



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

CAMILA MOLIANI FERRI

**ANÁLISE DA RELAÇÃO DE CUSTOS E EFICIÊNCIA DE
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE:
UM ESTUDO NO MUNICÍPIO DE LONDRINA-PR**

Londrina
2018

CAMILA MOLIANI FERRI

**ANÁLISE DA RELAÇÃO DE CUSTOS E EFICIÊNCIA DE
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE:
UM ESTUDO NO MUNICÍPIO DE LONDRINA-PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Administração, do Departamento de Administração da Universidade Estadual de Londrina, para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Saulo Fabiano Amâncio
Vieira

Londrina
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Ferri, Camila Moliani.

Análise da relação de custos e eficiência de Unidades Básicas de Saúde : um estudo no município de Londrina / Camila Moliani Ferri. - Londrina, 2018.
201 f. : il.

Orientador: Saulo Fabiano Amâncio Vieira.

Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Programa de Pós-Graduação em Administração, 2018.

Inclui bibliografia.

1. Administração pública - Tese. 2. Saúde pública - Custo-benefício - Tese. 3. Saúde pública - Custos - Tese. I. Vieira, Saulo Fabiano Amâncio. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Estudos Sociais Aplicados. Programa de Pós-Graduação em Administração. III. Título.

CAMILA MOLIANI FERRI

**ANÁLISE DA RELAÇÃO DE CUSTOS E EFICIÊNCIA DE UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE:
UM ESTUDO NO MUNICÍPIO DE LONDRINA-PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Administração, do Departamento de Administração da Universidade Estadual de Londrina, para obtenção do título de Mestre.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Saulo Fabiano Amâncio
Vieira
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr. Luciano Gomes dos Reis
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr. Sidnei Pereira do Nascimento
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Vera Lúcia Tieko Suguihiro
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 24 de agosto de 2018.

Dedico este trabalho aos servidores públicos que lutam todos os dias por uma administração pública cada vez mais transparente e qualificada.

AGRADECIMENTOS

Gosto sempre de começar agradecendo a Deus, pois acredito que se não fosse por Ele, pelo dom da vida, pela vontade de fazer melhor, de ver as coisas mudarem, não estaria onde estou.

Em segundo lugar, só posso agradecer a todas as pessoas que fizeram dessa jornada um caminho memorável. Meu orientador que me apresentou a temática de estudos pela qual me apaixonei. Obrigada pela parceria desde a graduação. Talvez não tivesse ido tão longe se não fosse pelo incentivo.

Aos professores que tive o prazer de rever e outros, a honra de conhecer durante o mestrado. E claro, aos colegas de turma que me ensinaram tanto nesse pouco tempo que convivemos, especialmente ao Thiago, meu irmão de orientador que sempre me ajudou.

Agradeço especialmente a minha Diretoria (DRAS) que me permitiu horário de trabalho flexível durante o mestrado, me autorizando a sair sempre que fosse preciso. Aos amigos de trabalho que compartilharam comigo as angústias e alegrias, me incentivando e tendo paciência nos momentos de ausência. Agradeço também ao então secretário municipal de saúde, Felipe, pelo incentivo de seguir fazendo o mestrado e pelo apoio e envolvimento na temática de estudos. À Secretaria Municipal de Saúde de Londrina por ter autorizado essa pesquisa e permitido que inúmeros colegas me ajudassem a chegar aos resultados. Às pessoas especiais que conheci a partir do projeto de custos na administração pública, como o Valcir, que foi um parceiro de estudos.

Por fim, não poderia deixar de agradecer a minha família, às pessoas que mais amo e que estão comigo em todos os momentos. Meus pais e irmãs que sempre ouviram meus desabafos e me apoiaram incondicionalmente. Ao meu marido que me entendeu e me ajudou a trilhar esse caminho. Também à família do meu marido que me fez sentir ainda mais empolgada com o mestrado.

Que essa jornada não seja um ponto final, mas um passo para seguir estudando a administração pública, mostrando como podemos ser semeadores da mudança.

O serviço público é um lugar de trabalho edificante porque... o trabalho que ele faz implica, genuinamente, em confrontar a si mesmo, os outros e, de maneira mais geral, os problemas intratáveis da vida real. Independentemente do que cabe ao servidor público fazer, o propósito último de fazê-lo é proteger e promover o interesse público. Enfrentar sem esmorecimento este padrão último é o tormento da vida de um servidor público, mas é, ao mesmo tempo, a salvação que a vida no serviço público lhe oferece.

(O. C. McSwite)

FERRI, Camila Moliani. **Análise da relação de custos e eficiência de unidades básicas de saúde**: um estudo no município de Londrina. 2018. 201 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

RESUMO

Objetivos do Milênio (ODM) e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) são metas propostas pela ONU, a todos os países, para se alcançar uma sociedade melhor, mais sustentável. Os ODM se mantiveram vigentes até 2015 e, em seguida, a ONU ampliou as metas e propôs os ODS, os quais devem funcionar como uma agenda a ser cumprida até 2030. Entre as diversas metas dos ODS, a saúde se resume em apenas uma: “boa saúde e bem-estar”. Para alcançar este objetivo, a base pode estar pautada na Atenção Primária à Saúde (APS). A APS é a porta de entrada de um usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo representada pela Unidade Básica de Saúde (UBS). Em um cenário ideal, as UBS devem ter condições de atender a todas as necessidades de APS de um usuário, evitando que ele tenha que procurar outros serviços, como hospitais e prontos-socorros. A gestão das UBS é feita pelos próprios municípios, o que torna mais fácil a possibilidade de alterar práticas e otimizar os serviços prestados. Porém, para isso, é preciso primeiro saber a condição atual, isto é, quanto uma UBS produz e quanto custam aos cofres públicos. Diante disso, seria possível estabelecer uma relação entre os custos e a eficiência das UBS? É justamente isso que essa pesquisa busca encontrar: analisar a relação entre os custos e a eficiência das Unidades Básicas de Saúde, tomando como base o município de Londrina-PR, no ano de 2016. E para alcançar este objetivo, propõe-se: Identificar e descrever as atividades desenvolvidas nas UBS; Verificar a produção das diferentes atividades desenvolvidas nas UBS; Apurar e analisar os custos das 54 UBS de Londrina; Analisar a eficiência relativa da alocação dos recursos em relação às atividades realizadas em cada UBS. Para alcançar esses objetivos, foi desenhada esta pesquisa classificada como descritiva, quantitativa, dedutiva e aplicada. Foi realizado um censo com as 54 UBS de Londrina, levantando dados relativos aos custos de cada unidade, bem como valores referentes à produtividade dos servidores nas diferentes funções. A coleta de dados se deu com auxílio da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina e a junção dos dados referentes aos custos totais permitiu identificar que 89,78% são Custos com Pessoal, seguido por Material de Consumo (8,05%) e Custos Administrativos (2,18%). As UBS da zona urbana acabaram se mostrando mais caras do que as unidades rurais. E, a partir da aplicação da Análise Envoltória de Dados (DEA) foi possível identificar as UBS mais eficientes – João Paz, Padovani/Vista Bela e Novo Amparo – com mais de 90% de eficiência, em contraste com as menos eficientes – Ouro Branco, PIND (Parque das Indústrias) e Piza/Roseira – com menos de 70% de eficiência. Conclui-se, portanto, a partir dos dados encontrados, que esta pesquisa pode contribuir como um primeiro olhar sobre um cenário que não tinha estudos como este, servindo como ferramenta ao gestor público para a tomada de decisões.

Palavras-chave: Administração pública. Custos em saúde pública. Unidades básicas de saúde. Custos e eficiência. Sustentabilidade.

FERRI, Camila Molianni. **Analysis of the relationship of costs and efficiency of basic health units**: a study in the city of Londrina. 2018. 201 p. Dissertation (Master degree in Business Administration) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

ABSTRACT

Millennium Development Goals (MDGs) and Sustainable Development Goals (ODS) are targets set by the UN, to all countries, to achieve a better, more sustainable society. The MDGs remained in force until 2015, and then the UN expanded the targets and proposed the ODS, which should work as an agenda to be met by 2030. Among the various ODS targets, health comes down to just one: "Good health and well-being". To achieve this goal, the basis may be based on Primary Health Care (PHC). The APS is the gateway of a user of the Unified Health System (SUS), and is represented by the Basic Health Unit (UBS). In an ideal scenario, UBS should be able to meet all of a user's APS needs, preventing them from having to look for other services such as hospitals and emergency rooms. The management of the UBS is done by the municipalities themselves, which makes it easier to change practices and optimize the services provided. However, for this, one must first know the current condition, that is, how much a UBS produces and how much they cost the public coffers. Given this, would it be possible to establish a relationship between the costs and the efficiency of the UBS? This is precisely what this research seeks to find: analyze the relationship between costs and efficiency of Basic Health Units, based on the municipality of Londrina-PR, in the year 2016. And to achieve this goal, it is proposed: Identify and describe the activities developed in the UBS; To verify the production of the different activities developed in the UBS; Determine and analyze the costs of the 54 UBS of Londrina; Analyze the relative efficiency of resource allocation in relation to the activities performed in each UBS. To achieve these objectives, this research was designed as descriptive, quantitative, deductive and applied. A census was carried out with the 54 UBS of Londrina, raising data on the costs of each unit, as well as values related to the productivity of the servers in the different functions. The collection of data was done with the help of the Municipal Health Department of Londrina, and the data on total costs allowed us to identify that 89.78% were Personnel Costs, followed by Consumer Material (8.05%) and Administrative Costs (2.18%). UBS in the urban area turned out to be more expensive than the rural units. And, from the application of Data Envelopment Analysis (DEA), it was possible to identify the most efficient UBS - João Paz, Padovani / Vista Bela and Novo Amparo - with more than 90% efficiency, in contrast to the least efficient ones - Ouro Branco , PIND (Parque das Indústrias) and Piza / Roseira - with less than 70% efficiency. It is concluded, therefore, from the data found, that this research can contribute as a first look at a scenario that did not have studies like this one, serving as tool to the public manager for the decision making.

Key words: Public administration. Costs in public health. Basic health units. Costs and efficiency. Sustainability.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01	– Despesas Nacionais em Saúde (em % do PIB), em 2014	54
Gráfico 02	– Porcentagem do Orçamento da União Pago em Saúde	54
Gráfico 03	– Comparativo de Saúde no Orçamento Efetivo – Pago em 2016.....	55
Gráfico 04	– Distribuição das UBS.....	90
Gráfico 05	– População e UBS por Região.....	95
Gráfico 06	– Estrutura RH por Região	99
Gráfico 07	– Estrutura RH por Função.....	100
Gráfico 08	– Produção Total por UBS.....	104
Gráfico 09	– Representatividade “Custos Administrativos” - UBS/PA	112
Gráfico 10	– Representatividade “Custos Administrativos” - UBS e PA	113
Gráfico 11	– Representatividade “Custos Administrativos” - UBS	114
Gráfico 12	– Representatividade “Custos Administrativos”.....	115
Gráfico 13	– Representatividade “Material de Consumo” - UBS/PA.....	117
Gráfico 14	– Representatividade “Material de Consumo” - UBS	118
Gráfico 15	– Representatividade Funções ESF	124
Gráfico 16	– Representatividade Custos com Pessoal Equipe ESF - UBS.....	125
Gráfico 17	– Representatividade Custos c/ Pessoal Equipe ESF - UBS/PA	126
Gráfico 18	– Representatividade Custos com Pessoal Equipe ESFSB - UBS	129
Gráfico 19	– Representatividade Custos c/ Pessoal Equipe ESFSB - UBS/PA.....	130
Gráfico 20	– Representatividade Funções NASF	130
Gráfico 21	– Representatividade Custos c/ Pessoal Equipe NASF - UBS/PA	135
Gráfico 22	– Representatividade Custos com Pessoal Equipe NASF - UBS	136
Gráfico 23	– Representatividade Custos c/ Pessoal Equipe de Apoio - UBS/PA.....	139
Gráfico 24	– Representatividade Custos com Pessoal Equipe de Apoio - UBS.....	140
Gráfico 25	– Representatividade Custo com Pessoal por Equipes	143
Gráfico 26	– Comparativo de Custos por Profissional Médico.....	145
Gráfico 27	– Representatividade Custos Totais.....	147
Gráfico 28	– Custos Totais UBS/PA.....	147
Gráfico 29	– Custos Totais UBS	148

LISTA DE QUADROS

Quadro 01	–	Visões da Administração Pública.....	26
Quadro 02	–	Elementos da NPG, NPM e Administração Pública	31
Quadro 03	–	Gasto x Custo	39
Quadro 04	–	Marco Regulatório.....	43
Quadro 05	–	Métodos de Custeio	47
Quadro 06	–	Indicadores Relacionados ao ODS 03 – Boa Saúde e Bem- Estar, no Paraná e em Londrina, em 2015	57
Quadro 07	–	Principais Obras Mais Citadas em Periódicos Internacionais	61
Quadro 08	–	Principais Obras Mais Citadas em Periódicos Nacionais.....	63
Quadro 09	–	Principais Obras Mais Citadas em Congressos Nacionais	65
Quadro 10	–	Principais Obras Mais Citadas em Teses e Dissertações.....	67
Quadro 11	–	Hipóteses Norteadoras	75
Quadro 12	–	População do Estudo.....	78
Quadro 13	–	Principais Informações/UBS	80
Quadro 14	–	Itens do Custo da Atenção Básica	80
Quadro 15	–	Instrumento de Coleta de Dados	81
Quadro 16	–	Síntese da Pesquisa	88
Quadro 17	–	UBS por Região	89
Quadro 18	–	População e Equipes UBS, em 2016.....	92
Quadro 19	–	Alocação dos Servidores por Função e por UBS.....	96
Quadro 20	–	Servidores por Função e por Região	98
Quadro 21	–	Produção Total por Função por UBS	101
Quadro 22	–	Custos Gerais SMS.....	108
Quadro 23	–	Custos Administrativos.....	110
Quadro 24	–	Percentual Custos Administrativos	111
Quadro 25	–	Material de Consumo	115
Quadro 26	–	Percentual Custos Material de Consumo.....	117
Quadro 27	–	Custos com Pessoal - Equipe ESF	120
Quadro 28	–	Custos com Pessoal Equipe ESFSB.....	127
Quadro 29	–	Custos com Pessoal Equipe NASF	131
Quadro 30	–	Custos com Pessoal Equipe de Apoio	137
Quadro 31	–	Comparativo Custos com Pessoal - Equipes UBS.....	141

Quadro 32	–	Custo Médio por Equipe.....	144
Quadro 33	–	Custo da Produção Unitária Anual.....	150
Quadro 34	–	DEA UBS	154
Quadro 35	–	Metas e <i>Benchmark</i> UBS Menos Eficientes.....	158
Quadro 36	–	Grau de Proximidade UBS (em %)	162
Quadro 37	–	Eficiência ACS	162
Quadro 38	–	Eficiência Auxiliar/Técnico Enfermagem	163
Quadro 39	–	Eficiência Auxiliar/Técnico Odonto.....	164
Quadro 40	–	Eficiência Cirurgião-Dentista.....	165
Quadro 41	–	Eficiência Enfermeiro	166
Quadro 42	–	Eficiência Médico CG.....	167
Quadro 43	–	Divisão das UBS em <i>Clusters</i>	170
Quadro 44	–	Oferta de Serviços por <i>Clusters</i>	171

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABC	<i>Activity Based Costing</i>
ACE	Agente Comunitário de Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
BCC	Banker, Charnes e Cooper
CCR	Charnes, Cooper e Rhodes
CFC	Conselho Federal de Contabilidade
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DAPS	Diretoria de Atenção Primária à Saúde
DEA	<i>Data Envelopment Analysis</i>
DESID	Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento
DMU	<i>Decision Marking Units</i>
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESFSB	Equipe de Saúde da Família de Saúde Bucal
FECAP	Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado
FGV	Fundação Getúlio Vargas
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NBC	Norma Brasileira de Contabilidade
NPG	<i>New Public Governance</i>
NPM	<i>New Public Management</i>
NPS	<i>New Public Service</i>
ODM	Objetivos do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

PA	Pronto Atendimento
PAHO	<i>Pan American Health Organization</i>
PML	Prefeitura Municipal de Londrina
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RH	Recursos Humanos
SIAFI	Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal
SIC	Sistema de Informação de Custos
SICSP	Sistema de Informações de Custos do Setor Público
SMGP	Secretaria Municipal de Gestão Pública
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
STN	Secretaria do Tesouro Nacional
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico de Saúde Bucal
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
USP	Universidade de São Paulo
UTFPR	Universidade Tecnológica Federal do Paraná

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	OBJETIVO GERAL.....	20
1.1.1	Objetivos Específicos	20
1.2	JUSTIFICATIVA	20
2	REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA.....	23
2.1.1	Evolução e Modelos da Administração Pública.....	24
2.1.1.1	<i>New Public Management, New Public Governance e New Public Service</i>	27
2.1.2	Reformas da Administração Pública	32
2.1.3	Organização da Administração Pública Brasileira e o Estado.....	35
2.2	FINANÇAS PÚBLICAS E CONTABILIDADE PÚBLICA	37
2.2.1	Atividade Financeira do Estado.....	37
2.2.2	Evolução da Economia e das Finanças Públicas no Brasil.....	41
2.2.3	Sistemas de Informação de Custos do Setor Público	43
2.2.4	Métodos de Custeio na Administração Pública	46
2.3	SAÚDE E SUSTENTABILIDADE	50
2.4	LEVANTAMENTO BIBLIOMÉTRICO E ESTUDOS APLICADOS	59
2.4.1	Levantamento Bibliométrico	60
2.4.2	Estudos Aplicados.....	68
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	73
3.1	CLASSIFICAÇÃO GERAL DA PESQUISA.....	73
3.2	HIPÓTESES NORTEADORAS	74
3.3	COLETA DE DADOS	76
3.3.1	População e Amostra	77
3.3.2	Instrumento de Coleta de Dados.....	80
3.3.3	Definição Operacional das Variáveis.....	82
3.4	ANÁLISE DOS DADOS	84
3.5	SÍNTESE DA PESQUISA	87

4	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	89
4.1	CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS	89
4.2	METODOLOGIA DE CÁLCULO	105
4.2.1	Produção	105
4.2.2	Custos	107
4.3	CUSTOS DAS UBS.....	110
4.3.1	Custos Administrativos	110
4.3.2	Custos Material de Consumo.....	115
4.3.3	Custos com Pessoal	119
4.3.4	Custos Totais.....	146
4.3.5	Custos Produção	149
4.4	ANÁLISE DE EFICIÊNCIA	152
4.5	GEORREFERENCIAMENTO E ANÁLISE DE <i>CLUSTERS</i>	168
4.6	IMPLICAÇÕES GERENCIAIS E SUGESTÕES DE MELHORIAS	174
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	177
	REFERÊNCIAS.....	184
	ANEXO	192
ANEXO A –	Portaria para Implementação de Sistema de Custos na Administração Pública	193
	APÊNDICES.....	195
APÊNDICE A –	Instrumento de Coleta de Dados	196
APÊNDICE B –	Quadro de Lotação de Servidores por Funções	198
APÊNDICE C –	Quadro de Salários + Benefícios por Funções	200

1 INTRODUÇÃO

A Organização das Nações Unidas (ONU) propôs, em 2000, metas para serem cumpridas até 2015, convidando sociedades e governos a se engajarem no que ficou conhecido como Objetivos do Milênio (ODM), a saber: 1) Acabar com a fome e a miséria; 2) Oferecer educação básica de qualidade para todos; 3) Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; 4) Reduzir a mortalidade infantil; 5) Melhorar a saúde das gestantes; 6) Combater a Aids, a malária e outras doenças; 7) garantir qualidade de vida e respeito ao meio ambiente; 8) Estabelecer parcerias para o desenvolvimento (Portal Objetivos do Milênio, sem ano).

As metas propostas buscavam enfrentar os principais problemas identificados em âmbito global, em prol de alcançar uma sociedade mais sustentável, nos sentidos ambiental, econômico e social. De modo geral, após o fim do prazo para cumprimento dos ODM, a ONU concluiu que muitos deles foram atingidos, mas outros não e, por isso, manteve o compromisso propondo, em 2015, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que sucederam e atualizaram os ODM e que guiarão o desenvolvimento global pelos próximos anos. Os ODS propostos são: 1) Erradicação da pobreza; 2) Fome zero; 3) Boa saúde e bem-estar; 4) Educação de Qualidade; 5) Igualdade de gênero; 6) Água limpa e saneamento; 7) Energia acessível e limpa; 8) Emprego digno e crescimento econômico; 9) Indústria, inovação e infraestrutura; 10) Redução das desigualdades; 11) Cidades e comunidades sustentáveis; 12) Consumo e produção responsáveis; 13) Combate às alterações climáticas; 14) Vida debaixo d'água; 15) Vida sobre a terra; 16) Paz, justiça e instituições fortes; 17) Parcerias em prol das metas (Ministério das Relações Exteriores, sem ano).

No que tange à saúde, tanto os ODM quanto os ODS propunham objetivos específicos para a área. As metas 4, 5 e 6, dos ODM, buscaram, respectivamente, “reduzir em dois terços, até 2015, a mortalidade de crianças menores de 5 anos”, “reduzir em três quartos, até 2015, a taxa de mortalidade materna. Deter o crescimento da mortalidade por câncer de mama e de colo de útero” e “até 2015, ter detido a propagação do HIV/Aids e garantido o acesso universal ao tratamento. Deter a incidência da malária, da tuberculose e eliminar a hanseníase”. O resultado alcançado pelo Brasil, no fim do período proposto, foi

positivo, uma vez que a taxa de mortalidade de crianças abaixo dos cinco anos apresentou queda de 65% entre 1990 e 2010. Além disso, o país se tornou referência mundial no combate à epidemia de HIV/Aids, tendo reduzido consideravelmente o índice de contaminação, da mesma maneira com a incidência de malária e tuberculose; no entanto, a dengue ainda tem sido um desafio nacional. O Brasil melhorou, mas ainda não conseguiu reduzir em três quartos a mortalidade materna. Nos ODS, a preocupação com a saúde se mantém concentrada em um único objetivo “boa saúde e bem-estar” (ODM Brasil, sem ano).

As propostas dos ODM e ODS demonstram que a saúde é um importante aspecto para sustentabilidade de uma sociedade, tanto que a saúde é um dos direitos garantidos pela Constituição brasileira. É dever do Estado executar políticas sociais e econômicas que busquem a redução dos riscos de doenças e agravos, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços (BRASIL, 1988). Juntamente com a Constituição Federal de 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que, até então, era dividido entre os que podiam pagar por serviços privados, os que tinham direito por serem segurados da previdência social e os que não tinham direito algum. Com isso, a gestão da saúde passou a ser descentralizada, passando a ser responsabilidade também dos Estados e municípios, além do Poder Executivo Federal (Governo do Brasil, 2009).

O SUS é financiado por recursos públicos arrecadados pela União, Estados e municípios. No caso da União, são reservados, no mínimo, 15% da receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro; os Estados devem aplicar, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, pelo menos, 12% de suas arrecadações; e, os municípios, contribuem com 15% do total arrecadado, por ano (SIOPS, 2016). A União é responsável por formular as políticas nacionais, e o município deve executá-las sendo, portanto, o principal responsável pela saúde pública de sua população, assumindo plenamente a gestão das ações e serviços de saúde oferecidos em seu território (Ministério da Saúde, 2006). Sabendo disso, que o município é responsável pela saúde dos seus moradores, esta pesquisa volta-se para uma cidade específica e também para uma ala específica da saúde – a atenção básica no município de Londrina, Paraná.

Para conhecimento da estrutura da pasta, pode-se dizer que a Secretaria de Saúde de Londrina (SMS) se divide da seguinte forma: Gabinete, Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DAPS), Diretoria de Serviços

Complementares de Saúde (DSCS), Diretoria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (DGTES), Diretoria de Regulação de Atenção à Saúde (DRAS), Diretoria de Urgência e Emergência em Saúde (DUES), Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS), Diretoria de Gestão Financeira, Compras e Serviços (DGFCs), Diretoria de Planejamento e Gestão em Saúde (DPGS) e Diretoria de Logística e Manutenção em Saúde (DLMS). Além destes, o município de Londrina conta com a participação ativa de órgãos de controle, como o Conselho Municipal de Saúde e a Ouvidoria do Sistema Municipal de Saúde de Londrina (*site* PML, sem ano).

Atender toda essa estrutura e suas respectivas unidades não deve ser tarefa simples. Por isso, para buscar facilitar a gestão dos serviços e recursos voltados para a saúde pelos municípios, bem como estabelecer um foco mais gerencial, a portaria nº 4.279 de 2010, passou a estruturar o SUS por meio de arranjos segundo as densidades tecnológicas singulares. Ou seja, parte-se de um nível de menor densidade e capacidade de atendimento, para um intermediário, até o nível de maior densidade (Conselho Nacional de Saúde, 2011): Atenção Primária (básica), Secundária (média complexidade) e Terciária (alta complexidade).

A Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB), foco desta pesquisa, é definida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Ministério da Saúde, 2012), a qual foi revisada pela Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017, em seu artigo 2º, como (Ministério da Saúde, 2017):

conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

A PNAB (Ministério da Saúde, 2012) ressalta também que a APS é desenvolvida de forma descentralizada e capilarizada. Ela deve estar perto da vida das pessoas e ser o contato preferencial, a principal porta de entrada e centro de comunicação de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS). E, segundo o Conselho Nacional de Saúde (2011), a APS deve ser “constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde”.

Para tal fim, existem as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que são representantes da APS e servem como pontos de acesso dos indivíduos ao sistema

SUS. Uma UBS realiza “atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior” (DATASUS, sem ano). A assistência à população deve ser permanente, prestada por médicos generalistas ou especialistas nessas áreas. Em Londrina, a diretoria responsável pela gestão das UBS é a DAPS, sendo que existem 54 unidades – 42 localizadas nas regiões centro, norte, sul, leste e oeste da zona urbana e 12 instaladas na zona rural.

Se as UBS puderem resolver, no próprio local, as demandas da APS dos pacientes que as procuram, não há necessidade dessas mesmas pessoas procurarem por atendimento hospitalar. Em larga escala, essa medida pode desafogar os prontos-socorros dos hospitais e evitar a busca por atendimento especializado, muitas vezes, desnecessários. Só esse fato já poderia justificar os investimentos em saúde no âmbito da atenção primária. Porém, é válido dizer que realizar investimentos sem observar determinadas informações de nível gerencial pode resultar em desperdício. Essa afirmação é capaz de conduzir o gestor público a refletir sobre algumas questões: será que os recursos que o município investe no segmento da APS são suficientes? Quanto as UBS consomem desse valor total? Será que existem grandes diferenças entre os valores consumidos por cada UBS? Mais que isso, a partir dos investimentos realizados como é o desempenho de cada UBS? Isto é, como se apresenta o nível de eficiência relativo destas UBS, em determinado período?

Conseguir responder a essas questões significa ter em mãos informações relacionadas aos custos e desempenho da saúde pública municipal, no contexto da atenção primária, além de ser uma importante ferramenta de gestão por demonstrar indícios da correta alocação dos recursos públicos. E se o município deve se responsabilizar pela destinação desses recursos, conhecer os valores que uma UBS representa pode identificar se a estrutura de serviços em saúde oferecida atende as demandas da população. Para tal feito, a gestão dos recursos recebidos e investidos, ordenados por um sistema de custos, pode ser uma estratégia relevante já que se trata de um instrumento capaz de identificar o desempenho de uma UBS, por exemplo, bem como a melhor forma de aplicação dos recursos, acompanhamento das atividades realizadas e principalmente, a avaliação dos gastos públicos e sua efetividade (VIEIRA *et al.*, 2012).

A preocupação com a qualidade dos serviços em saúde prestados aos cidadãos, especialmente em tempos de contenção de gastos, pede que sejam cuidadosamente analisados os recursos aplicados. Ainda mais porque, o SUS, se bem gerido, é uma alternativa que o país escolheu para ir em busca dos ODM/ODS voltados para a saúde. Mas, para isso, é preciso antes evoluir nas formas de avaliação da aplicação dos recursos públicos, bem como na forma de fazer gestão pública. O modelo atual de administração pública preocupa-se mais com regras e normas do que com resultados, sendo, eventualmente, o momento de repensá-lo.

Modelos de administração pública vem sendo implantados, com o intuito de modificar a concepção de governo, como é o caso do *New Public Management* (NPM), proposto por Osborne e Gaebler (1992), nos Estados Unidos da América (EUA). Por meio dele, os governos devem se reinventar e passar a adotar uma administração empreendedora, governos inovadores, parcerias público-privadas e novos sistemas orçamentários. É uma forma diferente de administrar que propicia dinamismo e novos olhares para os processos e, principalmente, para os resultados obtidos com esses processos. Baseado em novos valores para a administração pública, surgiram movimentos resultantes da evolução do NPM que se preocupam muito mais com o cidadão e com o poder que ele tem para ajudar a construir uma governança democrática. Assim, no *New Public Governance* (NPG) o estado assume uma noção de pluralidade, tendo participação de múltiplos atores, em especial o cidadão. E no *New Public Service* (NPS) há total reconhecimento do papel da cidadania e do cidadão enquanto sujeito atuante, preocupado com interesses comuns e valores compartilhados. Nesse contexto, o serviço público se torna o ambiente onde se exerce a cidadania e se alcança os objetivos pretendidos.

Os parâmetros utilizados hoje, no que diz respeito à saúde pública do município de Londrina, não são suficientes para demonstrar se os resultados alcançados a partir dos recursos investidos são positivos ou não. Avaliar esses investimentos propicia novos olhares sob um aspecto que o município tem total controle, como é a APS, pois do início ao fim do serviço Londrina é responsável pelo paciente. E sabe-se que, quando as UBS conseguem atender as demandas da atenção primária à saúde dos pacientes, os serviços mais complexos, como a urgência e emergência e atenção especializada sofrem menos com sobrecarga.

Considerando o exposto acima foi elaborada a seguinte questão de pesquisa: Qual a relação entre os custos e a eficiência das Unidades Básicas de

Saúde, em Londrina, em 2016?

1.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a relação entre os custos e a eficiência das Unidades Básicas de Saúde, tomando como base o município de Londrina-PR, no ano de 2016.

1.1.1 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos elencados são:

- 1) Identificar e descrever as atividades desenvolvidas nas UBS;
- 2) Verificar a produção das diferentes atividades desenvolvidas nas UBS;
- 3) Apurar e analisar os custos das 54 UBS de Londrina;
- 4) Analisar a eficiência relativa da alocação dos recursos em relação às atividades realizadas em cada UBS.

1.2 JUSTIFICATIVA

A saúde é um dos principais pontos de atenção em qualquer governo e também é uma das áreas que mais recebe recursos financeiros. Segundo a Lei nº 12.381 de 21 de Dezembro de 2015, que projetou receitas e despesas de Londrina para 2016, o município deveria aplicar 30,69% do total do orçamento fiscal apenas na saúde (LONDRINA, Decreto nº 12.381 de 21 de dezembro de 2015). Ou seja, o investimento estipulado para a saúde é muito alto para a gestão pública atuar sem ter certeza absoluta da maneira como os recursos são utilizados e revertidos para a população. Portanto, conhecer as práticas de trabalho, bem como os gastos com tal serviço prestado à população, deve se tornar parte das políticas de governo, ainda mais diante da atual crise financeira na qual o Brasil está inserido, obrigando-o a uma drástica redução dos gastos públicos. Mais do que isso, manter os gastos dos recursos públicos dentro de limites que possam ser aceitos como saudáveis e efetivos e melhorar a qualidade dos serviços em saúde prestados à população são um caminho para se colocar em busca dos ODM/ODS.

Diante dos objetivos previstos a partir dos ODM/ODS, do atual cenário econômico brasileiro, bem como do que se conhece sobre os custos na administração pública e da necessidade de se adotar novas práticas administrativas na gestão pública, como novos sistemas de controle de custos e identificação de resultados, esta pesquisa espera poder contribuir, em termos práticos e teóricos.

