	0,06	0,01	0,01	0,27	0,35
Santana do Manhuaçu	0,00	2,30	0,05	0,62	0,11	0,04	0,26	0,48
Caputira	0,00	2,52	0,01	0,50	0,08	0,02	0,26	0,48
Araponga	0,00	2,19	0,00	0,24	0,04	0,01	0,26	0,39
Durandé	0,00	1,58	0,03	0,88	0,16	0,06	0,25	0,42
Jequeri	0,11	2,48	0,00	1,43	0,12	0,01	0,24	0,63
Paula Cândido	0,00	2,03	0,05	0,82	0,30	0,08	0,24	0,50
Santa Margarida	0,18	2,35	0,01	1,20	0,22	0,08	0,23	0,61
Lajinha	0,13	2,11	0,09	0,31	0,09	0,04	0,24	0,43
Martins Soares	0,00	2,27	0,04	1,90	0,38	0,01	0,21	0,69
Viçosa	0,30	1,93	0,02	0,89	0,11	0,02	0,09	0,48
Teixeiras	0,12	2,13	0,05	0,02	0,01	0,12	0,18	0,38
Oratórios	0,00	1,88	0,01	0,46	0,02	0,01	0,23	0,37
Urucânia	0,00	2,22	0,00	0,16	0,02	0,00	0,21	0,37
Porto Firme	0,08	2,04	0,01	0,19	0,22	0,09	0,18	0,40
Manhuaçu	0,23	1,84	0,06	0,47	0,09	0,04	0,18	0,42
Sem-Peixe	0,00	1,99	0,01	1,40	0,27	0,00	0,11	0,54
Alto Caparaó	0,00	2,01	0,10	0,02	0,01	0,03	0,18	0,33
Acaiaca	0,00	1,81	0,07	0,37	0,08	0,11	0,15	0,37
Cajuri	0,00	1,72	0,00	0,48	0,16	0,01	0,20	0,37
Amparo do Serra	0,00	1,81	0,00	1,63	0,00	0,00	0,14	0,51
São José do Goiabal	0,00	1,48	0,00	0,00	0,00	0,00	0,20	0,24
Santo Antônio do Gramma	0,00	1,85	0,01	0,08	0,02	0,00	0,14	0,30
Piedade de Ponte Nova	0,00	1,67	0,03	0,04	0,03	0,00	0,19	0,28
Taparuba	0,00	1,30	0,02	0,15	0,00	0,00	0,19	0,24
Barra Longa	0,00	1,73	0,03	0,39	0,05	0,04	0,15	0,34
Alvinópolis	0,13	1,21	0,15	0,53	0,08	0,06	0,12	0,33
Santa Cruz do Escalvado	0,00	1,60	0,06	1,47	0,10	0,00	0,12	0,48
Diogo de Vasconcelos	0,00	1,66	0,01	1,05	0,03	0,02	0,10	0,41
Canaã	0,00	1,32	0,01	0,02	0,01	0,01	0,13	0,21
São José do Mantimento	0,00	1,31	0,00	0,05	0,01	0,00	0,12	0,21
Pedra do Anta	0,00	1,11	0,00	0,25	0,02	0,00	0,11	0,21
Rio Doce	0,00	0,94	0,08	0,01	0,11	0,02	0,09	0,18
Ponte Nova	0,13	0,62	0,05	0,64	0,05	0,02	0,04	0,22
São Miguel do Anta	0,00	0,84	0,00	0,29	0,01	0,01	0,06	0,17

Fonte: Elaborado pelo autor, 2011.

5.2. Resultados com Relação à Avaliação e Tipificação dos Municípios

Como objetivo final deste trabalho, pretendeu-se tipificar os municípios que integram a macrorregião Leste-Sul de Minas Gerais, a fim de identificar as práticas de gestão que influenciam positiva ou negativamente a eficiência da produção de serviços e bens de saúde. Para tanto, utilizou-se a metodologia do Programa Nacional de Avaliação em Serviços de Saúde para verificar o cumprimento dos padrões de conformidade pelos municípios.

Os padrões de conformidade são ações que devem ser implementadas no âmbito da gestão de saúde, sendo exigidas por algum ato normativo ou apenas recomendáveis visando à melhoria da qualidade do serviço.

Dessa forma, os padrões de conformidade constituem variáveis incidentes sobre o processo de gestão do serviço de saúde que possibilitam identificar as características da unidade de análise. Isto é, esses padrões estabelecem os fundamentos da organização, gestão e avaliação, no campo do serviço público de saúde.

Embora a normatização seja própria do modelo burocrático e poderia se cogitar já estar ultrapassado pelo modelo gerencial, esta racionalidade também foi adotada pelo modelo gerencial como de importância para o desenvolvimento do setor público.

A eficiência administrativa é decorrente da organização racional do aparelho do Estado. Segundo Falcão (1998), a racionalidade permite otimizar a gestão pública e defende que o modelo weberiano não seja totalmente suplantado, mas, sim, modernizado, como resposta à crise da Administração Pública, apontando para uma racionalidade regulada. Em igual sentido, Secchi (2009) sustenta que *a preocupação com a eficiência organizacional é central no modelo burocrático.*

Portanto, verifica-se que a racionalidade é um tema também abrangido pela agenda da Reforma Gerencial, utilizada como ferramenta para alcançar a eficiência. A racionalidade é importante para o alcance da eficiência, mas deve ser integrada com a flexibilização do modelo gerencial.

Para proceder a esta tipificação, selecionaram-se três grupos compostos de cinco municípios cada. O primeiro foi composto pelos municípios mais eficientes (primeiro ao quinto lugar no *ranking*). Todos estes cinco primeiros municípios estão na linha de fronteira da eficiência apurados com a ferramenta Análise Envoltória de Dados, conforme consta do item 4.1 deste trabalho. Estes municípios são Conceição de Ipanema, Manhumirim, Mutum, Pocrane e Sericita. Em seguida, um grupo formado por municípios em posição intermediária: Paula Cândido, Santa Margarida, Lajinha, Martins Soares e Viçosa e, por fim, municípios nas últimas cinco posições: São José do Mantimento, Pedra do Anta, Rio Doce, Ponte Nova e São Miguel do Anta.

5.2.1. Análise por Critério de Conformidade

Neste capítulo, foram analisadas as pontuações obtidas pelos três grupos de municípios em cada critério de conformidade. A análise foi feita por grupo de cinco de municípios, visando obter resposta mais segura. Caso algum gestor de saúde não tenha preenchido o questionário adequadamente, este erro foi minimizado quando se somou em conjunto com os demais municípios de mesma característica no aspecto quantitativo.

Deve-se ressaltar que os três grupos foram selecionados com base no escore resultante do método Análise Envoltória de Dados. No entanto, sob a perspectiva da pura eficiência técnica, este método identifica apenas dois grupos: aqueles que estão posicionados na linha da fronteira da eficiência e os que estão aquém dessa linha. Com isso, para o método DEA, tanto o grupo dos municípios intermediários quanto os menos eficientes estão abaixo da linha da eficiência. Todos os cinco municípios do grupo dos mais eficientes estão posicionados na linha da fronteira da eficiência, isto é, apresentam supereficiência.

Para cada “Sim” em item Imprescindível (I) foram atribuído 3 pontos; Necessário (N), 2 pontos; e Recomendável (R), 1 ponto, multiplicando-se pelo número de municípios que atenderam àquele padrão. Na apresentação nos quadros a seguir, os números absolutos dos resultados foram convertidos em números percentuais.

BLOCO I – GESTÃO ORGANIZACIONAL

No Bloco Gestão Organizacional pretendeu-se identificar as principais características dos municípios nos aspectos estruturantes da forma da organização de cada Secretaria Municipal de Saúde ou órgão equivalente. Este bloco constituiu-se de padrões de conformidade agrupados em quatro critérios: 1. Liderança e Organização; 2. Demanda, Usuário e Sociedade; 3. Gestão da Informação; e 4. Gestão de Pessoas.

1. Liderança e Organização

Neste primeiro critério – Liderança e Organização –, os padrões de conformidade estabelecidos pelo PNASS possuem características típicas de organização burocrática.

Os padrões classificados como imprescindíveis visaram identificar se há liderança formalmente constituída e habilitada para tal, sendo um profissional responsável técnico e um responsável imediato pela gestão que esteja disponível a qualquer momento.

Além disso, analisou-se se há institucionalização de normas sobre condutas e procedimentos e se há planejamento no serviço de saúde local.

Essas características são próprias do modelo burocrático. Prestes Motta *et al.* (1988) dizem que a racionalidade é a principal característica que distingue a organização burocrática dos demais sistemas sociais¹⁹. Estes mesmos autores afirmam que o formalismo é uma característica da burocracia, “expressando-se no fato de que a autoridade deriva de um sistema de normas racionais, escritas e exaustivas”.

Os resultados obtidos pelos questionários foram estes:

¹⁹ Segundo Prestes Mota et al. (1988), “um ato será racional na medida em que representar o meio mais adaptado para se atingir determinado objetivo, na medida em que sua coerência em relação a seus objetivos se traduzir na exigência de um mínimo de esforços para se chegar a esses objetivos”.

Quadro 3 – Resultados do critério Liderança e Organização

	Padrão de Conformidade	Mais Eficiente	Intermediário	Menos Eficiente
I	1. O funcionamento do(s) estabelecimento(s) está(ão) sob direção técnica de profissional habilitado para o exercício da atividade oferecida no serviço.	25	25	25
I	2. Existe pessoa responsável para resolver situações adversas e que esteja acessível durante todo o período de funcionamento.	25	20	25
N	3. O(s) estabelecimento(s) dispõe(m) de mecanismos que visem garantir a Ética Profissional.	16,65	16,65	13,32
N	4. As atividades, responsabilidades e competências estão definidas e descritas.	9,99	9,99	9,99
R	5. Planeja estrategicamente as diretrizes organizacionais de forma participativa.	6,68	3,34	5,01
R	6. Avalia periódica e sistematicamente a produção e gastos planejados.	6,68	6,68	8,35
	Total	90%	81,66%	86,67%

Fonte: Elaborado pelo autor, 2011, com base nas respostas dos gestores locais de saúde.

Conforme apresentado no Quadro 3, no critério Liderança e Organização, observou-se que os municípios mais eficientes obtiveram maior pontuação. Estes padrões são os que também mais caracterizam uma organização burocrática, quais sejam, a liderança formalmente constituída e a institucionalização de normas sobre procedimentos e condutas. Observou-se ainda que tanto os municípios posicionados na linha da fronteira da eficiência quanto os posicionados aquém dessa linha possuem características do modelo burocrático, uma vez que atenderam, quase que integralmente, os dois primeiros padrões que são classificados como imprescindíveis.

Por essa razão, conclui-se que essas variáveis influenciaram na eficiência do gasto.

No entanto, não se deve abandonar os princípios básicos da Administração Burocrática, no que concerne à institucionalização de normas e de liderança, uma vez que são importantes para que os *stakeholders* conheçam a organização e para que esta tenha um comando definido.

Embora com pequena diferença nos números demonstrado no Quadro 3, estas variáveis contribuíram para o melhor desempenho dos municípios mais eficientes.

2. Demanda, Usuário e Sociedade

No critério Demanda, Usuário e Sociedade, analisou-se a relação do sistema de saúde com os seus usuários. O PNASS, ao inserir estes padrões no questionário, visou-se avaliar a existência de medidas de segurança para integridade física de seus usuários, ou seja, se é feita a divulgação dos compromissos públicos e das ações de melhorias implantadas no estabelecimento; se os canais de comunicação com os usuários e pesquisas de satisfação são analisados e se estes são levados em consideração em tomadas de decisão; e outros mecanismos que envolvam a sociedade em um processo participativo (MS, 2006).

Estes padrões não têm relação direta com a execução orçamentária do SUS, mas exercem forte influência na gestão, ao passo que a torna mais participativa e transparente. Além disso, a gestão deve estar mais voltada para o cidadão. Neste aspecto, este critério se aproxima mais da governança participativa. Segundo SECCHI (2009), dois modelos organizacionais e um paradigma relacional foram apresentados como alternativas ao modelo burocrático, conforme se verifica subsequentemente.

A Administração Pública Gerencial e o Governo Empreendedor são modelos organizacionais que incorporam prescrições para a melhora da efetividade da gestão das organizações públicas. O movimento da Governança Pública traduz-se em um modelo relacional, porque oferece abordagem diferenciada de conexão entre o sistema governamental e o ambiente que circunda o governo.

Estas variáveis que constituem os padrões do critério Demanda, Usuário e Sociedade, por exercerem influência direta no modelo de gestão, influenciam, em consequência, a eficiência do gasto.

O Quadro 4 a seguir demonstra, com base nos resultados colhidos dos questionários, que os municípios mais eficientes em gastos também são que melhor pontuaram nesse critério de conformidade.

Em consequência, apurou-se que a participação social contribuiu para melhor desempenho dos municípios em termos de eficiência do gasto.

Quadro 4 – Resultado do critério Demanda, Usuário e Sociedade

	Padrão de Conformidade	Mais Eficiente	Intermediários	Menos Eficiente
I	7. Adota métodos que visam garantir a segurança e integridade física dos usuários.	25	10	20
I	8. Conhece e utiliza os serviços de referências disponíveis visando à continuidade da atenção.	25	10	25
N	9. Divulga à sociedade seus serviços e ações de melhoria de forma a reforçar sua imagem.	16,65	13,32	13,32
N	10. Dispõe de canais de comunicação que permitam aos usuários expressarem e terem atendidas as suas reclamações, sugestões e solicitações.	9,99	9,99	13,32
R	11. Realiza periodicamente pesquisa de satisfação com usuários e utiliza estes resultados nas tomadas de decisão.	1,67	1,67	3,34
R	12. Mantém ou participa de algum programa de qualidade de vida em parceria com a comunidade.	5,01	1,67	6,68
Total		83,32%	46,65%	81,66%

Fonte: Elaborado pelo autor, 2011, com base nas respostas dos gestores locais de saúde.

O grupo dos municípios intermediários obteve pontuação bem inferior em relação aos demais, deixando de pontuar, principalmente, em padrões imprescindíveis, a saber: “7. Adota métodos que visam garantir a segurança e integridade física dos usuários; e 8. Conhece e utiliza os serviços de referências disponíveis, visando à continuidade da atenção.”