Em termos práticos, a apresentação de um panorama do que foi gasto com saúde, na atenção primária, em Londrina, permite avaliar os resultados demonstrados e indicar dados estratégicos sobre a efetiva utilização dos recursos, com intuito de otimizar os serviços prestados à população. Mesmo que os dados reflitam apenas o ano de 2016, os resultados podem direcionar as ações futuras para esse contexto. Além disso, representa um importante instrumento para tomada de decisões pelo gestor público, principalmente porque a atenção primária é ordenada e controlada pelo município de Londrina, e também porque a Secretaria de Saúde não tem um instrumento que seja capaz de levantar e analisar dados relacionados aos custos e desempenho das UBS. Os indicadores que são utilizados pela APS, basicamente, são os que o Ministério da Saúde (MS) exige cumprimento e, sendo assim, não apresentam os níveis de eficiência dos serviços prestados.

Em termos acadêmicos, levantamentos bibliométricos mostram que as pesquisas no campo de “custos na administração pública” começaram a apresentar crescimento, em contexto internacional, a partir do final da década de 1990, e nacionalmente, evoluíram pelo menos dez anos depois. As principais referências da área (ALONSO, 1999; BEULKE; BERTÓ, 1997; BRASIL, 1964; 1967; 1988; 2000; FARIA *et al.*, 2008; GIACOMONI, 2003; HOLANDA *et al.*, 2010; HOOD, 1991; MACHADO; HOLANDA, 2010; MARTINS, 2003; 2006; MAUSS; SOUZA, 2008; MOURA, 2003; OSBORNE; GAEBLER, 1992) voltam-se para temas como: características do novo modelo de administração pública; contabilidade de custos, importância e/ou implantação de sistema de custos no setor público; sistema e processo do orçamento brasileiro; normas para finanças públicas, por meio das leis e decretos; e, custos em saúde, voltados para organização do sistema de custos ou aferição de políticas públicas por meio de indicadores e medição da condição de vida sobre saúde/saneamento populacional.

Um levantamento dos estudos aplicados encontrou alguns trabalhos na área de saúde pública, como: Machline & Campos (2002) que buscaram determinar e avaliar os custos de variados aspectos do Programa Saúde da Família

(PSF), em diferentes equipes selecionadas pelas autoridades locais de alguns municípios das grandes regiões do país. Castro *et al* (2007) avaliaram os custos e a efetividade em uma UBS baseada no modelo de atenção básica e em outra com PSF, no município de Porto Alegre. Couto (2007) fez uma avaliação econômica dos serviços da atenção básica, comparando com as receitas disponíveis para o custeio das ações, em Vitória da Conquista (BA). Rocha Filho & Silva (2009) identificaram e analisaram custos com pessoal na produção das atividades de saúde de oito equipes do PSF que atuavam em duas UBS de Fortaleza (CE). Souza, Scatena & Kehrig (2016) analisaram a eficiência de hospitais públicos e privados, vinculados ao SUS, no estado do Mato Grosso.

Estes trabalhos encontrados na área de “custos na saúde pública” deixam transparecer a carência de estudos voltados para a atenção primária à saúde no município de Londrina, assim como a atenção primária e seus custos e também a mensuração da produção das UBS e a eficiência da utilização dos recursos. Outro indicativo de que o campo ainda é pouco explorado diz respeito à dificuldade de encontrar pesquisas com hipóteses validadas, voltadas para a APS, que orientariam este trabalho. Assim, conforme levantamento bibliográfico e de estudos aplicados ainda é preciso fortalecimento das pesquisas neste contexto e, por isso, espera-se contribuir para a área de estudos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Considerando a relevância de um estudo de análise de custos em unidades da administração pública, é válido que antes sejam estudados alguns termos considerados centrais para esta pesquisa: administração pública, finanças públicas e contabilidade pública e saúde e sustentabilidade. Com isso, é possível tornar mais claro o entendimento sobre o contexto no qual as UBS estão inseridas, com que palavras é possível se deparar quando se trabalha com recursos públicos e de que maneira administração pública e finanças públicas podem estar relacionadas com a sustentabilidade e os ODM/ODS.

2.1 ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

A Administração Pública é um campo ainda em estudo, o que dificulta a elaboração de uma definição universal para o termo. No entanto, é possível encontrar entendimentos satisfatórios, como o de Matias-Pereira (2012, p. 93), que parece contemplar de modo geral tudo que a Administração Pública pode representar:

Administração Pública, num sentido amplo, é todo o sistema de governo, todo o conjunto de ideias, atitudes, normas, processos, instituições e outras formas de conduta humana que determinam: (a) como se distribui e se exerce a autoridade política; (b) como se atende aos interesses públicos. Assim, a administração pública pode ser entendida como a estrutura do poder executivo que tem a missão de coordenar e implementar as políticas públicas. Apresenta-se como um conjunto de atividades diretamente destinadas à execução concreta das tarefas consideradas de 'interesse público' ou comum numa coletividade ou numa organização estatal.

A Constituição Federal de 1988, no artigo 37, dispõe que “a administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência” (BRASIL, 1988). A Administração Pública deve atender todos que habitam o mesmo território, igualmente, sem discriminação.

2.1.1 Evolução e Modelos da Administração Pública

A Administração Pública passou a ser objeto de estudo enquanto ciência de governo apenas a partir do século XIX, quando a administração do Estado era entendida como uma propriedade do rei. Esta forma de gestão, conhecida como patrimonialismo, foi o primeiro modelo da administração pública, sendo identificada pela confusão entre o que era público, da sociedade, e o que era privado, do rei. Neste modelo, características como nepotismo, empreguismo e corrupção eram comuns e acabavam por se tornar práticas de governo (BRESSER-PEREIRA, 1996). No Brasil, durante o período colonial, passando pela condição de Império, até a Primeira República (de 1822 a 1930), o país era basicamente uma administração patrimonialista (BRESSER-PEREIRA, 2008a).

No entanto, quando o Estado passou a assumir cada vez mais serviços sociais, como educação, saúde, cultura, previdência e assistência social, e papéis econômicos, como regulação de toda a economia interna e sua relação com o exterior, a eficiência da administração pública passou a ser uma meta. Afinal, seria necessário acabar com as práticas patrimonialistas e separar o público do privado e o político do administrador público (BRESSER-PEREIRA, 1996). Assim surgiu o modelo burocrático de administração pública, com intuito de imprimir à administração pública um caráter mais profissional. O modelo em questão apresentava as seguintes características, para Aragão (1997): centralização, direção do topo para a base, preenchimento de cargos-chave por profissionais de carreira, polarização políticos-burocratas e contratação de pessoal com base no mérito.

O modelo burocrático é atribuído a Max Weber, pois ele analisou e sintetizou as principais características, apesar de ser um modelo já bem difundido na Europa desde o século XVI, principalmente em organizações religiosas e militares. Mas, foi somente no século XX que a administração burocrática foi amplamente adotada por organizações privadas, públicas e do terceiro setor. Weber identificou a autoridade racional-legal sendo exercida como fonte de poder dentro das organizações, nas quais o poder advém das normas e não mais do perfil carismático ou da tradição (SECCHI, 2009).

Aragão (1997) reforça que o modelo weberiano reúne características de um sistema baseado na eficiência, tais como: estrutura de autoridade impessoal, hierarquia de cargos baseada em carreiras bem definidas, assim como as definições

de atribuições e competências dos cargos, seleção calcada em qualificação técnica e preenchimento de cargos com base em regras e contrato claro, remuneração de acordo com o cargo e responsabilidades, promoção baseada no mérito e separação entre os meios de administração e a propriedade privada dos ocupantes dos cargos.

Diante disso, derivam três características principais do modelo burocrático (SECCHI, 2009): formalidade, impessoalidade e profissionalismo. A primeira impõe deveres e responsabilidades à organização, por meio das documentações, dos processos decisórios e das comunicações internas e externas. A impessoalidade implica na hierarquia e nas posições e cargos que são pertencentes à organização e não às pessoas que ocupam os cargos. E a última característica, está relacionada ao mérito como critério de diferenciação, ou seja, as promoções na hierarquia dependem exclusivamente da experiência na função (senioridade) e do desempenho (performance).

A partir dos anos 1970, o Estado começou a entrar em crise e com ele, a administração burocrática também se enfraqueceu. Primeiro, a crise mundial do petróleo iniciada em 1973, abalou a economia e o Estado, o que levou a uma crise fiscal. Por conta disso, os governos não conseguiram resolver seus problemas e até a globalização e as transformações tecnológicas afetaram o Estado, pois eles começaram a perder parte de seus poderes. Além disso, o modelo burocrático se preocupou tanto com o cumprimento das normas e regras propostas que acabou se esquecendo de ouvir as queixas dos cidadãos (ABRUCIO, 1997).

Osborne & Gaebler (1992) lembram que o modelo burocrático, desenvolvido durante a era industrial, deixou de funcionar bem e de atender as necessidades da sociedade, quando o mundo começou a mudar. Isto é, não puderam acompanhar as mudanças e se tornaram sistemas inchados, ineficientes e dispendiosos. Os autores, inclusive, comparam o modelo burocrático a um transatlântico de luxo (grande, caro e pouco ágil) numa era de jatos supersônicos, já que o quadro contemporâneo da sociedade, mostrava-se altamente mutável, rico em informações e conhecimentos.

Diante de um novo contexto de busca por novas maneiras de fornecer serviços menos dispendiosos e mais apropriados aos desejos e necessidades dos indivíduos e comunidades, reformas passaram a ser um termo comum dentro de muitos governos pelo mundo (DICKINSON, 2016). E com isso, novas modalidades de instituições públicas começaram a surgir com objetivo de

substituir a administração pública burocrática.

Na Grã-Bretanha, a partir de 1979, houve um redirecionamento da concepção de Estado e a introdução de mecanismos novos de gestão pública (ARAGÃO, 1997). E a administração pública orientou a adoção e implementação de princípios básicos como: profissionalização da alta burocracia, foco no atendimento das demandas do cidadão, transparência e responsabilização democrática, descentralização de serviços nos níveis subnacionais, desconcentração da execução de funções do governo para agências especializadas, orientação de mecanismos para resultados baseados em indicadores e adoção de um novo desenho organizacional para as atividades não exclusivas (MARINI, 2002). Além dessas características, Aragão (1997) destaca flexibilidade, competitividade administrada, Estado atuante, adoção de técnicas de administração de empresas e estruturas horizontalizadas como relevantes.

A complexidade dos contextos da administração pública aliada à exigência de mudanças conforme a necessidade de adaptação permitiu a identificação de visões com focos diferentes, embora complementares, em cenários como na administração pública inglesa:

Quadro 01 – Visões da Administração Pública

Modelo Gerencial Puro	<i>Consumerism</i>	<i>Public Service Orientation</i>
Economia/Eficiência (Produtividade)	Efetividade/ Qualidade	<i>Accountability</i> / Equidade
<i>Taxpayers</i> (contribuintes)	Clientes/ Consumidores	Cidadãos

Fonte: Abrucio (1997)

Essas visões da administração pública são todas resumidas no que passou a ser chamado por Osborne e Gaebler (1992) como Nova Gestão Pública (do inglês, *New Public Management* - NPM). Esse conceito foi utilizado pela primeira vez no programa de governo do partido democrático nas eleições para presidente dos Estados Unidos, em 1992 (SECCHI, 2009). A NPM acabou por trazer à administração pública um novo papel para se desenvolver e demonstrar credibilidade, e, por conta de sua importância para a evolução de contextos públicos, este termo e seus desmembramentos serão analisados em um tópico específico.

2.1.1.1 *New Public Management, New Public Governance e New Public Service*

A abordagem NPM criou raízes no Reino Unido, Nova Zelândia, Estados Unidos da América e Escandinávia a partir de meados dos anos 1980 (ROBINSON, 2015). Foi quando o ambiente contemporâneo passou a exigir instituições flexíveis e adaptáveis, capazes de produzir bens e serviços de alta qualidade com alta produtividade. Da mesma maneira, essas instituições deveriam estar prontas para responder às necessidades dos clientes, oferecendo opções de serviços e influenciando sem usar comandos. Para seus empregados e cidadãos, as instituições desse ambiente deveriam ter significado e sentido de controle, representando motivação para lutar por algo próprio (OSBORNE; GAEBLER, 1992).

Inseridos nesse novo cenário público, que clamava por governos inovadores, Osborne e Gaebler (1992) propuseram dez princípios, que funcionam como uma espécie de “mapa” para a reinvenção dos governos, aos gestores públicos que buscam alinhamento com a NPM:

1. Governo catalizador: a função do governo deve ser coordenar, tomar decisões políticas e econômicas, estabelecer prioridades e levantar recursos;
2. Governo pertence à comunidade: o governo pode incentivar o envolvimento e a participação democrática, pois quando a responsabilidade está nas mãos da comunidade, ela age de maneira mais responsável e faz o ambiente funcionar melhor;
3. Governo competitivo: estímulo à competição na prestação de serviços permite aumentar a eficiência, encorajar a inovação, forçar monopólios a atender as necessidades dos clientes e aumentar o prestígio dos servidores públicos;
4. Governo orientado por missões: busca transformar órgãos burocratizados, com dificuldades de adaptação às mudanças, em organizações racionais, efetivas, inovadoras e flexíveis;
5. Governo de resultados: evita o uso da forma mais tradicional de financiamento (remuneração pelos recursos utilizados) e estimula os prestadores de serviços a buscarem resultados mais satisfatórios;
6. Governo e seus clientes: as pessoas devem ser valorizadas

- como clientes, inclusive pelo governo, buscando atender às necessidades do cliente e não mais da burocracia;
7. Governo empreendedor: procura formas criativas de levantar fundos, gerar receitas, arrecadar recursos sem cobrar impostos, mensurar retorno de gastos como se fossem investimentos;
 8. Governo proativo: utiliza um planejamento estratégico como ferramenta, com intuito de evitar problemas e antecipar o futuro, permitindo agilidade, flexibilidade e redução de custos;
 9. Governo descentralizado: desloca grande parte de suas decisões aos clientes, às comunidades e às organizações não-governamentais, propiciando maior nível de flexibilidade e rapidez às respostas;
 10. Governo orientado para o mercado: ações do governo respaldadas em regras de mercado permitem reações mais rápidas às mudanças, descentralização, competitividade, delegar escolhas e vincular recursos aos resultados.

Similar aos princípios de Osborne e Gaebler (1992), Hood (1991) sugeriu doutrinas e elencou sete características para a NPM, as quais basicamente concordam, em maior ou menor grau, com os princípios dos primeiros autores: gestão profissional nas mãos do setor público; padrões explícitos e medidas de desempenho; maior ênfase nos controles de saída (resultados); mudar para desagregação (descentralização) de unidades do setor público; mudar para maior competição (competitividade) no setor público; ênfase no estilo de gestão prática do setor privado; e, ênfase em maior disciplina e parcimônia no uso de recursos.

Segundo Robinson (2015), a NPM resultou em mudanças significativas na abordagem e enfoque do setor público, em especial, no que diz respeito ao cultivo de novas práticas de gestão, mercantilização e contratação de serviços básicos prestados por empresas privadas e sem fins lucrativos e a criação de agências executoras responsáveis pela implementação. Entretanto, esse mesmo autor ressalta que, da mesma maneira que a NPM trouxe alterações favoráveis e representativas, também foi um modelo que sofreu críticas. A ênfase dada aos princípios de gestão advindos do setor privado, bem como o incentivo à criação de

agências terceirizadas para a realização de determinados serviços, fazia muitos acreditarem em um enfraquecimento da responsabilidade da gestão, não priorização das necessidades dos cidadãos, além de uma certa falta de coerência entre os diferentes governos, já que cada um estaria atuando por diferentes balizas.

Quando críticas começaram a questionar a eficácia da NPM, novas abordagens começaram a surgir ainda na primeira década do novo milênio, as quais procuravam colocar cada vez mais o cidadão no centro das reformas, em detrimento da escolha do mercado como principal motor da reforma (ROBINSON, 2015). Surgiu, portanto, o que Osborne (2006) chamou de Nova Governança Pública (do inglês *New Public Governance* – NPG) que enfatiza as relações interorganizacionais e a governança dos processos, nos quais confiança, capital e contratos servem como principais mecanismos de governança, em vez de forma e função organizacionais. Na NPG persevera a noção de um estado plural no sentido da prestação de serviços sendo realizada por múltiplos atores interdependentes, na medida em que múltiplos processos e insumos moldam a formulação de políticas.

Goldsmith & Eggers (2004) acreditam que na NPG, as agências governamentais, as divisões e os escritórios estão se tornando cada vez menos importantes como provedores diretos dos serviços públicos e muito mais relevantes como geradores de valor para a teia de relações multiorganizacionais, multigovernamental e multissetorial que caracterizam esse governo moderno.

O grande diferencial da NPG dos demais modelos da administração pública é o fato de colocar os cidadãos, e não o governo, como centro de referência. Os cidadãos são considerados como colaboradores na estruturação de políticas públicas e prestação de serviços (ROBINSON, 2015). Sob essa ótica, Denhardt e Denhardt (2000) desenvolveram a abordagem conhecida como Novo Serviço Público (NPS, do inglês, *New Public Service*), inspirada pela teoria política democrática, por essa conexão entre cidadãos e governos e pelas abordagens alternativas à gestão e ao design organizacional com origem numa tradição mais humanística (DENHARDT, 2012).

No NPS, Denhardt (2012) reforça que é a comunidade que participa do processo de governar, o indivíduo tem voz e passa a ser percebido com seu potencial de cidadão capaz de compartilhar o autogoverno de forma mais ativa. Alguns princípios que orientam esse modelo de administração pública foram elencados por Denhardt e Denhardt (2000):

1. Servir cidadãos, não consumidores: servidores públicos devem servir cidadãos, construir relações de confiança e colaboração;
2. Perseguir o interesse público: deve ser tarefa constante do administrador público, por ser ator-chave dentro do sistema de governança;
3. Dar mais valor à cidadania e ao serviço público do que ao empreendedorismo: o interesse público ganha mais força quando se movimenta a partir de comprometimento e contribuições para a sociedade;
4. Pensar estrategicamente, agir democraticamente: quando todos se responsabilizam pela identificação de problemas e soluções é possível pensar estrategicamente e agir democraticamente ao implementar políticas e programas;
5. Reconhecer que a *accountability* não é simples: e buscar equilíbrio entre normas e responsabilidades e controles externos, padrões profissionais, preferências, questões morais, direito e interesse públicos;
6. Servir em vez de dirigir: a liderança deve estar baseada em valores, sendo compartilhada em toda a organização e com a comunidade, servindo-a, em vez de dirigi-la;
7. Dar valor às pessoas, não apenas à produtividade: quando as instituições operam por meio de colaboração e liderança compartilhada elas têm mais chances de sucesso.

O NPS sustenta que a administração pública deve reconhecer que uma cidadania esclarecida e engajada é a chave para uma governança democrática. O interesse público transcende as somas dos autointeresses individuais e abre espaço para os interesses comuns, baseados em valores compartilhados por meio de amplo diálogo e envolvimento dos cidadãos. Nesse processo, o serviço público passa a ser visto como uma extensão da cidadania, motivado por um desejo de servir e de alcançar os objetivos públicos (DENHARDT, 2012).

A partir desse pensamento, fica mais fácil entender porque o NPS, delimitado por Denhardt & Denhardt (2000) se enquadra como uma abordagem da

NPG, proposta por Osborne (2006), afinal, para se ter um sistema que permita governança pública é preciso que o cidadão participe conscientemente dos processos políticos, com voz ativa.

Como Goldsmith & Eggers (2004) esclarecem, com esses modelos mais inovadores da administração pública busca-se produzir o máximo valor público possível, isto é, maior que a soma do que cada indivíduo sozinho poderia realizar sem colaboração. Em grande escala, essa postura pode levar as organizações públicas, privadas e sem fins lucrativos a atuarem em redes, com vistas a melhorar o desenvolvimento da capacidade do governo ao abordar problemas complexos e alcançar objetivos coletivos.

Para entender a evolução que a administração pública percorreu, bem como identificar as principais diferenças entre os modelos de governo mais recentes, Osborne (2006) sintetizou em um quadro os elementos essenciais:

Quadro 02 – Elementos da NPG, NPM e Administração Pública

Paradigmas e Elementos	Administração Pública	NPM	NPG
Raízes teóricas	Ciência política e políticas públicas	Economia e estudos de gestão	Sociologia organizacional e teoria de redes
Estado	Unitário	Desagregado	Plural e pluralista
Foco	Como a política é feita	Gestão intraorganizacional	Governança interorganizacional
Ênfase	Implementação política	Entradas e saídas de serviços	Processos e resultados de serviços
Relacionamento externo (com parceiros)	Potenciais elementos do sistema de política	Contratantes independentes no mercado	Fornecedores preferenciais, agentes interdependentes
Mecanismo de governo	Hierarquia	Mercado através dos tradicionais contratos	Confiança ou contratos relacionais
Base de valor	<i>Ethos</i> do setor público	Concorrência em contexto de mercado	Neocorporatista

Fonte: Osborne (2006)

Para a ocorrência de uma gestão baseada em governança pública, como deve ser na NPG, é parte deste processo propiciar a democracia adequada a um cenário que valoriza como centro o cidadão. Por isso, Perry (2007) ressalta

alguns critérios que considera importantes para alcançar o nível de democracia adequado ao NPS. Para ele, no NPS, deve ser observada a responsabilidade dos cidadãos pelo Estado, a representatividade do público em geral, a proteção dos cidadãos e o poder de agência deles para mudar estruturas ou resultados do NSP.

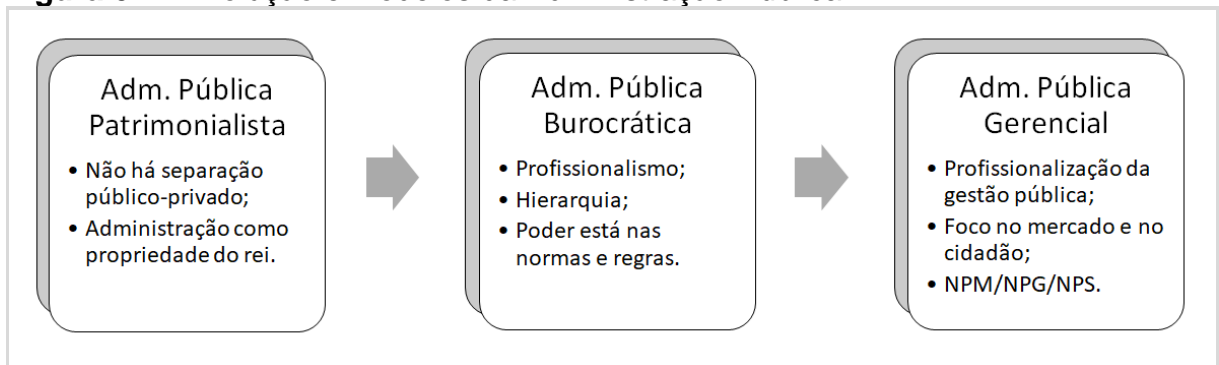
Assim, diante dos diferentes modelos de administração pública, em especial a estes vistos neste tópico – NPG, NPS ou NPM – percebe-se que são formas de governo baseados na inovação, com foco em aplicar um modo novo de atuar na área pública. Afinal, a evolução desses modelos mostrou que os sistemas burocráticos, rígidos, que operam com procedimentos de comando, controle, restrições, culturas e modelos operacionais internos não são mais adequados para lidar com problemas que muitas vezes, vão além das fronteiras organizacionais (GOLDSMITH; EGGERS, 2004).

A administração pública precisa evoluir para um modelo mais atualizado de gestão, começando com a NPM pra depois ir em busca de um modelo mais participativo, como a NPG e o NPS. Certamente, seria muito difícil realizar essa transição de um modelo de gestão para o outro de uma só vez. Nesse caso, pode-se pensar em começar com algumas das práticas relacionadas a NPM, por exemplo, implementar ações que tornem o governo mais competitivo, proativo, voltado ao mercado, com vistas a buscar resultados em vez de normas e regras burocráticas. Dessa forma, a administração pública terá que lidar com características da nova e antiga administração pública, em um contexto permeado pelo hibridismo, mas provavelmente, a adaptação dos servidores ao novo ambiente será menos traumática do que se as mudanças fossem feitas bruscamente. O mais importante é a administração pública buscar se desenvolver, procurando inovar em suas ações, melhorando sua prestação de serviços e seus relacionamentos.

2.1.2 Reformas da Administração Pública

Esse novo modelo de gestão pública promete um governo melhor, mais enxuto, descentralizado, capaz de aplicar melhores mecanismos de prestação de contas e de empoderar e satisfazer os clientes (SARKER, 2006). Mas o caminho trilhado pela administração pública para alcançar esse patamar passou por diferentes modelos, como visto no tópico anterior e representado na Figura 01.

Figura 01 – Evolução e Modelos da Administração Pública



Fonte: elaborado pela autora (2017)

Sarker (2006) defende a existência de algumas pré-condições para implantar com sucesso essas abordagens mais recentes da administração pública, como um nível razoável de desenvolvimento econômico, experiência das operações dos mercados e um desenvolvido sistema judicial para garantir o estado de direito. Por isso, alguns países levaram mais tempo do que outros para passar por reformas da administração pública. A evolução da administração patrimonialista para a gerencial, passando pela burocrática, aconteceu inicialmente em países desenvolvidos, como Estados Unidos e Grã-Bretanha (ABRUCIO, 1997; SECCHI, 2009). No entanto, pouco a pouco governos como os dos países da América Latina passaram pela evolução da gestão pública, como aponta Marini (2002):

- Uruguai: iniciou sua reforma em 1995, com iniciativas para transformar os segmentos de seguridade social, educação, sistema político, cidadania e administração pública;
- Chile: iniciou sua reforma a partir dos anos 1990, com foco em programas voltados para os problemas decorrentes da crise financeira do Estado;
- Peru: o processo de modernização do Estado buscou melhorias na gestão pública e um Estado democrático, descentralizado e a serviço do cidadão;
- Nicarágua: iniciou o processo de reforma na década de 1990 com fim de transformar a economia, desenvolvimento sustentável, restaurar a paz e construir a democracia;
- Argentina: aspectos ligados à baixa governabilidade e governança para enfrentar o contexto adverso levaram o país a iniciar seu processo de reforma, ainda em 1983;
- Venezuela: o marco foi a criação da *Comisión Presidencial para la Reforma Del Estado* (Copre), em 1984, com objetivo de ter um Estado moderno, democrático e eficiente;
- Guatemala: o Acordo de Paz, celebrado em 1996, foi determinante, pois significou o compromisso de recuperação da institucionalidade e respeito dos direitos humanos;
- México: marcado pelo Programa de Modernização da Administração Pública (1995-2000) que buscava tornar a administração pública eficiente e lutar contra a corrupção.

No Brasil, a primeira reforma administrativa, da implantação da administração pública burocrática, se deu em 1936, a partir da criação do Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP). E a primeira tentativa da reforma gerencial aconteceria somente em 1967, por meio do Decreto-Lei nº 200/1967 ou Reforma Desenvolvimentista, com o intuito de superar a rigidez da burocracia (BRESSER-PEREIRA, 1996; 2008a). Uma nova tentativa de reforma da administração pública ocorreu na década de 1990 e ficou conhecida como a Reforma Gerencial ou Reforma da Gestão Pública de 1995 (BRESSER-PEREIRA, 2008a). Comandada pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado

(MARE), a reforma do Estado teve como objetivos, de curto prazo, facilitar o ajuste fiscal e, de médio prazo, tornar mais eficiente e moderna a administração pública (BRESSER-PEREIRA, 1996).

2.1.3 ORGANIZAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA E O ESTADO

O Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967 (BRASIL, 1967), dispõe sobre a organização da Administração Federal e estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa, sendo o documento que orienta a organização da Administração Pública até os dias de hoje.

A Administração Federal compreende a Administração Direta, que se constitui dos serviços integrados na estrutura administrativa da Presidência da República e dos Ministérios, e a Indireta, que é constituída por entidades de personalidade jurídica próprias, que são as Autarquias, as Empresas Públicas, as Sociedades de Economia Mista e as Fundações Públicas (Senado Federal, 2008).

As atividades da Administração Federal devem obedecer aos princípios fundamentais a seguir (Senado Federal, 2008):

- Planejamento para promover o desenvolvimento econômico-social e a segurança nacional;
- Coordenação constante em todas as atividades e na execução de planos e programas de governo;
- Descentralização dentro da Administração Federal e dela para as unidades federadas e para a esfera privada;
- Delegação de competência, enquanto instrumento de descentralização para alcançar maior rapidez e objetividade;
- Controle em todos os níveis e em todos os órgãos, pela chefia competente, pelos órgãos próprios de cada sistema e da aplicação do dinheiro público e outros bens da União.

A composição dos ministérios dispostos no Decreto-Lei nº 200/1967 sofreram mudanças devido às demandas, mas mantém-se a proposta dos assuntos que constituem a área de competência de cada Ministério. Nesse sentido, o setor que se responsabiliza pela saúde pública, foco desta pesquisa, é o setor social, formado pelos Ministérios da Educação e Cultura, do Trabalho e Previdência Social,

da Saúde e das Comunicações. Os assuntos competentes ao Ministério da Saúde são: política nacional de saúde, atividades médicas e paramédicas, ações preventivas e vigilância sanitária, controle de drogas, medicamentos e alimentos e pesquisas médico-sanitárias (Senado Federal, 2008).

É o Estado que, por meio de sua estrutura administrativa, se utiliza da administração pública, sendo responsável por materializar os direitos fundamentais dos cidadãos. O poder público, na verdade, existe para satisfazer esses direitos, isto é, o direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança, à propriedade e também os direitos sociais, como a educação, a saúde, o trabalho, a previdência, a proteção, entre outros elencados na Constituição (BERNARDI, 2007).

O Estado é a instituição central das sociedades modernas, já que dá vida às leis e tem capacidade de construir democraticamente uma estrutura legal adequada para a realização dos objetivos da sociedade. Para tanto, a organização do Estado/Administração Pública devem ser eficazes e eficientes no fornecimento dos serviços demandados (BRESSER-PEREIRA, 2008b). Segundo Matias-Pereira (2010, p. 62), “a eficiência está relacionada ao método com o qual realizamos as ações pretendidas, eficácia diz respeito ao resultado final da ação (alcançou-se ou não o objetivo pretendido)”

O Estado pode exercer diferentes papéis conforme as funções que desempenha (alocação, estabilização e distribuição). No papel de agente alocador, o Estado tem a função de intervir na sociedade a fim de garantir o fornecimento dos bens, uma vez que o mercado não consegue oferecê-los de maneira compatível às necessidades da sociedade. No papel de agente estabilizador, o governo atua no sentido de proteger a economia de flutuações repentinas, caracterizadas pelo aumento do nível de desemprego e/ou pela inflação em crescimento. E na função distributiva, o Estado busca proporcionar uma distribuição de renda que possa ser considerada justa pela sociedade (GIAMBIAGI; ALÉM, 2011).

Entende-se, portanto, que o Estado, por meio de políticas diversas, interfere nas atividades econômicas, política e social para atender aos anseios e aspirações dos cidadãos. E a administração pública se apresenta como a personagem que se utiliza de uma área chamada finanças públicas, por meio da qual se faz possível movimentar e distribuir recursos para prover serviços públicos, os quais não podem ser comprados em pequenas quantidades pela população, como saúde, justiça e segurança. Este assunto será estudado na sequência.

2.2 FINANÇAS PÚBLICAS E CONTABILIDADE PÚBLICA

As Finanças Públicas representam uma das atividades pela qual o Estado aplica seu poder de intervenção, isto é, trata-se da atividade financeira dos entes públicos, a qual “está orientada para a obtenção e o emprego dos meios materiais e de serviços para a realização das necessidades da coletividade, de interesse geral, satisfeitas por meio do processo do serviço público” (MATIAS-PEREIRA, 2012, p. 121). Segundo este mesmo autor, a tarefa central das finanças públicas é estudar o uso que o Estado faz dos instrumentos fiscais para decidir sobre tributação e gasto, obtenção de empréstimo e sua concessão, compra e venda, entre outros (MATIAS-PEREIRA, 2012).

O artigo 85 da Lei nº 4.320/1964 determina que as finanças públicas estão amparadas pelos serviços de contabilidade, os quais devem estar organizados de maneira que seja possível acompanhar a execução orçamentária, conhecer a composição patrimonial, determinar os custos dos serviços industriais, levantar os balanços gerais, analisar e interpretar os resultados econômicos e financeiros (BRASIL, 1964). Mauss & Souza (2008) definem a contabilidade pública como um ramo da contabilidade geral que é responsável por estudar, orientar, controlar, demonstrar organização e execução de entradas e saídas de recursos públicos que podem afetar e variar o patrimônio de uma entidade pública.

De acordo com a Norma Brasileira de Contabilidade (NBC) 16.1, divulgada pelo Conselho Federal de Contabilidade (CFC), em 2012, a contabilidade aplicada ao setor público deve refletir o ciclo da administração pública de modo a evidenciar as informações necessárias para tomada de decisões, prestação de contas e instrumentalização do controle social, sendo o patrimônio público seu objeto de análise e gestão (CFC, 2012).

2.2.1 Atividade Financeira do Estado

A atividade financeira do Estado se traduz no desempenho de quatro áreas: receita pública, despesa pública, orçamento público e crédito público, que correspondem respectivamente aos verbos obter, despende, gerir e criar recursos públicos (MATIAS-PEREIRA, 2012; TEIXEIRA, 2014).

A receita pública é definida, de acordo com Matias-Pereira (2012, p. 128), como “o ingresso de dinheiro nos cofres públicos que se efetiva de maneira permanente no patrimônio do Estado e que não esteja condicionado a sua devolução ou correspondente baixa patrimonial”. Kohama (2009, p. 60) entende que a receita pública é “todo e qualquer recolhimento feito aos cofres públicos, quer seja efetivado através de numerário ou outros bens representativos de valores”. Esse recolhimento é um direito do Governo, pautado em leis, contratos e títulos.

Além de ser um direito da administração pública, é requisito essencial da responsabilidade na gestão fiscal instituir, prever e efetivar a arrecadação de tributos da competência constitucional do ente da Federação, como esclarece a Lei Complementar nº 101/2000 (BRASIL, 2000). Conforme esta mesma lei, as previsões de receita devem observar normas técnicas e legais, considerar efeitos de alteração na legislação, de variação do índice de preços, do crescimento econômico e ser acompanhadas de demonstrativo de evolução dos últimos anos e de projeção dos próximos (BRASIL, 2000).

Da mesma forma que o Estado tem respaldo para obter suas receitas, também tem normas para despender, ou seja, para gastá-las. A despesa do governo é basicamente o gasto que reduz o saldo da conta caixa, para o funcionamento dos serviços públicos autorizados (ALONSO, 1999). Teixeira (2014, p. 11) define despesa pública como a “aplicação de determinada quantia em dinheiro por parte da autoridade pública para o alcance de um objetivo estabelecido em lei”.

A despesa pública está atrelada aos gastos do governo, mas também se relaciona com os custos, foco deste trabalho. Então, antes de prosseguir, é válido destacar as diferenças entre gasto e custo, na percepção de alguns autores, referências da área de estudos, conforme o Quadro 03:

Quadro 03 – Gasto x Custo

Gasto	Custo
“Dispêndio de um ativo ou criação de um passivo para obtenção de um produto ou serviço” (MAUSS; SOUZA, 2008, p. 24).	“Gastos com bens ou serviços utilizados para produção de outros bens ou serviços” (MAUSS; SOUZA, 2008, p. 24).
“Contabilizado como custo quando é consumido no processo de produção do bem ou serviço” (ALONSO, 1999, p. 56).	“Gastos incorridos na elaboração de um bem ou na prestação de um serviço” (ALONSO, 1999, p. 56).
“Compra de um produto ou serviço qualquer, que gera sacrifício financeiro para a entidade (desembolso), sacrifício esse representado por entrega ou promessa de entrega de ativos (normalmente dinheiro)” (MARTINS, 2010, p. 24).	“Gasto relativo a bem ou serviço utilizado na produção de outros bens ou serviços” (MARTINS, 2010, p. 25).

Fonte: elaborado pela autora (2017)

O custo mede, portanto, o consumo de recursos pelos produtos ou serviços de uma instituição, ou seja, é preciso existir o objeto – atividades ou processos – para ser efetivado, enquanto o gasto representa o dispêndio do recurso, o ato em si. E, segundo Dutra (2010), os custos podem ser diretos (diretamente associados a cada tipo de bem ou função) ou indiretos (que não se pode apropriar a cada tipo de bem ou função de custo, pois participa de todas ou várias funções ao mesmo tempo) e ainda, fixos (ocorrem a cada período, sem variação associada ao volume de atividades da empresa), variáveis (variam em função da variação do volume de atividade) e mistos (possuem uma parcela de custos fixos e outra variável, permitindo considerá-los como custo total).

No que diz respeito às despesas públicas, as ações do governo que acarretarem aumento da despesa devem, de acordo com a Lei Complementar nº 101/2000, ser acompanhadas da estimativa do impacto orçamentário-financeiro no exercício em vigor e nos dois períodos seguintes. O ordenador da despesa deve apresentar uma declaração de que o aumento tem adequação orçamentária e financeira com a Lei Orçamentária Anual (LOA), com o Plano Plurianual (PP) e com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). A geração de despesa que não estiver dentro de tais parâmetros deve ser considerada não autorizada, irregular, lesiva ao patrimônio público (BRASIL, 2000).

Assim como a despesa e a receita são de responsabilidade do Estado, a Constituição de 1988 estabeleceu que cabia aos entes federados legislar

sobre o orçamento público (BRASIL, 1988). Orçamento é o “ato de planejar a arrecadação e os gastos públicos para um período preestabelecido” (TEIXEIRA, 2014, p. 11) ou um inventário dos recursos com os quais o Estado realiza suas tarefas, afinal, é por meio dele que o governo fixa despesas e estima receitas (GIACOMONI, 2007).

O orçamento traduz, em termos financeiros, planos, programas, projetos e atividades da administração pública, sendo que o ritmo de execução está atrelado ao fluxo de recursos previstos (MATIAS-PEREIRA, 2012). A Lei n°. 4.320/1964 instituiu as normas gerais para elaboração e controle dos orçamentos e balanços. Nesse contexto, a Lei do Orçamento deve conter, de modo discriminado, receitas e despesas, a fim de evidenciar a política econômica financeira e o programa de trabalho do governo (BRASIL, 1964).

Para que o governo consiga realizar os objetivos idealizados, no período estipulado, o orçamento deve ser organizado segundo alguns princípios orientadores, como Giacomoni (2007) indica:

- Unidade: cada unidade governamental deve ter apenas um orçamento, reunindo todas as receitas e despesas;
- Universalidade: os poderes devem conhecer as despesas um do outro para manter-se dentro do planejado;
- Orçamento Bruto: todas as receitas e despesas devem aparecer em valores brutos, sem deduções;
- Anualidade ou Periodicidade: a elaboração e autorização do orçamento deve ser para um período determinado - um ano;
- Não-Afetação das Receitas: nenhuma parte da receita deve ser reservada para atender a determinados gastos;
- Discriminação ou Especialização: receitas e despesas devem ser discriminadas para saber a origem dos recursos e destino;
- Exclusividade: o orçamento deve apresentar apenas matéria financeira, deixando de lado dispositivos estranhos;
- Equilíbrio: as despesas não devem ser superiores ao total de receitas estimadas para o período.

Além de princípios, leis de iniciativa do Poder Executivo amparam o orçamento público, segundo a Constituição de 1988 (BRASIL, 1988): o Plano

Plurianual (estabelece, de forma regionalizada, diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (contém metas, prioridades e despesas da administração pública federal para o exercício financeiro subsequente) e a Lei Orçamentária Anual (contém o orçamento fiscal dos Poderes da União, fundos, órgãos e entidades da administração direta e indireta, o orçamento de investimento das empresas que a União detém maioria do capital social com direito a voto e também o orçamento da seguridade social, com as entidades e órgãos vinculados, fundos e fundações mantidos pelo poder público).

Uma última atividade financeira do Estado – a criação de recursos – é traduzida pelo crédito público, que é definido por Teixeira (2014, p. 11), como o “ato de obter recursos públicos junto a terceiros”, de modo imediato. Por isso, tal modalidade é considerada uma receita temporária, um empréstimo a ser devolvido. Matias-Pereira (2012) concorda, dizendo que o crédito público é um dos processos pelo qual o Estado pode obter uma receita pública, mas ressalva, lembrando que os empréstimos internos e externos constituem o serviço da dívida pública do Estado.

De acordo com o Senado Federal (sem ano), os governos podem obter recursos da esfera privada nacional ou de organizações internacionais, por meio de empréstimos. De modo geral, a capacidade de obtenção do empréstimo está relacionada com a capacidade legal, administrativa, econômica e a capacidade de convencimento e confiabilidade do candidato ao empréstimo. A materialização do empréstimo dá origem à dívida pública (Senado Federal, sem ano).

2.2.2 Evolução da Economia e das Finanças Públicas no Brasil

Diante dessas atividades desempenhadas pelo governo, subentender que o Estado sempre esteve presente na economia pode ser o caminho mais fácil. Mas, nem sempre foi assim. Giambiagi & Além (2008) lembram que esta participação acabou sendo inevitável, em um momento em que o setor privado não era representativo e havia a necessidade de enfrentamento das crises econômicas internacionais, bem como o interesse de controlar a participação do capital estrangeiro e promover a industrialização brasileira.

Alguns fatos e períodos podem explicar esse aumento da participação estatal e indicar a evolução das finanças públicas no Brasil (GIAMBIAGI; ALÉM, 2008):

- Início do século XIX: vinda da corte portuguesa resultou em interesse por desenvolver a colônia, preservar boas relações com capital estrangeiro e estabilizar a economia;
- Anos 1930: a crise de 1930 trouxe preocupações com o desenvolvimento das indústrias;
- 1940 a 1950: início da formação do setor produtivo estatal. Criação da Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), em 1942;
- Anos 1950: pensamento desenvolvimentista, criação de projetos de industrialização para superar atraso e pobreza;
- 1960 a 1970: alianças entre militares e tecnocratas fortaleceram a participação do Estado na economia, tendência cada vez mais crescente no mundo todo;
- Anos 1980: drástica redução das taxas de crescimento do PIB (Produto Interno Bruto) e descontrole da inflação pela adoção de consecutivos planos de estabilização;
- 1994-2002: inflação cedeu em 1998 e, a partir de 1999, medidas baseadas em austeridade fiscal, câmbio flutuante e metas de inflação permitiram enfrentar os desequilíbrios;
- A partir de 2003: a economia brasileira passou a apresentar sinais favoráveis ao seu desempenho.

E atualmente, em 2018, considerando a necessidade da administração pública evoluir para um modelo NPM, prestar serviços cada vez mais voltados ao cidadão, incentivar a participação da sociedade e ser transparente em todos os seus atos, existe uma pressão para que os gestores públicos façam e demonstrem um controle eficiente sobre os gastos públicos. Nesse contexto, as finanças públicas brasileiras precisam evoluir para um fortalecimento da prática de análise dos gastos públicos enquanto aliada da administração pública.

Os fatos e períodos destacados acima demonstram que a economia e as finanças públicas tiveram momentos positivos e negativos em seu processo de desenvolvimento. Ao longo desse trajeto, foram instituídos instrumentos legais, conforme relacionado por Holanda, Lattman-Weltman & Guimarães (2010) no Quadro 04, os quais podem auxiliar na criação de uma nova administração pública:

Quadro 04 – Marco Regulatório

Orientação	Histórico	Regulamentação
Lei nº 4.320	17 mar. 1964	Estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal.
Decreto-Lei nº 200	25 fev. 1967	Art. 79: estabelece que a “contabilidade deverá apurar os custos dos serviços de forma a evidenciar os resultados da gestão”.
Dec. nº 92.452	10 mar. 1986	Cria a Secretaria do Tesouro Nacional.
Decreto nº 2.829	29 out. 1998	Estabelece normas para a elaboração e execução do Plano Plurianual e dos orçamentos da União, e dá outras providências.
Lei Comp. nº 101	4 maio 2000	Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).
Decreto nº 3.589	6 set. 2000	Dispõe sobre o sistema de contabilidade federal (revogado pelo decreto nº 6.976/2009).
Lei nº 10.180	6 fev. 2001	Nova Finança Pública.
Acórdão nº 1.078, do TCU	2004	Determina a adoção de providências para que a administração pública federal possa dispor, com a maior brevidade possível, de sistemas de custos.
Port. Interminist. nº 945	26 out. 2005	Cria a Comissão Interministerial de Custos.
Decreto nº 6.976	7 out. 2009	Dispõe sobre o sistema de contabilidade federal.

Fonte: Holanda, Lattman-Weltman & Guimarães (2010)

Importante destacar que a LRF, promulgada no ano 2000, promoveu a transparência dos gastos realizados pelos entes públicos, obrigando-os a planejar suas ações. Porém, em 27 de maio de 2009, foi publicada a Lei Complementar nº 131/2009, que altera a redação da LRF no que diz respeito à transparência da gestão fiscal, e por isso, ficou conhecida como Lei da Transparência. A grande inovação dessa determinação é a necessidade de disponibilização, em tempo real, das informações pormenorizadas sobre execução financeira e orçamentária da União, Estados, Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 2009).

2.2.3 Sistemas de Informação de Custos do Setor Público

A reforma da Administração Pública, ocorrida a partir dos anos 1980, fortemente impulsionada pela crise fiscal do Estado e pela exposição ao mercado internacional, privilegiou a qualidade do gasto público, em detrimento do mero

controle de entradas e saídas de recursos (ALONSO, 1999). Com isso, a gestão pública voltou-se para alcance de resultados e o planejamento tornou-se central, pois permite fixar diretrizes estratégicas e meios para a avaliação de desempenho e controle das atividades e resultados planejados (MAUSS; SOUZA, 2008).

Para alcançar tais objetivos e atender à necessidade de transparência na apuração de custos, as entidades do setor público são obrigadas a adotar um Sistema de Informações de Custos do Setor Público (SICSP), já que se trata de uma ferramenta capaz de registrar, processar e evidenciar os custos dos bens e serviços e outros objetos de custos, produzidos e oferecidos à sociedade. Além da evidenciação dos custos, o SICSP auxilia na avaliação de resultados e desempenhos, apoia a tomada de decisões, o planejamento e o orçamento e os programas de redução de custos e melhoria da qualidade do gasto, de acordo com a NBC 16.11 (CFC, 2012).

Alonso (1999) aponta alguns objetivos que podem ser alcançados por meio da adoção dos custos como medidas de desempenho:

- Reduzir custos com melhoria da qualidade dos serviços;
- Combater desperdício e identificar atividades que não agregam valor ao usuário;
- Avaliar o impacto efetivo de decisões tomadas;
- Tornar clara a percepção de melhoria no desempenho;
- Modificar a cultura organizacional a partir da introdução de conceitos como *accountability* e *value of money*;
- Dar subsídio ao processo orçamentário e na avaliação de planos de reestruturação e melhoria de gestão;
- Servir de parâmetro para uma espécie de competição entre as unidades prestadoras de serviços similares.

Além dos benefícios já identificados em relação a implementação dos custos como medidas de desempenho por meio de um SICSP, a NBC 16.8 reforça que todos os níveis da administração pública devem manter um controle interno de suas ações, isto é, um conjunto de recursos, métodos, procedimentos e processos adotados para proteger ativos e preservar o patrimônio, fornecer informações, estimular adesão às normas e diretrizes, auxiliar na promoção da eficiência e prevenção de práticas ineficientes ou inadequadas (CFC, 2012).

Considerando, portanto, a obrigação de manutenção de um controle interno pela administração pública e também que o modelo atual de gestão, baseado em um formato gerencial, não aceita mais tomadas de decisões sem conhecimento das alternativas para a ação, bem como seus custos e benefícios (MACHADO; HOLANDA, 2010), o Brasil experimentou um avanço, a partir de março de 1986, com a criação da Secretaria do Tesouro Nacional (STN), no Ministério da Fazenda (ALONSO, 1999). A STN tem como princípio modernizar e integrar sistemas para acompanhamento da execução orçamentária, financeira e patrimonial do Governo Federal tanto que, cerca de seis meses após a criação da STN, foi implantado o SIAFI (Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal), em 1º de janeiro de 1987 (MOURA, 2003).

O SIAFI é um sistema informatizado que processa e controla a execução do orçamento, das finanças e do patrimônio da União, por meio de terminais instalados em todo o país (MOURA, 2013). Porém, o SIAFI está mais voltado para o controle de recursos, não sendo capaz de informar a relação entre despesa e resultado (HOLANDA; LATTMAN-WELTMAN; GUIMARÃES, 2010). Por isso, Moura (2003) diz que até 2010 a administração pública não utilizava sistemas de custos, seja pela falta do sistema e metodologia ou pela falta de incentivo. Machado & Holanda (2010) registram que, em 09 de março de 2011, o governo federal, a partir da STN, criou o Sistema de Informação de Custos (SIC) do Governo Federal, que se utiliza da extração de dados de sistemas estruturantes da administração pública, como o SIAFI, para gerar informações. O SIC é um sistema de apoio à gestão, que pode ser usado tanto por órgãos executores de políticas públicas quanto por órgãos centrais de planejamento e controle.

Um sistema de informações da administração pública capaz de orientar o processo de decisão, prestar contas e instrumentalizar o controle social, deve se estruturar em um sistema contábil e seus subsistemas, de acordo com a NBC 16.2 (CFC, 2012): orçamentário (atos e fatos sobre planejamento e execução orçamentária), patrimonial (dados financeiros e não financeiros relacionados às variações quantitativas e qualitativas do patrimônio), de custos (dos bens e serviços que são produzidos e ofertados à sociedade) e compensação (atos que possam modificar o patrimônio ou com funções de controle). Esses subsistemas devem estar integrados entre si e a outros sistemas para subsidiar a administração pública na identificação de desempenhos e avaliação de resultados, metas e riscos.

Um sistema de custos para a área governamental deve ser moldado de acordo com sua complexidade, necessidade de informação e realidade operacional, apoiando-se em três elementos: a) um sistema de acumulação, que alimenta os custos conforme o sistema de produção, isto é, por processo, que compreende demandas contínuas e acumulativas, ou por ordem, com especificações predeterminadas com tempo de duração; b) um sistema de custeio associado ao modelo de mensuração e que permita custear agentes com diferentes unidades de medida, como custo histórico, custo-corrente, custo estimado e custo padrão; c) um método de custeio da apropriação de custos, que está associado ao processo de identificação e ligação do custo ao objeto custeado (MAUSS; SOUZA, 2008; CFC, 2012)

De acordo com o Manual do Portal de Custos do Governo Federal (STN, 2017), adota-se, atualmente, no Brasil, o sistema de acumulação de custos por processo, pois os serviços são contínuos e os custos, acumulados periodicamente nas unidades organizacionais. Além disso, os sistemas de custeio empregados são o histórico e o estimado, já que os custos são expressos por período, em métodos quantitativos que permitem aplicá-los como informação para o planejamento. E, por fim, o método de custeio adotado é o por absorção, no qual os custos indiretos só são alocados às unidades administrativas se o consumo dos recursos se relacionar aos servidores destas unidades. Os diferentes métodos de custeio serão, inclusive, vistos mais a fundo na sequência.

2.2.4 Métodos de Custeio na Administração Pública

Custeio significa apropriação de custos (MARTINS, 2010) e o método é a forma como esses custos são apropriados pela instituição. Escolher um método de custeio não é tão simples quanto parece, pois existem diversos tipos, com defensores para quase todos eles. Autores diferentes também conceituam métodos e nomenclaturas de custeio diferentes, como:

- Custeio por absorção, variável, ABC, RKW (MARTINS, 2010);
- Custeio pleno, por absorção, por atividades, variável e direto (MACHADO; HOLANDA, 2010);
- Custeio por absorção, direto/variável, baseado em atividades (ABC) e padrão (DUTRA, 2010).

Os mais populares, abordados nesta pesquisa, para conhecimento das respectivas diferenças são: por absorção, direto, variável e o método ABC. O Quadro 05 define rapidamente cada um desses métodos, mas na sequência eles são diferenciados com mais detalhes, individualmente.

Quadro 05 – Métodos de Custeio

Custeio por Absorção	Custeio Direto
Alocação dos custos diretos e indiretos aos produtos/serviços para obter o custo total do objeto de custeio.	Cálculo da margem de contribuição de cada produto/serviço (receita menos custos/despesas variáveis) e posterior dedução dos custos/despesas fixas.
Custeio por Atividades (ABC)	Custeio Variável
Alocação aos objetos de custeio dos custos/despesas diretas de cada atividade e rastreamento dos custos/despesas indiretas por direcionadores de custos.	Cálculo da margem de contribuição de cada produto/serviço, considerando apenas a receita obtida menos custos/despesas variáveis.

Fonte: elaborado pela autora (2017)

O Método de Custeio por Absorção se disseminou ao longo do século XX, por conta das indústrias, as quais tinham basicamente custos de produção, como seus custos totais. Nesse momento, a preocupação se baseava apenas na geração de relatórios financeiros; ainda não havia interesse, ou percepção, sobre a utilização desses relatórios como medidas de desempenho dos processos de trabalho (ALONSO, 1999). O custeio por absorção era utilizado, então, para alocar aos produtos/serviços os custos diretos e também os indiretos, visando obter o custo total do objeto de custeio (MAUSS; SOUZA, 2008). Este método consiste em apropriar todos os custos de produção aos bens elaborados, sendo que os demais gastos relacionados aos esforços de produção são distribuídos para os produtos ou serviços (MARTINS, 2010). São desconsideradas as despesas como parte dos estoques dos bens e serviços, pois elas são deduzidas após o valor bruto obtido com o resultado das vendas (DUTRA, 2010).

No entanto, devido a necessidade de separar custos fixos das empresas dos custos de produção e também pelo fato de que cada produto/serviço gera recursos de modo independente do desempenho dos demais produtos/serviços e, conseqüentemente, gera uma margem de contribuição independente, seja ela positiva ou negativa, surgiu o Método de Custeio Direto que se baseia na margem de contribuição (diferença entre o total da receita e a soma dos custos e despesas

variáveis), da qual são deduzidos os custos fixos e as despesas (administrativas e de vendas) para se alcançar o resultado líquido (DUTRA, 2010). Tal método, enfatiza a contribuição de cada produto para a cobertura dos custos indiretos e geração do lucro da empresa. Os custos indiretos são considerados como custos do período, já que não é possível definir precisamente de quais produtos/serviços resultaram, e os custos do período são cobertos pela margem de contribuição direta de cada produto/serviço (MAUSS; SOUZA, 2008).

Similar ao formato utilizado pelo método de custeio direto, surgiu o Método de Custeio Variável, que também aborda a margem de contribuição, com a diferença de serem alocados aos produtos apenas custos e despesas que variam conforme seu volume de produção e venda. Os custos e despesas indiretas ou fixas não são apropriados ao objeto de custeio, pois são considerados como despesas do período e apurados de forma integral no resultado do período. A lucratividade da empresa, então, é medida pela margem de contribuição (receita menos custos e despesas variáveis) (MAUSS; SOUZA, 2008; MARTINS, 2010). Este método é bastante utilizado para fins gerenciais, suporte à tomada de decisões e estudos de viabilidade de implantação de uma empresa (ABBAS; GONÇALVES; LEONCINE, 2012). Entretanto, a partir dos anos 1970, com o progresso tecnológico e a integração da economia mundial, ocorreram mudanças nas estruturas produtivas, bem como nas técnicas de administração e na contabilidade de custos da empresa. Os custos passaram a ser um fator decisivo para a competitividade internacional e metodologias de custeio que contemplassem essas novas necessidades foram se desenvolvendo (ALONSO, 1999).

Surgiu, então, o Método de Custeio Baseado em Atividade (do inglês *Activity Based Costing* - ABC), na segunda metade dos anos 1980, o qual, diferente dos demais custeios que apuram os custos, mostra como se formam os custos nas organizações (ALONSO, 1999). Afinal, o ABC usa os direcionadores de custos para encontrar a causa do surgimento de determinado custo indireto, destinando-o ao objeto que o causou e reduzindo a arbitrariedade na alocação dos custos indiretos (MAUSS; SOUZA, 2008; MARTINS, 2010). O ABC atribui, então, aos objetos de custeio (produtos, serviços, clientes) todos os custos e despesas, sendo os diretos por apropriação e os indiretos, foco deste método, rastreados por direcionadores de custos (DUTRA, 2010). A prerrogativa básica do ABC é de que os custos são gerados pelas atividades, as quais são ações que usam recursos humanos,

materiais, tecnológicos e financeiros para produção de bens/serviços (MARTINS, 2010). Essas atividades são mapeadas e pode ser feita uma descrição da forma pela qual os recursos são consumidos dentro da organização, identificando ainda as atividades que agregam (ou não) valor ao produto/serviço (ALONSO, 1999).

Cada método traz consigo particularidades que podem ser positivas e/ou negativas. Por isso, cabe a organização escolher o que está mais adequado a sua realidade. Vale lembrar que, por exemplo, o custeio por absorção é a técnica que melhor atende aos critérios contábeis e exigências legais (MARTINS, 2010), o ABC, apesar de apresentar uma certa dificuldade em relação à sua implantação e quantidade de controles necessários para realizar registros, tem grande aplicabilidade na administração pública, já o método do custeio variável é o mais utilizado para fins gerenciais, devido ao suporte para tomada de decisões (ABBAS; GONÇALVES; LEONCINE, 2012) e o custeio direto é o método que se encontra mais voltado para o mercado (BEULKE; BERTÓ, 1997).

Nakagawa (1993) defende que o custeio ABC é a essência da Gestão Estratégica de Custos (CMS, do inglês *Cost Management System*) por assumir uma posição mais proativa, voltada para o planejamento, gestão e redução de custos, já que o ABC permite realizar a contabilidade com base nas atividades, eliminando custos de atividades que não adicionam valor e permitindo melhor controle. Mas, este mesmo autor também resgata a importância de três elementos para a implementação de um sistema de custeio por atividades: centros de atividades (reúnem as atividades de todos os segmentos do processo de produção de bens ou serviços), direcionadores de custos (servem para desagregar custos e descobrir a relação causa e efeito dos custos das diversas atividades) e categoria de recursos (reúne as diferentes contas dos recursos e facilita a identificação dos direcionadores) (NAKAGAWA, 1993).

Por isso, considerando o que foi exposto em relação aos métodos de custeio mais populares, acredita-se que, apesar do método ABC apresentar maior dificuldade de implantação, demonstra também ser a melhor alternativa para a administração pública, especialmente neste momento, em que se busca a evolução da gestão pública com intuito de alcançar uma gestão cada vez mais gerencial, transparente e voltada para o cidadão. Um método de custeio que propicie uma gestão estratégica de custos, de forma nítida como o ABC, pode se mostrar como um caminho para se alcançar uma nova gestão pública.

2.3 SAÚDE E SUSTENTABILIDADE

E o que tudo isso tem a ver com a sustentabilidade? As transformações da administração pública culminaram na obrigação do poder público se mostrar cada vez mais transparente em todos os seus atos perante à sociedade, incluindo as despesas. As finanças e a contabilidade públicas, por meio do uso de sistemas de custos, podem auxiliar na correta alocação de recursos e, ao longo do tempo, na melhoria dos serviços públicos ofertados. Saúde é um dos principais serviços públicos prestados pelos entes de federação e pode ajudar no alcance dos ODM/ODS, que são estratégias para se alcançar uma sociedade sustentável. Por isso, para entender essa relação saúde-sustentabilidade é interessante verificar como se caracteriza a saúde no Brasil e no mundo para depois identificar seus reflexos na busca da sustentabilidade.

A saúde é hoje um tema de grande relevância, em qualquer contexto, porém, nem sempre foi motivo de preocupação coletiva. Afinal, somente quando as primeiras epidemias começaram a afetar um maior número de pessoas, foi que se começou a pensar no que causavam as doenças. A partir disso, foi possível evoluir e fazer grandes descobertas, refletindo sobre as formas de se evitar e conter o contágio de doenças. Nesse momento, os pesquisadores começaram a identificar que havia uma relação de interferência do contexto social sobre a saúde da população, já que o crescimento das cidades nem sempre apresentava condições adequadas de habitação, saneamento, entre outros (CARLOS NETO; DENDASCK; OLIVEIRA, 2016).

Em 1948, as Nações Unidas, por meio da Declaração Universal dos Direitos Humanos, reconheceram que “todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis” (ONU, 2009). Desde então, a promoção da saúde, uma função central da saúde pública, entende que saúde é um determinante de qualidade de vida, incluindo ainda o bem-estar mental e espiritual, conforme a atual concepção adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS): “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1946).

No Brasil, a história dos cuidados com a saúde do brasileiro passou por alguns marcos, como na época da extração da borracha e do manganês, em que foi criado um completo programa de saúde associado ao saneamento para atender a população envolvida, denominado Serviços Especiais de Saúde Pública (Sesp). Além disso, uma Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, se destacou pelo fato de levantar o estudo de propostas para a criação de um sistema de saúde que fosse voltado para todos os cidadãos e organizado de modo descentralizado, isto é, com protagonismo do município (CARVALHO, 2013).

Antes do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde desenvolvia ações de promoção da saúde e prevenção de doenças em caráter universal, sem discriminação, nas campanhas de vacinação e controle de endemias. O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que depois passou a ser chamado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) era o meio com o qual o poder público atuava na área da saúde. Porém, em relação à assistência, o INAMPS não era universal, pois beneficiava apenas os trabalhadores com “carteira assinada” e seus dependentes (Ministério da Saúde, 2002).

Carvalho (2013) lembra que foi uma crise da previdência, na década de 1980, que fez com que houvesse uma ligação mais forte entre o INAMPS e os serviços públicos de saúde. E, no fim da década de 1980, o INAMPS adotou medidas que o aproximaram de uma cobertura universal, culminando, em 1987, na instituição conhecida como Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), que duraram até 1991, quando se implantou o Sistema Único de Saúde (SUS) (Ministério da Saúde, 2002).

O SUS foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e consolidado pelas Leis nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990. E, segundo o primeiro parágrafo da Lei nº 8.080/1990, o Estado é responsável por garantir a saúde por meio da formulação e execução de políticas econômicas e sociais que busquem reduzir os riscos de doenças e agravos, e também pelo estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

Por isso, o SUS é constituído por um “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” (BRASIL, Art. 4º, Lei nº 8.080/1990). As ações e serviços no sistema SUS

devem ser desenvolvidas com base nos seguintes princípios, de acordo com o Art. 7º, da Lei nº 8.080/1990: universalidade de acesso, integralidade de assistência, preservação da autonomia das pessoas, igualdade da assistência à saúde, direito à informação, divulgação de informações sobre serviços, utilização da epidemiologia para estabelecer prioridades, participação da comunidade, descentralização político-administrativa, integração de ações de saúde, meio ambiente e saneamento, conjugação de recursos dos entes federativos na prestação de serviços, capacidade de resolução de serviços em todos os níveis de assistência, organização do serviço evitando duplicidades e, por fim, organização do atendimento específico para públicos específicos.

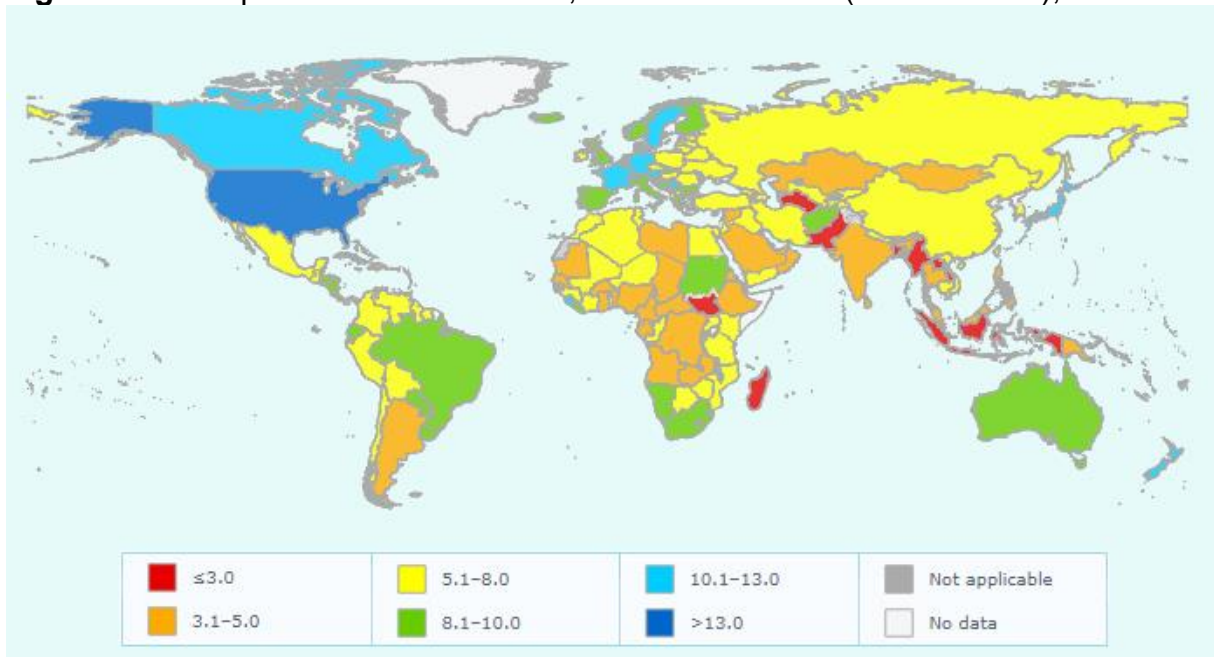
Roa, Cantón & Ferreira (2016) destacam que o Brasil, se comparado a países da América do Sul, como Argentina, Chile, Colômbia, Peru, Uruguai e Venezuela, é o único com um sistema de saúde público e universal. No Chile existe um sistema de seguro social de saúde segmentado, constituído por um setor público e outro privado. Já o sistema de saúde colombiano consiste em um seguro de saúde obrigatório financiado por impostos e contribuições sobre o salário. O Uruguai separa as funções de prestação e financiamento, admitindo os setores público e privado. Na Argentina, diferentes localidades, oferecem sistemas público (universal), privado (voluntário) e *Obras Sociales* (obrigatório para trabalhadores formais). Na Venezuela, o sistema de saúde está integrado por um setor público, o seguro social e um setor privado. E no Peru, devido a um sistema segmentado, um terço da população não tem nenhum tipo de cobertura em sistemas de saúde. O sistema de saúde brasileiro fornece acesso universal e integral aos serviços de saúde, financiados com receitas de contribuições e impostos, em que participam as três esferas de governo (união, estados e municípios).