Diante de tais dados, pode-se concluir que os padrões classificados como imprescindíveis exerceram influência significativa na eficiência do gasto. Nos dois padrões imprescindíveis, os municípios mais eficientes atenderam integralmente.

3. Gestão da Informação

No critério gestão da informação, foram avaliados aspectos que visam dotar o gestor de saúde de dados necessários para as suas ações de planejamento, implementação, execução e avaliação da respectiva política pública.

Por isso, a inserção deste tema no questionário foi importante, já que se estudou uma perspectiva de avaliação de política pública, cuja base de pesquisa metodológica foi constituída, em grande parte, pelos dados registrados nestas instituições.

Quando se trata de eficiência do gasto público, a exatidão e transparência dos dados secundários são importantes para as ações ora mencionadas.

O PNASS, ao inserir este critério de conformidade em seu contexto, teve por objetivo verificar a existência da prática de registros dos atendimentos nos diversos serviços (ambulatório, emergência e internação); se todos os prontuários, inclusive os de arquivo morto, estão em local seguro, em boas condições de conservação e organização e acessíveis; observar o fluxo dos prontuários e a garantia da confiabilidade das informações contidas; verificar, por meio de documento, as ações da comissão de revisão de prontuário e, ou, óbito quando existir; verificar se há serviço de vigilância epidemiológica com formulário específico para notificação compulsória e, na existência de algum registro, verificar o preenchimento e o protocolo de encaminhamento; verificar se o estabelecimento cria, compara, analisa e divulga os indicadores da atenção e busca melhorar a atenção conforme os resultados; e se mantêm atualizadas as informações gerenciais em relação a controle de custos (MS, 2006).

Quadro 5 – Resultados do critério Gestão da Informação

	Padrão de Conformidade	Mais Eficiente	Intermediários	Menos Eficiente
I	13. Há registros sistemáticos dos atendimentos, evoluções e intercorrências nas fichas ou prontuários dos pacientes.	25	25	25
I	14. Assegura a guarda dos prontuários no que se refere a confidencialidade e integridade e os mantém disponíveis em local de fácil acesso.	25	25	25
N	15. Existe Comissão de Revisão de Prontuários formalmente constituída com regimento interno e registro das reuniões periódicas em ata.	6,66	6,66	6,66
N	16. Informa aos órgãos competentes a ocorrência de Doenças de Notificação Compulsória.	16,65	13,32	16,65
R	17. Cria, compara, analisa e divulga os indicadores da atenção com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços.	6,68	5,01	6,68
R	18. Mantém o Sistema de Informações Gerenciais atualizado em relação ao controle de custos.	6,68	6,68	5,01
Total		86,67%	81,67%	85%

Fonte: Elaborado pelo autor, 2011, com base nas respostas dos gestores locais de saúde.

No critério Gestão da Informação, verificou-se pontuação satisfatória pelos três grupos e pouca oscilação entre os mesmos. Todos os três grupos atenderam integralmente aos padrões imprescindíveis, o que elevou a pontuação.

Nos padrões necessários e recomendáveis, todos atenderam parcialmente, mas com menor desempenho pelo grupo dos municípios intermediários.

Considera-se, ainda, que a gestão da informação é uma prática importante para a obtenção de resultados eficientes, além de ser típica da administração gerencial. Embora não houve grandes discrepâncias entre os três grupos de municípios, notou-se que os mais eficientes também foram os que melhor atenderam a esse critério de conformidade, o que leva à conclusão de que esta variável auxilia na eficiência do gasto público.

4. Gestão de Pessoas

A gestão de pessoas é tema importante em todas as instituições e teve ênfase tanto na administração burocrática quanto na gerencial. A racionalização do trabalho é o centro de todo o processo de produção de bens e serviços.

Segundo Prestes Mota et al. (1988), *organização ou burocracia é um sistema social em que a divisão do trabalho é racionalmente organizada*. Esta racionalidade, no processo da organização burocrática, é conhecida por duas principais características: centralização e hierarquização.

O modelo gerencial de administração tem, por pressuposto, outras características na racionalidade da divisão do trabalho: descentralização e flexibilização. Bresser-Pereira (1998) afirma que um dos objetivos da Reforma Gerencial da Saúde de 1996 foi descentralizar a administração e o controle dos gastos com saúde.

A racionalidade, a participação do trabalhador no processo de gestão e a flexibilização da hierarquia constituíram as diretrizes para estabelecer estes padrões de conformidade. Pretendeu-se avaliar se todos os funcionários da área da saúde estão em exercício, conforme as escalas e as necessidades de cada setor; verificar a regularidade dos registros dos servidores técnicos nos conselhos de classe; observar a regularidade das ações de medicina do trabalho como ação contínua; a existência de educação permanente, excluindo capacitações e treinamentos sem continuidade; a existência de pesquisa de clima organizacional, pesquisa de satisfação, avaliação de desempenho e outros.

Os resultados obtidos com a aplicação dos questionários são os constantes do Quadro 6.

Quadro 6 – Resultados do critério Gestão de Pessoas

	Padrão de Conformidade	Mais Eficiente	Intermediários	Menos Eficiente
I	19. Os postos de trabalho estão completos em conformidade com a finalidade e a necessidade do estabelecimento.	20	15	25
I	20. Os profissionais cuja profissão é regulamentada por conselhos de classe estão registrados nos mesmos.	25	20	25
N	21. Os funcionários são avaliados periodicamente por equipe de Medicina do Trabalho.	3,33	9,99	6,66
N	22. O estabelecimento dispõe de mecanismo de controle de acidentes de trabalho.	6,66	9,99	3,33
R	23. Há política de educação permanente.	5,01	3,34	6,68
R	24. O estabelecimento mede e avalia a satisfação e o desempenho dos trabalhadores.	3,34	3,34	3,34
Total		63,34%	61,66%	70,01%

Fonte: Elaborado pelo autor, 2011, com base nas respostas dos gestores locais de saúde.

No critério “Gestão de Pessoas”, os três grupos apresentam conformidade regular, verificando a melhor pontuação entre os municípios menos eficientes (70,01%).

Tanto o grupo dos municípios mais eficientes quanto os intermediários apresentaram deficiências nos padrões imprescindíveis o que, conforme o PNASS, exige intervenção urgente. Esta deficiência foi mais acentuada no grupo dos municípios intermediários.

Diante de tais resultados, verificou-se que a variação de gestão de pessoas, com base no modelo proposto pelo PNASS, não apresentou correlação direta com a eficiência do gasto público. Isto pode ser explicado, em parte, pelo fato de os critérios avaliados não comporem o quantitativo referente aos custos da produção que serviu como *output* da DEA. Assim sendo, a gestão de pessoas é uma variável que exerce influência indireta na eficiência do gasto, por estar ligada à atividade meio do SUS, enquanto as variáveis diretas são aquelas ligadas à atividade-fim do SUS.

BLOCO II – APOIO TÉCNICO E LOGÍSTICO

5. Gerenciamento de Risco

Os padrões de conformidade que compuseram a base de avaliação do gerenciamento de risco foram estruturados tendo em vista as melhores práticas para a integridade e incolumidade do *stakeholders* envolvidos no Sistema Único de Saúde. Assim sendo, abrangeu, como público-alvo desta avaliação, os usuários, a população em geral e os trabalhadores e colaboradores das unidades de análise.

O gerenciamento de risco visa prevenir acidentes e outras situações que podem gerar danos futuros. A prevenção desses danos evita despesas desnecessárias com a reparação desses.

Os resultados obtidos pelos questionários aplicados nos três grupos de municípios são os visualizados no Quadro 7.

Quadro 7 – Resultados do critério Gerenciamento de Risco

	Padrão de Conformidade	Mais Eficiente	Intermediários	Menos Eficiente
I	25. Existe Programa de Controle de Infecção Hospitalar com ações deliberadas e sistemáticas.	20	15	15
I	26. A Central de Material e Esterilização monitora os processos de limpeza, desinfecção e esterilização.	20	15	20
N	27. Há métodos que visam garantir o fornecimento e uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC).	13,32	9,99	6,66
N	28. Realiza o controle de vetores.	13,32	6,66	16,65
R	29. Há programa de educação permanente em controle de infecção.	5,01	5,01	6,68
R	30. O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde está implantado.	5,01	5,01	8,35
Total		76,66%	56,67%	73,34

Fonte: Elaborado pelo autor, 2011, com base nas respostas dos gestores locais de saúde.

Neste critério, constatou-se que os municípios mais eficientes apresentaram o maior nível de Padrão de Conformidade (76,66%), com pouca diferença para os menos eficientes (73,34%).

O grupo dos municípios intermediários apresentou nível de Padrão de Conformidade bastante reduzido em relação aos demais (56,67%).

O gerenciamento de risco visa à implementação de medidas preventivas de segurança, a fim de evitar acidentes, manter a qualidade salubre do ambiente e a correta utilização dos equipamentos. A ação preventiva pode evitar gastos com a reparação de acidentes, recuperação da saúde dos servidores e outros desnecessários.

Verificou-se que os municípios mais eficientes foram os que mais pontuaram neste critério, o que pode ser entendido como relação direta com a eficiência técnica. Isto é, a ação preventiva, que elimina gastos desnecessários, contribuiu para melhor utilização dos recursos orçamentários.

Os municípios que não atingiram a fronteira de eficiência apresentaram deficiências no gerenciamento de risco. Como consequência, aumenta-se a possibilidade de ações dispendiosas com a reparação dos danos eventualmente causados. Essas ações, caso tenham sido necessárias, podem ter contribuído para a baixa eficiência do gasto público, uma vez que aumentou o valor da despesa (*output*) mas sem que se tenha obtido a correspondente produção na atividade-fim (*input*).

6. Gestão da Infraestrutura Física

O critério de gestão da infraestrutura física e os padrões de conformidades previstos no PNASS foram criados com vistas obter respostas para os seguintes aspectos: existência, limpeza periódica e a capacidade das caixas d'água, visando à sua salubridade e estoque suficiente para abastecimento mesmo em caso de interrupção do fornecimento; verificar a existência de equipamento de acionamento automático (*no break*, gerador de energia e outros) de energia elétrica para a alimentação dos equipamentos nos serviços de risco; verificar contrato ou convênio escrito com serviço de manutenção; aprovação do projeto das instalações pelos órgãos competentes; condições de segurança em caso de incêndio e de outras emergências (MS, 2006).

Neste aspecto da avaliação, todos os grupos de municípios apresentaram deficiências, inclusive em padrões classificados como imprescindíveis. Porém, os municípios eficientes foram os que melhor pontuaram neste critério. Verifica-se, assim, que a gestão da infraestrutura física, com foco em aspectos preventivos, também contribui para a melhoria da eficiência do gasto. O Quadro 8 apresenta estes dados.

Quadro 8 – Resultados do critério Gestão da Infraestrutura Física

	Padrão de Conformidade	Mais Eficiente	Intermediários	Menos Eficiente
I	31. Garante a continuidade da atenção em caso de interrupção do fornecimento de água pela rede pública.	15	10	5
I	32. Garante a continuidade da atenção em caso de interrupção do fornecimento de energia elétrica pela rede pública.	15	10	5
N	33. Realiza manutenção predial corretiva.	13,32	3,33	13,32
N	34. O projeto físico do estabelecimento foi aprovado pelos órgãos competentes.	13,32	9,99	16,65
R	35. Garante condições de segurança contra incêndio.	6,68	8,65	8,35
R	36. As sinalizações dos ambientes são visíveis e de fácil entendimento.	5,01	5,01	6,68
	Total	68,33%	46,98%	55%

Fonte: Elaborado pelo autor, 2011, com base nas respostas dos gestores locais de saúde.

Observa-se que a maior deficiência de todos os grupos está nos padrões imprescindíveis.

Em todos os grupos verificou-se a necessidade de intervenções urgentes. Deve-se ressaltar que o grupo dos municípios intermediários somou baixa pontuação (3,33%) no padrão “33. Realiza manutenção predial corretiva”, classificado como necessário.

7. Gestão de Equipamentos

A base normativa, que deu suporte para a construção dos padrões de conformidade do critério gestão de equipamento, pretendeu verificar a quantidade, condições de uso, período de funcionamento e a suficiência desses equipamentos, para suprir a demanda; verificar a existência de contrato ou convênio legal e registro das manutenções corretivas em documento específico; verificar no equipamento a identificação de registro juntamente ao MS/ANVISA; observar o nome e o registro profissional do operador; verificar nos equipamentos o número do patrimônio (MS, 2006).

Os principais objetivos desse critério foram avaliar as condições de segurança e a capacidade operacional dos equipamentos e das pessoas que os operam.

O atendimento destes padrões contribui para evitar gastos desnecessários com consertos, bem como aumenta a confiabilidade dos exames realizados, o que se traduz em eficiência do gasto e efetividade da prestação do serviço.

No Quadro 9, apresenta-se os resultados deste critério.

Quadro 9 – Resultados do critério Gestão de Equipamentos

	Padrão de Conformidade	Mais Eficiente	Intermediários	Menos Eficiente
I	37. Os equipamentos (<i>autoclaves e, ou, raios-X</i>) estão disponíveis em condições de uso, compatíveis com a finalidade a que se propõem e de acordo com a legislação vigente.	50	40	40
N	38. Há manutenção preventiva dos equipamentos.	13,32	9,99	13,32
N	39. Os equipamentos são manuseados por profissionais qualificados.	16,65	13,32	13,32
R	40. Todos os equipamentos estão inventariados	10,02	13,36	13,36
Total		89,99%	76,67%	80%

Fonte: Elaborado pelo autor, 2011, com base nas respostas dos gestores locais de saúde.

No critério Gestão de Equipamentos, os municípios mais eficientes apresentaram considerável desempenho em relação aos demais.

Diante deste resultado, concluiu-se que o critério gestão de equipamentos também influencia, positivamente, a eficiência do gasto.

Apenas o grupo dos municípios mais eficientes obtiveram 100% dos pontos no padrão imprescindível. Portanto, os grupos dos municípios intermediários e menos eficientes indicam a necessidade de intervenção urgente.

8. Gestão de Materiais

A gestão de materiais é de imprescindível importância para a eficiência do gasto em qualquer organização.