Em outros países, como Reino Unido, o sistema de saúde oferece acesso gratuito para toda a população, mantendo seu foco na atenção básica. No Canadá, por outro lado, a atenção primária ainda não é acessível a todos e há dificuldade de acesso para povos tradicionais, como indígenas. Em Portugal, cerca de 66% da cobertura em saúde é financiada por recursos públicos, sendo o restante pago por planos privados ou vinculados a categorias profissionais específicas. A Costa Rica é a que mais se assemelha ao Brasil, pois oferta um sistema de saúde baseado em seguro público de saúde, de caráter universal, solidário e obrigatório. O

financiamento do sistema costarrriquenho se baseia em cotas pagas por empregadores, empregados e governo (CONASS, 2018).

Cada país tem características diferentes em relação à oferta de sistemas de saúde e da mesma maneira, demonstram índices diversos sobre os investimentos realizados, como mostra a Figura 02, a qual apresenta as despesas em saúde, incluindo o público e o privado.

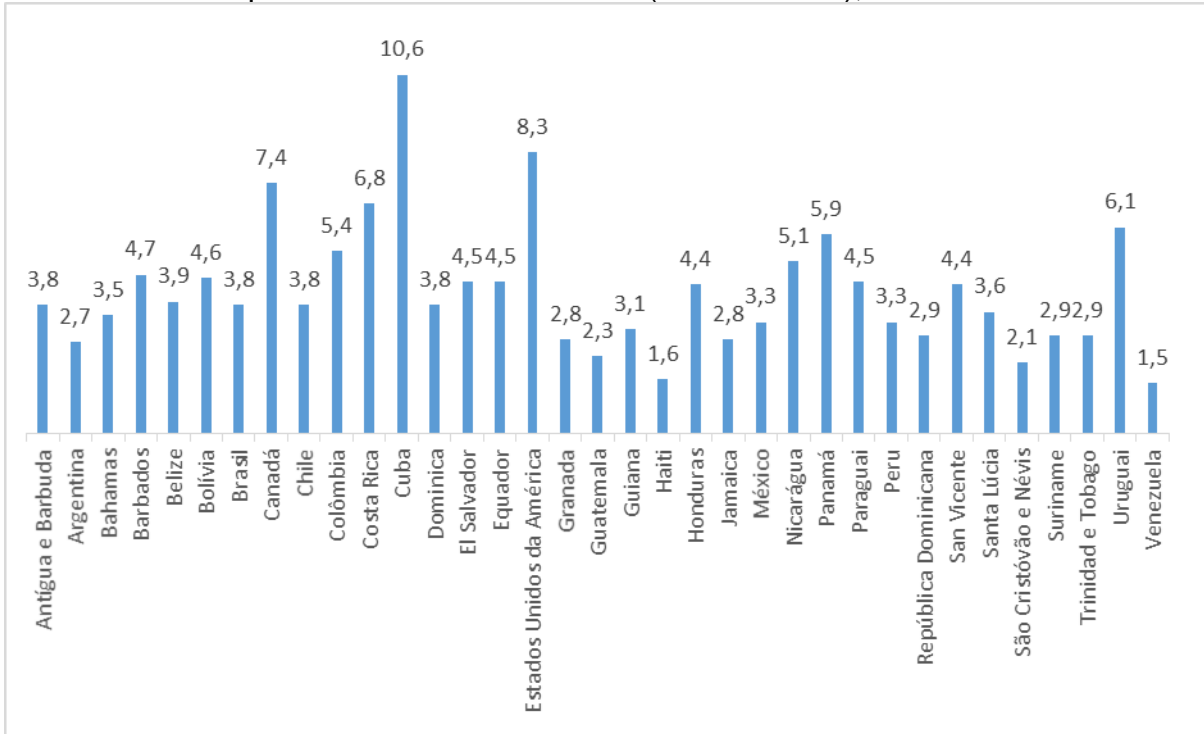
Figura 02 – Despesas Totais de Saúde, Público e Privado (em % do PIB), em 2014



Fonte: Organização Mundial de Saúde (OMS)

Poucos países investem mais que 10% do seu PIB em saúde e quem o faz são os países desenvolvidos. O Brasil, juntamente com alguns países em desenvolvimento, está entre os que aplicam de 8% a 10% do PIB anual em saúde. E se este mesmo olhar for feito somente sobre a porcentagem dos investimentos públicos será possível perceber uma redução dos gastos com saúde. O Gráfico 01 mostra as diferenças desses percentuais entre países do continente americano.

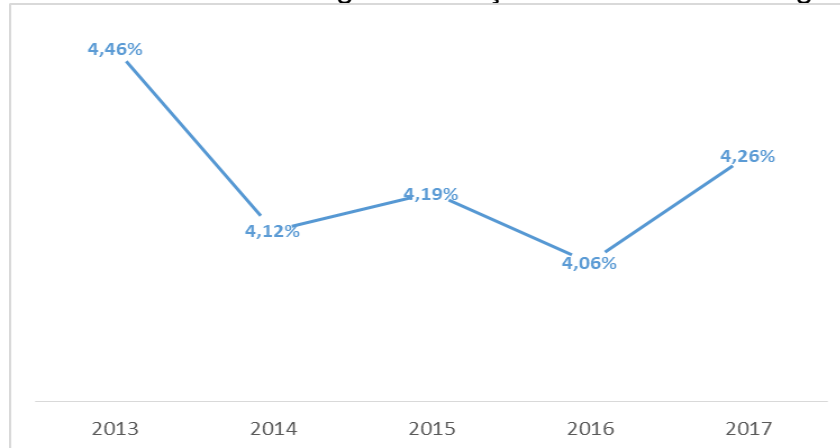
Gráfico 01 – Despesas Nacionais em Saúde (em % do PIB), em 2014



Fonte: elaborado pela autora com dados de PAHO (2018)

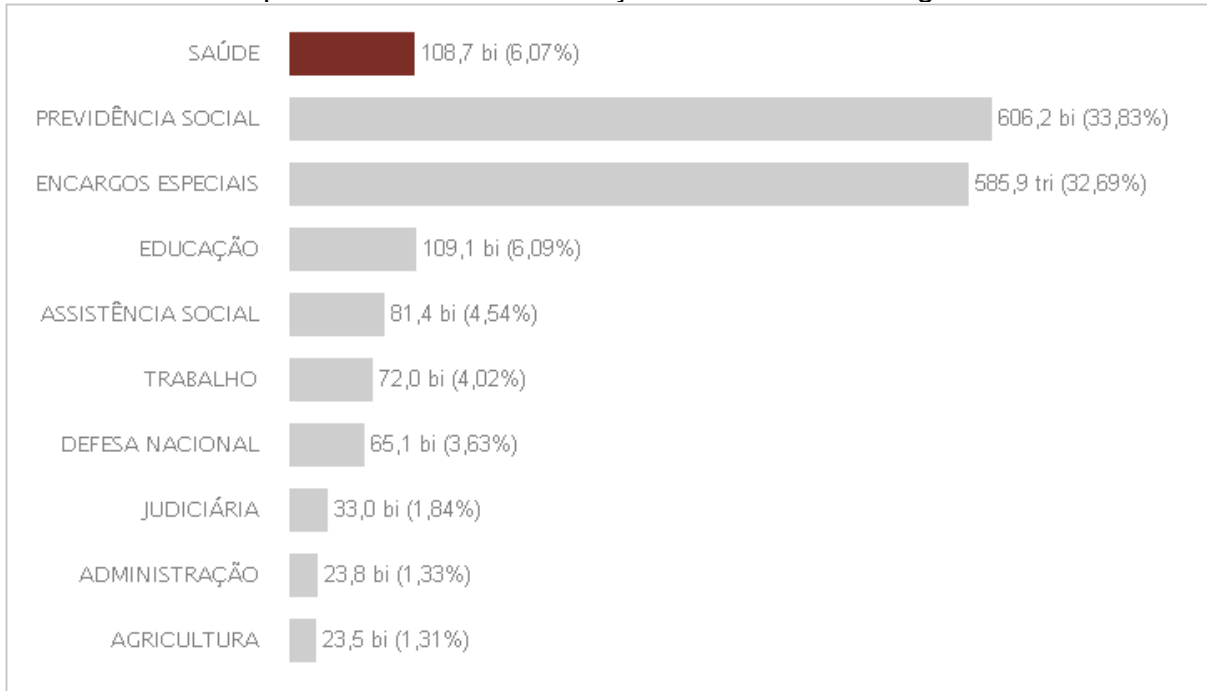
O Brasil, ao longo dos anos, se manteve com uma média de 4,22% do orçamento da União, pago em saúde, como se pode ver no Gráfico 02.

Gráfico 02 – Porcentagem do Orçamento da União Pago em Saúde



Fonte: elaborado pela autora com dados SIGA Brasil | Painel Cidadão (2018)

Ao comparar os gastos do governo, observando o orçamento geral e os respectivos setores, identifica-se que a saúde não é a área que recebe mais recursos, pois ela fica atrás da previdência social, encargos especiais e a educação, como se pode ver no Gráfico 03.

Gráfico 03 – Comparativo de Saúde no Orçamento Efetivo – Pago em 2016

Fonte: SIGA Brasil | Painel Cidadão (2018)

O Gráfico 03 mostra que a saúde é uma das prioridades do Brasil, mas não é a que recebe mais recursos. Tendo o país apostado na implantação de um sistema de saúde público e universal, ainda investe menos do que países que não tem a mesma característica. Nesse sentido, há que se pensar nos investimentos realizados, alocando-os do modo mais eficiente possível, já que o compromisso com a melhoria dos serviços em saúde, auxilia a administração pública a caminhar rumo ao alcance da meta proposta para a saúde pelos ODS: “boa saúde e bem-estar”.

É bom lembrar que a ONU propôs, em 2015, a partir do legado dos Objetivos do Milênio (ODM), uma nova agenda mundial denominada Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), composta por 17 metas para serem buscadas até 2030. O intuito é dar continuidade aos ODM, buscando concretizar direitos humanos de todos, alcançar a igualdade de gênero e empoderamento das mulheres (Portal ONUBR, s/ ano). Diante da importância dessa agenda, são destacados os ODS propostos: 1) Erradicação da pobreza; 2) Fome zero; 3) Boa saúde e bem-estar; 4) Educação de Qualidade; 5) Igualdade de gênero; 6) Água limpa e saneamento; 7) Energia acessível e limpa; 8) Emprego digno e crescimento econômico; 9) Indústria, inovação e infraestrutura; 10) Redução das desigualdades; 11) Cidades e comunidades sustentáveis; 12) Consumo e produção responsáveis;

13) Combate às alterações climáticas; 14) Vida debaixo d'água; 15) Vida sobre a terra; 16) Paz, justiça e instituições fortes; 17) Parcerias em prol das metas.

De certa forma, todas essas metas estão interligadas com o único fim de construir um mundo melhor. Várias delas podem levar, como consequência, à melhoria da saúde. Entretanto, o objetivo que está diretamente relacionado à saúde é o item 3: “boa saúde e bem-estar”. Este objetivo se abre em outros temas com metas específicas, como se fossem “frentes de trabalho” a serem desenvolvidas: Mortalidade Materna, Mortalidade Infantil, AIDS e outras Doenças Transmissíveis, Doenças Não Transmissíveis, Álcool e Outras Drogas, Acidentes de Transportes Terrestres e Planejamento Familiar.

O Portal ODS (sem ano) propicia a visualização de desempenho dos indicadores relacionados a todos os 17 objetivos propostos, por meio de relatórios dinâmicos que oferecem a identificação dos estados e municípios brasileiros. A partir dessa ferramenta, foi elaborado o Quadro 06 que demonstra o indicador e o respectivo *status* no Estado do Paraná e no Município de Londrina, referentes ao ODS 03 – Boa Saúde e Bem-Estar”. Foram utilizados os *rankings* positivos e negativos disponíveis nos relatórios como referências para comparações em cada item. Os dados referem-se ao ano de 2015, exceto no caso das informações sobre o tema “álcool e outras drogas”.

Quadro 06 – Indicadores Relacionados ao ODS 03 – Boa Saúde e Bem-Estar, no Paraná e em Londrina, em 2015

Indicadores	Parâmetro	Paraná	Londrina
Mortalidade Materna	Reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos	8º melhor colocado entre os estados brasileiros, com 51,57 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos. OBS.: em 1º lugar ficou o estado de Santa Catarina com 30,86 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos.	10º melhor lugar entre as cidades do Paraná, com 54,31 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos. OBS.: em 1º lugar, vários municípios paranaenses menores com nenhum óbito.
Mortalidade Infantil	Acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos	5º melhor colocado entre os estados brasileiros, com 12,38 óbitos a cada mil nascidos vivos. OBS.: em 1º lugar ficou o estado de Santa Catarina com 11,36 óbitos a cada mil nascidos vivos.	Não apareceu nem no melhor, nem no pior <i>ranking</i> . A taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos, foi de 9,78 óbitos a cada mil nascidos vivos. E a taxa de mortalidade de crianças menores de um ano, foi 8,55 óbitos. OBS.: em 1º lugar, vários municípios paranaenses menores com nenhum óbito.
AIDS e outras Doenças Transmissíveis	Acabar com epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças pela água e outras doenças transmissíveis	7º pior colocado entre os estados brasileiros, com taxa de incidência de 18,65 casos a cada 100 mil habitantes e taxa de mortalidade de 5,29 óbitos a cada 100 mil habitantes. OBS.: São Paulo apresenta os piores índices com 16,34 (taxa de incidência) e 5,78 (taxa de mortalidade) a cada 100 mil habitantes. Sobre as doenças transmitidas por mosquitos, o Paraná aparece em 9º melhor lugar, com uma taxa de mortalidade de 0,19 óbitos a cada 100 mil habitantes.	2º pior lugar entre as cidades do Paraná, com taxa de incidência de 16,05 casos a cada 100 mil habitantes e taxa de mortalidade de 7,30 óbitos a cada 100 mil habitantes. OBS.: Curitiba figura com os piores índices, sendo 28,89 (taxa de incidência) e 6,17 óbitos a cada 100 mil habitantes. Em relação às doenças transmitidas por mosquitos (malária, febre amarela, dengue, leishmaniose), o município não apresentou óbitos a cada 100 mil habitantes.
Doenças Não Transmissíveis	Reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover saúde mental e bem-estar	4º pior colocado entre os estados brasileiros, com 328,70 óbitos a cada 100 mil habitantes. OBS.: Rio de Janeiro tem o pior número com 392,26 óbitos a cada 100 mil habitantes.	Não aparece no <i>ranking</i> positivo e nem no negativo. Apresentou óbitos prematuros de pessoas de 30 a 69 anos em decorrência de diabetes <i>mellitus</i> (13,08%), doenças cardiovasculares (36,46%), doenças respiratórias (5,67%) e neoplasias (44,79%). OBS.: o município de Renascença aparece em primeiro lugar do <i>ranking</i> positivo com apenas 89,87 óbitos a cada 100 mil habitantes, sendo: 33,33% (diabetes mellitus), 0% (doenças cardiovasculares e respiratórias) e 66,67% neoplasias.

<p>Álcool e Outras Drogas (dados referentes ao ano de 2016)</p>	<p>Reforçar a prevenção e tratamento do abuso de substâncias (drogas entorpecentes e uso nocivo de álcool)</p>	<p>Em 2016, foram 10,929 internações, sendo 47,34% (transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool), 42,37% (transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outras substâncias psicoativas), 10,10% (doença alcoólica do fígado), 0,18% (evidência de alcoolismo determinada pelo nível da intoxicação).</p> <p>OBS.: o Paraná aparece em 2º lugar nos casos de doença alcoólica do fígado e em 1º em casos de evidência de alcoolismo determinada por taxas de alcoolemia</p>	<p>Londrina não aparece no <i>ranking</i> positivo e nem no <i>ranking</i> negativo. Apresentou em 2016, os seguintes dados: 436 internações, sendo 42,89% (transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool), 42,20% (transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outras substâncias psicoativas) e 14,91% (doença alcoólica do fígado).</p>
<p>Acidentes de Transportes Terrestres</p>	<p>Reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes nas estradas</p>	<p>O Paraná não apareceu nem no <i>ranking</i> positivo e nem no negativo, mas apresentou taxa de mortalidade devido a acidentes de transporte terrestre de 24,53 óbitos a cada 100 mil habitantes.</p> <p>OBS.: em 1º melhor lugar, ficou o estado do Amazonas com 12,34 óbitos a cada 100 mil habitantes.</p>	<p>Londrina também não apareceu em nenhum dos dois <i>rankings</i>, demonstrando como taxa de mortalidade devido a acidentes de transporte terrestre o valor de 25,72 óbitos para cada 100 mil habitantes.</p> <p>OBS.: diversos municípios aparecem em 1º lugar, com nenhum óbito nessa condição.</p>
<p>Planejamento Familiar</p>	<p>Assegurar acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva</p>	<p>7º melhor colocado no <i>ranking</i> mães adolescentes (10 a 19 anos), com 16,84%.</p> <p>OBS.: em 1º lugar, o Distrito Federal, com 12,31%.</p> <p>10º melhor colocado no <i>ranking</i> percentual de escolares que receberam orientação, na escola pública, sobre AIDS ou outras DSTs com 87,90%.</p>	<p>Londrina não está no <i>ranking</i> positivo e nem no negativo, apresentando o percentual de 12,72% das crianças que nasceram de mães adolescentes (10 a 19 anos).</p>

Fonte: elaborado pela autora com base nos Relatórios Dinâmicos do Portal ODS (sem ano)

Essas informações indicam que ainda é preciso avançar e trabalhar para se buscar melhorar o desempenho dos indicadores dos ODS. Bresser-Pereira (2005) ressaltou que a administração pública é fundamental para os ODM/ODS, na medida em que os Estados puderem estar munidos de aparelhos com capacidade suficientemente forte para promovê-los. Nesse sentido, os Estados dependem de suas instituições políticas democráticas que asseguram a lei, garantem direitos e tornam o governo legítimo. Além disso, dependem também da qualidade de suas políticas públicas, especialmente as de cunho econômico e social. E, por fim, os Estados também precisam de uma administração pública de qualidade, capaz de implementar essas leis e políticas destacadas anteriormente.

A administração pública carece, portanto, de ferramentas que ofereçam suporte para o exercício de suas atividades caminharem rumo aos ODS. Se o poder público puder contar com uma estrutura forte o suficiente para subsidiar as ações sustentáveis, também precisará de planejamento e orçamento para as devidas destinações financeiras. Para que sustentabilidade e saúde pública sejam uma realidade existente em um mesmo contexto, é inerente à administração pública saber quanto se gasta com saúde. E, como já mencionado, o controle dos custos na administração pública pode ser uma ferramenta que a ajudará a construir uma sociedade sustentável. Assim, a busca dos ODS e também a prática da NPS na administração pública podem se destacar como instrumentos capazes de levar à sustentabilidade.

2.4 LEVANTAMENTO BIBLIOMÉTRICO E ESTUDOS APLICADOS

Antes de ir a campo para coletar dados, é necessário realizar uma análise sobre a área que se pretende estudar. Com isso, pode-se verificar o que já foi estudado e que, por isso, não faria muito sentido o aprofundamento, e também o que ainda apresenta lacunas e que, nesse caso, se mostra como uma oportunidade de pesquisa, que pode efetivamente contribuir para a área a ser trabalhada.

Por isso, esta seção se subdivide em duas partes: uma para apresentar o levantamento bibliométrico, isto é, um levantamento com as referências mais importantes identificadas na temática “custos na administração pública”. Outra com as pesquisas já realizadas em relação ao tema de estudo deste trabalho: custos da saúde pública voltados para a atenção básica.

2.4.1 Levantamento Bibliométrico

A partir de estudos realizados pelo grupo de pesquisa do Centro de Estudos Sociais Aplicados (CESA), da Universidade Estadual de Londrina (UEL), intitulado “Análise da Evolução da Relação entre Custos e Desempenho das Escolas Municipais de Londrina/PR”, coordenado pelo professor Saulo Fabiano Amâncio Vieira, foram identificados em periódicos internacionais e nacionais, em congressos e nas teses e dissertações, as obras que estavam relacionadas com o termo “custos na administração pública”, por meio de levantamento bibliométrico. Devido às características, o estudo referente a cada tipo de publicação foi conduzido por um colaborador diferente do projeto de pesquisa. Assim, nos periódicos internacionais e nacionais a responsável foi Lealis Vaz Meleiro Lopes, nos congressos, Guilherme Giacheti, e nas teses e dissertações, Caroline Marilac Flor.

Em todas as pesquisas, foram utilizadas a palavra “custos/cost” para levantar material das principais plataformas de buscas, ou seja, dos principais periódicos, congressos e instituições. Nos trabalhos encontrados, o termo “custos/cost” deveria aparecer em todo o material e “administração pública/*public administration*” deveria estar presente no resumo/*abstract* da pesquisa. A partir das referências desses trabalhos levantados, foi possível conhecer as quantidades de citações e definir quais os autores e as obras mais relevantes no campo de estudo da Administração Pública.

Em relação à evolução das publicações, foi possível identificar que nos periódicos internacionais, o maior número se deu a partir de 2011. Por outro lado, nos periódicos nacionais, o ano com o maior número de publicações foi 2010, com queda ou estancamento nos anos posteriores. Já os congressos, tiveram mais publicações em 2012, 2015 e 2016. As teses e dissertações apresentaram mais trabalhos publicados em 2014 e 2015, com queda no ano seguinte. Isso significa que a temática vem apresentando crescimento considerável de estudos, tendo em vista que no cenário nacional estudava-se muito pouco a área antes de 2010. No exterior, já se pesquisava o contexto público desde o início do novo século, sendo que as pesquisas anteriores eram pouco representativas quantitativamente.

No que diz respeito às instituições vinculadas aos autores das obras, as principais, nos periódicos internacionais foram *Florida State University*, *Indiana University*, *Naval Postgraduate School*, *Arizona State University* e *University of*

Wisconsin. Para os periódicos nacionais, as instituições que se destacaram foram a USP, a FGV e a UFSC. Quanto aos congressos, os destaques ficaram com a UFSC, UFPR, UFMG, UEL e USP. Teses e dissertações demonstraram a UERJ, UFSC, FGV, USP, FECAP, UEL e UTFPR como principais instituições vinculadas aos autores com maior representatividade no levantamento bibliométrico.

O Quadro 07 apresenta as obras mais citadas, considerando todos os trabalhos e também as que mais se repetiram, em diferentes trabalhos.

Quadro 07 – Principais Obras Mais Citadas em Periódicos Internacionais

Referências com Maior Número de Citações (Total dos Trabalhos)
Primary sources. Archivo del Ducado de Medinaceli Seccion de Alcala (ADMSA)
Appendix B1, Answers to Rural Queries, Report from His Majesty's Commissioners for Inquiry into the Administration and Practical Operation of the Poor Laws, 1834. British Parliamentary Papers, vol. 34.
MEYER, J. W. 1986. Institutional and organizational rationalization in the mental health system. In <i>The Organization of Mental Health Services</i> . (W. R. Scott and B. L. Black, eds.) Beverly Hills, CA: Sage Publications, pp. 15-29.
Appendix A, Reports of Assistant Commissioners, Report from His Majesty's Commissioners for Inquiry into the Administration and Practical Operation of the Poor Laws, 1834. British Parliamentary Papers, vols. 28–29.
Primary sources. Archivo Municipal de Sevilla (AMS)
PROVAN, K. G.; MILWARD, H. B. (2001). Do networks really work? A framework for evaluating public sector organizational networks. <i>Public Administration Review</i> , 61, 414-423.
POYTER, J.R., 1969. <i>Society and Pauperism. English Ideas on Poor Relief, 1795–1834</i> . Routledge & Kegan Paul, London.
EASTWOOD, D., 1994. <i>Governing rural England. In: Tradition and Transformation in Local Government 1780–1840</i> . Clarendon Press, Oxford.
Referências com Maior Número de Citações (Diferentes Trabalhos)
WILLIAMSON, O. (1985) <i>The Economic Institutions of Capitalism</i> , New York: Free Press.
HOOD, C. 1991 "A Public Management for All Seasons?" <i>Public Administration</i> 69:1:3-20.
HEFETZ, A.; WARNER, M. E., 2004. "Privatization and its Reverse: Explaining the Dynamics of the Government Contracting Process." <i>Journal of Public Administration Research and Theory</i> 14(2): 171–190.
SMITH, S. R.; LIPSKY, M. (1993). <i>Nonprofits for hire</i> . Cambridge, MA: Harvard University Press.
SCLAR, E. (2000). <i>You don't always get what you pay for: The economics of privatization</i> . Ithaca, NY: Cornell University Press.
ROMZEK, B.; JOHNSTON, J. (2002). Effective contract implementation and management: A preliminary model. <i>Journal of Public Administration Research and Theory</i> , 12, 423-453.
OSBORNE, D.; GAEBLER, T. <i>Reinventing Government, Plume, New York, NY, 1992.</i>
MEYER, J. W. 1986. Institutional and organizational rationalization in the mental health system. In <i>The Organization of Mental Health Services</i> . (W. R. Scott and B. L. Black, eds.) Beverly Hills, CA: Sage Publications, pp. 15-29.
KETT, D. (1993). <i>Sharing power: Public governance and private markets</i> . Washington, DC: The Brookings Institution

Fonte: LOPES (2017), a partir do Grupo de Pesquisa da UEL

As referências que apresentam o maior número de citações, mediante o total de artigos analisados no levantamento bibliométrico podem ser tomadas como importantes para a área de estudo, justamente por terem sido citadas várias vezes no total de trabalhos de uma categoria, como periódicos internacionais. Além disso, as referências que mais se repetiram, em diferentes artigos, também merecem atenção, pelo fato de que em trabalhos diversos a mesma obra foi utilizada. Nesse caso, a referência é contabilizada uma única vez para cada artigo.

A partir das obras consideradas como referência para a área em estudo (“custos na administração pública”), pode-se adotar as que estão, de alguma forma, relacionadas com o assunto abordado nessa pesquisa – saúde pública. Por isso, o Quadro 07 e os demais quadros desta revisão trazem em negrito os trabalhos mais relacionados com o tema e que, portanto, foram utilizados nesta pesquisa. Como Osborne & Gaebler (1992), que apresentam as principais características de um governo inserido no novo modelo de administração pública, a *New Public Management* (NPM). Hood (1991) chama esses principais aspectos da NPM de doutrinas e questiona se esse novo modelo proposto de fato serve para todos os problemas previstos na gestão pública.

O Quadro 08 relaciona as principais obras dos periódicos nacionais, de acordo com o número de citações totais e de diferentes artigos:

Quadro 08 – Principais Obras Mais Citadas em Periódicos Nacionais

Referências com Maior Número de Citações (Total dos Trabalhos)
FREDERICKSON, H.G.; SMITH, K.B. The public administration theory primer. Cambridge, MA: Perseus Books Group, 2003.
COASE, R. The nature of the firm. <i>Economica</i> , v. 4, n. 16, p. 386-405, 1937.
MARTINS, E. Contabilidade de custos. 9ª ed. São Paulo: Atlas, 2003.
SLOMSKI, V. Mensuração do resultado econômico em entidades públicas: uma proposta. 1996. 82f. Dissertação (Mestrado em Controladoria e Contabilidade) - FEA/USP, São Paulo.
GUERREIRO, R.; FREZATTI, F.; LOPES, A. B.; PEREIRA, C. A. O entendimento da contabilidade gerencial sob a ótica da teoria institucional. <i>O&S</i> , v. 12, n. 35, p. 92-106, 2005.
HOLANDA, V. B.; LATTMAN-WELTMAN, F.; GUIMARÃES, F. (Org.). Sistema de informação de custos na administração pública federal: uma política de Estado. RJ: Editora FGV, 2010.
HOOD, C. The art of the State: culture, rhetoric, and public management. New York: Claredon, 2000.
CARLIN, T. M. Accrual accounting and financial reporting in the public sector: reframing the debate. <i>MGSM Working Papers in Management</i> , Sydney, n. 22, 2003.
MILLER, H.T.; FOX, C.J. Postmodern public administration. New York: ME Sharpe, 2007.
Referências com Maior Número de Citações (Diferentes Trabalhos)
MARTINS, E. Contabilidade de custos. 9ª ed. São Paulo: Atlas, 2006.
ALONSO, M. Custos no serviço público. Rev. Serviço Público, v. 50, n. 1, p. 37-63, 1999.
HORGREN, C. T.; FOSTER, G.; DATAR, S. M. Contab. de custos. 9ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 2000.
BEULKE, R.; BERTÓ, D. J. Gestão de custos e resultado na saúde. São Paulo: Saraiva, 1997.
BLÖNDAL, Jón R Issues in accrual budgeting. <i>OECD Journal on Budgeting</i> , Paris, v. 4, n. 1, 2004.
HOLANDA, V. B.; LATTMAN-WELTMAN, F.; GUIMARÃES, F. (Org.). Sistema de informação de custos na administração pública federal: uma política de Estado. RJ: Editora FGV, 2010.
MACHADO, Nelson. Sistema de informação de custo. Brasília: Enap, 2005.
MARTINS, D. Custos e orçamento hospitalar. São Paulo: Atlas, 2000
MAUSS, C.V.; SOUZA, M.A. de. Gestão de custos aplicada ao setor público: modelo para mensuração e análise da eficiência e eficácia governamental. São Paulo: Atlas, 2008.
MOURA, J. F. de M. O sistema de contabilidade do governo federal na mensuração dos custos dos programas de governo e das unidades gestoras. 2003. Dissertação (Mestrado em Contabilidade) - Universidade de Brasília, Brasília.
OSBORNE, D.; GAEBLE, T. Reinventing government: how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector. New York: Penguin Group, 1992.
PEREIRA, J. R. T.; SILVA, A. C. A importância da implantação de sistema de custo para a gestão do setor público. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, 10, 2003. Anais... 2003.
SLOMSKI, V. Mensuração do resultado econômico em entidades públicas: uma proposta. 1996. 82f. Dissertação (Mestrado em Controladoria e Contabilidade) - FEA/USP, São Paulo.
WIEMER, A. P. M.; RIBEIRO, D. C. Custos no serviço público. In: CONGRESSO USP DE CONTROLADORIA E CONTABILIDADE, 4, 2004. Anais... São Paulo, SP.

Fonte: LOPES (2017), a partir do Grupo de Pesquisa da UEL

As obras destacadas em negrito, no Quadro 08, são as que podem contribuir mais para esta pesquisa. Martins (2003; 2006) traz a temática da contabilidade de custos para fins decisórios e gerenciais, voltando-se para o contexto brasileiro. Neste trabalho, foi utilizada a publicação de 2010, décima

edição. Holanda, Lattman-Weltman & Guimarães (2010) contam a história de uma estratégia nacional em prol da melhoria da qualidade da gestão pública: a implantação do Sistema de Informação de Custos do Governo Federal. Alonso (1999) traz a questão da importância da adoção de um sistema de custos no serviço público, entendendo que o método de custeio ABC seja o mais adequado para a realidade brasileira. Beulke e Bertó (1997) oferecem uma espécie de guia aos profissionais da saúde sobre a estruturação de custos e modelos gerenciais para avaliação de desempenho dos negócios em saúde, com foco em hospitais conveniados e SUS. Mauss & Souza (2008) buscam reduzir as deficiências dos sistemas de gestão dos gastos públicos. Por isso, utilizam-se de conceitos econômicos comuns à iniciativa privada para proporem um modelo para mensuração e análise da eficiência e eficácia governamental, além de apresentarem as bases dos sistemas de custeios. Moura (2003) chama a atenção para a necessidade de um sistema de contabilidade de custos, no Brasil, como forma de enfrentar o mais recente cenário imposto pela NPM, que propõe inúmeras reformas ao modelo burocrático de administração pública. E, por fim, Osborne & Gaebler (1992), destacada no Quadro 08, é uma obra já indicada no Quadro 07 como uma das principais referências para o tema.

O Quadro 09 apresenta as principais obras mais citadas nos congressos nacionais, segundo a quantidade de citações totais, considerando todos os trabalhos analisados em congressos, em números absolutos, e também nos diferentes artigos, contados uma única vez:

Quadro 09 – Principais Obras Mais Citadas em Congressos Nacionais

Referências com Maior Número de Citações (Total dos Trabalhos)
MAUSS, C. V.; SOUZA, M. A. Gestão de custos aplicada ao setor público: Modelo para Mensuração e Análise da Eficiência e Eficácia Governamental. São Paulo: Atlas, 2008.
MARTINS, E. Contabilidade de Custos. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 1996.
ALONSO, M. Custos no serviço público. Revista do Serviço Público, Brasília, ENAP, ano 50, n.1, Jan./Mar., 1999.
MACHADO, N.; HOLANDA, V. B. Diretrizes e Modelo Conceitual de Custos para o Setor Público a partir da Experiência do Governo Federal do Brasil. Revista de Administração Pública, 44 (4), 791-820, 2010.
FARIA, F. P.; JANUZZI, P. M.; SILVA, S. J. Eficiência dos gastos municipais em saúde e educação: uma investigação através da análise envoltória no estado do Rio de Janeiro. RAP - Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 42 (1): 155-177, jan./fev. 2008.
MACHADO, N. Sistema de informação de custo: diretrizes para integração ao orçamento público e à contabilidade governamental. 1ª ed. Brasília: ENAP, 2005.
Referências com Maior Número de Citações (Diferentes Trabalhos)
MARTINS, E. Contabilidade de custos. São Paulo: Atlas, 2010.
ALONSO, M. Custos no serviço público. Revista do Serviço Público, Brasília, ENAP, ano 50, n.1, Jan./Mar, 1999.
BRASIL. Lei nº 101, de 04 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências
MAUSS, C. V; SOUZA, M. A. Gestão de Custos Aplicada ao Setor Público: modelo para mensuração e análise da eficiência e eficácia governamental. São Paulo: Atlas, 2008.
MACHADO, N. Sistemas de informação de custos – diretrizes para integração ao orçamento público e à contabilidade governamental. Brasília: ENAP, 2005.
BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1988.
BRASIL. Lei nº. 4.320/64, de 17 de março de 1964. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal
MACHADO, N.; HOLANDA, V. B. Diretrizes e Modelo Conceitual de Custos para o Setor Público a partir da Experiência do Governo Federal do Brasil. Revista de Administração Pública, 44 (4), 791-820, 2010.
SILVA, L. Contabilidade Governamental: um enfoque administrativo. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2003.
BRASIL. Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências

Fonte: GIACHETI (2017), a partir do Grupo de Pesquisa da UEL

Mauss & Souza (2008) e Alonso (1999) são obras já identificadas no quadro anterior. Martins (1996; 2003; 2006; 2010) se destaca com outras edições da mesma obra já comentada, não havendo necessidade de mencionar novamente. Machado & Holanda (2010) apresentam o Sistema de Informações de Custos do Governo Federal, descrevendo o modelo, suas características e, principalmente a importância que um sistema de custos tem para a gestão pública. Faria, Januzzi & Silva (2008) analisam a eficiência dos gastos públicos, em saúde e educação, em

municípios do Rio de Janeiro, por meio da aplicação de análise envoltória de dados. Além das obras, o levantamento bibliométrico em congressos nacionais destacou as normas estabelecidas para ordenamento das finanças e dos contextos de atuação da administração pública. Brasil (2000) normatiza as finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal da administração pública. Brasil (1988) traz a Constituição Federal, a qual pode ser utilizada neste trabalho para fins de apresentação dos direitos sociais relacionados à saúde. Brasil (1964) aborda normas de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Brasil (1967), por fim, dispõe sobre a organização da Administração Federal e estabelece as diretrizes para a Reforma Administrativa.

O Quadro 10 relaciona as principais obras em teses e dissertações, conforme o número de citações totais e em diferentes trabalhos:

Quadro 10 – Principais Obras Mais Citadas em Teses e Dissertações

Referências com Maior Número de Citações (Total dos Trabalhos)
MARTINS, E. Contabilidade de custos. São Paulo: Atlas, 2010.
MAUSS, C. V.; SOUZA, M. A. Gestão de custos aplicada ao setor público: modelo para mensuração e análise da eficiência e eficácia governamental. São Paulo: Atlas, 2008.
ALONSO, M. Custos no serviço público. Brasília: ENAP, 1998 (Texto para Discussão, n. 31).
MACHADO, N. Sistema de informação de custo: diretrizes para a integração ao orçamento público e à contabilidade governamental. 2002. 220 f. Tese (Doutorado em Controladoria e Contabilidade) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, USP, São Paulo, 2002.
MACHADO, N.; HOLANDA, V. B. Diretrizes e Modelo Conceitual de Custos para o Setor Público a partir da Experiência do Governo Federal do Brasil. Revista de Administração Pública, 44 (4), 791-820, 2010.
GAETANI, F.; SCHWARTZMAN, J. Indicadores de produtividade nas Universidades Federais. São Paulo - NUPES, 1991.
PETER, M. G. A.; MARTINS, E.; PESSOA, M. N. M.; PETER, F. A. Proposta de um sistema de custos para as Universidades Federais Brasileiras fundamentado no Activity Based Costing. Anais da XXVII Reunião Anual da ANPAD, São Paulo, 2003.
PEÑALOZA, V. Um modelo de análise de custos do ensino superior. São Paulo - NUPES, 1999.
MARTINS, E.; ROCHA, W. Métodos de custeio comparados: custos e margens analisados sob diferentes perspectivas. São Paulo: Atlas, 2010.
HOLANDA, V. B.; LATTMAN-WELTMAN, F.; GUIMARÃES, F. (Orgs.) Sistema de informação de custos na administração pública federal: uma política de Estado. Rio de Janeiro: FGV, 2010.
MORGAN, B. F. A determinação do custo do ensino na educação superior: o caso da Universidade de Brasília. Brasília: Universidade de Brasília, 2004 (dissertação de Mestrado).
Referências com Maior Número de Citações (Diferentes Trabalhos)
MARTINS, E. Contabilidade de custos. São Paulo: Atlas, 2010.
ALONSO, M. Custos no serviço público. Brasília: ENAP, 1998 (Texto para Discussão, n. 31).
HORNGREN, C. T.; FOSTER G. e DATAR, S. M. Contabilidade de custos. 9ª ed. São Paulo: Livros Técnicos e Científicos, 2000.
MACHADO, N. Sistema de informação de custo: diretrizes para integração ao orçamento público e à contabilidade governamental- Brasília: ENAP, 2005.
MACHADO, N.; HOLANDA, V. B. Diretrizes e Modelo Conceitual de Custos para o Setor Público a partir da Experiência do Governo Federal do Brasil. Revista de Administração Pública, 44 (4), 791-820, 2010.
MAUSS, C. V.; SOUZA, M. A. Gestão de custos aplicada ao setor público: modelo para mensuração e análise da eficiência e eficácia governamental. São Paulo: Atlas, 2008.
MEIRELLES, H. L. Direito administrativo brasileiro. 31ª ed. São Paulo: Malheiros, 2005.
NAKAGAWA, M. Custeio baseado em atividades. São Paulo: Atlas, 2001.
GIACOMONI, J. Orçamento público. 12ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2003
HANSEN, D. R.; MOWEN, M. M. Gestão de custos: contabilidade e controle. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.
KOHAMA, H. Contabilidade Pública: teoria e prática. 7ª. ed. São Paulo: Atlas, 2000.
KAPLAN, R. S.; COOPER, R. Custo e desempenho: administre seus custos para ser mais competitivo. São Paulo: Futura, 1998.
SILVA, L. Contabilidade Governamental: Um Enfoque Administrativo. São Paulo: Atlas, 1997.
SLOMSKI, V. Manual de contabilidade pública: um enfoque na contabilidade municipal. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2006.

Fonte: FLOR (2017), a partir do Grupo de Pesquisa da UEL

O Quadro 10 traz as principais obras mais citadas em teses e dissertações, em números absolutos no total de trabalhos analisados e nas repetições das diferentes pesquisas. Foram destacadas as referências que podem contribuir com este trabalho, das quais é possível identificar que todas já foram comentadas nos quadros anteriores, exceto Giacomoni (2003) que, em seu livro, trata das principais características do sistema e do processo orçamentário do Brasil. Vale ressaltar que foi utilizada uma edição mais recente (2007) da mesma obra, assim como Alonso (1999) que foi priorizado, em detrimento do trabalho anterior – Alonso (1998) – como destacado no Quadro 10.

O levantamento bibliométrico permite compreender o cenário das publicações sobre custos na administração pública, independente do setor (se saúde ou educação, por exemplo), em âmbito nacional e internacional. No contexto nacional, é possível identificar um padrão das obras consideradas como referência para a área de estudo, afinal, tanto nos periódicos nacionais, quanto nos congressos e nas teses e dissertações várias obras se repetiram. As obras mais citadas nos periódicos internacionais, além de serem referência, agregam valor quando presentes em trabalhos e pesquisas brasileiras, pois denotam que o pesquisador “fez o dever de casa” e preocupou-se com o que vem sendo estudado além do seu país de origem.

2.4.2 Estudos Aplicados

Reconhecer as principais obras consideradas como referência para a área é tão importante quanto identificar os estudos aplicados, pois propicia a identificação de uma lacuna para pesquisa, ou seja, o que ainda pede trabalhos mais aprofundados. Por isso, o pesquisador deve procurar saber se outros já estudaram sua área de interesse e caso existam poucas ou nenhuma pesquisa relacionada, pode ser um indício de uma área original, carente de estudos.

Das obras mais relevantes, indicadas pelo levantamento bibliométrico e selecionadas para uso nesta pesquisa, apenas Beulke & Bertó (1997) e Faria *et al.* (2008) se aproximam da temática trabalhada nesta pesquisa. No entanto, Beulke & Bertó (1997) apresentam sua vivência em ambientes de saúde e organizam os custos nestes serviços, em especial, os custos identificados em hospitais e clínicas, ou seja, ainda não está diretamente relacionada com os custos

da atenção básica de saúde. Faria, Januzzi & Silva (2008) realizaram a aplicação de análise envoltória de dados na área de políticas públicas, com intuito de analisar a relação entre as despesas sociais (gastos com educação e cultura, saúde e saneamento) realizadas nos municípios do Rio de Janeiro e os indicadores da condição de vida dos moradores dessas localidades, no final dos anos 1990. Este último estudo aproxima-se da presente pesquisa no tocante à metodologia (análise envoltória de dados) e setor de aplicação (saúde). No entanto, para amparo na formulação de hipóteses desta pesquisa, ainda não é capaz de auxiliar.

Negreiros e Vieira (2014) fizeram um estudo que serve como base para este em relação à metodologia utilizada, pois verificaram a eficiência econômica das escolas municipais da região metropolitana de Londrina. Para isso, realizaram em um primeiro momento o levantamento e cálculo dos custos diretos das 131 escolas individualmente. Nos custos diretos, foram identificados os valores de remuneração de pessoal (professores e funcionários), merenda escolar, material de consumo, manutenção, segurança e outros custos irrisórios. De posse dos números referentes aos custos de cada escola, os autores realizaram uma análise envoltória dos dados para constatação da unidade considerada a mais eficiente. Para uso dessa técnica, na entrada (*inputs*) foram utilizados: número de alunos, titulação dos professores, experiência média dos professores, custos pedagógicos, sociais, administrativos, relação aluno por professor, por outros funcionários e professor por outros funcionários. Na saída (*outputs*), foi inserida apenas a nota do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) de cada escola. Como resultado desse estudo, no que diz respeito aos custos, os autores encontraram a indicação de que 26,72% das escolas possui custo entre R\$ 400 a R\$ 500 mensais por aluno. Por outro lado, existe enorme discrepância na alocação dos recursos públicos entre as unidades. Quanto à eficiência, foi verificado que 70 escolas foram consideradas eficientes, com 100% de índice.

Ainda relacionado à aplicação da técnica de análise envoltória de dados, mas voltado para a saúde, Souza, Scatena e Kehrig (2016) fizeram um estudo exploratório de natureza quantitativa em dez hospitais vinculados ao SUS, tanto públicos quanto privados, do estado de Mato Grosso, para identificar qual hospital é mais eficiente (público ou privado). Para as entradas, os autores utilizaram os seguintes *inputs*: de trabalho (número de médicos e profissionais de enfermagem, de nível técnico, auxiliar e superior), de capital (número de leitos SUS), financeiros

(valor médio mensal recebido do SUS referente às internações cobradas durante o primeiro semestre de 2012). Para as saídas, foram considerados como *outputs*: média de internações SUS somadas a média dos procedimentos de alta complexidade realizados em pacientes internados no período e *proxy* (indicador aproximado) de qualidade, construído a partir da aplicação de instrumento de coleta de dados do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) e da coleta de dados estatísticos junto ao Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Mediante uso desses parâmetros para a análise envoltória dos dados, os autores descobriram que os hospitais privados são mais eficientes que os públicos, também por consequência de um cenário de subfinanciamento da assistência hospitalar enfrentada pelo estado de Mato Grosso no período avaliado.

Na temática custos da atenção básica em saúde do SUS, foram encontrados estudos como o de Castro, Rocha, Marinho & Pinto (2007), que fizeram uma avaliação de dois modelos de Atenção Básica, o chamado modelo “tradicional” e o Programa Saúde da Família, com intuito de verificar os custos e a efetividade em cada um deles. A pesquisa trata-se de um estudo de caso de duas unidades de saúde, consideradas pela Secretaria Municipal de Saúde como semelhantes nas suas características, em Porto Alegre, no ano de 2002. Foi utilizada a metodologia de custeio por absorção, sendo calculadas as despesas com pessoal (terceirizados ou não), gastos com material de consumo; foram levantados ainda os indicadores de políticas públicas, como indicador de oferta (total de atendimentos), indicador da qualidade da atenção (atendimentos pré-natal) e indicador de acesso/utilização dos serviços (cobertura vacinal). Os autores puderam identificar, a partir do estudo, que o modelo de atenção à saúde baseado no Programa Saúde da Família (PSF) foi mais custoefetivo, isto é, apresentou menor custo, realizou maior número de atividades e com maior qualidade no atendimento, se comparado com a UBS sem o apoio do PSF.

O trabalho de Machline & Campos (2002) divulga uma pesquisa realizada em 2000 pelo Consórcio da Fundação Getúlio Vargas (FGV) com a EPOS - *Health Consultants*, para determinar e avaliar os custos do PSF. Na metodologia, foi considerada a obtenção dos seguintes aspectos: custo total e *per capita* de uma equipe básica, por região e por tamanho de município; custo total e *per capita* de uma equipe ampliada (com atendimento odontológico), considerada “ideal”, por região e por tamanho de município; custo médio de um procedimento unitário;

avaliação da adequação do programa em relação a seus custos; custo do programa estendido a 80 milhões de pessoas. O estudo foi aplicado com equipes selecionadas pelas autoridades locais de 12 municípios de cada uma das grandes regiões do país, nos quais o PSF já estivesse consolidado, com implantação há pelo menos um ano. A pesquisa, financiada pelo Ministério da Saúde, permitiu concluir que os custos *per capita* das diferentes equipes, nas diferentes regiões, e até mesmo dentro dos próprios municípios, apresentaram grandes disparidades entre si. Por outro lado, houve unanimidade no que diz respeito ao maior custo apresentado, ou seja, as despesas de pessoal que representaram a maior parcela dos custos em todos os municípios.

Couto (2007) procura fazer uma avaliação econômica dos serviços da Atenção Básica, comparando-os com as receitas disponíveis para o custeio das ações. A análise dos custos foi feita com base na técnica do Custeio por Absorção e as estimativas de receitas foram feitas com base no PAB Fixo, Variável e nos incentivos PACS/PSF, rateadas segundo a população cadastrada no SIAB. O estudo de corte transversal foi feito em dez unidades de saúde (urbana e rural), do município de Vitória da Conquista (BA). Nos custos diretos, foram considerados valores referentes a pessoal, medicamentos, material médico-hospitalar e material de consumo; nos indiretos, foram tomados os custos referentes à administração e manutenção das UBS, como pessoal, material de consumo e despesas administrativas. Além desses, a autora delimitou também os custos fixos (de pessoal) e variáveis (serviços extras). Como resultado, foi possível verificar que o determinante dos custos totais é a conta de pessoal, principalmente das unidades localizadas na zona urbana.

Rocha Filho & Silva (2009) identificaram e analisaram os custos com pessoal na produção das atividades de saúde das oito equipes do PSF que atuavam em duas UBS de Fortaleza (CE), em 2004. Para isso, os autores coletaram custos referentes ao pessoal e aos centros de custos de apoio e também valores quantitativos referentes às ações de saúde das equipes do PSF (incluem-se, nesse quesito, atividade global da equipe PSF, visita médica domiciliar e exame de pré-natal por enfermeiro). Foi utilizada a metodologia de custeio por absorção e foi possível descobrir que os maiores gastos foram com pessoal, principalmente membros das equipes do PSF, seguidos pelos valores gastos com medicamentos. No que diz respeito à produção, a pesquisa identificou que alguns profissionais

apresentaram índices acima das metas programadas, enquanto profissionais médicos e enfermeiros demonstraram produção abaixo do estipulado, com ociosidade, onerando o custo das atividades exercidas.

Apesar destes trabalhos apresentarem relação com este estudo, pode-se dizer que seus objetivos não são os mesmos e que, por isso, há uma certa dificuldade em encontrar resultados similares com o contexto das UBS de Londrina. Diante dessa falta de aproximação dos estudos e da quantidade de estudos encontrados que versam sobre custos na saúde pública, entende-se que essa área ainda carece de pesquisas mais aprofundadas, justificando a necessidade de realização deste trabalho.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Uma pesquisa é sempre realizada com algum intuito. Collins & Hussey (2005), destacam quais seriam alguns dos principais objetivos de uma pesquisa, seja ela quantitativa ou qualitativa: revisar conhecimentos existentes e gerar novos, investigar um problema e fornecer soluções, analisar questões gerais, construir procedimentos ou sistemas e explicar fenômenos. No campo da administração, a pesquisa “é uma função de busca da verdade que reúne, analisa, interpreta e relata informações de modo que as decisões administrativas se tornem mais eficazes” (HAIR *et al.*, 2005, p. 31). Por esse motivo, todos os estágios do processo de pesquisa devem ser completos e rigorosos, trabalhando-os de forma organizada (COLLINS; HUSSEY, 2005). Para isso, é importante desenhar um plano de ação para qualquer pesquisa. Este foi objetivo deste tópico: traçar os passos do estudo.

3.1 CLASSIFICAÇÃO GERAL DA PESQUISA

Conforme Collins & Hussey (2005), uma pesquisa pode ser classificada de acordo com os seguintes itens:

- Objetivo (motivo da realização): exploratória, descritiva, analítica ou preditiva;
- Processo (como será a coleta e análise dos dados): quantitativa ou qualitativa;
- Lógica (análise do geral para o específico ou vice-versa): dedutiva ou indutiva;
- Resultado (voltado para resolver um problema específico ou fazer uma contribuição geral de estudo): básica ou aplicada.

Diante disso, e considerando que o objetivo geral desta pesquisa é “analisar a relação entre os custos e a eficiência das Unidades Básicas de Saúde, tomando como base o município de Londrina-PR, no ano de 2016”, pode-se dizer que a presente pesquisa classificou-se como descritiva, quantitativa, dedutiva e aplicada.

O motivo da realização deste trabalho (objetivo) se embasou em uma pesquisa descritiva. Sampieri, Collado & Lucio (2013) caracterizam um estudo

como descritivo quando há uma procura por especificar propriedade, características e traços relevantes em qualquer fenômeno analisado, além de poder descrever tendências de um grupo ou população, mostrando precisamente todas as dimensões do objeto em estudo. A pesquisa descritiva é usada para medir as características descritas em uma questão de pesquisa e, como reforçam Hair *et al.* (2005), são frequentemente confirmatórias e usadas para testar hipóteses.

O processo de coleta e análise dos dados foi feito por meio de pesquisa quantitativa, pois segundo Collins & Hussey (2005, p. 26), é um método “objetivo por natureza e focado na mensuração de fenômenos”. Sampieri, Collado & Lucio (2013, p. 30) completam dizendo que a pesquisa quantitativa “utiliza a coleta de dados para testar hipóteses, baseando-se na medição numérica e na análise estatística para estabelecer padrões e comprovar teorias”. Creswell (2007) ressalta que na pesquisa quantitativa o pesquisador usa raciocínio de causa e efeito, bem como variáveis específicas e hipóteses, mensuração e observação e teste de teorias. Para isso, emprega instrumentos predeterminados que geram dados estatísticos, como experimentos, levantamentos e coleta de dados.

Por fim, a lógica e resultado desta pesquisa foram: dedutivo e aplicado. Dedutivo porque contempla uma estrutura conceitual e teórica previamente desenvolvida e depois testada pela observação empírica, na qual casos particulares são deduzidos a partir de inferências gerais. Por isso, se diz que o método dedutivo vai do geral para o específico (COLLINS; HUSSEY, 2005). E como resultado, entende-se que este estudo é aplicado pois está vinculado a uma organização específica, auxiliando na tomada de decisão da organização (HAIR *et al.*, 2005).

3.2 HIPÓTESES NORTEADORAS

As hipóteses, juntamente com os objetivos da pesquisa são sinalizadores que orientam o leitor. Elas “são previsões que o pesquisador faz sobre a relação entre variáveis” (CRESWELL, 2007, p. 120). A hipótese é, de acordo com Cooper e Schindler (2016), uma proposição formulada para testes empíricos, que serve para orientar a direção do estudo, identificar tanto fatos relevantes quanto irrelevantes, sugerir formatos de pesquisas mais apropriados e fornecer uma estrutura para organizar as conclusões resultantes.

O pesquisador pode elaborar hipóteses nulas e alternativas. A nula é a forma mais comum de redigir uma hipótese, pois lida com o fato de que não existe relação ou diferença entre os grupos comparados. E a hipótese alternativa prevê um resultado esperado para a população em estudo, a qual pode ser direcional, quando há uma previsão esperada, ou não-direcional, quando se sabe que há um resultado, mas não se sabe ao certo como será esse produto final (CRESWELL, 2007).

“As hipóteses são deduzidas da leitura da literatura e de sua tentativa de aplicar teoria ao assunto que está investigando” (COLLINS; HUSSEY, 2005, p. 124). Além disso, deve ser adequada a seu propósito, deve poder ser testada e ser melhor que suas concorrentes para ser considerada uma hipótese forte (COOPER & SCHINDLER, 2016). Por isso, é indicada a elaboração de algumas hipóteses, com base na análise dos estudos aplicados, as quais possam ser comparadas entre si e de certa forma, que possam orientar a análise dos dados levantados na pesquisa. As hipóteses formuladas estão indicadas no Quadro 11:

Quadro 11 – Hipóteses Norteadoras

Hipóteses Norteadoras
Os custos <i>per capita</i> das diferentes equipes, nas diferentes regiões, e até mesmo dentro dos próprios municípios, apresentaram grandes disparidades entre si (MACHLINE; CAMPOS, 2002), sendo que o custo <i>per capita</i> em unidades com equipe de PSF é menor do que nas unidades sem PSF (CASTRO <i>et al.</i> , 2007);
Os gastos com pessoal representam a maior parcela dos custos (ROCHA FILHO; SILVA, 2009; MACHLINE; CAMPOS, 2002), em média, 80% dos custos totais dessa classe de despesa (COUTO, 2007);
O determinante dos custos totais é a conta de pessoal, principalmente das unidades localizadas na zona urbana (COUTO, 2007);
Os custos referentes a medicamentos são o segundo custo mais elevado (ROCHA FILHO; SILVA, 2009);
A produção média mensal de ações em saúde por parte de médicos e enfermeiros é menor do que o volume esperado, mas a produção de alguns profissionais se mostra acima das metas planejadas (ROCHA FILHO; SILVA, 2009);
UBS com PSF apresentam custo menor, realizam maior número de atividades e com maior qualidade dos atendimentos (CASTRO <i>et al.</i> , 2007).

Fonte: elaborado pela autora (2017)

Quanto mais trabalhos científicos voltados para a área de pesquisa, mais fácil também é encontrar hipóteses relacionadas com o estudo proposto. Nesse sentido, a quantidade de hipóteses formuladas, com base no levantamento de estudos aplicados, reflete mais uma vez a carência de mais estudos sobre o tema

custos na administração pública, em especial na saúde pública e principalmente, na atenção básica do SUS.

3.3 COLETA DE DADOS

“Dados referem-se a fatos ou a coisas conhecidas usadas como uma base para inferência ou consideração” (COLLINS; HUSSEY, 2005, p. 153). E “coletar dados implica elaborar um plano detalhado de procedimentos que nos levem a reunir dados com um propósito específico” (SAMPIERI, COLLADO & LUCIO, 2013, p. 216). Toda pesquisa demanda uma fase de coleta de dados e, quando o estudo tem natureza quantitativa-descritiva, o pesquisador se utiliza de uma grande quantidade de dados obtidos por meio de várias escalas numéricas (HAIR *et al.*, 2005), o que torna a coleta de dados uma das etapas mais importantes.

Basicamente, existem duas fontes de dados: primárias e secundárias. As primárias são as informações coletadas diretamente na fonte (dados originais) e as secundárias são dados que já existem. Collins & Hussey (2005, p. 87-88) classificam diversos exemplos de fontes secundárias: livros; artigos em periódicos, revistas e jornais; trabalhos apresentados em conferências; relatórios; arquivos; estatísticas publicadas; relatórios e contas anuais de empresas; arquivos internos de organizações; jornais; filmes, vídeos e transmissões; banco de dados eletrônicos; a internet.

Nesse caso, como o intuito principal foi “analisar a relação entre os custos e a eficiência das Unidades Básicas de Saúde, tomando como base o município de Londrina-PR, no ano de 2016” foi preciso coletar os dados a partir de fontes secundárias, isto é, de fontes oficiais da própria SMS, pois são informações que já existem. Então, antes da coleta de dados foi encaminhado ao gabinete da SMS o termo de aceitação para realização da pesquisa, bem como um ofício, contendo um projeto para orientação em relação aos objetivos da pesquisa e uma carta da UEL, indicando que, por se tratar de um trabalho quantitativo, não houve a necessidade de aprovação do Conselho de Ética, uma vez que a pesquisa não será realizada com seres humanos. Com o aceite do estudo por documento oficial, a SMS autorizou a solicitação às respectivas diretorias das informações necessárias.

Durante este processo de solicitação dos dados nos respectivos setores, o município de Londrina e a UEL firmaram uma parceria através de termo

de cooperação com o intuito de implementar sistema de custos na administração pública. A Portaria Conjunta nº 1, de 09 de novembro de 2017, considerando leis e decretos que orientam à administração pública manter sistema de custos, designou os servidores Marcos Rogério Gabriel (da Secretaria de Educação), Valcir Miguel da Silva, Marco Antonio Fortunato Davi e Camila Moliani Ferri (da Secretaria de Saúde), como responsáveis pela participação em reuniões e coleta de dados para apuração de custos em suas respectivas secretarias (ver portaria completa em Anexos - Anexo A).

Após a coleta de dados, as informações de custos e produção foram unificadas em planilhas específicas para permitir análises diversificadas destes quesitos. Posteriormente, foram feitos cruzamentos de informações, entre as variáveis, para encontrar o desempenho alcançado por UBS. Figuras, gráficos e quadros diversos foram gerados para facilitar o entendimento dos valores obtidos por meio da coleta de dados.

3.3.1 População e Amostra

Sampieri, Collado & Lucio (2013, p. 192-193) definem população ou universo como o “conjunto de todos os casos que preenchem determinadas especificações” e a amostra como o “subgrupo da população do qual são coletados os dados e que deve ser representativo dessa população”. Ou seja, a população é um grupo maior do que a amostra. A opção pela amostra é feita quando o número de elementos é muito grande, inviabilizando a coleta com todos eles. Nesse caso, o resultado obtido a partir da amostra é generalizado para o todo, a população.

Considerando que cada UBS pode apresentar realidades diferentes entre si, optou-se por realizar a pesquisa com todos os elementos da população, caracterizando um censo. A população delimitada para este estudo foi: as 54 Unidades Básicas de Saúde, do município de Londrina-PR, as quais são apresentadas no Quadro 12, a seguir:

Quadro 12 – População do Estudo

Unidades Básicas de Saúde de Londrina		
UBS	Nome	Endereço
Região Central		
Centro	Clair Pavan	R. Sen. Souza Naves, 754 - Centro
Vila Brasil	Dr. Aroldo Marques Sardenberg	R. Argentina, 600 - Vila Brasil
Guanabara	Pastor Ivo Luiz de Souza	R. Montevideu, 605 - Jd. Arco Íris
Vila Casoni	Dr. Newton Leopoldo da Câmara	Av. Dez de Dezembro, 580 - Vila Casoni
Centro Social Urbano (CSU)	Dr. Ody Silveira	R. Atilio Scudeler, 283 - Vila Portuguesa
Vila Nova	Luiz Marques de Mendonça	R. Cabo Verde, 150 - Vila Nova
Fraternidade*	Fraternidade	R. Rosa Branca, 246 - Vila Ricardo
Região Norte		
Aquiles Stenghel	Profa. Maria Anideje de Mello	R. Vergílio Perin, 815 - Cj. Aquiles Stenghel
Chefe Newton	Dr. Bruno Piancastelli Filho	R. Café Bourbon, 730 - Jardim Paraty
Parigot de Souza	Dr. Mauro Roberto Rufino Bergonse	Av. Saul Elkind, 4255 - Cj. Parigot de Souza
Maria Cecília	Dr. Orlando Vicentini	Av. Eugênio Gayon, 835 - Cj. Maria Cecília
João Paz	Marcia Andreoni Der Bedrossian	R. Francisco Marques de Oliveira, 800 - Cj. João Paz
Milton Gavetti	João Batista de Oliveira Filho	Av. Humberto Puiguari Coutinho, 360 - Cj. Milton Gavetti
Carnascialli	Carnascialli	R. da Esperança, 98 - Cj. Carnascialli
Vivi Xavier	Dr. Justiniano Clímaco da Silva	R. John Lennon, 0 - Cj. Vivi Xavier
Cabo Frio/Imagawa	Pe. Pedro Jorda"	R. Cacilda Nasrala Neme, 599 - Cj. José Garcia Molina
Padovani/Vista Bela	Dr. José Guidugli	R. André Buck, 585 - Jd. Padovani
Campos Verdes	Dr. Humberto Botura	Av. Bento Amaral Monteiro, 1.660 - Jd. Strass
Região Leste		
Armindo Guazzi	Dr. Paulo Roberto Moita da Silva	Av. São João, 4321 - Conj. Armindo Guazzi
Marabá	Dr. Eugênio Molin	R. das Goiabeiras, 385 - Jd. Marabá
Ernani	Dom Hélder Câmara	R. Gerônimo Máximo, 30 - Cj. Ernani M. Lima
Lindóia	Irmã Maria Osvalda Kneer	R. das Maritacas, 1800 - Cj. Lindóia
Mister Thomas	Pastor Renato Teixeira Lemes	R. José Martins de Oliveira, 215 - Cj. Mister Thomas
Novo Amparo	Dr. Roberto Schnitzler	Av. Pref. Milton Ribeiro Menezes, 55 - Jd. Moema
Jardim Ideal	Armando Porto Alegre	R. Ametista, 419 - Jd. Ideal
Vila Ricardo	Isio Antonio Ueno	R. Rosa Branca, 246 - Vila Ricardo

*Por motivo de construção da nova sede a população da área de abrangência da UBS Fraternidade está temporariamente sendo atendida na UBS Vila Ricardo.