Os padrões de conformidade visaram avaliar os seguintes aspectos: se os locais, instalações e equipamentos adequados e suficientes de forma a assegurar boa conservação e distribuição dos produtos de natureza diversa, inclusive farmacêuticos; se os produtos possuem registro no Ministério da Saúde; se o livro de registro específico é destinado à anotação de medicamentos sujeitos ao controle especial; verificar a margem de segurança de estoque de materiais e medicamentos, fornecedores contratados, fornecedores secundários e outros; verificar o registro de detecção, avaliação, e prevenção dos efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados a medicamentos; e observar a prescrição, forma de acondicionamento e dispensação dos medicamentos na farmácia e nos setores de distribuição.

Conforme visto Quadro 10, os municípios menos eficientes apresentaram melhor desempenho nesta avaliação em relação aos demais municípios.

Apenas os municípios menos eficientes obtiveram 100% dos pontos atribuídos aos critérios imprescindíveis e necessários. Já os mais eficientes obtiveram 100% dos pontos atribuídos somente aos padrões classificados como recomendáveis, perdendo pontos nos imprescindíveis e necessários.

No entanto, como municípios mais eficientes também apresentaram bom resultado (83,34%).

Quadro 10 – Resultados do critério Gestão de Materiais

	Padrão de Conformidade	Mais Eficiente	Intermediários	Menos Eficiente
I	41. O estabelecimento realiza armazenamento adequado com a disposição por categoria de produtos ou outra forma organizada, obedecendo a separação para medicamentos, germicidas, sucatas e produtos para saúde (artigos médicos – hospitalares e diagnóstico), observando o cumprimento dos requisitos de segurança (registro, cadastro, validade e estocagem).	20	20	25
I	42. Os medicamentos sujeitos a controle especial são rastreáveis desde sua aquisição até o consumo pelo paciente.	20	25	25
N	43. Realizam padronização e seleção dos produtos adquiridos.	13,32	13,32	16,65
N	44. Há mecanismos que visam garantir a continuidade da atenção em caso de falta de materiais e medicamentos para o paciente.	13,32	13,32	16,65
R	45. Realizam ações de farmacovigilância.	8,35	5,01	5,01
R	46. Os medicamentos são distribuídos por dosagem unitária/individual.	8,35	8,35	6,68
Total		83,34%	85%	94,99%

Fonte: Elaborado pelo autor, 2011, com base nas respostas dos gestores locais de saúde.

BLOCO III – GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Analisou-se neste último bloco o cumprimento dos padrões de conformidade concernentes à gestão de atenção à saúde. O modelo de atenção à saúde do sistema brasileiro, por ser universal, é voltado para o atendimento às condições agudas. Com isso, fica prejudicado a responder, com eficiência e efetividade, a uma situação epidemiológica marcada pelo predomínio relativo das condições crônicas²⁰ (CONASS, 2006).

Segundo o CONASS (2006)

O modelo de atenção à saúde do SUS vive, portanto, uma grave crise, representada pela incoerência entre a situação de saúde do Brasil e a resposta social organizada para responder a essa situação. Esse desafio só será superado por uma mudança no modelo de atenção à saúde vigente no sistema público brasileiro. (CONASS, 2006, p. 114)

9. Humanização da Atenção

A humanização da atenção constitui um conjunto de medidas destinadas a minimizar as consequências psicológicas e sociais dos usuários e trabalhadores do Sistema Único de Saúde.

A humanização à atenção não tem caráter propriamente econômico e, por isso, não influencia o comportamento da eficiência dos gastos.

Verifica-se, no Quadro 11, que os municípios intermediários apresentaram o menor desempenho (68,32%) e os menos eficientes tiveram a melhor pontuação (91,67%). Os menos eficientes obtiveram 100% dos pontos atribuídos aos critérios classificados como imprescindíveis e necessários.

²⁰ CONASS (2006) considera que condições agudas são assim caracterizadas: a duração da condição é limitada; a manifestação é abrupta; a causa é usualmente simples; o diagnóstico e o prognóstico são usualmente precisos; as intervenções tecnológicas são usualmente efetivas; e o resultado das intervenções leva normalmente à cura. Já as condições crônicas caracterizam-se por: o início da manifestação é usualmente gradual; a duração da doença é longa ou indefinida; as causas são múltiplas e mudam ao longo do tempo; o diagnóstico e o prognóstico são usualmente incertos; as intervenções tecnológicas são usualmente não decisivas e, muitas vezes, com efeitos adversos; o resultado não é a cura, mas o cuidado; as incertezas são muito presentes; e o conhecimento deve ser compartilhado por profissionais e usuários de forma complementar.

Observou-se situação alarmante no grupo dos municípios intermediários, com relação ao padrão “47. Existem métodos que visam reduzir ou minimizar o desconforto nas filas”, que somaram apenas 10% dos 25% atribuídos, ou seja, menos da metade dos municípios deste grupo atendeu ao quesito classificado como imprescindível.

Quadro 11 – Resultados do critério Humanização da Atenção

	Padrão de Conformidade	Mais Eficiente	Intermediários	Menos Eficiente
I	47. Existem métodos que visam reduzir ou minimizar o desconforto nas filas.	20	10	25
I	48. Os pacientes pediátricos, idosos, com necessidades especiais, gestantes e puérperas têm direito de acompanhante com condições necessárias para a permanência dos mesmos.	20	25	25
N	49. Utiliza métodos que possibilitam ao usuário a identificação dos profissionais que cuidam de sua saúde.	26,64	26,64	26,64
R	50. Realiza ações pró-ativas identificando necessidades e busca elevar o grau de satisfação dos usuários e funcionários.	6,68	3,34	8,35
R	51. Existem mecanismos de institucionalização das diretrizes da Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção à Saúde.	6,68	3,34	6,68
Total		80%	68,32%	91,67%

Fonte: Elaborado pelo autor, 2011, com base nas respostas dos gestores locais de saúde.

10. Atenção em Regime Ambulatorial de Especialidades

O último critério avaliado foi a Atenção em Regime Ambulatorial de Especialidades que, de igual modo ao critério Humanização da Atenção, possui pouco viés econômico e, em consequência, influencia pouco a eficiência do gasto.

A avaliação desses padrões foi feita com base nas seguintes vertentes: a unidade de atendimento ambulatorial deve estar apta a prestar atendimento imediato aos usuários, tendo disponibilidade de local, além dos equipamentos básicos e medicamentos dispostos nas normas referidas na base normativa; o enfermeiro que presta atendimento ambulatorial deve permanecer na unidade durante todo o período de funcionamento; a direção do estabelecimento de saúde deve estar atenta à redução das filas, principalmente por meio do acolhimento com seleção de riscos e ampliação do acesso; a existência de central de marcação de consulta, guichês de atendimento e outros; não basta oferecer terapêutica adequada para o usuário, mas é necessário que os usuários e seus familiares estejam aptos a promover, prevenir e

recuperar a saúde em domicílio; verificar se o estabelecimento realiza ações de educação em saúde através de grupos, impressos, palestras e outros; verificar se o estabelecimento realiza agendamento de retorno ou utiliza outros mecanismos que garantam a continuidade da assistência com agendamento (MS, 2006).

Os municípios mais eficientes apresentaram melhor desempenho no critério Atenção em Regime Ambulatorial de Especialidades (91,66%), enquanto os intermediários tiveram a pior pontuação (76,97%). Contudo, nenhum dos grupos obteve 100% dos pontos dos padrões imprescindíveis. Nos padrões necessários, os mais eficientes e os menos eficientes obtiveram 100% dos pontos atribuídos. Os mais eficientes obtiveram pontuação máxima nos padrões necessários (Quadro 12).

Quadro 12 – Resultado do critério Atenção em Regime Ambulatorial de Especialidades

	Padrão de Conformidade	Mais Eficiente	Intermediários	Menos Eficiente
I	52. O ambulatório possui local destinado ao atendimento imediato com equipamentos, medicamentos e disponibilidade de oxigênio.	20	15	15
I	53. Existe enfermeiro na unidade durante todo o período de funcionamento.	25	25	20
N	54. A unidade gerencia a fila ambulatorial, procurando minimizá-la.	16,65	9,99	16,65
N	55. A unidade realiza ações de educação em saúde para pacientes e familiares.	16,65	13,32	16,65
R	56. Os pacientes atendidos neste serviço têm assegurado agendamento de retorno.	8,35	8,65	8,35
R	57. O estabelecimento estimula a atuação da equipe Multiprofissional no atendimento ao usuário.	5,01	5,01	8,35
Total		91,66%	76,97%	85%

Fonte: Elaborado pelo autor, 2011, com base nas respostas dos gestores locais de saúde.

5.2.2. Análise por Blocos

No Quadro 13 tem-se a pontuação obtida por cada grupo de municípios em cada bloco do Roteiro de Padrões de Conformidade.

Comparativo Por Bloco

Quadro 13 – Comparativo da pontuação final

Bloco	Mais Eficientes	Intermediários	Menos Eficientes
Gestão organizacional	215	159	195
Apoio técnico e logístico	191	157	182
Gestão de atenção à saúde	103	79	106
Total	509	395	483

Fonte: Elaborado pelo autor, 2011.

No cômputo geral, verifica-se que os municípios com melhor escore de eficiência na classificação feita pelo método DEA também apresentam o melhor desempenho nos padrões de conformidade estabelecidos no Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde. O grupo dos municípios classificados com os menores escores de eficiência apresenta-se em segundo lugar, enquanto os municípios intermediários são os mais mal classificados nos padrões de conformidade.

Isto demonstra que os municípios posicionados na linha da fronteira da eficiência são também os que melhor cumprem os padrões de conformidade, demonstrando que há associação entre ambos. Vale ressaltar que tanto os municípios do grupo dos intermediários quanto os menos eficientes estão posicionados abaixo dessa fronteira.

Observa-se, com base no Quadro 13, o grupo dos municípios menos eficientes é mais bem classificado que os intermediários em todos os três blocos. Com relação aos mais eficientes, os menos eficientes vencem no bloco Gestão de Atenção à Saúde. No entanto, este bloco é o que menos apresenta características econômicas, uma vez que está mais voltado para o aspecto social do SUS.

Assim sendo, do ponto de vista da racionalidade econômica, os municípios aquém do da fronteira da eficiência apresentam disfunções em sua gestão.

Deve-se observar, ainda, que todos os municípios que compõem o grupo dos mais eficientes estão posicionados acima da fronteira de eficiência, conforme o método DEA, isto é, todos são considerados supereficientes em relação aos demais municípios da macrorregião Leste-Sul de Minas Gerais.

Considerando que os municípios dos grupos intermediários e menos eficientes estão abaixo da linha de fronteira de eficiência, pode-se concluir que apenas aqueles municípios supereficientes atendem satisfatoriamente aos padrões de conformidade do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS.

5.2.2. Análise por Padrões de Conformidade

O Quadro 14 demonstra a pontuação, em números absolutos, obtida por cada grupo de municípios em cada classificação de Padrão de Conformidade.

Quadro 14 – Comparativo de desempenho dos municípios por classificação dos padrões de conformidade

Mais Eficientes			Intermediários			Menos Eficientes		
I	N	R	I	N	R	I	N	R
83%	74%	67%	68%	62%	57%	79%	73%	75%

Fonte: Elaborado pelo autor, 2011.

Ao analisar a pontuação de cada grupo de municípios por padrões de conformidade, verifica-se que aqueles com melhor escore de eficiência dão ênfase, em sequência, aos padrões imprescindíveis, necessários e recomendáveis, o que implica serviços mais satisfatórios de acordo com os critérios de avaliação do PNASS. Isto é, primeiro atendem aos padrões imprescindíveis, depois os necessários e, por último, os recomendáveis, o que indica ser este um processo racional de execução dos serviços e de organização.

Os municípios menos eficientes pontuam mais nos padrões recomendáveis que nos necessários, que os fazem perder pontos. Assim sendo, pode-se concluir que os municípios mais eficientes são os que atendem de forma mais satisfatória aos critérios de avaliação dos serviços de saúde.

Por outro lado, os municípios menos eficientes são que mais pontuaram nos padrões meramente recomendáveis, em comparação com os mais eficientes e intermediários. Conforme metodologia do PNASS, os padrões recomendáveis não são exigidos por normas e constituem diferencial da qualidade dos serviços. Verifica-se que tais municípios envidam mais esforços em padrões diferenciais, mas não atendem a padrões básicos exigidos por normas.

Vale ressaltar que, de acordo com as normas de avaliação do PNASS, os padrões classificados como imprescindíveis são exigidos em normas e o não cumprimento destes acarreta riscos imediatos à saúde, com necessidade de intervenção urgente.

Conclui-se, portanto, que os municípios menos eficientes depreenderam mais esforços em padrões de menor valor no critério de avaliação, ficando prejudicadas as atuações em critérios imprescindíveis e necessários.

Os municípios pertencentes ao grupo dos intermediários são os que apresentaram menor pontuação nos padrões imprescindíveis (68), verificando, assim, considerável risco imediato à saúde da população coberta, o que implica a necessidade de intervenções urgentes.

Os piores desempenhos do grupo dos intermediários nos padrões imprescindíveis estão nos critérios “2. Demanda, Usuário e Sociedade” e “6. Gestão da Infraestrutura Física”. No entanto, a pontuação mais baixa em padrão imprescindível foi verificada pelo grupo dos municípios menos eficientes, no critério “6. Gestão da Infraestrutura Física”.

Os Quadros 15 a 17 demonstram os valores ora citados:

Quadro 15 - Pontuação dos municípios nos padrões de conformidade imprescindíveis

Imprescindíveis		
Mais Eficientes	Intermediários	Menos Eficiência
83	68	79

Fonte: Elaborado pelo autor, 2011.

Quadro 16 - Pontuação dos municípios nos padrões de conformidade necessários

Necessários		
Mais Eficientes	Intermediários	Menos Eficientes
74	62	73

Fonte: Elaborado pelo autor, 2011.

Quadro 17 - Pontuação dos municípios nos padrões de conformidade recomendáveis

Recomendáveis		
Mais Eficientes	Intermediários	Menos Eficientes
67	57	75

Fonte: Elaborado pelo autor, 2011.

Isto posto, considerando que eficiência é resultado do processo *input/output*, que, no caso deste estudo, trata-se de despesa/produção de bens e serviços em saúde, e que os padrões de conformidade do PNASS são variáveis que influenciam este processo, pode-se concluir que os municípios que cumprem o atendimento das normas de conformidade tendem a ser mais eficientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral deste trabalho foi analisar, comparativamente, a eficiência na alocação de recursos na área de saúde pelos cinquenta e três municípios integrantes da macrorregião Leste-Sul de Minas Gerais.