Região Oeste		
Panissa/Maracanã	Avelino Vieira	R. Ginástica Olímpica, 195 - Jd. Maracanã
Alvorada	Dr. Carlos da Costa Branco	R. Poços de Caldas, 85 - Pq. Alvorada
Santiago	Dr. Edgar Bezerra Valente	R. Aracy Soares dos Santos, 100 - Jd. Santiago
Bandeirantes	Dr. Rui Viana Junior	R. Serra da Graciosa, 700 - Jd. Bandeirantes
Leonor	Herbert de Souza - "Betinho"	R. Aroeira, 284 - Jd. Leonor
Jardim do Sol	Dr. Anísio Figueiredo	R. Via Láctea, 877 - Jd. do Sol
Jardim Tóquio	Carlos Augusto Mungo Genez	R. Juhei Muramoto, 22 - Jd. Tóquio
Região Sul		
Cafezal	Anibal Siqueira Cabral	R. Abraham Lincoln, 65 - Cj. Cafezal II
Ouro Branco	Dr. Luiz Carlos Jeolás	R. Flor dos Alpes, 570 - Pq. Ouro Branco
PIND (Parque das Indústrias)	Dr. Walter Zamarian	R. Firmino Lemes de Oliveira, 424 - Pq. das Indústrias (Pesadas)
Eldorado	Jardim Eldorado	R. Tertuliano, 800 - Jd. Califórnia
San Izidro	Julinda F. da Cunha Pereira	R. Maria José Carneiro, 85 - Jd. Monte Carlo
Itapoã	W. K. Kellogg	R. Benedito José Theodoro, 258 - Jd. Itapoã
União da Vitória	Orlando Cestari	R. Dezenove de Abril, 55 - Cj. União da Vitória
Piza/Roseira	Dra Maria do Socorro N. Brito	R. Veneza, 546 - Jd. Piza,
Jamile Dequech	João Turetta	R. Dr. Gilney Carneiro Leal, 230 - Conj. Jamile Dequech
Zona Rural		
Guairacá	Guairacá	R. Principal, 310 - Distrito de Guairacá
Guaravera	Cláudio Roverato de Bonato	R. Bahia, s/nº - Distrito de Guaravera
Irerê	Isao Udihara	Av. Benedito Goulart, 170 - Distrito de Irerê
Lerroville	Lerroville	R. Santos, 181 - Distrito de Lerroville
Maravilha	Maravilha	Av. Brasil, 40 - Distrito de Maravilha
Paiquerê	Paiquerê	R. Vitória Libardi, 272 - Distrito de Paiquerê
Regina	Graciosa Dal-Bó Bianchi	Rod. Mábio G. Palhano, 415 - Patrimônio Regina
São Luiz	Waldomiro Pereira Dutra	R. Dom Pedro II, 233 - Distrito de São Luiz
Selva	Patrimônio Selva	R. Reinaldo Benis, 160 - Patrimônio Selva
Taquaruna	Taquaruna	R. Marco Antônio, 450 - Distrito de Taquaruna
Três Bocas	Três Bocas	R. João A. R Loures, s/nº - Usina Três Bocas
Warta	Gertrudes Stapassoli Herek	R. Londrina, 570 - Distrito da Warta

Fonte: Site PML (2017)

3.3.2 Instrumento de Coleta de Dados

Como a coleta de dados deste estudo foi feita com base em fontes secundárias, com o auxílio dos servidores da SMS que repassaram as informações necessárias, foi importante orientar as pessoas responsáveis para a busca dos dados. Foram consideradas informações referentes aos aspectos abaixo como mais relevantes para utilização neste estudo:

Quadro 13 – Principais Informações/UBS

Aspectos	Descrição
Pessoal	Número de funcionários e salário pago, em 2016.
Administrativo	Gastos com estrutura e serviços, em 2016.
Materiais	Medicamentos, equipamentos e materiais repassados, em 2016.
Produção	Número de atendimentos realizados, por função, em 2016.

Fonte: elaborado pela autora (2017)

No que se refere aos custos, o Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID), vinculado ao Ministério da Saúde (Portal da Saúde, 2014), distingue os itens do custo da atenção básica:

Quadro 14 – Itens do Custo da Atenção Básica

Item	Descrição
Despesa com Pessoal	Folha de pagamento, salários e encargos, pessoal e profissionais da equipe.
Material de Consumo	Material de enfermagem, material odontológico, material médico-hospitalar
Despesas Administrativas	Serviços diversos (manutenção, conservação, limpeza, serviços bancários), água, energia, telefone, aluguel de imóvel, aluguel de veículos
Medicamentos	Aparecem com material de consumo ou de forma isolada
Custos Indiretos	Rateio de custo do estabelecimento de saúde e/ou das secretarias municipais de saúde

Fonte: Portal da Saúde/DESID (2014)

Similar ao quadro com as principais informações a serem solicitadas (Quadro 13), este delimita e esclarece os itens de custo. O DESID separa os medicamentos do material de consumo, mas ressalta que podem ser apresentados em conjunto. Por isso, neste estudo, tais itens foram contabilizados de forma única, já que os dados repassados não fizeram esta distinção.

Para facilitar a compreensão dos dados que deveriam ser repassados pelos servidores da SMS, foi elaborado um instrumento de pesquisa, conforme o Quadro 15 (ver Apêndice A para consulta da versão completa):

Quadro 15 – Instrumento de Coleta de Dados

Aspecto PESSOAL: número de funcionários e salário pago, em 2016.
Quantos servidores de cada função (por ex. médicos, enfermeiros, auxiliares, cirurgiões-dentistas, administrativos, limpeza, equipe NASF, entre outros) estão (ou estavam) lotados nesta UBS, em 2016?
Qual foi o total pago (por ex. salário + vencimentos + benefícios + 13º) para cada função lotada nesta UBS, em 2016?
Existem outros valores pagos a funcionários, em 2016, que não estão contemplados nos itens anteriores (por ex. funcionários terceirizados, servidores cedidos para outra UBS)?
Aspecto ADMINISTRATIVO: gastos com estrutura e serviços, em 2016.
Qual foi o valor total gasto com luz/energia nesta UBS, em 2016?
Qual foi o valor total gasto com telefone nesta UBS, em 2016?
Qual foi o valor total gasto com água nesta UBS, em 2016?
Qual foi o valor total gasto com transporte (por ex. combustível, manutenção de veículos, entre outros) nesta UBS, em 2016?
Existem outros gastos que foram efetivados, em 2016, para o funcionamento da estrutura física? (por ex. reformas grandes e pequenas, reparos de equipamentos, entre outros, que não foram feitos pelo setor de manutenção da saúde, ou seja, que foram diretamente compensados financeiramente)
Aspecto MATERIAIS: medicamentos, equipamentos e materiais repassados, em 2016.
Qual quantidade e valor total gasto em medicamentos nesta UBS, em 2016?
Qual quantidade e valor total gasto com equipamentos (por ex. balança, estetoscópio, medidor de pressão, computador) nesta UBS, no ano de 2016?
Qual quantidade e valor total gasto com materiais de escritório (por ex. folhas de papel sulfite, canetas) nesta UBS, no ano de 2016?
Existem outros gastos que foram efetivados em 2016, nesta UBS, que não se enquadram em nenhum dos itens acima?
Aspecto PRODUÇÃO: número de atendimentos realizados, por função, em 2016.
Quantos atendimentos foram realizados em 2016, nesta UBS, por função (por ex. pelo médico, enfermeiro, fisioterapeuta)?
Quais foram os procedimentos realizados em 2016, nesta UBS, por função (por ex. coleta de CO, puericultura, vacinas)?
Existem outros atendimentos/procedimentos que são contabilizados e que não foram contemplados nos itens acima?

Fonte: elaborado pela autora (2017)

Para facilitar a troca de informações entre pesquisador e servidores responsáveis pelos respectivos setores foi solicitado encaminhamento dos dados em

endereço eletrônico (*e-mail*). No entanto, apesar disso, poucas informações acabaram sendo encaminhadas no destino indicado, uma vez que foi o Termo de Cooperação, autorizado pela Portaria Conjunta nº, 1 de 09 de novembro de 2017, assinada entre o município de Londrina e a UEL, que facilitou e propiciou a coleta, já que os servidores designados estão diretamente ligados à SMS, com condições de levantamento dos dados.

3.3.3 Definição Operacional das Variáveis

Uma variável é um atributo de uma organização ou de um indivíduo que pode ser medido e que varia entre os componentes que estão sendo estudados (CRESWELL, 2007). Collins & Hussey (2005) concordam com essa afirmação e reforçam que a característica mais importante de uma variável é o fato de poder mudar, isto é, ela pode assumir valores diferentes, que podem ser mensurados, entre entidades ou em uma mesma entidade ao longo do tempo.

As pesquisas quantitativas podem trabalhar com variáveis independentes (ou de tratamento), dependentes (ou de resultado), intervenientes (ou mediadoras) e de controle. As variáveis independentes são as que causam o resultado, as dependentes são o efeito da influência das independentes. As intervenientes ficam entre as anteriores, como mediadoras do que acontece na relação da variável independente sobre a dependente. E as variáveis de controle são um tipo de variável independente que tem potencial para influenciar a variável dependente (CRESWELL, 2007).

Definição operacional é um “conjunto de procedimentos e atividades que desenvolvemos para medir uma variável” (SAMPIERI, COLLADO & LUCIO, 2013, 130).

Assim, para este estudo foram definidas as seguintes variáveis:

- Variáveis de Custos (Independentes)

Custo pessoal: remuneração anual de todos os funcionários vinculados a determinada UBS;

Custo administrativo: gasto anual com energia, telefone, água e transporte de cada UBS;

Custo material: medicamentos e materiais repassados em um ano para determinada UBS. Observa-se, neste item, que não

foram contabilizadas as perdas e os estoques já existentes no início de 2016;

$$\text{Custo/UBS} = \text{Custo Pessoal} + \text{Custo Admin.} + \text{Custo Material}$$

- Variáveis de Produção (Independentes)

Produção médica: número de atendimentos e procedimentos realizados no ano;

Produção enfermagem: número de atendimentos e procedimentos realizados no ano;

Produção auxiliares de enfermagem: número de atendimentos e procedimentos realizados no ano;

Outras produções: número de atendimentos e procedimentos realizados por outras funções, que são contabilizadas pelas UBS.

$$\text{Produção/UBS} = \text{Prod. Médico} + \text{Prod. Enf.} + \text{Prod. Aux. Enf.} + (\text{Outras Prod.})$$

- Variáveis de Desempenho (Dependentes)

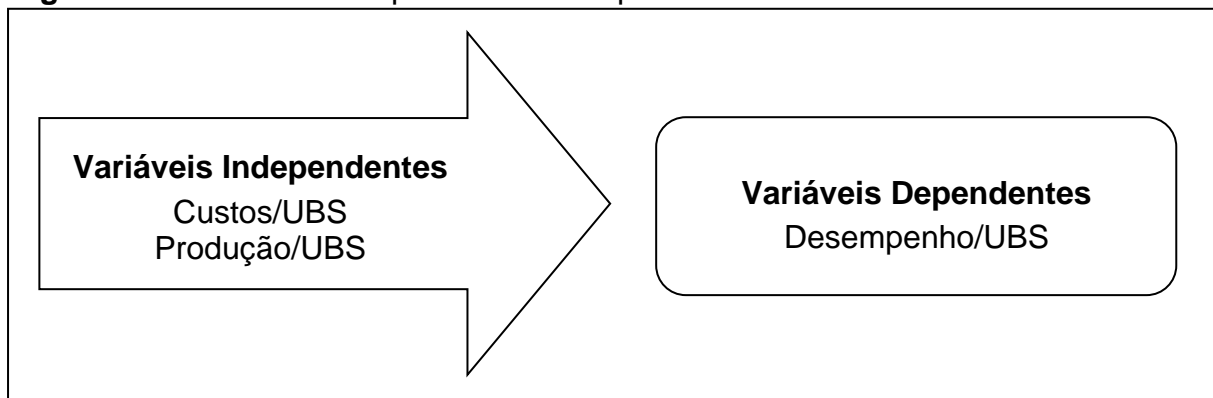
Custo: valor anual relativo por UBS;

Produção: quantidade anual relativa/UBS;

$$\text{Desempenho/UBS} = \text{Custo e Produção comparados para Análise de Eficiência}$$

A Figura 03 apresenta de modo ilustrativo essa relação entre as variáveis dependentes e independentes:

Figura 03 – Variáveis Independentes e Dependentes



Fonte: elaborado pela autora (2017)

Pode-se dizer, portanto, que o desempenho das UBS depende diretamente dos resultados obtidos pelos custos e pela produção de cada unidade. Isto é, se as variáveis independentes são as que causam as respostas e as dependentes são consequências dessa influência, as variáveis independentes devem ser apresentadas antes das dependentes.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

“Quando os dados já foram codificados, transferidos para uma matriz, salvos em um arquivo e seus erros foram ‘limpos’, o pesquisador pode começar a analisá-los” (SAMPIERI, COLLADO & LUCIO, 2013, p. 293). Hoje em dia, as pesquisas quantitativas são analisadas com o auxílio de programas de computador, pois a quantidade de dados é muito grande.

Para tal fase da pesquisa, pode ser utilizado o processo de análise estatística, proposto por Sampieri, Collado e Lucio (2013):

- Fase 1: Selecionar um programa estatístico no computador para analisar os dados;
- Fase 2: Executar o programa (ex. SPSS, Minitab);
- Fase 3: Explorar os dados (analisar descritivamente os dados por variável e visualizar os dados por variável);
- Fase 4: Avaliar a confiabilidade e validade obtidas pelo instrumento de mensuração (ou coleta de dados);
- Fase 5: Analisar as hipóteses formuladas com testes estatísticos (análise estatística inferencial);
- Fase 6: Realizar análises adicionais;
- Fase 7: Preparar os resultados para apresentá-los (tabelas, gráficos, quadros, etc.).

Para essa pesquisa foram utilizados os *softwares* SPSS® para a análise de *clusters* e o Microsoft Excel® para unificação dos dados em uma única planilha e também para os cálculos mais simples e geração de quadros e gráficos. Os programas de computador funcionam como uma ferramenta que realiza o que for solicitado. Por isso, é preciso saber o que se quer para que ele faça. Conhecimentos básicos de algumas técnicas da estatística descritiva ajudam nesse momento.

“A estatística é um conjunto de métodos adequados para recolher, explorar, descrever e interpretar conjuntos de dados numéricos” (SILVESTRE, 2007, p. 3) e a estatística descritiva pode ser entendida como “constituída pelo conjunto de métodos destinados à organização e descrição dos dados através de indicadores sintéticos ou sumários” (SILVESTRE, 2007, p. 4). Ela, na verdade, facilita a análise de um conjunto de informações que sem esses instrumentos seriam um emaranhado de dados e valores soltos.

Na pesquisa quantitativa, os dados tomam a “forma de valores numéricos que representam o número total de observações ou frequências para as variáveis sendo estudadas” (COLLINS; HUSEY, 2005). Diante desses valores numéricos, o pesquisador pode trabalhar com eles da maneira que julgar mais interessante, pensando nos objetivos propostos para seu trabalho. Dessa forma, fazer uso de instrumentos como tabelas, quadros e gráficos facilitam a compreensão dos dados, pois organiza as informações e torna a comunicação mais clara.

Hair Jr *et al.* (2005) citam ferramentas como histogramas, gráficos de barras, gráficos de pizza, média, mediana, moda, intervalo, variância e desvio-padrão, que podem auxiliar na apresentação dos dados coletados. Desse modo, para este trabalho, foram utilizados instrumentos como os gráficos de barras e de pizza e medidas de tendência central (média, mediana) e de dispersão (máximo e mínimo, variância e desvio-padrão), além do *software* para organização dos dados e geração das ferramentas citadas.

A localidade de uma UBS pode interferir nos custos identificados, bem como na produção, afinal, uma UBS de zona rural trabalha com atendimentos a uma população menor, embora a área de abrangência dela seja maior em relação a uma UBS da zona urbana. Para visualizar a localização das UBS em um mapa foi utilizado também uma ferramenta do *site* Google®, denominada Georreferenciamento. Tal termo é muito utilizado no meio rural e permite definir a forma, a dimensão e a localização de uma referência/endereço, através de métodos de levantamento topográfico (INCRA, 2009).

Além disso, as informações obtidas a respeito das UBS permitem analisar a eficiência de cada uma delas. Para esse cálculo, foi preciso utilizar outro programa de computador, o SIAD (Sistema Integrado de Apoio à Decisão) que aplica uma técnica conhecida como Análise Envoltória de Dados (DEA, do inglês *Data Envelopment Analysis*). A DEA é utilizada desde o fim da década de 1970 para

determinar a eficiência de unidades produtivas, das quais não se deseja considerar somente o aspecto financeiro. O objetivo desta técnica é comparar componentes que realizam tarefas similares e se diferenciam em relação às quantidades de recursos consumidos e aos resultados produzidas (MELLO *et al.*, 2005).

Peña (2008) recomenda o uso da DEA no estudo da eficiência da administração pública que opera por meio de unidades, já que o método consegue comparar os insumos e os produtos de cada unidade e determinar os índices de eficiência relativa de cada unidade analisada. Partindo dos resultados, é possível indicar as melhores práticas, assim como as unidades ineficientes e as mudanças para que elas se tornem eficientes. Além disso, a DEA ajuda a identificar recursos ociosos ou inutilizados e formular políticas de redução de custos.

Na análise, as unidades são denominadas Unidades Tomadoras de Decisão (DMU, do inglês *Decision Making Units*), das quais são indicadas as quantidades de *inputs* consumidos e *outputs* produzidos por unidade. Partindo da melhor prática observada no conjunto analisado, a DEA constrói uma fronteira eficiente de produção (SOUZA; SCATENA; KEHRIG, 2016). Para isso, é atribuído um valor que indica o desempenho relativo de cada unidade. Este valor varia de 0 a 100% (ou de 0 a 1), sendo que as unidades tomadas por eficientes recebem valor igual a 100% e as consideradas ineficientes são orientadas quanto aos níveis de consumo e produto para alcançar a eficiência (BEGNINI; TOSTA, 2017).

Souza, Scatena & Kehrig (2016) lembram que existem dois fatores que influenciam significativamente os resultados obtidos no uso da DEA: modelo e orientação. Quanto ao modelo, pode ser classificado como CCR (sigla dos nomes dos autores Charnes, Cooper e Rhodes, que publicaram o primeiro artigo sobre a DEA em 1978) ou BCC (também sigla dos nomes dos autores Banker, Charnes e Cooper). O modelo CCR trabalha com retornos constantes de escala, condição em que “qualquer variação nas entradas (*inputs*) produz variação proporcional nas saídas (*outputs*)” (MELLO *et al.*, 2005, p. 2525). O BCC, por outro lado, considera retornos variáveis de escala, pois aplica o axioma da convexidade entre *inputs* e *outputs*. Este modelo “permite que DMUs que operam com baixos valores de *inputs* tenham retornos crescentes de escala e as que operam com altos valores tenham retornos decrescentes de escala” (MELLO *et al.*, 2005, p. 2531). Souza, Scatena & Kehrig (2016) reiteram que no modelo CCR, compara-se uma DMU com todas as suas concorrentes e no BCC, a comparação da DMU é feita apenas com as

unidades organizacionais que operam em escala semelhante à sua. Por isso, nesta pesquisa, foi utilizado o modelo BCC, por comparar DMUs similares.

A orientação aplicada ao modelo é outro fator que influencia na DEA. Neste caso, a orientação pode ser para *input* ou *output*. O uso da primeira é indicado quando se quer estimar o menor nível possível de emprego de recursos, mantendo os resultados. Por outro lado, a orientação a *output* pode ser aplicada quando se deseja estimar o máximo nível possível de resultados, mantendo fixos os *inputs*. Portanto, neste trabalho foi utilizado o modelo BCC com orientação a *output*, já que na saúde pública busca-se a melhoria dos serviços oferecidos por meio de uma melhor aplicação dos recursos (SOUZA; SCATENA; KEHRIG, 2016).

Além do modelo e orientação, Souza, Scatena & Kehrig (2016) lembram que a garantia da aplicabilidade da DEA está relacionada também ao número total de DMUs consideradas, que deve ser no mínimo igual ao dobro do total de *inputs* e *outputs*.

3.5 SÍNTESE DA PESQUISA

Ao desenhar o caminho metodológico a ser percorrido pela pesquisa, pode-se demonstrar os principais pontos do estudo por meio de um quadro síntese da pesquisa. Tal instrumento identifica os objetivos, interligando-os às hipóteses norteadoras e aos instrumentos de análise de dados necessários para confirmar ou refutar uma hipótese. O Quadro 16 apresenta essas informações.

Vale lembrar que as hipóteses norteadoras foram obtidas com base na revisão dos estudos aplicados e que, a carência de estudos diretamente ligados aos custos na saúde pública, no âmbito da APS, dificultaram o delineamento dessas hipóteses. Por isso, os resultados desta pesquisa indicam informações diferentes das hipóteses apresentadas e respostas que não estavam presentes nos estudos aplicados.

Quadro 16 – Síntese da Pesquisa

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Hipóteses Norteadoras	Análise dos Dados
Analisar a relação entre os custos e a eficiência das Unidades Básicas de Saúde, tomando como base o município de Londrina-PR, no ano de 2016.	Identificar e descrever as atividades desenvolvidas nas UBS; Verificar a produção das diferentes atividades desenvolvidas nas UBS;	A produção média mensal de ações em saúde por parte de médicos e enfermeiros é menor do que o volume esperado, mas a produção de alguns profissionais se mostra acima das metas planejadas (ROCHA FILHO; SILVA, 2009);	Estatística exploratória/descritiva
	Apurar e analisar os custos das 54 UBS de Londrina;	Os custos per capita das diferentes equipes, nas diferentes regiões, e até mesmo dentro dos próprios municípios, apresentaram grandes disparidades entre si (MACHLINE; CAMPOS, 2002), sendo que o custo <i>per capita</i> em unidades com equipe de PSF é menor do que nas unidades sem PSF (CASTRO et al., 2007); Os gastos com pessoal representam a maior parcela dos custos (ROCHA FILHO; SILVA, 2009; MACHLINE; CAMPOS, 2002), em média, 80% dos custos totais dessa classe de despesa (COUTO, 2007); Os custos referentes a medicamentos são o segundo custo mais elevado (ROCHA FILHO; SILVA, 2009);	Estatística exploratória/descritiva
	Analisar a eficiência relativa da alocação dos recursos em relação às atividades realizadas em cada UBS.	O determinante dos custos totais é a conta de pessoal, principalmente das unidades localizadas na zona urbana (COUTO, 2007); UBS com PSF apresentam custo menor, realizam maior número de atividades e com maior qualidade dos atendimentos (CASTRO et al., 2007).	Estatística exploratória/descritiva Análise Envoltória dos Dados (DEA)

Fonte: elaborado pela autora (2017)

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A fundamentação teórica fornece a base para buscar ajustar teoria e prática. Os procedimentos metodológicos indicam os passos que levarão um estudo a efeito. E esta seção apresenta os resultados obtidos a partir dos processos indicados na seção anterior, aproximando os dados da teoria pesquisada.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS

Para iniciar a apresentação e análise dos dados encontrados, o Quadro 17 resgata as UBS, já demonstradas nos procedimentos metodológicos como a população desta pesquisa, distribuídas por região, conforme divisão disponível no *site* da Prefeitura Municipal de Londrina (PML).

Quadro 17 – UBS por Região

Região Central	Região Norte	Região Leste	Região Oeste	Região Sul	Zona Rural
Centro	Aquiles Stenghel	Armindo Guazzi	Alvorada	Cafezal	Guairacá
Centro Social Urbano (CSU)	Cabo Frio/ Imagawa	Ernani	Bandeirantes	Eldorado	Guaravera
Guanabara	Campos Verdes	Jardim Ideal	Jardim do Sol	Jamile Dequech	Irerê
Vila Brasil	Carnascialli	Lindóia	Jardim Tóquio	Itapoã	Lerroville
Vila Casoni	Chefe Newton	Marabá	Leonor (UBS/PA)	Ouro Branco	Maravilha
Vila Nova	João Paz	Mister Thomas	Panissa/ Maracanã	PIND (Parque das Indústrias)	Paiquerê
	Maria Cecília (UBS/PA)	Novo Amparo	Santiago	Piza/Roseira	Regina
	Milton Gavetti	Vila Ricardo + Fraternidade		San Izidro	São Luiz
	Padovani/ Vista Bela			União da Vitória (UBS/PA)	Selva
	Parigot de Souza				Taquaruna
	Vivi Xavier				Três Bocas
					Warta

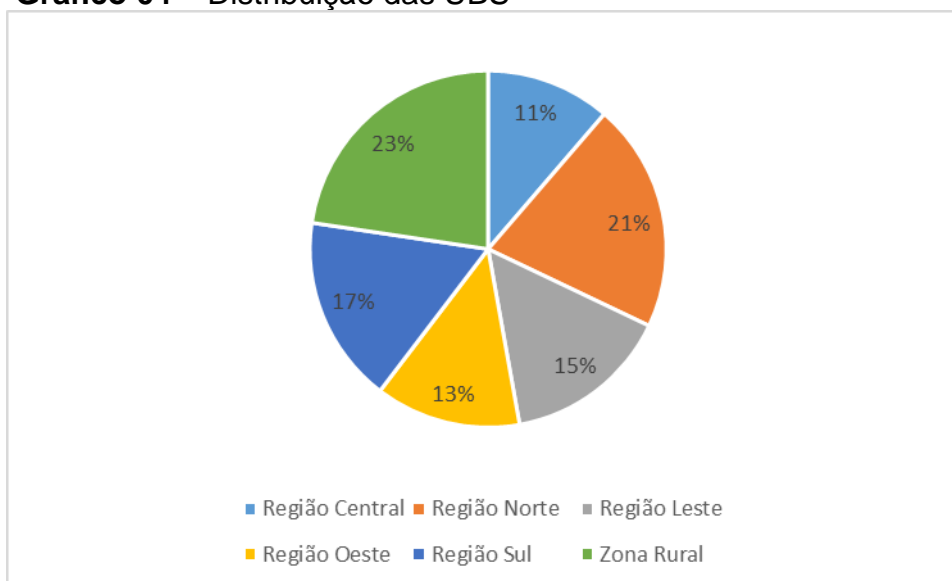
Fonte: site PML (sem ano)

O Quadro 17 identifica a distribuição das UBS de acordo com as regiões da cidade, sendo que a Região Central é composta por 6 unidades, a Região Norte, por 11, a Região Leste conta com 8 UBS, a Região Oeste, com 7, a Região Sul, 9, e, por fim, a Zona Rural é composta por 12 unidades. Ao todo, são 54 UBS em Londrina, que funcionam de segunda a sexta-feira, das 07:00 da manhã até às 19:00 da noite, na zona urbana e, na rural, das 07:00 da manhã até às 17:00 da tarde, exceto nas unidades São Luiz, Taquaruna, Três Bocas e Warta que atendem também de segunda a sexta-feira, mas com horários diferentes, respectivamente, 7:00 às 15:00, 7:00 às 13:00, 07:00 às 16:00 e 07:00 às 16:30.

Importante destacar que a UBS Fraternidade foi desativada no endereço em que atuava, em maio de 2013, com objetivo de ser construída nova unidade no local e, por isso, está atendendo junto à UBS Vila Ricardo. Portanto, devido ao fato dessas unidades serem contabilizadas como uma só, para fins desta pesquisa, serão consideradas 53 unidades nas análises que envolvem os custos.

Percentualmente, as 53 UBS estão distribuídas da seguinte forma:

Gráfico 04 – Distribuição das UBS



Fonte: elaborado pela autora (2018)

A Zona Rural e a Região Norte são as mais representativas, com 23% e 21% respectivamente. Por outro lado, a Região Central conta com 11% das UBS e a Oeste, com 13%. Tal análise pode indicar se a quantidade de UBS atende às necessidades das pessoas residentes nas respectivas regiões da cidade.

Isoladamente, esta informação não é capaz de dizer ao gestor público se é necessário construir novas unidades básicas de saúde ou fazer

mudanças nas que já existem. Devem ser considerados outros fatores, como a quantidade de indivíduos que moram nas referidas regiões, os índices de produção das UBS, os custos individuais das mesmas e também o grau de utilização em virtude do fator socioeconômico. Informações como estas podem auxiliar na formação de um panorama capaz de indicar a necessidade de alterações para potencializar os objetivos das unidades básicas.

Cada UBS tem como referência uma área de abrangência, na qual são considerados diversos bairros e as pessoas residentes nestes locais. Essas áreas de abrangências das unidades ficam sob responsabilidade das respectivas UBS no que diz respeito aos atendimentos e mapeamento das características de saúde destas populações. Olhar para o tamanho da população permite identificar dizer se a UBS está sobrecarregada ou não. De acordo a PNAB (Ministério da Saúde, 2012), em grandes centros urbanos, deve ser utilizado o parâmetro de uma UBS para, no máximo, 18 mil habitantes, nos casos de UBS que não tem Equipes de Saúde da Família (ESF). E para as UBS que contam com a ESF, recomenda-se a base de uma UBS para, no máximo, 12 mil habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da atenção básica.

O ESF é uma evolução do PSF e se trata da estratégia prioritária de atenção à saúde que busca reorganizar a APS, de acordo com os preceitos do SUS. Ao chamar as ações como programa – PSF – entende-se que elas têm início, meio e fim, mas o ESF não tem prazo para terminar, visando reorientar o processo de trabalho com maior potencial para aumentar a resolutividade e impactar a condição de saúde das pessoas, propiciando uma relevante relação custo-efetividade (Ministério da Saúde, Portaria nº 2.436/2017).

De acordo com a PNAB (Ministério da Saúde, 2012) e Portaria nº 2.436/2017 (Ministério da Saúde, 2017), as UBS podem ter diferentes tipos de equipes, com composições diversas:

- ESF: médico e enfermeiro, preferencialmente especializado em medicina de família, auxiliar ou técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Podem fazer parte o Agente de Combate às Endemias (ACE) e cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal;
- Equipe da Atenção Básica (EAB): deve atender aos princípios e diretrizes da AB, composta conforme necessidades do

município. Porém, a ESF é o modelo prioritário que deve ser almejado pela gestão municipal;

- Equipe de Saúde Bucal (ESB): constituída por um cirurgião-dentista e um técnico ou auxiliar de saúde bucal;
- Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB): equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por diferentes categorias de profissionais, como Assistente Social, Educador Físico, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Ginecologista, Nutricionista, Pediatra, Psicólogo, Psiquiatra, Terapeuta Ocupacional, Geriatra, entre outros. Em Londrina, esta equipe é composta por Educador Físico, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Ginecologista, Nutricionista, Pediatra e Psicólogo;
- Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS): previsão de implantação nas UBS como uma possibilidade para reorganização inicial da AB.

O intuito de fazer essa distinção entre as equipes deve-se ao fato de ser necessário, em momento oportuno, apresentar os dados com esta separação. O *site* do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (CNES, sem ano) fornece as informações referentes às quantidades dessas equipes, ativas e inativas de cada UBS, em *link* disponível para livre acesso e consultas aos estabelecimentos cadastrados. Por isso, o Quadro 18 traz o cenário vivenciado pelas UBS no ano de 2016. Foram consideradas somente as equipes ativas em todos os meses desse ano e desconsideradas as que por algum motivo acabaram sendo desativadas.