Para tanto, inicialmente, fez-se uma revisão bibliográfica sobre o tema.

A evolução dos direitos humanos, como uma tendência mundial, passou a exigir dos governos maior efetividade das políticas públicas, principalmente aquelas de âmbito social. Por isso, o foco das políticas públicas no campo dos direitos sociais passou a considerar a universalidade e a igualdade em sua expressão plena, evidenciando as formas de relações sociais estabelecidas e buscando a efetividade entre o plano dos valores e da materialidade.

A partir da década de 1990, dois fatores se apresentaram com maior relevância para enfrentamento através das agendas governamentais: a crise financeira mundial e o aumento de pessoas dependentes de benefícios sociais. Assim, com menos recursos orçamentários, os governos passaram a ter uma demanda maior no custeio de programas sociais.

Especificamente no campo da saúde, a agenda do governo brasileiro assumiu novos desafios. A Constituição Federal de 1988 rompeu com o paradigma até então vigente de uma política pública de saúde, cuja dimensão legal a estabelecia como segmentada e financiada pelos próprios usuários para um modelo que a tornou universal, integral, igualitária e gratuita, sem previsão da fonte de financiamento. Com isso, o Estado brasileiro assumiu um novo desafio no campo da efetividade dessa política pública. Sucessivas crises na saúde pública, indicando o colapso na capacidade de atendimento à população, tomaram conta dos noticiários em todas as formas de mídia.

Com a crise na saúde, temas relacionados à eficiência, eficácia e efetividade passaram a ser tratados e discutidos com mais frequência na agenda governamental e, no âmbito do Poder Judiciário, motivaram o que se chamou de “judicialização da saúde”.

Como tentativas de resposta a esta crise, vieram a Reforma Administrativa da Saúde, instituída através da Norma Operacional Básica n.º 01/96 e a Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000, que fixou recursos mínimos para o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde a serem despendidos pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

A Reforma Administrativa da Saúde veio no bojo da Reforma do Aparelho do Estado, que institucionalizou a utilização de técnicas gerenciais na Administração Pública brasileira e a adoção do conceito de eficiência como princípio constitucional. Com isso, vários instrumentos do modelo gerencial passaram a ser utilizados na Administração Pública, com o objetivo de tornar mais eficientes, eficazes e efetivas as ações do Estado em favor da população. O modelo burocrático tornou-se o alvo das mais ásperas críticas. O modelo burocrático weberiano foi considerado inadequado para o contexto institucional contemporâneo, por sua presumida ineficiência, morosidade, estilo autorreferencial e descolamento das necessidades dos cidadãos.

A avaliação de políticas públicas, até a primeira parte da década de 1995, era de diminuta utilização pela Administração Pública brasileira. A avaliação de políticas públicas tem por escopo aperfeiçoar o controle do gasto público em seus aspectos legais, quantitativos e qualitativos. Neste contexto, o Ministério da Saúde instituiu, em 2004, o Programa Nacional de Avaliação em Serviços de Saúde. Este programa avalia os serviços de saúde sob cinco perspectivas. Uma destas é a avaliação do cumprimento de padrões de conformidade, isto é, a verificação se o estabelecimento de saúde encontra-se ou não em conformidade com padrões de qualidade exigidos por atos normativos. Ao todo, são cento e trinta e dois padrões de conformidade, cuja aplicação dependerá da espécie do estabelecimento avaliado.

Na fase dos objetivos específicos, passou-se a identificar o volume de recursos financeiros efetivamente gastos com o Sistema Único de Saúde pelos cinquenta e três municípios que compõem a macrorregião Leste-Sul de Minas Gerais; e estimar os escores de eficiência dos cinquenta e três municípios integrantes da macrorregião Leste-Sul de Minas Gerais, considerando-se o volume da despesa realizada e os resultados da produção de bens e serviços de saúde.

Através da ferramenta Análise Envoltória de Dados (*Data Envelopment Analysis*) apurou-se o escore de eficiência dos municípios que compõem a macrorregião. Como *input*, foram utilizados os dados de despesas realizadas no exercício financeiro de 2009, com base em dados disponibilizados pelo sistema DATASUS. Como *output*, utilizaram-se, da mesma base de dados, indicadores de produção de serviços de saúde.

Separaram-se, então, três grupos de municípios, cada um composto de cinco unidades de análise: os cinco mais eficientes, os cinco posicionados em situação intermediária e os cinco últimos. Ressalte-se que todos os cinco primeiros ficaram na linha de fronteira de eficiência, ou seja, no cenário investigado, ou seja, são supereficientes.

Note-se que todos os cinco primeiros municípios pertencem à microrregião Manhuaçu, o que desperta o interesse pelo aprofundamento da pesquisa, a fim de diagnosticar a gestão daquela microrregional e avaliar a possibilidade de adoção de suas práticas por outras microrregionais.

Por fim, passou-se a analisar as possíveis associações entre os indicadores orçamentários (*input*) e os indicadores de saúde (*output*) entre os cinquenta e três municípios integrantes da macrorregião Leste-Sul de Minas Gerais que apresentarem equidistantes escores de eficiência.

Considerando a metodologia estabelecida pelo PNASS para avaliar a qualidade da gestão do SUS no âmbito dos municípios, verificou-se que os que melhores pontuaram neste programa, cumprindo maior número de padrões de conformidade, foram aqueles que estiveram na linha da fronteira eficiência. Isto é, os municípios mais eficientes são os que melhor se enquadraram nos padrões de conformidade.

Diante de tais dados, concluiu-se que houve associação dos padrões de conformidade com os escores de eficiência.

Os municípios que se posicionaram na linha da fronteira da eficiência também foram os que melhor pontuaram na avaliação qualitativa de gestão (PNASS). Constatou-se, também, que os municípios que apresentam certo grau de ineficiência técnica foram os que tiveram as mais baixas avaliações no aspecto de gestão, conforme parâmetros do PNASS.

Isto indica que os municípios que primam pela observância das normas de qualidade dos serviços de saúde – e, necessariamente, pela racionalidade do seu modelo de gestão – tendem a ser mais eficientes no gasto de suas receitas.

Demonstrou-se, assim, que a eficiência técnica no gasto dos recursos aplicados no setor de saúde está diretamente dependente do modelo de gestão e sofre influência das variáveis pertinentes à gestão organizacional; apoio técnico e logístico; e gestão de atenção à saúde.

No entanto, concernente à variável gestão de atenção à saúde, verificou-se que os municípios menos eficientes foram os que mais pontuaram neste bloco. Com isto, concluiu-se que, para se obter a eficiência técnica, esta variável não exerceu influência.

As variáveis que se relacionam diretamente aos processos – gestão organizacional e apoio técnico e logístico – foram as que influenciaram o rendimento dos municípios mais eficientes.

Concluiu-se, também, neste trabalho, que o pessoal envolvido na gestão da política pública de saúde não é, em geral, bem qualificado e nem recebe a capacitação devida pelo Estado. Além disso, os processos de avaliação ainda não são realizados como rotina da Administração Pública. Por isso, espera-se, como resultado final deste trabalho, suscitar novas discussões para o aperfeiçoamento da avaliação da política pública de saúde e para o melhor controle da qualidade do gasto público nesta importante área social, bem como despertar o interesse por este tema.

No que tange ao problema de financiamento do SUS, acredita-se que será difícil equacionar o déficit financeiro mantendo-se atendimento integral e gratuito, indistintamente. De certa forma, o SUS deve ser segmentado por classes econômicas de seus usuários, exigindo-se alguma contrapartida daqueles que possam custear o serviço de saúde.

Sugere-se, neste trabalho que o Ministério da Saúde inclua na metodologia do Programa Nacional de Avaliação em Serviço de Saúde o controle da qualidade do gasto público, com vista a tornar mais eficiente a gestão financeira do Sistema Único de Saúde e aperfeiçoar a prática da *accountability*.

Por fim, sugere-se, ainda, que, em futuros estudos, investigue-se o gasto com política pública de saúde sob a perspectiva da efetividade, a fim de identificar os resultados obtidos pelos usuários do sistema. Nesse caso, deverá ser aprofundado o estudo sob a ótica do princípio da máxima efetividade da norma constitucional. Justifica-se este estudo, pois a Constituição Federal previu um Sistema Único de Saúde universal e igualitário. Contudo, na realidade, este sistema ainda se encontra segmentado. Por isso, o SUS ainda não se tornou efetivo à população brasileira. Muito há que avançar para a efetividade do sistema.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. **Revista de Administração Pública**. Edição Comemorativa 1967-2007. p. 67-86. 2007. Rio de Janeiro: Editora FGV. 2007

ABRUCIO, Fernando Luiz; DURAND, Maria Rita Loureiro. As reformas fiscais no Brasil recente: gradualismo, negociação e accountability. *In: Balanço da Reforma do Estado no Brasil: A Nova Gestão Pública*. Brasília: Coleção Gestão Pública, 2002.

ALMEIDA, André Graf de; BORBA, José Alonso; & FLORES, Luiz Carlos da Silva. A utilização das informações de custos na gestão da saúde pública: um estudo preliminar em secretarias municipais de saúde do estado de Santa Catarina. **Revista de Administração Pública**. v.43, n.3, p. 579-607, mai/jun 2009. Rio de Janeiro: Editora FGV. 2009.

ANDRADE, Maria Margarida de. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: Noções Práticas**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

BASTOS, Celso Ribeiro. **Curso de direito constitucional**. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 1996.

BEZERRA, Suely de Oliveira; ARAÚJO, Maria Arlete Duarte. As (re)configurações das demandas ao serviço social no âmbito dos serviços públicos de saúde. **Revista de Administração Pública**. V.41(2): 187-209, mar/abr 2007. Rio de Janeiro: Editora FGV. 2009.

BONAVIDES, Paulo. **Teoria do Estado**. 3.ed. São Paulo: Malheiros, 1995.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 2011. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao.htm>. Acesso em: 30 jan. 2011.

BRASIL. **Decreto-Lei n.º 200, de 25 de fevereiro de 1967**. Brasília, 1967. Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto-lei/Del0200.htm>>. Acesso em: 30 jan. 2011.

BRASIL. **Emenda Constitucional n.º 19, de 04 de junho de 1998**. Brasília, 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc19.htm>. Acesso em: 30 jan. 2011.

BRASIL. **Lei n.º 3.807, de 26 de agosto de 1960**. Brasília, 1960. Disponível em: < <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1960/3807.htm>>. Acesso em: 30 jan. 2011.

BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 30 jan. 2011.

BRASIL. **Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Brasília, 1990 b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 30 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.203, de 5.11.1996. - http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html

BRASIL. **Norma Operacional Básica n.º 01, de 05 de novembro de 1996**. Brasília, 1996. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 30 jan. 2011.

BRASIL. **Portaria n.º 2.203, de 05 de novembro de 1996**. Brasília, 1996. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.htm>. Acesso em: 30 jan. 2011.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE 271286 AgR, Relator(a): Min. CELSO DE MELLO, Segunda Turma, julgado em 12/09/2000, DJ 24-11-2000 PP-00101 EMENT VOL-02013-07 PP-01409.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE 393175 AgR, Relator(a): Min. CELSO DE MELLO, Segunda Turma, julgado em 12/12/2006, DJ 02-02-2007 PP-00140 EMENT VOL-02262-08 PP-01524.

BRESSER-PEREIRA, Luis Carlos & PACHECO, Regina Silvia. A reforma do estado brasileiro e o desenvolvimento. **Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado**, n.º 03. Salvador. 005, 2007.

BRESSER-PEREIRA, Luis Carlos. Da administração pública à gerencial. **Revista do Serviço Público**, n.º 47. Janeiro-abril 1996.

BRESSER-PEREIRA, Luis Carlos O modelo estrutural da gerência pública. **Revista de Administração Pública**. v. 42, n. 2, p. 391-410, mar/abr, 2008. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2008.

BRESSER-PEREIRA, Luis Carlos. **Reforma do estado para a cidadania**. São Paulo: 34 Editora, 1998.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. **Manual de direito administrativo**. 12.ed., Rio de Janeiro: Lúmen Iuris, 2005.

CASTRO, José Nilo. **Responsabilidade fiscal nos municípios**. Belo Horizonte: Del Rey, 2001.

COMPARATO, Fábio Conder. **Juízo de constitucionalidade das políticas públicas**, in Estudos em Homenagem a Geraldo Ataliba, Vol. 2, Ed. Malheiros, São Paulo. 1997.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS, 2006.

CONTI, José Maurício. **Orçamentos públicos – a lei 4.320/1964 comentada.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008.

COSTA, Nilson Rosário. **Políticas públicas: justiça distributiva e inovação.** São Paulo: Hucitec, 1998.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Políticas de estado e políticas de governo: o caso da saúde pública. In **Políticas Públicas – Reflexões sobre o conceito jurídico.** Org. Maria Paula Dallari Bucci. São Paulo: Saraiva, 2006.

DI GIACOMO, Waldemar Álvaro. O new public management no Canadá e a gestão pública contemporânea. *Revista Interfaces Brasil Canadá*, nº 5. Rio Grande, 2005

DI PIETRO, Maria Sylvia. Zanella. **Direito administrativo.** 21.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

DWORKIN, Ronald. **Levando os direitos à sério.** São Paulo: Martins Fontes, 2007.

EINSTEIN, Albert. **Como vejo o mundo.** 28 impressão. Nova Fronteira. São Paulo. 1981.

ELIAS, Paulo Eduardo. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. 4. ed. São Paulo: Cortez/Cedec, 2001.

FADEL, Cristina Berger; SCHNEIDER, Luciana; MOIMAZ, Suzely Abas Saliba; & SALIBA, Nemre Adas. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**. v.43, n.2, p. 445-456, mar/abr. 2009. Rio de Janeiro: Editora FGV. 2009.

FALCÃO MARTINS, Humberto. Em busca de uma teoria da burocracia pública não-estatal: política e administração no terceiro setor. **Revista de administração contemporânea**, Curitiba, v. 2, n. 3, Dec. 1998 .

FALCÃO MARTINS, Humberto. Burocracia e a reforma gerencial. A persistência entre a dicotomia entre política e administração – **Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado**. Salvador, n.º 06, junho/ julho/ agosto, 2006. Disponível na internet: <<http://www.direitodoestado.com.br>>. Acesso em 10 de abril de 2011.

FARAH, Marta Ferreira Santos. Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas locais. **Revista de Administração Pública**, v.35, n. 1, p. 119-145, jan/fev 2000. São Paulo: Editora FGV, 2000.

FARIA, Flávia Peixoto; JANUZZI, Paulo de Martino; & SILVA, Silvano José. Eficiência dos gastos municipais em saúde e educação: uma investigação através da análise envoltória no estado do Rio de Janeiro. **Revista de Administração Pública**. v.42, n.1, p. 155-177, jan/fev 2008. Rio de Janeiro: Editora FGV. 2008.

FERRAZ, Luciano. Modernização da administração pública e auditoria de programas. **Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado**. n. 4, dez/05, Salvador, 2005.

FERREIRA, Carlos Maurício de Carvalho & GOMES, Adriano Provezano. **Introdução à análise envoltória de dados** – teoria, modelos e aplicações. Viçosa: Editora UFV, 2009.

FRANÇA, José Rivaldo Melo; COSTA, Nilson do Rosário. **A dinâmica da vinculação de recursos para a saúde no Brasil: 1995 a 2004.** Ciência & Saúde Coletiva, 16(1):241-257, 2011.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 3.ed. São Paulo: Atlas, 1996.

GRAU, Eros Roberto. **O direito posto e o direito pressuposto.** 5 ed. São Paulo: Malheiros, 2003.

KEINERT, Tânia Margarete Mezzomo. Os paradigmas da administração pública no Brasil (1900-92). **Revista de Administração de Empresas.** v. 41 n. 3. p. 41-48. São Paulo. 1994.

KELL, Maria do Carmo Gomes. Brasil. Ministério da Saúde. **Integralidade da atenção à saúde.** Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/observatório/Arquivos/Destaque69.doc>>. Acesso em: 01 nov. 2010.

LAFER, Celso. Direitos humanos e democracia: no plano interno e internacional, **In Desafios: ética e política,** São Paulo: Siciliano, 1995.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia do trabalho científico:** procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2006.

LOTUFO, Márcia & MIRANDA, Alcides Silva de. Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de Saúde. **Revista de Administração Pública.** v.41, n.6, p. 1143-63, nov/dez 2007. Rio de Janeiro: Editora FGV. 2007.

MACHADO JR., José Teixeira; e REIS, Heraldo da Costa. **A lei 4.320 comentada.** 30 ed. Rio de Janeiro: IBAM, 2001.

MARE. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, 1995.

MARINHO, Alexandre; FAÇANHA, Luís Otávio. Programas sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação. Texto para Discussão n. 787. **IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. Rio de Janeiro, 2001.

MARQUES, Antônio Jorge de Souza; MENDES, Eugênio Vilaça; SILVA, Jomara Alves; SILVA, Marcus Vinícius Caetano Pestana. **O choque de gestão na saúde em Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria Estadual de Saúde, 2009.

MARQUES, Silvia Badim. O princípio constitucional da integralidade e o projeto de lei n. 219/2007: Interpretação e Aplicabilidade pelo Poder Judiciário. **Revista de Direito Sanitário**. v. 10, n. 2, p. 64-86. jul/out. São Paulo. 2009.

MAXIMILIANO, Carlos. **Hermenêutica e aplicação do direito**. 19.ed. Rio de Janeiro: Forense, 2010.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito administrativo brasileiro**. 19ª ed. São Paulo: Malheiros, 1993.

MELO, Marcus André. O viés majoritário na política comparada: responsabilização, desenho institucional e qualidade democrática. **Revista de Administração Pública**. v.22, n.63, p. 11-29, 2007. Rio de Janeiro: Editora FGV. 2007.

MENDES, Gilmar; COELHO, Inocêncio Mártires; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de direito constitucional**. 2.ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

MINAS GERAIS. **Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado**. Belo Horizonte, 2003. Disponível em <http://www.planejamento.mg.gov.br/governo/publicacoes/plano_mineiro_des_integrado.asp>. Acesso: 30 jan. 2011.

MONTESQUIEU, Charles de. **Do espírito das leis**. v. 1. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1962.

MORAES, Alexandre **Direito constitucional**. 22.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MOREIRA, Kamila Araújo Rola Fontes. **Regulamentação da política de segurança da informação do governo eletrônico federal: estudo comparado Brasil e Canadá**. Dissertação (Mestrado). 2009. 163f. Fundação João Pinheiro – Escola de Governo Paulo Neves de Carvalho. Belo Horizonte, 2009.

MOTTA, Fernando Cláudio Prestes; BRESSER-PEREIRA, Luis Carlos. **Introdução à organização burocrática**. 2 ed. São Paulo: Brasiliense, 1988.

MOTTA, Ronaldo Seroa; MOREIRA, Ajax. **Eficiência na gestão municipal no Brasil**. Texto para Discussão n.º 1301. IPEA: Rio de Janeiro, 2007.

MS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde**, Brasília, 2004.

MS. Ministério da Saúde. Plano Diretor da Regionalização da Saúde de Minas Gerais Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao-pdr-novo/Por%20Micro%20-%20Adscricao%20de%20municipios%20-%20Del.%20483%20-%20Pop.%202007%20e%2008.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2009.

NICZ, Luiz Fernando. **Previdência social no Brasil**. In GONÇALVES, Ernesto Lima. **Administração de saúde no Brasil**. São Paulo: Pioneira, 1988.

NETTO, José Paulo. **FHC e a política social: um desastre para as massas trabalhadoras**. In: O desmonte da Nação: balanço do governo FHC. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; PIRES, Denise Elvira Pires de. Direito à saúde: um convite à reflexão. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, jun. 2004.

OLIVEIRA, Jaime Antônio. & TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. **In Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1985.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos do Homem**. Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas (ONU) em 10 de dezembro de 1948.

POSSAS, Cristina A. **Saúde e trabalho – a crise da previdência social**. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

REZENDE, Fernando; CUNHA, Armando. **Disciplina fiscal e qualidade do gasto público**. São Paulo: Editora FGV, 2005.

RIBEIRO, Sheila Maria Reis. **Controle interno e paradigma social**. Texto para Discussão n. 17. **ENAP**. Brasília, 1997.

SECCHI, Leonardo. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Revista de Administração Pública**. v.43, n.2, p. 347-369, mar/abr 2009. Rio de Janeiro: Editora FGV. 2009.

SILVA, Jomara; BERNARDI, Mônica; JORGE, Maria Aparecida. Avaliação de desempenho individual. In **O Choque de Gestão em Minas Gerais**. Belo Horizonte: UFMG, 2006.

SILVA, José Afonso da Silva. **Comentário contextual à Constituição**. São Paulo: Malheiros, 2005.

SILVA, José Afonso da. **Direito constitucional positivo**. 15.ed. São Paulo: Malheiros, 1998.

SILVA, Pedro Luiz Barros. Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década. **Revista São Paulo em Perspectiva**, v.17, n.1, p. 69-85. 2003.

SIMOES, Ana Lúcia de Assis; RODRIGUES, Fernanda Resende; TAVARES, Darlene Mara dos Santos e RODRIGUES, Leiner Resende. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, set. 2007 .

SOUZA, Celina. **Políticas Públicas: uma revisão de literatura**. Sociologias, Porto Alegre. 2006; 8(16):20-45.

SOUZA, Washington Peluso Albino de. **Teoria da Constituição Econômica**. Belo Horizonte: Del Rey, 2002.

VERGARA, Silvia. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2006.

VIANA, Solon Magalhães. **A Seguridade Social e o SUS: re-visitando o tema**. Revista Saúde e Sociedade v.14, n.1, p.7-22, jan-abr 2005.

ANEXO

ANEXO I - BASE NORMATIVA DOS PADRÕES DE CONFORMIDADE

A. CONSTITUIÇÃO FEDERAL

1. TÍTULO VIII – Sessão II – Da Saúde – Artigos 196 a 200

B. LEIS

2. Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955 - Regula o Exercício da Enfermagem Profissional.

3. Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957 - Dispõe sobre os conselhos de medicina e dá outras providências.

4. Lei nº 5433, de 08 de maio de 1968 - Regula a microfilmagem de documentos oficiais e dá outras providências.

5. Lei nº 5.905, de 1973 - Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências.

6. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975 - Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações e estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças.

7. Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976 - Ementa Oficial: Ficam sujeitos às normas de vigilância sanitária instituídas por esta Lei os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, definidos na Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, bem como os produtos de higiene, os cosméticos, perfumes, saneantes domissanitários, produtos destinados à correção estética e outros adiante definidos.

8. Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976 - Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências.

9. Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977 - Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas e dá outras providências.

10. Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977 - Altera o Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo à segurança e medicina do trabalho e dá outras providências.
11. Lei nº 7.410, de 27 de novembro de 1985 - Dispõe sobre a especialização de Engenheiros e Arquitetos em Engenharia de Segurança do Trabalho, a profissão de Técnico de Segurança do Trabalho e dá outras providências.
12. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 - Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências.
13. Lei nº 7.649, de 25 de janeiro de 1988 - Estabelece a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue, bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando prevenir a propagação de doenças e dá outras providências.
14. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 - Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.
15. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 - Dispõe sobre a Proteção do Consumidor e dá outras providências.
16. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, o serviço e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
17. Lei nº 8.159, de 08 de janeiro de 1991 - Dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados.
18. Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991 - Regulamenta a profissão de nutricionista e determina outras providências.
19. Lei nº 8.967, de 28 de dezembro de 1994 - Altera a redação do parágrafo único do artigo 23 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências.
20. Lei nº 9.431, de 06 de janeiro de 1997 - Dispõe sobre o Programa de Controle de Infecções Hospitalares.
21. Lei nº 9.601, de 21 de janeiro de 1998 - Dispõe sobre o contrato de trabalho por prazo determinado e dá outras providências.
22. Lei nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998 - Dispõe sobre as sanções penais e administrativas derivadas de condutas e atividades lesivas ao meio ambiente e dá outras providências.
23. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999 - Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências.

24. Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999 - Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências.

25. Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001 - Regulamenta a coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue e seus hemoderivados e dá outras providências.

26. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 - Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

27. Consolidação das Leis do Trabalho.

C. DECRETOS LEGISLATIVOS

28. Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932 - Regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteiro e enfermeiro, no Brasil, e estabelece penas.

29. Decreto nº 891, de 25 de novembro de 1938 - Aprova a Lei de fiscalização de entorpecentes.

30. Decreto n. 5.893, de 19 de outubro de 1943 - Dispõe sobre o serviço, funcionamento e fiscalização das cooperativas.

31. Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958 - Aprova o Regulamento do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Medicina a que se refere à Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957.

32. Decreto nº 78.992, de 21 de dezembro de 1976 - Regulamenta a Lei n. 6.368, de 21 de outubro de 1976, que dispõe sobre medidas de prevenção e repressão do tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica.

33. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987 - Regulamenta a Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem e dá outras providências.

34. Decreto nº 02, de 17 de março de 1992 - Aprova o texto da Convenção nº 155, do serviço Internacional do Trabalho (OIT), sobre a segurança e saúde dos trabalhadores e o meio ambiente de trabalho, adotada em Genebra, em 1981, durante a 67ª Seção da Conferência Internacional do Trabalho.

35. Decreto nº 1.799, de 30 de janeiro de 1996 – Regulamenta a Lei nº 5.433, de 8 de maio de 1968, que regula a microfilmagem de documentos oficiais e dá outras providências.

36. Decreto nº 2.490, de 04 de fevereiro de 1998 - Regulamenta a Lei nº 9.601, de 21 de janeiro de 1998, que dispõe sobre o contrato de trabalho por prazo determinado e dá outras providências.

37. Decreto nº 3.181, de 23 de setembro de 1999 - Regulamenta a Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, que dispõe sobre a Vigilância Sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências.

38. Decreto nº 3.990, de 30 de outubro de 2001 - O Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados – SINASAN, integrante do Sistema Único de Saúde – SUS, a que se refere o artigo 8º da Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001, tem por finalidades.

D. PORTARIAS

- Portarias do Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro

39. Portaria nº 322, de 02 de maio de 1988 – Aprova as normas gerais que regulamentam as instalações e o funcionamento dos Bancos de Leite Humano em todo o território nacional.

40. Portaria nº 1.016, de 26 de agosto de 1993 – Aprova as normas Básicas para Implantação do Sistema de Alojamento Conjunto.

41. Portaria nº 2.662, de 22 de dezembro de 1995: adota as prescrições da norma técnica brasileira NBR 13.534: Instalações Elétricas para Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - Requisitos para Segurança, para os projetos de engenharia de instalações elétricas, de reforma ou de ampliação de estabelecimentos assistenciais de saúde.

42. Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998. Expede, na forma dos anexos I, II, III, IV e V diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares.

43. Portaria nº 3.535, de 02 de setembro de 1998 – Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia.

44. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998 - Aprova a Política Nacional de Medicamentos, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria.

45. Portaria nº 985, de 05 de agosto de 1999 - Cria o Centro de Parto Normal e estabelece normas e critérios de inclusão no SUS.

46. Portaria nº 1.091, de 25 de agosto de 1999 - Cria e estabelece as normas e os critérios de inclusão da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal no SUS.

47. Portaria nº 1.334, de 17 de novembro de 1999 - Dispõe sobre as transferências do Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde e demais atividades relativas a sangue e hemoderivados para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

48. Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002 - Estabelece, na forma do Anexo desta Portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

49. Portaria nº 1.289, de 16 de julho de 2002 - Altera os subitens 3.2.4, 3.3.3, 3.3.3.2, 3.3.3.3, 3.4.5 e 4.1.2 das Normas Específicas para Cadastramento de Centros de Alta Complexidade em Oncologia, constantes do Anexo I, da Portaria GM/MS Nº 3.535, de 02 de setembro de 1998, publicada no Diário Oficial Nº 196-E, de 14 de outubro de 1998, que passam a ter a seguinte redação: e julho de 2002.

50. Portaria nº 2.225, de 05 de dezembro de 2002 - Estabelece exigências mínimas para a estruturação técnico/administrativa das direções dos hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde.

51. Portaria nº 79, de 31 de janeiro de 2003 - Determina a implantação, no âmbito da Hemorrede Nacional, nos Serviços de Hemoterapia públicos, filantrópicos, privados contratados pelo SUS, e exclusivamente privados, da realização dos testes de amplificação e de detecção de ácidos nucleicos (NAT), para HIV e para HCV, nas amostras de sangue de doadores.

52. Portaria nº 1.168, de 15 de junho de 2004 - Institui a política nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal.