Quadro 18 – População e Equipes UBS, em 2016

UBS	População*	ESF	ESFSB	NASF	EACS	Total
Alvorada	21.692	1				1
Aquiles Stenghel	12.839	1	1		1	3
Armando Guazzi	24.675	1	1		1	3
Bandeirantes	15.392	2				2
Cabo Frio/Imagawa	16.269	1	1			2
Cafezal	15.506	1	1		1	3
Campos Verdes	12.321		1			1
Carnascialli	10.038	2				2
Centro	38.458	1	1			2
Centro Social Urbano (CSU)	10.417	1				1

Chefe Newton	15.328	2				2
Eldorado	8.078	1	1			2
Ernani	9.145	1				1
Fraternidade	4.018	1				1
Guairacá ¹						0
Guanabara	31.949	1		1		2
Guaravera	4.357		1			1
Irerê ²	2.480	1				1
Itapoã	13.537	2	1			3
Jamile Dequech	4.215	1				1
Jardim do Sol	7.039	1	1			2
Jardim Ideal	4.127	1				1
Jardim Tóquio	12.016	1				1
João Paz	10.420	2				2
Leonor (UBS)	13.780	1	1	1		3
Lerroville	10.000		1			1
Lindóia	13.398	1	1			2
Marabá	13.996	1	1			2
Maravilha	940	1				1
Maria Cecília (UBS)	10.599	2	1			3
Milton Gavetti	9.369	2				2
Mister Thomas	3.103	1				1
Novo Amparo	4.958		1			1
Ouro Branco	10.186	1	1			2
Padovani/Vista Bela	15.328	3	1			4
Paiquerê ¹	3.880		1			1
Panissa/Maracanã	15.636	2	1			3
Parigot de Souza	12.512	2				2
PIND (Parque das Indústrias)	7.535	1	1			2
Piza/Roseira	16.901	1	1		1	3
Regina	2.278	1				1
San Izidro	8.600		1			1
Santiago	18.565	2			1	3
São Luiz	1.180		1			1
Selva ³	2.286	1				1
Taquaruna ²						0
Três Bocas ³						0
União da Vitória (UBS)	11.197		1		2	3
Vila Brasil	18.883					0
Vila Casoni	8.756	1	1			2
Vila Nova	7.518	1	1			2
Vila Ricardo	6.442	1				1
Vivi Xavier	17.657	3	1			4
Warta	1.536					0
Total	571.335	55	28	2	7	92
¹ População de Guairacá junto com Paiquerê. ² População de Taquaruna junto com Irerê. ³ População de Três Bocas junto com Selva						

Fonte: DAPS* e CNES (sem ano)

O dado referente à população do território de cada UBS foi fornecido pela Diretoria das Unidades Básicas de Saúde, a DAPS, que considera o censo demográfico de 2010 somado a um cálculo de projeção do crescimento populacional para se chegar ao valor indicado acima. A última vez que foi feita atualização destes dados foi no ano de 2013.

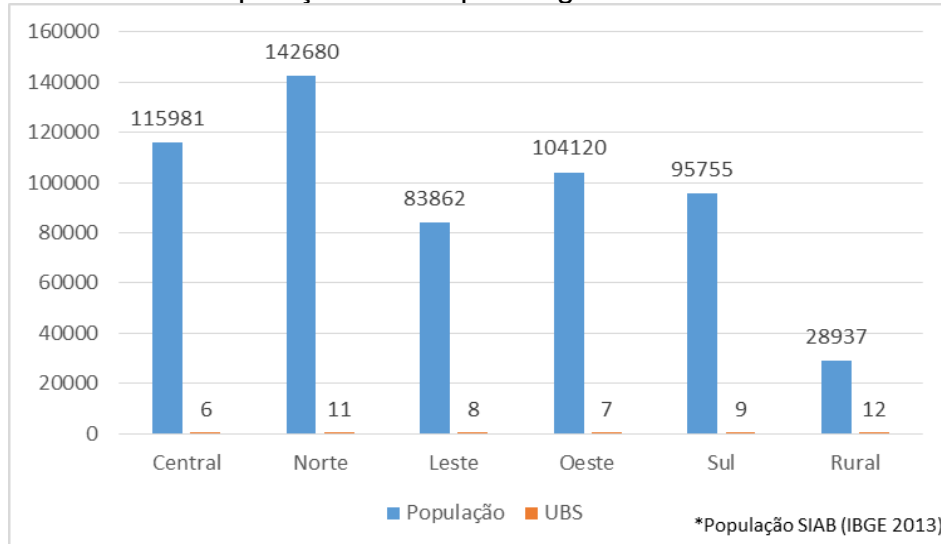
Observa-se, no Quadro 18, a indicação dos números 1, para UBS Guairacá e Paiquerê; 2, para Irerê e Taquaruna; e, 3 para as unidades Selva e Três Bocas. Estas UBS apresentam uma característica diferente das demais: todas são unidades da zona rural e que por terem um perfil histórico em que registram menos atendimentos que as UBS da zona urbana, mas por outro lado, cobrem regiões muito maiores, foram consideradas prolongamentos de outras unidades. Assim, Guairacá é um prolongamento de Paiquerê; Taquaruna, de Irerê; e Três Bocas, de Selva. A área de abrangência em cada uma dessas duplas é a mesma, isto é, não é feita uma separação das populações que são referenciadas a cada UBS. Os servidores, de modo geral, são os mesmos, os quais trabalham com escalas de revezamento. Por isso, devido à característica destas UBS, em determinadas análises, os dados destas unidades deverão ser somados, a fim de evitar erros.

Outra observação que cabe, a partir do Quadro 18, diz respeito às unidades Leonor, Maria Cecília e União da Vitória que estão destacadas com (UBS) em seu nome. Anexo às UBS funcionam Prontos-Atendimentos (PA) até às 23 horas, todos os dias da semana. Assim, alguns dados desta pesquisa dizem respeito somente às UBS, uma vez que os PA não fazem os mesmos controles e relatórios das UBS. Um PA não tem população territorial referenciada, nem equipes diferenciadas, já que moradores de qualquer local da cidade podem procurar por atendimento. Por isso, população e equipes deste Quadro 18, referem-se às UBS.

Considerando o parâmetro do PNAB (Ministério da Saúde, 2012) sobre a necessidade da existência de uma UBS para, no máximo, 18 mil habitantes para UBS sem ESF e 12 mil para as que tem ESF, é possível perceber, a partir do Quadro 18, que a maior parte das unidades está de acordo com o preconizado pelo MS. Algumas UBS com ESF, como Alvorada, Armino Guazzi, Centro e Guanabara contam com populações bem maiores do que a estipulada, mas isso não significa que o gestor público deve iniciar de imediato um projeto de construção de uma nova UBS, pois como dito, outros fatores causam interferência e devem ser analisados.

Ainda sobre as populações, o Gráfico 05 compara os números totais de cada região da cidade com a quantidade de UBS existentes:

Gráfico 05 – População e UBS por Região



Fonte: elaborado pela autora (2018)

A população da Região Norte é a mais representativa, com 142.680 residentes, ou 25% do total e, também é a segunda região com o maior número de UBS. Por outro lado, a Zona Rural, que é a região que mais tem unidades de saúde é ao mesmo tempo, a que tem menos moradores, apenas 5% do total. Isso se deve ao fato dessa região ser composta por distritos de Londrina, que são distantes da cidade e entre si, onde há um menor número de pessoas residindo, e uma necessidade maior de UBS para cobrir toda a região.

Outro dado interessante que o Gráfico 05 demonstra, é a característica da Região Central, pois esta apresenta a segunda maior população (20% do total) e também o menor número de UBS. Tal fato pode estar relacionado ao histórico de maior procura por esta região para moradia, somado a um maior poder aquisitivo dos residentes, os quais costumam ter planos privados de saúde e não recorrer ao SUS com regularidade.

Além da quantidade de UBS, atrelada às populações de cada região da cidade, é interessante mapear os diferentes profissionais alocados nas UBS, a fim de apresentar um quadro que pode dizer onde estão as deficiências de atendimento, onde poderiam ser feitas permutas e o tamanho da estrutura de recursos humanos que compõe cada UBS. O Quadro 19 demonstra a alocação dos servidores por função e unidade (ver “Apêndice B – Quadro de Lotação de Servidores por Funções” para conhecimentos dos diferentes códigos das funções).

Maria Cecília (UBS/PA)	4	9	33	3	8	1		7		1	1		1		4	72
Milton Gavetti	2	4	11	4	2	3		2					1		1	30
Mister Thomas	1	4	7	1		1		2							1	17
Novo Amparo	1	5	8	1	2	2	1	2	2	1	2	1		1	1	30
Ouro Branco	2	4	13	5	3	3		3		1	1		1		2	38
Padovani/Vista Bela		12	13	1	3	1		5		1					2	38
Paiquerê		4	2	1	1	2		1							1	12
Panissa/Maracanã		12	17	2	3	2		5		1			1		3	46
Parigot de Souza		4	13	4	2	3		3		1	1		1		2	34
PIND (Parque das Indústrias)	1	8	9	5	2	1		2							2	30
Piza/Roseira		12	13	6	2	1		3		1	1		2		2	43
Regina	1	3	4	1	2	1		1								13
San Izidro		1	7	1	2	2		1			1		1		1	17
Santiago	1	12	17	5	2	1		5		1			1		3	48
São Luiz		3	5	3	2	1		1		1					1	17
Selva	1	2	2		1			1								7
Taquaruna	1		1													2
Três Bocas	1	1	2					1								5
União da Vitória (UBS/PA)		12	28	5	4	2		8		1	1		1		4	66
Vila Brasil		7	9	1	2	1		2		1			2		2	27
Vila Casoni	1	7	10	4	2	3		3			1				3	34
Vila Nova		6	9	1	2	2	1	3	2			1	1	1	2	31
Vila Ricardo + Fraternidade	1	9	17	2	1	2		6		1	1		1		2	43
Vivi Xavier	1	8	17	5	3	3		5		1	1				2	46
Warta		4	4	2	1	1		1		1					1	15
TOTAL	48	332	609	165	114	94	10	154	10	40	28	10	35	10	96	1755
AGP – Agente de Gestão Pública ACS – Agente Comunitário de Saúde Aux./Téc. Enf. – Auxiliar e Técnico de Enfermagem Aux./Téc. Odo – Auxiliar e Técnico de Odonto			C. Dent. – Cirurgião-Dentista CG – Clínico Geral Ed. Fis. – Educador Físico Enf. – Enfermeiro				Farm. – Farmacêutico Fisio. – Fisioterapeuta GO – Ginecologista Nutri. – Nutricionista					Ped. – Pediatra Psico. – Psicólogo TGP – Técnico de Gestão Pública				

Fonte: elaborado pela autora (2018)

O Quadro 19 mostra o panorama da composição das equipes atuantes em cada uma das UBS em 2016. É possível identificar que as unidades que tiveram o menor número de servidores alocados foram: Guairacá, Taquaruna, Três Bocas e Selva. Estas demonstraram lotação de funcionários em número menor que 10, no ano de 2016. Já em relação às unidades com os maiores números de servidores alocados, todas com mais de 50, identificam-se: Leonor, Maria Cecília, União da Vitória, Cafezal, Marabá e Itapoã. No entanto, ressalta-se que as três primeiras são UBS que contam com um PA funcionando na mesma estrutura e, devido à necessidade de atender com horários diferenciados a todos os que procurarem por atendimento, estes locais precisam contar com uma quantidade maior de funcionários.

Ao comparar este dado das maiores estruturas em recursos humanos com as informações referentes às populações das UBS, indicadas no Quadro 18, é possível notar que estas são algumas das unidades com maior representatividade em termos de quantidades de pessoas referenciadas em seus territórios de abrangência, mas, não o são em número de servidores alocados. Por isso, pode-se inferir que a quantidade de servidores das UBS não está relacionada com o tamanho da população da área de abrangência das unidades.

Unificar a quantidade de servidores de acordo com as regiões da cidade, distinguindo-os pelas funções, demonstra valores conforme o Quadro 20:

Quadro 20 – Servidores por Função e por Região

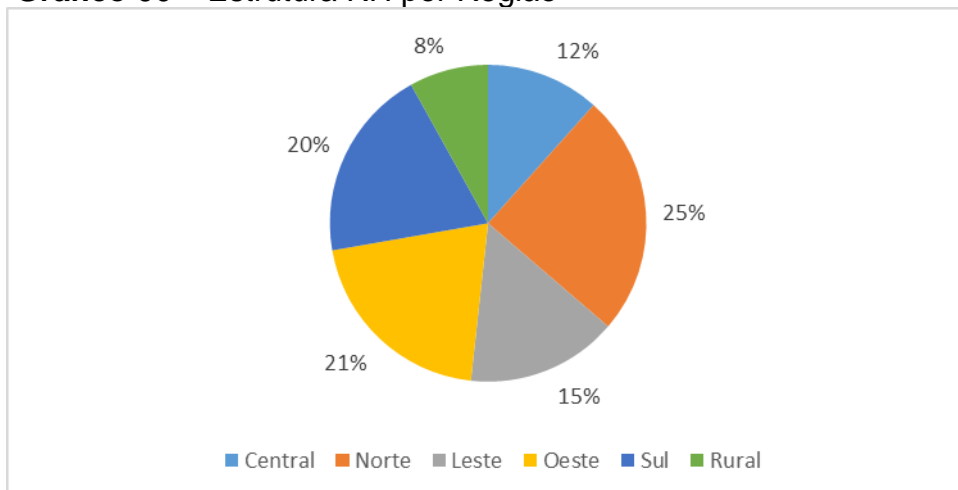
Região	AGP	ACS	Aux./ Téc. Enf.	Aux./ Téc. Odo.	CG	Dent.	Ed. Fis.	Enf.	Farm.	Fisio.	GO	Nutri.	Ped.	Psico.	TGP	Total
Central	6	35	63	17	15	13	2	17	3	4	6	2	6	2	13	204
Norte	9	82	154	40	30	22	3	39	0	11	7	3	6	3	24	433
Leste	7	56	89	24	12	17	3	25	3	7	6	3	4	3	12	271
Oeste	13	54	137	34	25	14	2	35	3	8	1	2	7	2	23	360
Sul	7	69	122	35	22	19	0	26	1	6	8	0	12	0	18	345
Rural	6	36	44	15	10	9	0	12	0	4	0	0	0	0	6	142
Total	48	332	609	165	114	94	10	154	10	40	28	10	35	10	96	1755
Média	8	55	102	28	19	16	2	26	2	7	5	2	6	2	16	293
Mediana	7	55	106	29	19	16	2	26	2	7	6	2	6	2	16	308
Máximo	13	82	154	40	30	22	3	39	3	11	8	3	12	3	24	433
Mínimo	6	35	44	15	10	9	0	12	0	4	0	0	0	0	6	142
Variância	7,2	337,5	1876,3	106,7	62,4	21,5	1,9	105,5	2,3	7,1	11,1	1,9	15,4	1,9	48,4	11599,5
Desv. Padrão	2,7	18,4	43,3	10,3	7,9	4,6	1,4	10,3	1,5	2,7	3,3	1,4	3,9	1,4	7,0	107,7

Fonte: elaborado pela autora (2018)

O Quadro 20 identifica também as medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (máximo, mínimo, variância e desvio-padrão). De modo geral, cada região da cidade tem, em média, 293 servidores no total alocados em UBS; a mediana desse total é 308. O máximo que as diferentes regiões da cidade apresentaram em números de funcionários foi 433, condizente com a região norte, e o mínimo, 142, relacionado à zona rural. A variação total entre as regiões é enorme, o que significa que os valores estão muito distantes da média. E o desvio-padrão, que é feito com base na variância, identificando o “erro” em um conjunto de dados, ficou em 107,7.

A estrutura total de recursos humanos em cada região pode ser mais facilmente visualizada em um gráfico. O Gráfico 06, abaixo, demonstra que a região norte representa uma das maiores regiões em termos de quantidade de UBS e também em relação ao número total de servidores. Por outro lado, a Zona Rural indica a maior representatividade na quantidade de UBS, mas também é a que menos tem funcionários em seu quadro. Vale destacar ainda que a Região Oeste se mostra como segunda em termos de estrutura em Recursos Humanos (RH), no Gráfico 06, porém, foi uma das menos representativas em termos de número de UBS, no Gráfico 04.

Gráfico 06 – Estrutura RH por Região

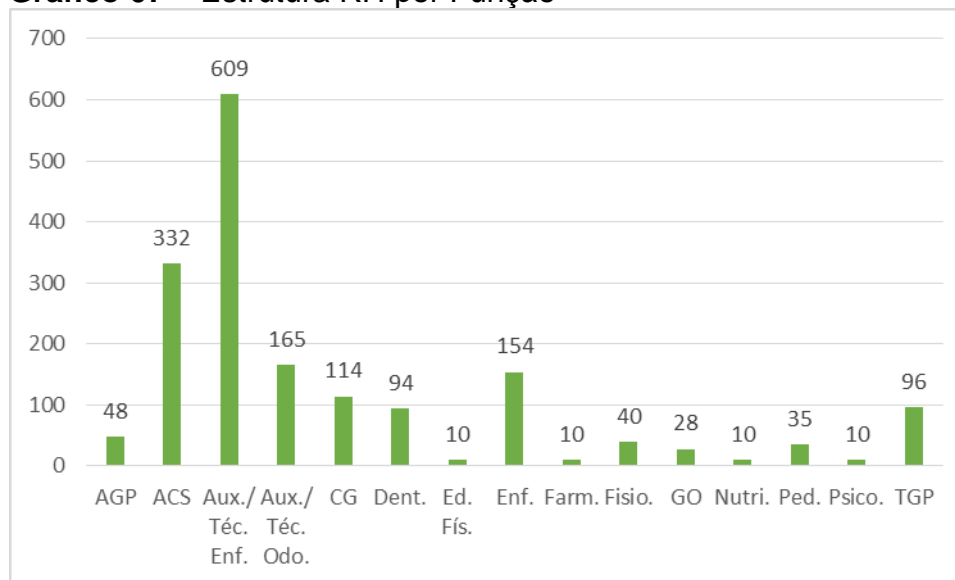


Fonte: elaborado pela autora (2018)

Outro ponto que vale a pena ser discutido considerando as quantidades totais de servidores de cada função, é que determinadas funções, como o Auxiliar/Técnico Enfermagem e o ACS são a maior representatividade, estando presentes em praticamente todas as UBS. Ao mesmo tempo, funções como a do Educador Físico, Farmacêutico, Nutricionista e Psicólogo são as que apresentam os

menores números. O Gráfico 07 evidencia os números absolutos totais de servidores lotados nas respectivas funções:

Gráfico 07 – Estrutura RH por Função



Fonte: elaborado pela autora (2018)

No caso dos que apresentam as menores quantidades – Educador Físico, Farmacêutico, Nutricionista e Psicólogo – é possível entender que se existem apenas 10 servidores de cada função, 43 das 53 UBS ficam descobertas. No entanto, não é isso que acontece, pois, esses 10 servidores têm sua lotação em uma unidade, a qual leva o ônus dos seus custos, mas eles atendem também nas demais UBS, as quais ofertam o atendimento, porém não sofrem os custos pela prestação dos serviços. De modo geral, essas funções realizam atendimentos semanais e, por isso, tem condições de frequentar outras unidades nos demais dias da semana. Sabe-se que essa situação acontece na prática, mas na teoria não é possível ver isso ocorrendo, nem quais são as UBS que recebem esses profissionais ou ainda, se alguma acaba ficando descoberta.

A mesma situação ocorre com os Fisioterapeutas, os Ginecologistas e os Pediatras, os quais também subdividem dias de atendimento entre diferentes UBS, uma vez que a quantidade desses servidores ativos, no quadro da atenção primária à saúde, não é suficiente para manter um profissional por UBS.

Por outro lado, mesmo com poucos profissionais para atender determinada especialidade, é possível que haja uma compensação em relação ao que eles entregam, isto é, a produção deles, o que pode ser visto no Quadro 21:

Quadro 21 – Produção Total por Função por UBS

UBS	ACS	Aux./Téc. Enf.	Enfermeiro	Médico	Outros Prof. Nív. Sup.	ASB	C. Dentista	TSB	Total
Alvorada	2449	33969	855	6399			1826	374	45872
Aquiles Stenghel	30178	5263	4903	8108			2490	196	51138
Armindo Guazzi	6009	9369	1341	12387			2096	531	31733
Bandeirantes	22536	15430	3855	13958		207	1599	380	57965
Cabo Frio/Imagawa	20971	35895	4799	12295			3897	16	77873
Cafezal	27010	40219	3474	10051	1999		1574	46	84373
Campos Verdes	3365	10534	1826	6222			1496		23443
Carnascialli	11515	34559	4495	11690			1828	83	64170
Centro	2681	2659	1727	1040	3		4204	492	12806
Centro Social Urbano	7823	12896	1996	8588			1766	23	33092
Chefe Newton	10029	22000	972	6396	5327		1799	460	46983
Eldorado	9485	15649	868	6420			941		33363
Ernani	4074	1157	386	2747	4852		948		14164
Guanabara	4929	25101	4251	8333	6827		893		50334
Guaravera	12303	27330	1653	4727	374	14	1209		47610
Irerê + Taquaruna	3551	8928	1012	3267	343		1425	86	18612
Itapoã	14165	46404	4649	9796			2773		77787
Jamile Dequech	3971	12885	2356	2562			1363		23137
Jardim do Sol	29320	14131	3210	4869			2028	11	53569
Jardim Ideal	4643	20133	1251	4414			980		31421
Jardim Tóquio	10137	15600	1449	6495	6454		1057	586	41778
João Paz	11598	8054	2834	10519	4470	4	1540		39019
Leonor	9808	6446	3917	12343	5918		2156	23	40611
Lerroville	13111	7810	2457	2180			1795		27353
Lindóia	6624	28067	2006	12310			2442	888	52337
Marabá	22118	28484	5546	9504	4351		3678	322	74003
Maravilha	3460	7837	1247	2588	342	2	590		16066
Maria Cecília	18644	20290	3063	9379			2379	8	53763
Milton Gavetti	2490	6984	2104	7503	233		1470	10	20794
Mister Thomas	3952	10561	1279	1423			827		18042

Novo Amparo	4308	32029	1208	5859	4781	2	1917		50104
Ouro Branco	2543	40906	1882	1754	658		2381	1128	51252
Padovani/Vista Bela	21478	16408	4033	9157			2359		53435
Paiquerê + Guairacá	10019	21907	2279	1392	392		1263		37252
Panissa/Maracanã	19040	17102	3861	8230		1	2143		50377
Parigot de Souza	7496	22923	6090	7730		10	2188	20	46457
Pind - Parque das Indústrias	15852	18310	2989	7325	1553		2630		48659
Piza/Roseira	24242	17026	5880	7103			1836	934	57021
Regina	2448	8517	930	1692	350		779		14716
San Izidro	3786	16690	668	3416			2017		26577
Santiago	20750	24253	5813	7927		8	2135	487	61373
São Luiz	438	6500	1440	2945	416		1399		13138
Selva + Três Bocas	1989	13599	949	453	465				17455
União da Vitória	14309	15030	4271	9332	447		3423		46812
Vila Brasil	9312	29951	3054	3832		1	729		46879
Vila Casoni	7736	9652	588	5713		1	2448	42	26180
Vila Nova	6310	9940	4277	9004	3752		824		34107
Vila Ricardo + Fraternidade	2141	14821	2331	8256			1333	31	28913
Vivi Xavier	7761	21165	3999	7656			2536	348	43465
Warta	6258	8897	1127	2562	254	1	1132		20231
Total	521165	900270	133450	329851	54561	251	90541	7525	2037614
Média	10423	18005	2669	6597	2372	23	1848	301	40752
Mediana	7792	15624,5	2305	6799	658	2	1799	196	42621,5
Máximo	30178	46404	6090	13958	6827	207	4204	1128	84373
Mínimo	438	1157	386	453	3	1	590	8	12806
Variância	63621781,6	113399534,3	2567346,2	12526361,4	5900906,6	3751,0	679720,1	106377,3	332466181,3
Desvio Padrão	7976,3	10648,9	1602,3	3539,3	2429,2	61,2	824,5	326,2	18233,7
Legenda:									
ACS – Agente Comunitário de Saúde	ASB – Auxiliar de Saúde Bucal	TSB – Técnico de Saúde Bucal	Outros Profissionais de Nível Superior – Profissionais do NASF						

Fonte: elaborado pela autora com base no *site* e-SUS (2018)

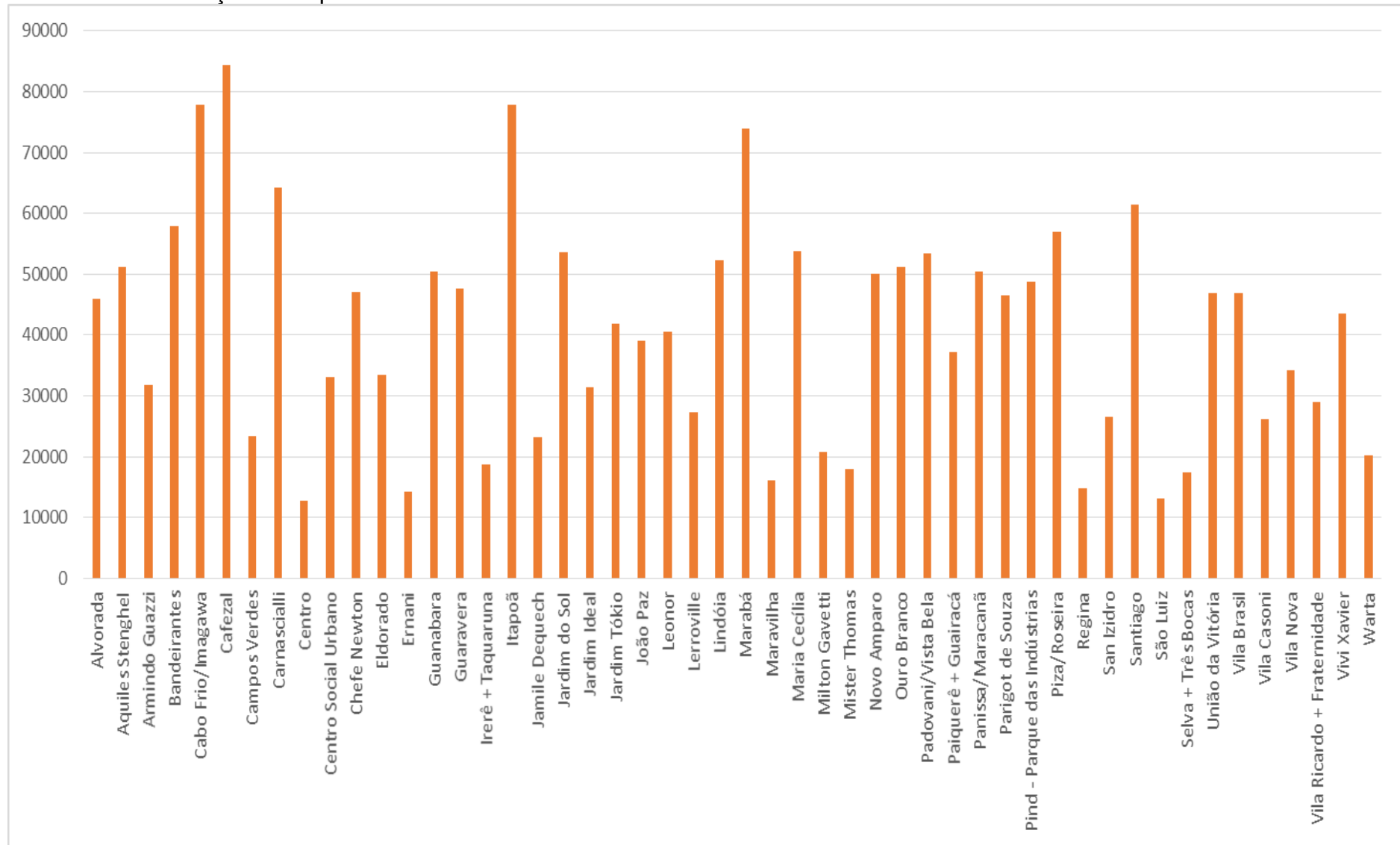
Entende-se como produção as ações efetivadas por cada profissional, em sua respectiva função, junto aos pacientes, sejam essas ações consultas ou procedimentos, sem distinção do grau de complexidade em relação ao serviço prestado. O Quadro 21 demonstra, portanto, a produção total (atendimentos + procedimentos) identificada em cada função nas respectivas UBS, em 2016.

No caso das unidades Leonor, Maria Cecília e União da Vitória foram apresentados apenas os dados das UBS, pois as informações do PA não são contadas da mesma maneira, já que as práticas de trabalho e mensuração de resultados são diferentes. Além disso, as UBS da zona rural que atendem a mesma população referenciada à área de abrangência (Irerê e Taquaruna, Paiquerê e Guairacá e Selva e Três Bocas) tiveram seus dados de produção somados, uma vez que, basicamente, a mesma equipe de trabalho atende em ambos os locais.

As produções são informadas pelas próprias UBS, em plataforma específica denominada e-SUS, um *site* vinculado ao Ministério da Saúde. Todas as UBS devem submeter-se ao repasse de suas produções, as quais contam com um prazo para envio dos dados. Diante dessa obrigação, acredita-se que é possível que, em determinadas situações, devido à falta de tempo ou mesmo de funcionários para cumprir esta tarefa, a produção mensal deixe de ser encaminhada, além de da possibilidade de existirem discrepâncias em relação ao entendimento dos conceitos atendimento e procedimento. Com isso, pode ser que as informações de produção de algumas UBS, indicadas no Quadro 21, não representem a realidade. Observa-se que os números referentes à variância e ao desvio padrão demonstram uma grande discrepância entre os dados.

De qualquer forma, ressalta-se que a produção das UBS é uma informação importante e, independente dos obstáculos que as unidades enfrentam, deve ser repassada ao Ministério da Saúde. O e-SUS é a ferramenta para alimentação por parte das UBS e também para a consulta por parte dos gestores. Então, os dados que se apresentam no Quadro 21 são as informações oficiais, que demonstram, além da produção individual das unidades, a importância de se ter o lançamento destes dados do modo mais fiel possível, pois fornecem parâmetros para o gestor público tomar decisões e também para solicitar recursos junto ao Ministério da Saúde.

Com base no Quadro 21, o Gráfico 08 ilustra a produção total das unidades, sem diferenciação das funções:

Gráfico 08 – Produção Total por UBS

Fonte: elaborado pela autora com base no site e-SUS (2018)

O Gráfico 08 demonstra que a produção das UBS Cafezal, Cabo Frio/Imagawa, Itapoã e Marabá são as maiores, com mais de 70 mil atendimentos/procedimentos identificados no ano de 2016, o que representa, em porcentagem, respectivamente 4,14%, 3,82%, 3,82% e 3,63%. Por outro lado, as unidades que apresentaram menor representatividade foram Centro (0,63%), São Luiz (0,64%), Ernani (0,70%), Regina (0,72%), Maravilha (0,79%), Selva + Três Bocas (0,86%), Mister Thomas (0,89%) e Irerê + Taquaruna (0,91%), com produção total menor que 20 mil atendimentos/procedimentos em 2016. Dessas unidades, Centro, Ernani e Mister Thomas são unidades localizadas na zona urbana, as quais podem ter produção menor em decorrência do tamanho reduzido da população referenciada à área de abrangência (Ernani e Mister Thomas) ou devido ao perfil socioeconômico dos moradores da região (UBS Centro).

4.2 METODOLOGIA DE CÁLCULO

Após a fase de caracterização das UBS, que apresentou as informações gerais de estrutura de RH, equipes, produção, faz-se necessário realizar outras considerações, mais completas, partindo de novas inferências. Por isso, antes de analisar dados diretamente relacionados aos custos, é interessante indicar como foram encontrados os respectivos valores.

4.2.1 Produção

A produção, como mencionado, é alimentada pelas UBS no *site* e-SUS, vinculado ao Ministério da Saúde. As informações indicadas neste estudo foram obtidas diretamente do referido *site*, por meio de acesso individual. Com a autorização para acessar o endereço *on-line* do e-SUS, no campo “Relatórios” e, em seguida, no item “Produção”, vários relatórios foram pesquisados. De acordo com o Manual para Preenchimento das Fichas de Coleta de Dados Simplificada do Sistema e-SUS Atenção Básica (Ministério da Saúde, 2018), os relatórios levantados representam as seguintes condições:

- Atendimento Domiciliar: utilizado pelo Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) para coleta de dados dos atendimentos prestados. Este item não deve ser utilizado pelas UBS, pois o SAD é um serviço exclusivo, desvinculado das UBS;
- Atendimento Individual: registra informações de atendimentos individuais feitos por profissionais de nível superior na AB;
- Atendimento Odontológico: deve ser usado pela ESB na AB para registrar atendimentos individuais;
- Atividade Coletiva: registra ações realizadas em grupo pelas equipes, conforme as necessidades do território e da equipe;
- Visita Domiciliar: registra as visitas feitas ao cidadão ou outros pontos territoriais. Deve ser utilizado apenas pelo ACS e ACE;
- Procedimentos: serve para registrar os procedimentos feitos por determinado profissional na AB. Difere do relatório “atendimento individual” em que são identificadas a solicitação e avaliação de procedimentos, por exemplo. Na UBS, este relatório é utilizado por profissionais de nível superior e técnico da ESF e NASF, exceto ESB e ACS.