• Portarias do Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde

53. Portaria nº 72, de 02 de março de 2000 - Estabelece equipe multiprofissional para o atendimento humanizado ao recém nascido de baixo peso.

54. Portaria nº 788, de 23 de outubro de 2002 - Definir que o Manual de que trata o Artigo 1º desta Portaria tem a faculdade de estabelecer parâmetros básicos e normas técnicas a serem observadas pelos gestores do SUS no serviço dos postos de coleta da rede de laboratórios clínicos.

• Portarias do Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância Sanitária

55. Portaria nº 127, de 08 de dezembro de 1995 - Institui o Programa Nacional de Inspeção em Unidades Hemoterápicas - PNIUH - com o objetivo de executar

inspeções para avaliar a qualidade dos processos nas Unidades Hemoterápicas existentes no País.

56. Portaria nº 2.663, de 22 de dezembro de 1995 - Adotar a norma técnica brasileira NBR IEC 601-1: Equipamento Eletromédico. Parte 1 - Prescrições Gerais para Segurança e normas técnicas particulares da série IEC 601.2, aprovadas pela Comissão Técnica referida no artigo 3º desta Portaria.

57. Portaria nº 326, de 30 de julho de 1997 - Condições Higiênicas - Sanitárias e de Boas Práticas de Fabricação para Estabelecimentos Produtores / Industrializadores de Alimento.

58. Portaria nº 453, de 01 de junho de 1998 - Aprovar o regulamento Técnico "Diretrizes de Proteção Radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico", parte integrante desta portaria, que estabelece os requisitos básicos de proteção radiológica em radiodiagnóstico e disciplina a prática de raios-X para fins diagnósticos e intervencionistas.

- Portaria Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde

59. Portaria nº 1.943, de 18 de outubro de 2001 - Define a relação de doenças de notificação compulsória para todo o território nacional.

- Portaria Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária

60. Portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998 - Estabelece critérios de classificação entre as diferentes Unidades de Tratamento Intensivo - DOU - Diário Oficial da União.

61. Portaria nº 686, de 27 de agosto de 1998 - Determina a todos os estabelecimentos que fabriquem produtos para diagnóstico de uso "in vitro" o cumprimento das diretrizes estabelecidas pelas "Boas Práticas de Fabricação e Controle em Estabelecimentos de Produtos para Diagnóstico de uso "in vitro".

E. RESOLUÇÕES

- Resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Resoluções da Diretoria Colegiada

62. Resolução - RDC nº 18, de 29 de fevereiro de 2000 - Dispõe sobre Normas Gerais para funcionamento de Empresas Especializadas na prestação de serviços de controle de vetores e pragas urbanas.

63. Resolução - RDC nº 46, de 18 de maio de 2000 - Aprova o Regulamento Técnico para a Produção e Controle de Qualidade de Hemoderivados de Uso Humano.
64. Resolução - RDC nº 58, de 21 de junho de 2000 - Determinar às farmácias com manipulação, indústrias farmoquímicas e farmacêuticas, importadoras, fracionadoras, embaladoras, reembaladoras, armazenadoras e distribuidoras de drogas e insumos farmacêuticos a comunicação à Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA, das especificações dos insumos reprovados, baseados em resultados de ensaios analíticos insatisfatórios, realizados pela própria empresa/estabelecimento ou terceiro contratado.
65. Resolução RDC nº 59, de 27 de junho de 2000. Determina a todos fornecedores de produtos médicos o cumprimento dos requisitos estabelecidos pelas "Boas Práticas de Fabricação de Produtos Médicos".
66. Resolução - RDC nº 63, de 06 de julho de 2000 – Aprovar o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a terapia de nutrição enteral.
67. Resolução - RDC nº 35 ANVISA, de 12 de março de 2001 - Fica aprovado o Roteiro de Inspeção em Serviços de Diálise.
68. Resolução - RDC nº 151, de 21 de agosto de 2001 - Aprovar o Regulamento Técnico sobre Níveis de Complexidade dos Serviços de Hemoterapia, que consta como anexo.
69. Resolução RDC nº 184, de 22 de outubro de 2001 - Regulamenta o Registro e Notificação dos Produtos Saneantes Domissanitários e Afins, de Uso Domiciliar, Institucional e Profissional é efetuado levando-se em conta a avaliação e o gerenciamento do risco.
70. Resolução - RDC nº 23, de 24 de janeiro de 2002 - Aprovar o Regulamento Técnico sobre a indicação de uso de crioprecipitado.
71. Resolução - RDC nº 24, de 24 de janeiro de 2002 - Aprovar o Regulamento Técnico com a finalidade de obter plasma fresco congelado - PFC, de qualidade, seja para fins transfusionais, seja para a produção de hemoderivados.
72. Resolução - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, ANVISA - Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.
73. Resolução - RDC nº 343, de 13 de dezembro de 2002 - Aprovar o Regulamento Técnico para a obtenção, testagem, processamento e Controle de Qualidade de Sangue e Hemocomponentes para uso humano, que consta como Anexo I.
74. Resolução - RDC nº 33, de 25 de fevereiro de 2003 - DOU de 05/03/2003 Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

75. Resolução - RDC Nº 189, de 18 de julho de 2003, ANVISA - Dispõe sobre a regulamentação dos procedimentos de análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, altera o Regulamento Técnico aprovado pela RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 e dá outras providências.

76. Resolução - RDC nº154 de 15 de junho de 2.004 – Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise.

- Resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Resolução Especial

77. Resolução - RE nº 444, de 31 de agosto de 1999 – Adota a norma técnica brasileira NBR IEC 60601.1:Equipamento Eletromédico. Parte 1 Prescrições Gerais para Segurança e normas técnicas particulares brasileiras da série NBR IEC 60601.2.

- Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem

78. Resolução COFEN nº 146/1992 - Lei 2.604 de 17/09/1955 (Regula o Exercício da Enfermagem Profissional).

79. Resolução COFEN nº 240/2000 – Aprova Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências.

80. Resolução COFEN nº 257/2001 – Acrescenta dispositivo ao Regulamento aprovado pela Resolução Cofen 210/98, facultando ao enfermeiro o preparo de drogas Quimioterápicas Antineoplásicas.

81. Resolução COFEN nº 281/2003 – Dispõe sobre a repetição/cumprimento da prescrição medicamentosa por profissional da área de saúde.

82. Resolução COFEN nº 288/2004 – O Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, no uso de suas atribuições Legais e Regimentais; CONSIDERANDO a Lei nº. 10.048/2000, no seu artigo 1º; CONSIDERANDO a Lei nº. 10.741/2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, em diversos de seus dispositivos; CONSIDERANDO deliberação unânime do Plenário, em sua Reunião Ordinária nº. 316.

- Resoluções do Conselho Federal de Medicina

83. RESOLUÇÃO CFM nº 813/1977 - Determina que os resultados das análises e pesquisas clínicas em várias áreas sejam fornecidos sob a forma de laudos médicos. (DOU, Seção I, parte II, de 14-12-77).

84. RESOLUÇÃO CFM nº 997/1980 - Cria nos CRMs e no CFM, os Cadastros Regionais e o Cadastro Central dos Estabelecimentos de Saúde de Direção Médica. (DOU, Seção I, parte II, de 24-06-80).

85. RESOLUÇÃO CFM nº 1.124/1983 – Estrutura o Corpo Clínico dos Estabelecimentos de Saúde, disciplina a admissão e exclusão dos seus membros em registro do Regimento Interno.

86. RESOLUÇÃO CFM nº 1.363/1993 – Determina normas aos médicos que praticam anestesia.

87. RESOLUÇÃO CFM nº 1.473/1997 – Determina a competência e responsabilidade sobre emissão dos Laudos Cito-histoanatomopatológicos.

88. RESOLUÇÃO CFM nº 1.493/1998 – Determina ao Diretor Clínico do estabelecimento de saúde que tome providências cabíveis para que todo paciente hospitalizado tenha seu médico assistente responsável, da internação até a alta e que assegure previamente as condições para a realização do ato médico nas cirurgias eletivas.

89. RESOLUÇÃO CFM nº 1.627/2001 – Define o ato profissional de médico como todo procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado.

90. RESOLUÇÃO CFM nº 1638/2002 – Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Prontuário nas instituições de saúde.

91. RESOLUÇÃO CFM nº 1657/2002 – Estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde e dá outras providências.

92. RESOLUÇÃO CFM 1.670/2003 – Sedação profunda só pode ser realizada por médicos qualificados e em ambientes que ofereçam condições seguras para sua realização, ficando os cuidados do paciente a cargo do médico que não esteja realizando o procedimento que exige sedação.

• Resolução do Conselho Federal de Nutrição

93. Resolução 075/1987, de 11/08/87 (DOU 01/09/87) – Dispõe sobre a responsabilidade técnica do nutricionista quanto à atividade/estágio de nutrição.

94. Resolução 218/99, de 25/03/99 (DOU 01/04/99) – Dispõe sobre critérios para assunção de responsabilidade técnica no exercício das atividades do nutricionista.

95. Resolução 223/1999, de 13/07/99 (DOU 02/09/99) – Dispõe sobre o exercício profissional do nutricionista na área de nutrição clínica e dá outras providências.

96. Resolução 227/1999, de 24/10/99 (DOU 05/11/99) – Dispõe sobre o registro e fiscalização profissional de técnicos da área de alimentação e nutrição e dá outras providências.

97. Resolução 304/2003, de 26/02/03 (DOU 28/02/2003) – Dispõe sobre critérios para prescrição dietética na área de nutrição clínica e dá outras providências.

- Resolução do Conselho Nacional de Saúde

98. Resolução nº 6, de 21 de dezembro de 1988, CNS – Conselho Nacional de Saúde -Aprova as normas técnicas gerais de radioproteção, que com esta baixam, visando a defesa da saúde dos pacientes, indivíduos profissionalmente expostos, e do público em geral, para cumprimento do disposto no artigo 9º do Decreto nº 81.384 de 22 de fevereiro de 1978. DOU de 05 de janeiro de 1988.

F. NORMAS

- Normas do Ministério da Saúde

99. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – 1996

100. Norma Operacional da Assistência à Saúde – 01/2002

- Normas do Ministério do Trabalho

101. Normas Regulamentadoras de Segurança e Saúde no Trabalho

- Normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear

102. NE - 3.01 Diretrizes Básicas de Radioproteção NE - 3.01 Posição Regulatória 3.01/001.

103. NE - 3.02 Serviços de Radioproteção.

104. NN - 3.03 Certificação da Qualificação de Supervisores de Radioproteção.

105. NN - 3.05 Requisitos de Radioproteção e Segurança para Serviços de Medicina Nuclear.

106. NE - 3.06 Requisitos de Radioproteção e Segurança para Serviços de Radioterapia.

107. NN - 6.01 Requisitos para o Registro de Pessoas Físicas para o Preparo, Uso e Manuseio de Fontes Radioativas.

- **CÓDIGOS DE ÉTICA**

108. Código de Ética Médica

109. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem

110. Código de Ética Profissional do Nutricionista

111. Código de Ética Profissional dos Técnicos em Nutrição e Dietética

G. MANUAIS

112. Manual de Lavanderia Hospitalar – 1986 – Ministério da Saúde.

113. MINISTÉRIO DA SAÚDE; Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde - Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. 2ª edição. Brasília - DF, 1994.

114. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – 2003.

115. Manual de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares. 4ª Edição, 2003.

116. Manual de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Hemoterapia. 1ª Edição, 2003.

117. Manual de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Laboratórios Clínicos. 1ª Edição, 2003.

118. Manual de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva 1ª Edição, 2003.

119. Portaria nº 479, de 15 de abril de 1999 Cria mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências.

120. Portaria nº 2048, Gabinete do Ministro, de 05 de novembro de 2002. Artigo 1º Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Modelo do questionário

Município avaliado:
Nome do responsável pelo questionário:
Cargo:
Data do preenchimento:

BLOCO I – GESTÃO ORGANIZACIONAL

1. Liderança e Organização

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	TOTAL
I	1. O funcionamento do(s) estabelecimento(s) está(ão) sob direção técnica de profissional habilitado para o exercício da atividade oferecida no serviço.			
I	2. Existe pessoa responsável para resolver situações adversas e que esteja acessível durante todo o período de funcionamento.			
N	3. O(s) estabelecimento(s) dispõe(m) de mecanismos que visem garantir a Ética Profissional.			
N	4. As atividades, responsabilidades e competências estão definidas e descritas.			
R	5. Planeja estrategicamente as diretrizes organizacionais de forma participativa.			
R	6. Avalia periódica e sistematicamente a produção e gastos planejados.			
	Total			

2. Demanda, Usuário e Sociedade

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	TOTAL
I	7. Adota métodos que visam garantir a segurança e integridade física dos usuários.			
I	8. Conhece e utiliza os serviços de referências disponíveis visando à continuidade da atenção.			
N	9. Divulga à sociedade seus serviços e ações de melhoria de forma a reforçar sua imagem.			
N	10. Dispõe de canais de comunicação que permitam aos usuários expressarem e terem atendidas as suas reclamações, sugestões e solicitações.			
R	11. Realiza periodicamente pesquisa de satisfação com usuários e utiliza estes resultados nas tomadas de decisão.			
R	12. Mantém ou participa de algum programa de qualidade de vida em parceria com a comunidade.			
Total				

3. Gestão da Informação

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	TOTAL
I	13. Há registros sistemáticos dos atendimentos, evoluções e intercorrências nas fichas ou prontuários dos pacientes.			
I	14. Assegura a guarda dos prontuários no que se refere a confidencialidade e integridade e os mantém disponíveis em local de fácil acesso.			
N	15. Existe Comissão de Revisão de Prontuários formalmente constituída com regimento interno e registro das reuniões periódicas em ata.			
N	16. Informa aos órgãos competentes a ocorrência de Doenças de Notificação Compulsória.			
R	17. Cria, compara, analisa e divulga os indicadores da atenção com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços.			
R	18. Mantém o Sistema de Informações Gerenciais atualizado em relação ao controle de custos.			
Total				

4. Gestão de Pessoas

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	TOTAL
I	19. Os postos de trabalho estão completos em conformidade com a finalidade e a necessidade do estabelecimento.			
I	20. Os profissionais cuja profissão é regulamentada por conselhos de classe estão registrados nos mesmos.			
N	21. Os funcionários são avaliados periodicamente por equipe de Medicina do Trabalho.			
N	22. O estabelecimento dispõe de mecanismo de controle de acidentes de trabalho.			
R	23. Há política de educação permanente.			
R	24. O estabelecimento mede e avalia a satisfação e o desempenho dos trabalhadores.			
Total				

BLOCO II – APOIO TÉCNICO E LOGÍSTICO

5. Gerenciamento de Risco

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	TOTAL
I	25. Existe Programa de Controle de Infecção Hospitalar com ações deliberadas e sistemáticas.			
I	26. A Central de Material e Esterilização monitora os processos de limpeza, desinfecção e esterilização.			
N	27. Há métodos que visam garantir o fornecimento e uso de Equipamentos de Proteção Individual - EPI e Equipamentos de Proteção Coletiva - EPC.			
N	28. Realiza o controle de vetores.			
R	29. Há programa de educação permanente em controle de infecção.			
R	30. O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde está implantado.			
Total				

6. Gestão da Infraestrutura Física

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	TOTAL
I	31. Garante a continuidade da atenção em caso de interrupção do fornecimento de água pela rede pública.			
I	32. Garante a continuidade da atenção em caso de interrupção do fornecimento de energia elétrica pela rede pública.			
N	33. Realiza manutenção predial corretiva.			
N	34. O projeto físico do estabelecimento foi aprovado pelos órgãos competentes.			
R	35. Garante condições de segurança contra incêndio.			
R	36. As sinalizações dos ambientes são visíveis e de fácil entendimento.			
	Total			

7. Gestão de Equipamentos

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	TOTAL
I	37. Os equipamentos (<i>autoclaves e, ou, raios-X</i>) estão disponíveis em condições de uso, compatíveis com a finalidade a que se propõem e de acordo com a legislação vigente.			
N	38. Há manutenção preventiva dos equipamentos.			
N	39. Os equipamentos são manuseados por profissionais qualificados.			
R	40. Todos os equipamentos estão inventariados			
	Total			

8. Gestão de Materiais

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	TOTAL
I	41. O estabelecimento realiza armazenamento adequado com a disposição por categoria de produtos ou outra forma organizada, obedecendo a separação para medicamentos, germicidas, sucatas e produtos para saúde (artigos médicos – hospitalares e diagnóstico), observando o cumprimento dos requisitos de segurança (registro, cadastro, validade e estocagem).			
I	42. Os medicamentos sujeitos a controle especial são rastreáveis desde sua aquisição até o consumo pelo paciente.			
N	43. Realizam padronização e seleção dos produtos adquiridos.			
N	44. Há mecanismos que visam garantir a continuidade da atenção em caso de falta de materiais e medicamentos para o paciente.			
R	45. Realizam ações de farmacovigilância.			
R	46. Os medicamentos são distribuídos por dosagem unitária/individual.			
Total				

BLOCO III – GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

9. Humanização da Atenção

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	TOTAL
I	47. Existem métodos que visam reduzir ou minimizar o desconforto nas filas.			
I	48. Os pacientes pediátricos, idosos, com necessidades especiais, gestantes e puérperas têm direito de acompanhante com condições necessárias para a permanência dos mesmos.			
N	49. Utiliza métodos que possibilitam ao usuário a identificação dos profissionais que cuidam de sua saúde.			
R	50. Realiza ações pró-ativas identificando necessidades e busca elevar o grau de satisfação dos usuários e funcionários.			
R	51. Existem mecanismos de institucionalização das diretrizes da Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção à Saúde.			
Total				

10. Atenção em Regime Ambulatorial de Especialidades

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	TOTAL
I	52. O ambulatório possui local destinado ao atendimento imediato com equipamentos, medicamentos e disponibilidade de oxigênio.			
I	53. Existe enfermeiro na unidade durante todo o período de funcionamento.			
N	54. A unidade gerencia a fila ambulatorial, procurando minimizá-la.			
N	55. A unidade realiza ações de educação em saúde para pacientes e familiares.			
R	56. Os pacientes atendidos neste serviço têm assegurado agendamento de retorno.			
R	57. O estabelecimento estimula a atuação da equipe Multiprofissional no atendimento ao usuário.			
Total				

APÊNDICE II – Resultado dos municípios mais eficientes

GRUPO DOS MUNICÍPIOS MAIS EFICIENTES

Municípios	Eficiência	Supereficiência
Conceição de Ipanema	1,000	385,9%
Manhumirim	1,000	175,2%
Mutum	1,000	123,5%
Pocrane	1,000	122,6%
Sericita	1,000	116,7%

BLOCO I – GESTÃO ORGANIZACIONAL

1. Liderança e Organização

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	TOTAL	%
I	1. O funcionamento do(s) estabelecimento(s) está(ão) sob direção técnica de profissional habilitado para o exercício da atividade oferecida no serviço.	5	0	15	25
I	2. Existe pessoa responsável para resolver situações adversas e que esteja acessível durante todo o período de funcionamento.	5	0	15	25
N	3. O(s) estabelecimento(s) dispõe(m) de mecanismos que visem garantir a Ética Profissional.	5	0	10	16,65
N	4. As atividades, responsabilidades e competências estão definidas e descritas.	3	2	6	9,99
R	5. Planeja estrategicamente as diretrizes organizacionais de forma participativa.	4	1	4	6,68
R	6. Avalia periódica e sistematicamente a produção e gastos planejados.	4	1	4	6,68
	Total			54	90%

2. Demanda, Usuário e Sociedade

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	TOTAL	%
I	7. Adota métodos que visam garantir a segurança e integridade física dos usuários.	5	0	15	25
I	8. Conhece e utiliza os serviços de referências disponíveis visando à continuidade da atenção.	5	0	15	25
N	9. Divulga à sociedade seus serviços e ações de melhoria de forma a reforçar sua imagem.	5	0	10	16,65
N	10. Dispõe de canais de comunicação que permitam aos usuários expressarem e terem atendidas as suas reclamações, sugestões e solicitações.	3	2	6	9,99
R	11. Realiza periodicamente pesquisa de satisfação com usuários e utiliza estes resultados nas tomadas de decisão.	1	4	1	1,67
R	12. Mantém ou participa de algum programa de qualidade de vida em parceria com a comunidade.	3	2	3	5,01
Total				50	83,32%

3. Gestão da Informação

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	TOTAL	%
I	13. Há registros sistemáticos dos atendimentos, evoluções e intercorrências nas fichas ou prontuários dos pacientes.	5	0	15	25
I	14. Assegura a guarda dos prontuários no que se refere a confidencialidade e integridade e os mantém disponíveis em local de fácil acesso.	5	0	15	25
N	15. Existe Comissão de Revisão de Prontuários formalmente constituída com regimento interno e registro das reuniões periódicas em ata.	2	3	4	6,66
N	16. Informa aos órgãos competentes a ocorrência de Doenças de Notificação Compulsória.	5	0	10	16,65
R	17. Cria, compara, analisa e divulga os indicadores da atenção com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços.	4	1	4	6,68
R	18. Mantém o Sistema de Informações Gerenciais atualizado em relação ao controle de custos.	4	1	4	6,68
Total				52	86,67%

4. Gestão de Pessoas

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	TOTAL	%
I	19. Os postos de trabalho estão completos em conformidade com a finalidade e a necessidade do estabelecimento.	4	1	12	20
I	20. Os profissionais cuja profissão é regulamentada por conselhos de classe estão registrados nos mesmos.	5	0	15	25
N	21. Os funcionários são avaliados periodicamente por equipe de Medicina do Trabalho.	1	4	2	3,33
N	22. O estabelecimento dispõe de mecanismo de controle de acidentes de trabalho.	3	2	6	6,66
R	23. Há política de educação permanente.	3	2	3	5,01
R	24. O estabelecimento mede e avalia a satisfação e o desempenho dos trabalhadores.	2	3	2	3,34
Total				59	63,34%

BLOCO II – APOIO TÉCNICO E LOGÍSTICO

5. Gerenciamento de Risco

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	TOTAL	%
I	25. Existe Programa de Controle de Infecção Hospitalar com ações deliberadas e sistemáticas.	4	1	12	20
I	26. A Central de Material e Esterilização monitora os processos de limpeza, desinfecção e esterilização.	4	1	12	20
N	27. Há métodos que visam garantir o fornecimento e uso de Equipamentos de Proteção Individual - EPI e Equipamentos de Proteção Coletiva - EPC.	4	1	8	13,32
N	28. Realiza o controle de vetores.	4	1	8	13,32
R	29. Há programa de educação permanente em controle de infecção.	3	2	3	5,01
R	30. O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde está implantado.	3	2	3	5,01
Total				46	76,66%

6. Gestão da Infraestrutura Física

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	TOTAL	%
I	31. Garante a continuidade da atenção em caso de interrupção do fornecimento de água pela rede pública.	3	2	9	15
I	32. Garante a continuidade da atenção em caso de interrupção do fornecimento de energia elétrica pela rede pública.	3	2	9	15
N	33. Realiza manutenção predial corretiva.	4	1	8	13,32
N	34. O projeto físico do estabelecimento foi aprovado pelos órgãos competentes.	4	1	8	13,32
R	35. Garante condições de segurança contra incêndio.	4	1	4	6,68
R	36. As sinalizações dos ambientes são visíveis e de fácil entendimento.	3	2	3	5,01
Total				41	68,33%

7. Gestão de Equipamentos

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	TOTAL	%
I	37. Os equipamentos (<i>autoclaves e, ou, raios-X</i>) estão disponíveis em condições de uso, compatíveis com a finalidade a que se propõem e de acordo com a legislação vigente.	5	0	30	50
N	38. Há manutenção preventiva dos equipamentos.	4	1	8	13,32
N	39. Os equipamentos são manuseados por profissionais qualificados.	5	0	10	16,65
R	40. Todos os equipamentos estão inventariados	3	0	6	10,02
Total				54	89,99%

8. Gestão de Materiais

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	TOTAL	%
I	41. O estabelecimento realiza armazenamento adequado com a disposição por categoria de produtos ou outra forma organizada, obedecendo a separação para medicamentos, germicidas, sucatas e produtos para saúde (artigos médicos – hospitalares e diagnóstico), observando o cumprimento dos requisitos de segurança (registro, cadastro, validade e estocagem).	4	1	12	20
I	42. Os medicamentos sujeitos a controle especial são rastreáveis desde sua aquisição até o consumo pelo paciente.	4	1	12	20
N	43. Realizam padronização e seleção dos produtos adquiridos.	4	1	8	13,32
N	44. Há mecanismos que visam garantir a continuidade da atenção em caso de falta de materiais e medicamentos para o paciente.	4	1	8	13,32
R	45. Realizam ações de farmacovigilância.	5	0	5	8,35
R	46. Os medicamentos são distribuídos por dosagem unitária/individual.	5	0	5	8,35
Total				50	83,34%

BLOCO III – GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

9. Humanização da Atenção

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	TOTAL	%
I	47. Existem métodos que visam reduzir ou minimizar o desconforto nas filas.	4	1	12	20
I	48. Os pacientes pediátricos, idosos, com necessidades especiais, gestantes e puérperas têm direito de acompanhante com condições necessárias para a permanência dos mesmos.	4	0	12	20
N	49. Utiliza métodos que possibilitam ao usuário a identificação dos profissionais que cuidam de sua saúde.	4	1	16	26,64
R	50. Realiza ações pró-ativas identificando necessidades e busca elevar o grau de satisfação dos usuários e funcionários.	4	1	4	6,68
R	51. Existem mecanismos de institucionalização das diretrizes da Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção à Saúde.	4	1	4	6,68
Total				48	80%

10. Atenção em Regime Ambulatorial de Especialidades

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	TOTAL	%
I	52. O ambulatório possui local destinado ao atendimento imediato com equipamentos, medicamentos e disponibilidade de oxigênio.	4	1	12	20
I	53. Existe enfermeiro na unidade durante todo o período de funcionamento.	5	0	15	25
N	54. A unidade gerencia a fila ambulatorial, procurando minimizá-la.	5	0	10	16,65
N	55. A unidade realiza ações de educação em saúde para pacientes e familiares.	5	0	10	16,65
R	56. Os pacientes atendidos neste serviço têm assegurado agendamento de retorno.	5	0	5	8,35
R	57. O estabelecimento estimula a atuação da equipe Multiprofissional no atendimento ao usuário.	3	2	3	5,01
Total				55	91,66%

APÊNDICE III – Resultado dos municípios intermediários

GRUPO DOS MUNICÍPIOS INTERMEDIÁRIOS

Municípios	Eficiência	Supereficiência
Paula Cândido	0,723	72,3%
Santa Margarida	0,720	72,0%
Lajinha	0,713	71,3%
Martins Soares	0,706	70,6%
Viçosa	0,679	67,9%

BLOCO I – GESTÃO ORGANIZACIONAL

1. Liderança e Organização

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	TOTAL	%
I	1. O funcionamento do(s) estabelecimento(s) está(ão) sob direção técnica de profissional habilitado para o exercício da atividade oferecida no serviço.	5	0	15	25
I	2. Existe pessoa responsável para resolver situações adversas e que esteja acessível durante todo o período de funcionamento.	4	1	12	20
N	3. O(s) estabelecimento(s) dispõe(m) de mecanismos que visem garantir a Ética Profissional.	5	0	10	16,65
N	4. As atividades, responsabilidades e competências estão definidas e descritas.	3	2	6	9,99
R	5. Planeja estrategicamente as diretrizes organizacionais de forma participativa.	2	3	2	3,34
R	6. Avalia periódica e sistematicamente a produção e gastos planejados.	4	1	4	6,68
	Total			49	81,66

2. Demanda, Usuário e Sociedade

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	TOTAL	%
I	7. Adota métodos que visam garantir a segurança e integridade física dos usuários.	2	3	6	10
I	8. Conhece e utiliza os serviços de referências disponíveis visando à continuidade da atenção.	2	3	6	10
N	9. Divulga à sociedade seus serviços e ações de melhoria de forma a reforçar sua imagem.	4	1	8	13,32
N	10. Dispõe de canais de comunicação que permitam aos usuários expressarem e terem atendidas as suas reclamações, sugestões e solicitações.	3	2	2	9,99
R	11. Realiza periodicamente pesquisa de satisfação com usuários e utiliza estes resultados nas tomadas de decisão.	1	4	1	1,67
R	12. Mantém ou participa de algum programa de qualidade de vida em parceria com a comunidade.	1	4	1	1,67
Total				24	46,65%

3. Gestão da Informação

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	TOTAL	%
I	13. Há registros sistemáticos dos atendimentos, evoluções e intercorrências nas fichas ou prontuários dos pacientes.	5	0	15	25
I	14. Assegura a guarda dos prontuários no que se refere a confidencialidade e integridade e os mantém disponíveis em local de fácil acesso.	5	0	15	25
N	15. Existe Comissão de Revisão de Prontuários formalmente constituída com regimento interno e registro das reuniões periódicas em ata.	2	3	4	6,66
N	16. Informa aos órgãos competentes a ocorrência de Doenças de Notificação Compulsória.	4	1	8	13,32
R	17. Cria, compara, analisa e divulga os indicadores da atenção com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços.	3	2	3	5,01
R	18. Mantém o Sistema de Informações Gerenciais atualizado em relação ao controle de custos.	4	1	4	6,68
Total				49	81,67%

4. Gestão de Pessoas

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	TOTAL	%
I	19. Os postos de trabalho estão completos em conformidade com a finalidade e a necessidade do estabelecimento.	3	2	9	15
I	20. Os profissionais cuja profissão é regulamentada por conselhos de classe estão registrados nos mesmos.	4	1	12	20
N	21. Os funcionários são avaliados periodicamente por equipe de Medicina do Trabalho.	3	2	6	9,99
N	22. O estabelecimento dispõe de mecanismo de controle de acidentes de trabalho.	3	2	6	9,99
R	23. Há política de educação permanente.	2	3	2	3,34
R	24. O estabelecimento mede e avalia a satisfação e o desempenho dos trabalhadores.	2	3	2	3,34
Total				37	61,66%

BLOCO II – APOIO TÉCNICO E LOGÍSTICO

5. Gerenciamento de Risco

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	TOTAL	%
I	25. Existe Programa de Controle de Infecção Hospitalar com ações deliberadas e sistemáticas.	3	2	9	15
I	26. A Central de Material e Esterilização monitora os processos de limpeza, desinfecção e esterilização.	3	2	9	15
N	27. Há métodos que visam garantir o fornecimento e uso de Equipamentos de Proteção Individual - EPI e Equipamentos de Proteção Coletiva - EPC.	3	2	6	9,99
N	28. Realiza o controle de vetores.	2	3	4	6,66
R	29. Há programa de educação permanente em controle de infecção.	3	2	3	5,01
R	30. O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde está implantado.	3	2	3	5,01
Total				34	56,67%

6. Gestão da Infraestrutura Física

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	TOTAL	%
I	31. Garante a continuidade da atenção em caso de interrupção do fornecimento de água pela rede pública.	2	3	6	10
I	32. Garante a continuidade da atenção em caso de interrupção do fornecimento de energia elétrica pela rede pública.	2	3	6	10
N	33. Realiza manutenção predial corretiva.	1	4	2	3,33
N	34. O projeto físico do estabelecimento foi aprovado pelos órgãos competentes.	3	2	6	9,99
R	35. Garante condições de segurança contra incêndio.	5	0	5	8,65
R	36. As sinalizações dos ambientes são visíveis e de fácil entendimento.	3	2	3	5,01
Total				28	46,98%

7. Gestão de Equipamentos

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	TOTAL	%
I	37. Os equipamentos (<i>autoclaves e, ou, raios-X</i>) estão disponíveis em condições de uso, compatíveis com a finalidade a que se propõem e de acordo com a legislação vigente.	4	1	24	40
N	38. Há manutenção preventiva dos equipamentos.	3	2	6	9,99
N	39. Os equipamentos são manuseados por profissionais qualificados.	4	1	6	13,32
R	40. Todos os equipamentos estão inventariados	4	1	8	13,36
Total				44	76,67%

8. Gestão de Materiais

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	TOTAL	%
I	41. O estabelecimento realiza armazenamento adequado com a disposição por categoria de produtos ou outra forma organizada, obedecendo a separação para medicamentos, germicidas, sucatas e produtos para saúde (artigos médicos – hospitalares e diagnóstico), observando o cumprimento dos requisitos de segurança (registro, cadastro, validade e estocagem).	4	1	12	20
I	42. Os medicamentos sujeitos a controle especial são rastreáveis desde sua aquisição até o consumo pelo paciente.	5	0	15	25
N	43. Realizam padronização e seleção dos produtos adquiridos.	4	1	8	13,32
N	44. Há mecanismos que visam garantir a continuidade da atenção em caso de falta de materiais e medicamentos para o paciente.	4	1	8	13,32
R	45. Realizam ações de farmacovigilância.	3	2	3	5,01
R	46. Os medicamentos são distribuídos por dosagem unitária/individual.	5	0	5	8,65
Total				51	85,30%

BLOCO III – GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

9. Humanização da Atenção

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	TOTAL	%
I	47. Existem métodos que visam reduzir ou minimizar o desconforto nas filas.	2	3	6	10
I	48. Os pacientes pediátricos, idosos, com necessidades especiais, gestantes e puérperas têm direito de acompanhante com condições necessárias para a permanência dos mesmos.	5	0	15	25
N	49. Utiliza métodos que possibilitam ao usuário a identificação dos profissionais que cuidam de sua saúde.	4	1	8	26,64
R	50. Realiza ações pró-ativas identificando necessidades e busca elevar o grau de satisfação dos usuários e funcionários.	2	3	2	3,34
R	51. Existem mecanismos de institucionalização das diretrizes da Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção à Saúde.	2	3	2	3,34
Total				33	68,32%

10. Atenção em Regime Ambulatorial de Especialidades

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	TOTAL	%
I	52. O ambulatório possui local destinado ao atendimento imediato com equipamentos, medicamentos e disponibilidade de oxigênio.	3	2	9	15
I	53. Existe enfermeiro na unidade durante todo o período de funcionamento.	5	0	15	25
N	54. A unidade gerencia a fila ambulatorial, procurando minimizá-la.	3	2	6	9,99
N	55. A unidade realiza ações de educação em saúde para pacientes e familiares.	4	1	8	13,32
R	56. Os pacientes atendidos neste serviço têm assegurado agendamento de retorno.	5	0	5	8,65
R	57. O estabelecimento estimula a atuação da equipe Multiprofissional no atendimento ao usuário.	3	2	3	5,01
Total				46	76,97%

APÊNDICE IV – Resultado dos municípios menos eficientes

GRUPO DOS MUNICÍPIOS MENOS EFICIENTES

Municípios	Eficiência	Supereficiência
São José do Mantimento	0,390	39,0%
Pedra do Anta	0,330	33,0%
Rio Doce	0,296	29,6%
Ponte Nova	0,273	27,3%
São Miguel do Anta	0,250	25,0%

BLOCO I – GESTÃO ORGANIZACIONAL

1. Liderança e Organização

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	TOTAL	%
I	1. O funcionamento do(s) estabelecimento(s) está(ão) sob direção técnica de profissional habilitado para o exercício da atividade oferecida no serviço.	5	0	15	25
I	2. Existe pessoa responsável para resolver situações adversas e que esteja acessível durante todo o período de funcionamento.	5	0	15	25
N	3. O(s) estabelecimento(s) dispõe(m) de mecanismos que visem garantir a Ética Profissional.	4	1	8	13,32
N	4. As atividades, responsabilidades e competências estão definidas e descritas.	3	2	6	9,99
R	5. Planeja estrategicamente as diretrizes organizacionais de forma participativa.	3	2	3	5,01
R	6. Avalia periódica e sistematicamente a produção e gastos planejados.	5	0	5	8,35
	Total			52	86,67%

2. Demanda, Usuário e Sociedade

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	TOTAL	%
I	7. Adota métodos que visam garantir a segurança e integridade física dos usuários.	4	1	12	20
I	8. Conhece e utiliza os serviços de referências disponíveis visando à continuidade da atenção.	5	0	15	25
N	9. Divulga à sociedade seus serviços e ações de melhoria de forma a reforçar sua imagem.	4	1	8	13,32
N	10. Dispõe de canais de comunicação que permitam aos usuários expressarem e terem atendidas as suas reclamações, sugestões e solicitações.	4	1	8	13,32
R	11. Realiza periodicamente pesquisa de satisfação com usuários e utiliza estes resultados nas tomadas de decisão.	2	3	3	3,34
R	12. Mantém ou participa de algum programa de qualidade de vida em parceria com a comunidade.	4	1	4	6,68
Total				50	81,66%

3. Gestão da Informação

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	TOTAL	%
I	13. Há registros sistemáticos dos atendimentos, evoluções e intercorrências nas fichas ou prontuários dos pacientes.	5	0	15	25
I	14. Assegura a guarda dos prontuários no que se refere a confidencialidade e integridade e os mantém disponíveis em local de fácil acesso.	5	0	15	25
N	15. Existe Comissão de Revisão de Prontuários formalmente constituída com regimento interno e registro das reuniões periódicas em ata.	2	3	4	6,66
N	16. Informa aos órgãos competentes a ocorrência de Doenças de Notificação Compulsória.	5	0	10	16,65
R	17. Cria, compara, analisa e divulga os indicadores da atenção com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços.	4	1	4	6,68
R	18. Mantém o Sistema de Informações Gerenciais atualizado em relação ao controle de custos.	3	2	3	5,01
Total				51	85%

4. Gestão de Pessoas

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	TOTAL	%
I	19. Os postos de trabalho estão completos em conformidade com a finalidade e a necessidade do estabelecimento.	5	0	15	25
I	20. Os profissionais cuja profissão é regulamentada por conselhos de classe estão registrados nos mesmos.	5	0	15	25
N	21. Os funcionários são avaliados periodicamente por equipe de Medicina do Trabalho.	2	3	4	6,66
N	22. O estabelecimento dispõe de mecanismo de controle de acidentes de trabalho.	1	4	2	3,33
R	23. Há política de educação permanente.	4	1	4	6,68
R	24. O estabelecimento mede e avalia a satisfação e o desempenho dos trabalhadores.	2	3	2	3,34
Total				42	70,01%

BLOCO II – APOIO TÉCNICO E LOGÍSTICO

5. Gerenciamento de Risco

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	TOTAL	%
I	25. Existe Programa de Controle de Infecção Hospitalar com ações deliberadas e sistemáticas.	3	2	9	15
I	26. A Central de Material e Esterilização monitora os processos de limpeza, desinfecção e esterilização.	4	1	12	20
N	27. Há métodos que visam garantir o fornecimento e uso de Equipamentos de Proteção Individual - EPI e Equipamentos de Proteção Coletiva - EPC.	2	3	4	6,66
N	28. Realiza o controle de vetores.	5	0	10	16,65
R	29. Há programa de educação permanente em controle de infecção.	4	1	4	6,68
R	30. O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde está implantado.	5	0	5	8,35
Total				44	73,34

6. Gestão da Infraestrutura Física

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	TOTAL	%
I	31. Garante a continuidade da atenção em caso de interrupção do fornecimento de água pela rede pública.	1	4	3	5
I	32. Garante a continuidade da atenção em caso de interrupção do fornecimento de energia elétrica pela rede pública.	1	4	3	5
N	33. Realiza manutenção predial corretiva.	4	1	8	13,32
N	34. O projeto físico do estabelecimento foi aprovado pelos órgãos competentes.	5	0	10	16,65
R	35. Garante condições de segurança contra incêndio.	5	0	5	8,35
R	36. As sinalizações dos ambientes são visíveis e de fácil entendimento.	4	1	4	6,68
	Total			33	55%

7. Gestão de Equipamentos

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	TOTAL	%
I	37. Os equipamentos (<i>autoclaves e, ou, raios-X</i>) estão disponíveis em condições de uso, compatíveis com a finalidade a que se propõem e de acordo com a legislação vigente.	4	1	24	40
N	38. Há manutenção preventiva dos equipamentos.	4	1	8	13,32
N	39. Os equipamentos são manuseados por profissionais qualificados.	4	1	8	13,32
R	40. Todos os equipamentos estão inventariados	4	1	8	13,36
	Total			48	80%

8. Gestão de Materiais

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	TOTAL	%
I	41. O estabelecimento realiza armazenamento adequado com a disposição por categoria de produtos ou outra forma organizada, obedecendo a separação para medicamentos, germicidas, sucatas e produtos para saúde (artigos médicos – hospitalares e diagnóstico), observando o cumprimento dos requisitos de segurança (registro, cadastro, validade e estocagem).	5	0	15	25
I	42. Os medicamentos sujeitos a controle especial são rastreáveis desde sua aquisição até o consumo pelo paciente.	5	0	15	25
N	43. Realizam padronização e seleção dos produtos adquiridos.	5	0	10	16,65
N	44. Há mecanismos que visam garantir a continuidade da atenção em caso de falta de materiais e medicamentos para o paciente.	5	0	10	16,65
R	45. Realizam ações de farmacovigilância.	3	2	3	5,01
R	46. Os medicamentos são distribuídos por dosagem unitária/individual.	4	1	4	6,68
Total				57	94,99%

BLOCO III – GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

9. Humanização da Atenção

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	TOTAL	%
I	47. Existem métodos que visam reduzir ou minimizar o desconforto nas filas.	5	0	15	25
I	48. Os pacientes pediátricos, idosos, com necessidades especiais, gestantes e puérperas têm direito de acompanhante com condições necessárias para a permanência dos mesmos.	5	0	15	25
N	49. Utiliza métodos que possibilitam ao usuário a identificação dos profissionais que cuidam de sua saúde.	4	1	16	26,64
R	50. Realiza ações pró-ativas identificando necessidades e busca elevar o grau de satisfação dos usuários e funcionários.	5	0	5	8,35
R	51. Existem mecanismos de institucionalização das diretrizes da Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção à Saúde.	4	1	4	6,68
Total				55	91,67%

10. Atenção em Regime Ambulatorial de Especialidades

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	TOTAL	%
I	52. O ambulatório possui local destinado ao atendimento imediato com equipamentos, medicamentos e disponibilidade de oxigênio.	3	2	9	15
I	53. Existe enfermeiro na unidade durante todo o período de funcionamento.	4	1	12	20
N	54. A unidade gerencia a fila ambulatorial, procurando minimizá-la.	5	0	10	16,65
N	55. A unidade realiza ações de educação em saúde para pacientes e familiares.	5	0	10	16,65
R	56. Os pacientes atendidos neste serviço têm assegurado agendamento de retorno.	5	0	5	8,35
R	57. O estabelecimento estimula a atuação da equipe Multiprofissional no atendimento ao usuário.	5	0	5	8,35
Total				51	85%