Além da emissão de relatórios fechados que partem da alimentação de fichas pelas UBS, na plataforma do e-SUS, as categorias profissionais também têm uma limitação, uma vez que apenas ACS, Auxiliar ou Técnico de Enfermagem, Enfermeiro, Médico, Outro Profissional de Nível Superior, ASB, Cirurgião-Dentista e TSB aparecem como opção para geração de relatórios da AB. Nesse sentido, profissionais como clínico geral, ginecologista e pediatra, por exemplo, são unificados na categoria “médico”, não sendo possível distinguir atendimentos prestados por cada servidor. O mesmo ocorre com a categoria “outro profissional de nível superior”, na qual todas as funções que compõem o NASF, exceto ginecologista e pediatra, são consideradas e contabilizadas como uma só, impossibilitando a visualização da produção individualizada.

Diante dos diferentes tipos de relatórios e categorias profissionais possíveis no e-SUS, foram encontrados no ano de 2016 de acordo com as funções os seguintes relatórios:

- ACS: “atendimento individual”, “atividade coletiva”, “visita domiciliar” e “procedimentos”;
- Auxiliar/Técnico de Enfermagem: “atendimento individual”, “atividade coletiva”, “visita domiciliar” e “procedimentos”;
- Enfermeiro: “atendimento individual”, “atividade coletiva” e “procedimentos”;
- Médico: “atendimento individual”, “atividade coletiva”, “visita domiciliar” e “procedimentos”;
- Outro Profissional de Nível Superior: “atendimento individual”, e “atividade coletiva”;
- ASB: “atendimento odontológico”, “atividade coletiva” e “procedimentos”;
- Cirurgião-Dentista: “atendimento individual”, “atendimento odontológico”, “atividade coletiva” e “procedimentos”;
- TSB: “atendimento odontológico” e “atividade coletiva”.

Para facilitar os dados da produção por função, todos esses relatórios foram classificados em apenas duas categorias: Atendimentos e Procedimentos. Portanto, em cada função, os valores referentes aos relatórios “atendimento domiciliar”, “atendimento individual”, “atendimento odontológico”, “atividade coletiva” e “visita domiciliar” foram somados e contabilizados como “Atendimentos”. Os números relacionados aos procedimentos, por se enquadrarem em outro tipo de serviço prestado, foram isolados na categoria “Procedimentos”.

4.2.2 Custos

No que diz respeito aos custos das UBS foram levantados os valores liquidados em 2016, referentes aos custos diretos: Recursos Humanos; Farmácia; Materiais para Copa, Cozinha, Limpeza e Insumos; Concessionárias (empresas Copel, Sanepar e Sercomtel que fornecem, respectivamente, energia, água e comunicação – telefone e *internet*). Conforme classificação do DESID (Portal da Saúde, 2014), vista no Quadro 14, estes custos foram simplificados em: Custos com Pessoal, Custos Administrativos e Custos com Material de Consumo.

Os custos diretos foram alocados às respectivas UBS. E apenas os custos diretos que são o foco deste estudo serão considerados para as análises. Porém, como mostra o Quadro 22, foram identificados também os custos indiretos, os quais foram denominados como custos gerais da SMS. Estes valores não puderam ser alocados aos respectivos centros de custos por não contarem com parâmetros objetivos para o rateio. Sendo assim, estes dados são apresentados nesta pesquisa a título de curiosidade.

Quadro 22 – Custos Gerais SMS

Descrição	Valor Liquidado
Transporte e Manutenção de Veículos	R\$ 1.317.452,95
Materiais de Manutenção de Bens Móveis e Imóveis	R\$ 387.260,87
Serviços Administrativos - Cópias, Locomoção, Outros	R\$ 2.791.296,18
Serviços de Saúde Complementar	R\$ 3.083.593,20
Serviços Hospitalares	R\$ 201.724.012,65
Serviços Hospitalares - Consórcio	R\$ 22.862.884,60
Locações Imóveis	R\$ 633.799,26
Locações Equipamentos Médicos/Hospitalares/Laboratoriais	R\$ 3.233.942,96
Total	R\$ 236.034.242,67
Obrigações Tributárias e Contributivas	R\$ 37.253,69
Outros Auxílios Financeiros a Pessoas Físicas	R\$ 687.692,75
Sentenças Judiciais	R\$ 440.492,94
Despesas de Exercícios Anteriores	R\$ 13.969,27
Indenizações e Restituições	R\$ 126.491,20
Total	R\$ 1.305.899,85
Investimentos	R\$ 2.332.689,17
Total	R\$ 239.672.831,69

Fonte: SMS (2018)

Com relação aos custos diretos, os valores referentes aos “Custos com Pessoal” foram levantados a partir de uma planilha do departamento de recursos humanos, na qual foram apresentados todos os itens condizentes ao salário dos servidores, exceto os encargos trabalhistas. Por isso, a princípio foi feito um quadro para alocação dos servidores com seus respectivos salários, sem os encargos. Na sequência, os valores referentes a esses custos foram distribuídos percentualmente, de acordo com os salários de cada função. Ambos os dados, por fim, foram somados para se alcançar um valor final de custos de cada função e servidores nas UBS.

Os custos relacionados ao “Material de Consumo” (Farmácia) foram obtidos por meio de uma planilha repassada pela Centrofarma, setor que distribui medicamentos e outros materiais às unidades da administração pública em Londrina. Neste arquivo, diversos itens estavam indicados com seus custos e, no que diz respeito às UBS estavam atrelados os seguintes itens: materiais para acupuntura; cosméticos; materiais e medicamentos estratégicos para campanhas; impressos farmacêuticos; insumos farmacêuticos; material laboratorial para a realização de exames; materiais hospitalares; medicamentos diversos; materiais para ostomias; produtos odontológicos; e, materiais e medicamentos para programas de tabagismo. Foram somados os valores destes itens em cada UBS e unificados em um único custo como “Material de Consumo”.

Os valores condizentes com os Materiais para Copa, Cozinha, Limpeza e Insumos foram obtidos por servidor da SMS, indicado no Termo de Cooperação 01/2017, por meio de dados encaminhados pela diretoria responsável. E, por fim, os custos das Concessionárias fornecedoras de energia, água e comunicação (Copel, Sanepar e Sercomtel) foram disponibilizados pela Diretoria de Logística e Manutenção em Saúde, em arquivo que trazia separadamente os valores de cada serviço – energia, água e telefone. Estes que já estavam atribuídos a cada UBS foram apenas somados. Observa-se que no arquivo encaminhado algumas UBS não apresentaram a indicação dos custos em um ou outro serviço, as quais serão oportunamente indicadas. Os valores referentes às Concessionárias e aos Materiais para Copa, Cozinha, Limpeza e Insumos foram classificados unicamente como “Custos Administrativos”.

Detalhados os custos diretos e suas origens, estes serão somados após apresentação individualizada, fim de demonstrar o custo total de cada UBS. Os custos indiretos, por outro lado, não foram juntados aos diretos, já que os números encontrados se referem aos valores totais da SMS, que não contam com uma forma para a atribuição individualizada. Por isso, os custos indiretos foram apresentados, mas não estão incluídos nos custos das UBS.

4.3 CUSTOS DAS UBS

Considerando apenas os custos diretos para cálculo dos custos totais das UBS, é possível demonstrar os valores referentes às categorias: Pessoal Material de Consumo; Administrativos.

4.3.1 Custos Administrativos

Inicialmente, serão apresentados os custos administrativos, por representarem valores voltados à manutenção das UBS, nos quais estão incluídos os custos com Materiais para Copa, Cozinha, Limpeza e Insumos e também as Concessionárias. Para demonstração dos respectivos valores, o Quadro 23 apresenta os custos separadamente:

Quadro 23 – Custos Administrativos

UBS	Mat. Copa, Coz., Limpeza, Insumos	Concessionárias	Total
Alvorada	R\$ 39.409,11	R\$ 29.780,27	R\$ 69.189,38
Aquiles Stenghel	R\$ 29.652,41	R\$ 33.349,04	R\$ 63.001,45
Armindo Guazzi	R\$ 75.647,56	R\$ 32.592,69	R\$ 108.240,25
Bandeirantes	R\$ 22.834,31	R\$ 23.935,50	R\$ 46.769,81
Cabo Frio/Imagawa	R\$ 85.021,41	R\$ 32.337,02	R\$ 117.358,43
Cafezal	R\$ 45.080,16	R\$ 22.647,11	R\$ 67.727,27
Campos Verdes	R\$ 17.513,71	R\$ 17.866,36	R\$ 35.380,07
Carnascialli	R\$ 11.663,88	R\$ 27.069,30	R\$ 38.733,18
Centro	R\$ 34.086,47	R\$ 18.773,56	R\$ 52.860,03
Centro Social Urbano (CSU)	R\$ 15.845,06	R\$ 8.958,29	R\$ 24.803,35
Chefe Newton	R\$ 58.315,23	R\$ 23.735,56	R\$ 82.050,79
Eldorado	R\$ 15.762,40	R\$ 16.888,97	R\$ 32.651,37
Ernani	R\$ 43.057,37	R\$ 15.978,83	R\$ 59.036,20
Guairacá	R\$ 2.481,89	R\$ 5.473,92	R\$ 7.955,81
Guanabara	R\$ 84.900,85	R\$ 28.163,37	R\$ 113.064,22
Guaravera	R\$ 7.440,10	R\$ 16.950,94	R\$ 24.391,04
Irerê	R\$ 4.352,34	R\$ 14.176,47	R\$ 18.528,81
Itapoã	R\$ 17.513,19	R\$ 19.689,94	R\$ 37.203,13
Jamile Dequech	R\$ 18.391,47	R\$ 17.871,01	R\$ 36.262,48
Jardim do Sol	R\$ 19.563,85	R\$ 38.315,39	R\$ 57.879,24
Jardim Ideal	R\$ 10.436,57	R\$ 61.351,98	R\$ 71.788,55
Jardim Tóquio	R\$ 22.006,52	R\$ 14.012,37	R\$ 36.018,89
João Paz	R\$ 43.901,17	R\$ 24.464,00	R\$ 68.365,17
Lerrovile	R\$ 10.530,22	R\$ 16.582,76	R\$ 27.112,98
Lindóia	R\$ 27.019,42	R\$ 26.704,48	R\$ 53.723,90
Marabá	R\$ 35.964,71	R\$ 32.738,48	R\$ 68.703,19

Maravilha	R\$ 3.673,94	R\$ 15.590,24	R\$ 19.264,18
Milton Gavetti	R\$ 11.942,91	R\$ 29.987,98	R\$ 41.930,89
Mister Thomas	R\$ 8.513,21	R\$ 18.798,32	R\$ 27.311,53
Novo Amparo	R\$ 22.152,11	R\$ 26.181,29	R\$ 48.333,40
Ouro Branco	R\$ 64.868,58	R\$ 29.443,98	R\$ 94.312,56
Padovani/Vista Bela	R\$ 23.457,85	R\$ 17.672,43	R\$ 41.130,28
Paiquerê	R\$ 6.638,13	R\$ 10.477,85	R\$ 17.115,98
Panissa/Maracanã	R\$ 36.790,80	R\$ 15.129,19	R\$ 51.919,99
Parigot de Souza	R\$ 19.999,69	R\$ 22.876,41	R\$ 42.876,10
PIND (Pq. das Indústrias)	R\$ 24.127,67	R\$ 22.011,85	R\$ 46.139,52
Piza/Roseira	R\$ 75.223,67	R\$ 32.255,18	R\$ 107.478,85
Regina	R\$ 4.445,64	R\$ 11.975,35	R\$ 16.420,99
San Izidro	R\$ 28.437,30	R\$ 22.798,07	R\$ 51.235,37
Santiago	R\$ 48.745,68	R\$ 35.165,31	R\$ 83.910,99
São Luiz	R\$ 5.498,63	R\$ 10.517,25	R\$ 16.015,88
Selva	R\$ 2.761,09	R\$ 7.509,29	R\$ 10.270,38
Taquaruna	R\$ 753,78	R\$ 4.851,74	R\$ 5.605,52
Três Bocas	R\$ 3.473,52	R\$ 5.127,28	R\$ 8.600,80
Vila Brasil	R\$ 24.519,18	R\$ 15.723,68	R\$ 40.242,86
Vila Nova	R\$ 30.759,56	R\$ 30.337,69	R\$ 61.097,25
Vila Casoni	R\$ 32.430,99	R\$ 12.121,61	R\$ 44.552,60
Vila Ricardo + Fraternidade	R\$ 19.487,62	R\$ 30.299,45	R\$ 49.787,07
Vivi Xavier	R\$ 19.873,19	R\$ 29.063,51	R\$ 48.936,70
Warta	R\$ 4.065,71	R\$ 13.475,63	R\$ 17.541,34
Total	R\$ 1.321.031,83	R\$ 1.089.798,19	R\$ 2.410.830,02
Leonor (UBS/PA)	R\$ 32.640,61	R\$ 68.008,32	R\$ 100.648,93
Maria Cecília (UBS/PA)	R\$ 52.655,28	R\$ 59.727,17	R\$ 112.382,45
União Vitória (UBS/PA)	R\$ 31.469,53	R\$ 49.603,11	R\$ 81.072,64
Total	R\$ 116.765,42	R\$ 177.338,60	R\$ 294.104,02
Total Geral	R\$ 1.437.797,25	R\$ 1.267.136,79	R\$ 2.704.934,04

Fonte: elaborado pela autora (2018)

Os valores relacionados ao Leonor, Maria Cecília e União da Vitória são observados isoladamente, por serem unidades onde funcionam também um PA e devido à impossibilidade de separar os custos relativos às UBS e aos PA, eles foram unificados, criando um grupo distinto do grande grupo das UBS. O Quadro 24 demonstra percentualmente e em valores a diferença dos custos administrativos das UBS e UBS/PA:

Quadro 24 – Percentual Custos Administrativos

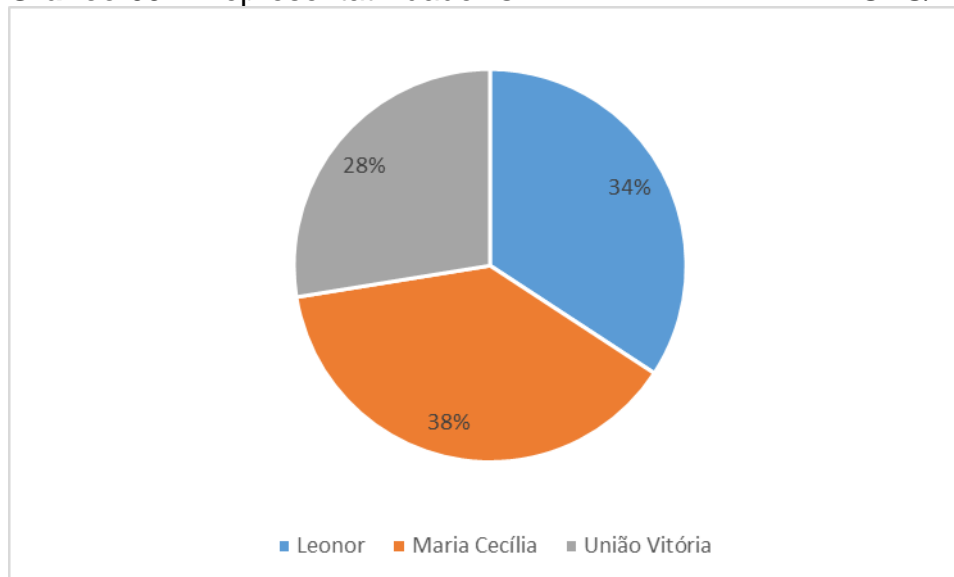
Descrição	Mat. Copa, Coz., Limpeza, Insumos		Concessionárias		Total	
Total UBS	R\$ 1.321.031,83	92%	R\$ 1.089.798,19	86%	R\$ 2.410.830,02	89%
Total UBS/PA	R\$ 116.765,42	8%	R\$ 177.338,60	14%	R\$ 294.104,02	11%
Total Geral	R\$ 1.437.797,25	100%	R\$ 1.267.136,79	100%	R\$ 2.704.934,04	100%

Fonte: elaborado pela autora (2018)

O grupo das UBS com PA tem representatividade grande percentualmente e, por isso, não seria ideal colocá-las junto ao grupo das UBS. “Materiais para Copa, Cozinha, Limpeza e Insumos” tem maior custo dentro da categoria “Custos Administrativos” – R\$ 1.437.797,25 (um milhão, quatrocentos e trinta e sete mil, setecentos e noventa e sete reais e vinte e cinco centavos) – o que representa 53% do total – R\$ 2.704.934,04 (dois milhões, setecentos e quatro mil, novecentos e trinta e quatro reais e quatro centavos).

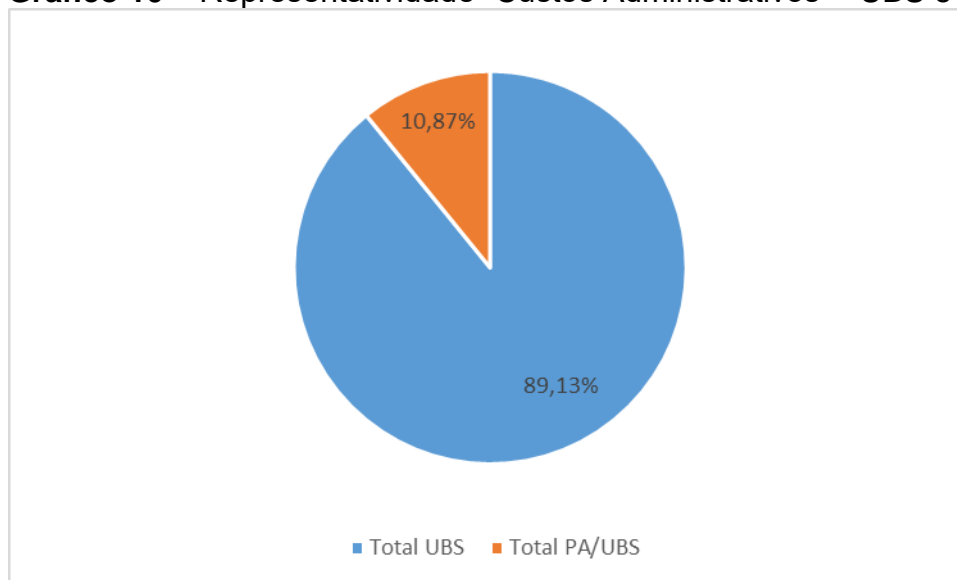
Somente as UBS/PA consumiram 8% do total de “Materiais para Copa, Cozinha, Limpeza e Insumos”, em 2016, contra consumo de 92% das UBS. E nos valores condizentes às “Concessionárias” – R\$ 1.267.136,79 (um milhão, duzentos e sessenta e sete mil, cento e trinta e seis reais e setenta e nove centavos) – as UBS/PA representaram sozinhas 14% desses custos contra 86% do que as UBS significaram em consumo. No que diz respeito ao total dos “Custos Administrativos” consumidos pelas unidades UBS/PA é possível demonstrar o seguinte:

Gráfico 09 – Representatividade “Custos Administrativos” - UBS/PA



Fonte: elaborado pela autora (2018)

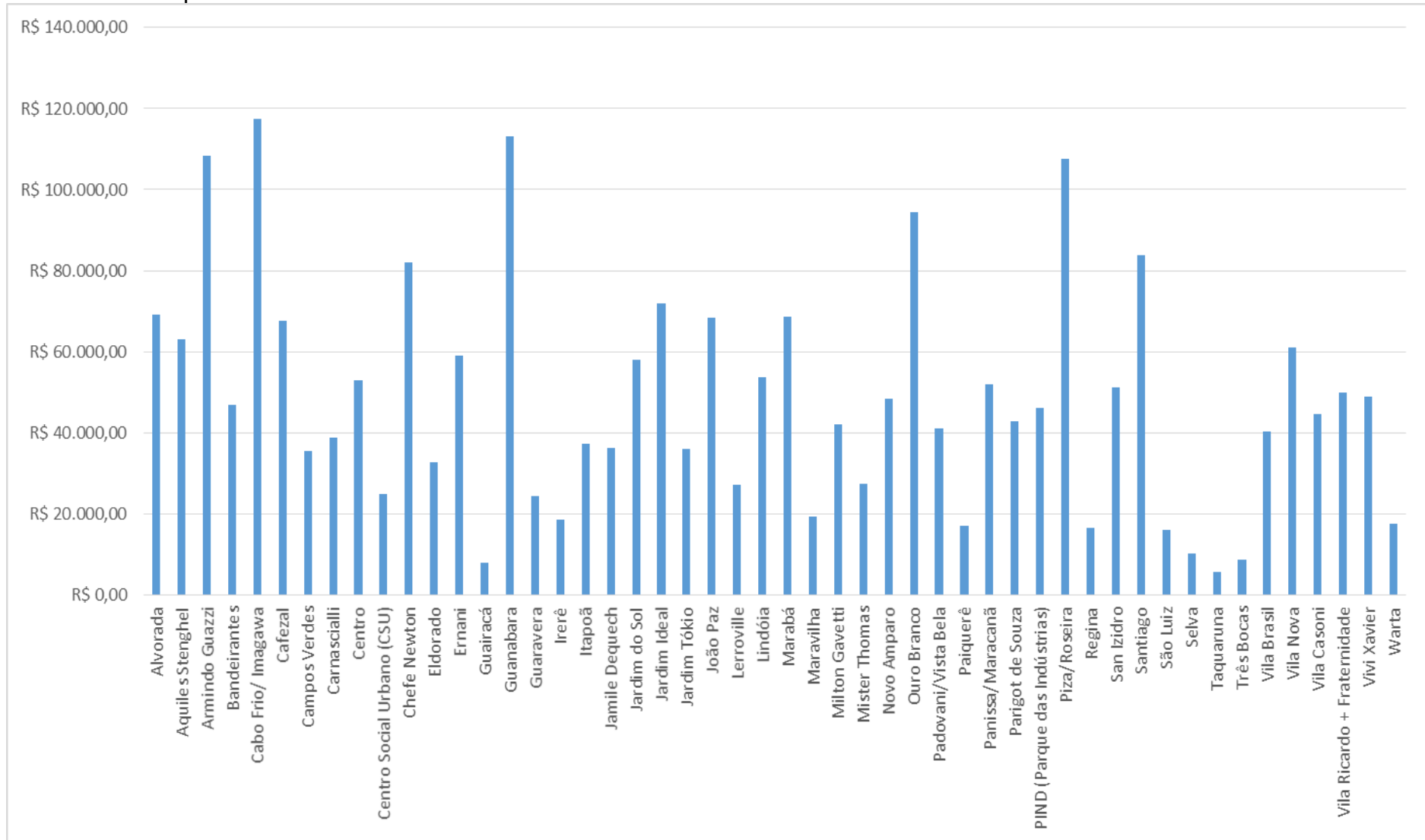
A unidade Maria Cecília foi a que mais consumiu na categoria “Custos Administrativos”, com 38%, seguida pelo Leonor, com 34% e pelo União da Vitória, com 28%. E, ao somar o total dos custos administrativos e compará-los com as UBS, tem-se o que mostra o Gráfico 10:

Gráfico 10 – Representatividade “Custos Administrativos” - UBS e PA

Fonte: elaborado pela autora (2018)

Os valores consumidos em “Material para Copa, Cozinha, Limpeza e Insumos” somados com as “Concessionárias” indicam que as UBS/PA representaram 10,87% dos “Custos Administrativos”, contra 89,13% referente ao grupo das UBS.

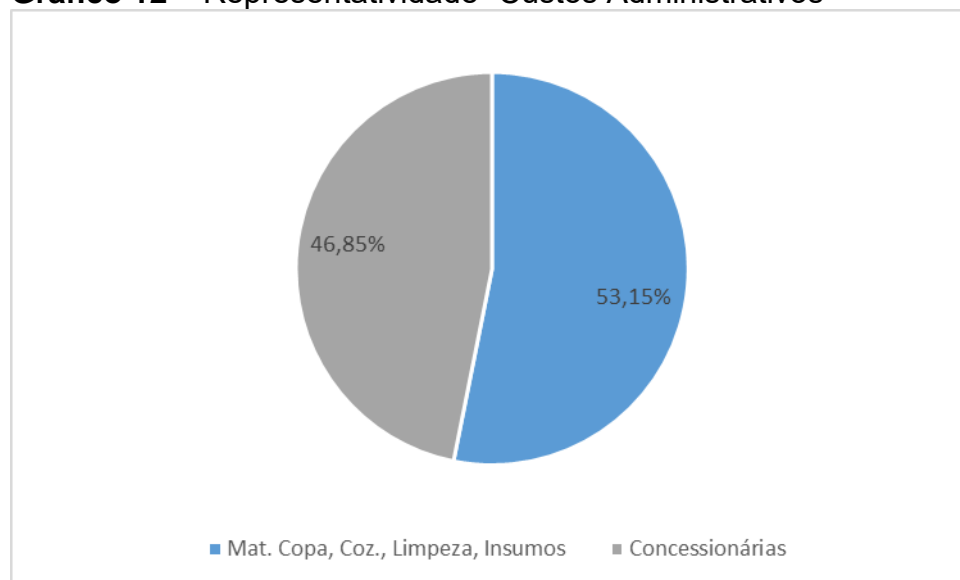
O que foi consumido apenas pelas UBS é ilustrado pelo Gráfico 11, a seguir, o qual demonstra que as UBS mais representativas em relação aos custos administrativos são Cabo Frio/Imagawa (4,87%), Guanabara (4,69%), Armindo Guazzi (4,49%) e Piza/Roseira (4,46%), as quais apresentaram consumo nesta categoria acima dos R\$ 100.000,00 (cem mil reais). Por outro lado, as que demonstraram os menores índices de consumo foram as UBS da zona rural. A maioria das unidades rurais apareceram com as menores porcentagens, com custo anual abaixo dos R\$ 20.000,00 (vinte mil reais): Taquaruna (0,23%), Guairacá (0,33%), Três Bocas (0,36%), Selva (0,43%), São Luiz (0,66%), Regina (0,68%), Paiquerê (0,71%), Warta (0,73%), Irerê (0,77%) e Maravilha (0,80%).

Gráfico 11 – Representatividade “Custos Administrativos” – UBS

Fonte: elaborado pela autora (2018)

Considerando os valores totais da categoria “Custos Administrativos”, somando os números referentes às UBS e UBS/PA, é possível concluir que a diferença entre eles não é tão grande, como se pode identificar no Gráfico 12:

Gráfico 12 – Representatividade “Custos Administrativos”



Fonte: elaborado pela autora (2018)

Do total dos “Custos Administrativos”, somando UBS e PA, 53,15% são referentes aos “Materiais para Copa, Cozinha, Limpeza e Insumos” e 46,85% referem-se aos custos com as “Concessionárias”.

4.3.2 Custos Material de Consumo

Após a análise dos Custos Administrativos, podem ser observados dados referentes à categoria “Material de Consumo”, na qual estão incluídos valores relacionados aos materiais de enfermagem, odontológicos, médico-hospitalares, bem como aos medicamentos atribuídos a cada UBS.

Quadro 25 – Material de Consumo

UBS	Farmácia
Alvorada	R\$ 174.366,93
Aquiles Stenghel	R\$ 317.638,81
Armindo Guazzi	R\$ 361.814,72
Bandeirantes	R\$ 259.235,74
Cabo Frio/Imagawa	R\$ 224.375,04
Cafezal	R\$ 275.352,88
Campos Verdes	R\$ 178.683,14
Carnascialli	R\$ 181.557,08

Centro	R\$ 209.598,53
Centro Social Urbano (CSU)	R\$ 162.846,98
Chefe Newton	R\$ 254.236,43
Eldorado	R\$ 140.637,67
Ernani	R\$ 132.176,26
Guairacá	R\$ 31.274,97
Guanabara	R\$ 188.345,86
Guaravera	R\$ 114.868,08
Irerê	R\$ 72.309,22
Itapoã	R\$ 177.338,83
Jamile Dequech	R\$ 112.221,28
Jardim do Sol	R\$ 184.258,77
Jardim Ideal	R\$ 99.728,69
Jardim Tóquio	R\$ 290.336,69
João Paz	R\$ 180.845,39
Lerrovile	R\$ 148.135,97
Lindóia	R\$ 233.791,90
Marabá	R\$ 255.083,47
Maravilha	R\$ 42.506,99
Milton Gavetti	R\$ 154.675,13
Mister Thomas	R\$ 75.252,08
Novo Amparo	R\$ 137.940,31
Ouro Branco	R\$ 348.594,86
Padovani/Vista Bela	R\$ 177.620,33
Paiquerê	R\$ 66.086,37
Panissa/Maracanã	R\$ 119.969,46
Parigot de Souza	R\$ 222.390,59
PIND (Parque das Indústrias)	R\$ 196.605,38
Piza/Roseira	R\$ 255.888,18
Regina	R\$ 47.722,35
San Izidro	R\$ 110.334,32
Santiago	R\$ 277.571,16
São Luiz	R\$ 53.682,56
Selva	R\$ 34.049,19
Taquaruna	R\$ 8.551,53
Três Bocas	R\$ 26.040,01
Vila Brasil	R\$ 156.484,58
Vila Nova	R\$ 122.707,93
Vila Casoni	R\$ 177.258,24
Vila Ricardo + Fraternidade	R\$ 227.728,28
Vivi Xavier	R\$ 284.702,06
Warta	R\$ 46.868,68
Total	R\$ 8.332.289,90
Leonor (UBS/PA)	R\$ 697.470,40
Maria Cecília (UBS/PA)	R\$ 509.617,72
União Vitória (UBS/PA)	R\$ 464.425,29
Total	R\$ 1.671.513,41
Total Geral	R\$ 10.003.803,31

Fonte: elaborado pela autora (2018)

Isolando os valores condizentes ao grupo das unidades que têm um PA e comparando com o grupo das UBS, tem-se:

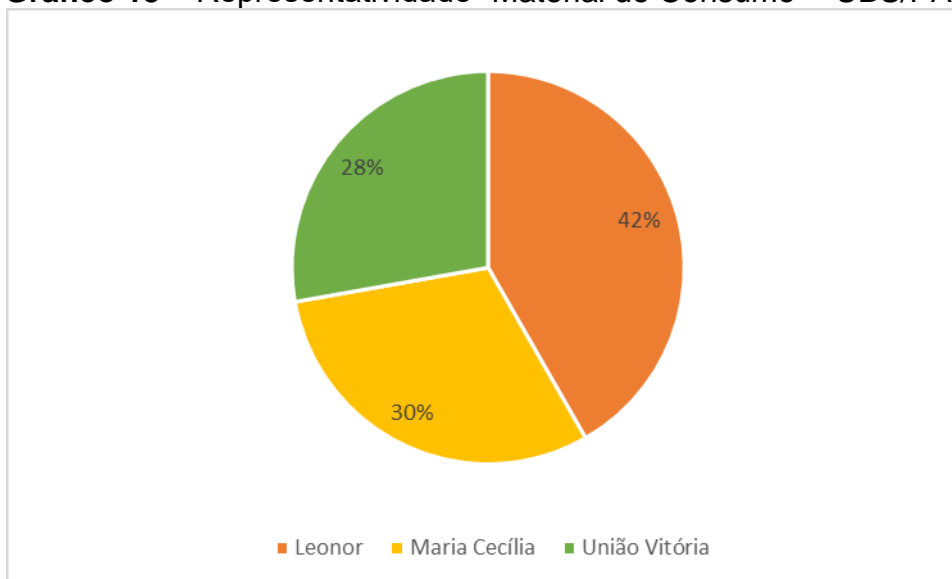
Quadro 26 – Percentual Custos Material de Consumo

Descrição	Material de Consumo	
Total UBS	R\$ 8.332.289,90	83,29%
Total UBS/PA	R\$ 1.671.513,41	16,71%
Total Geral	R\$ 10.003.803,31	100,00%

Fonte: elaborado pela autora (2018)

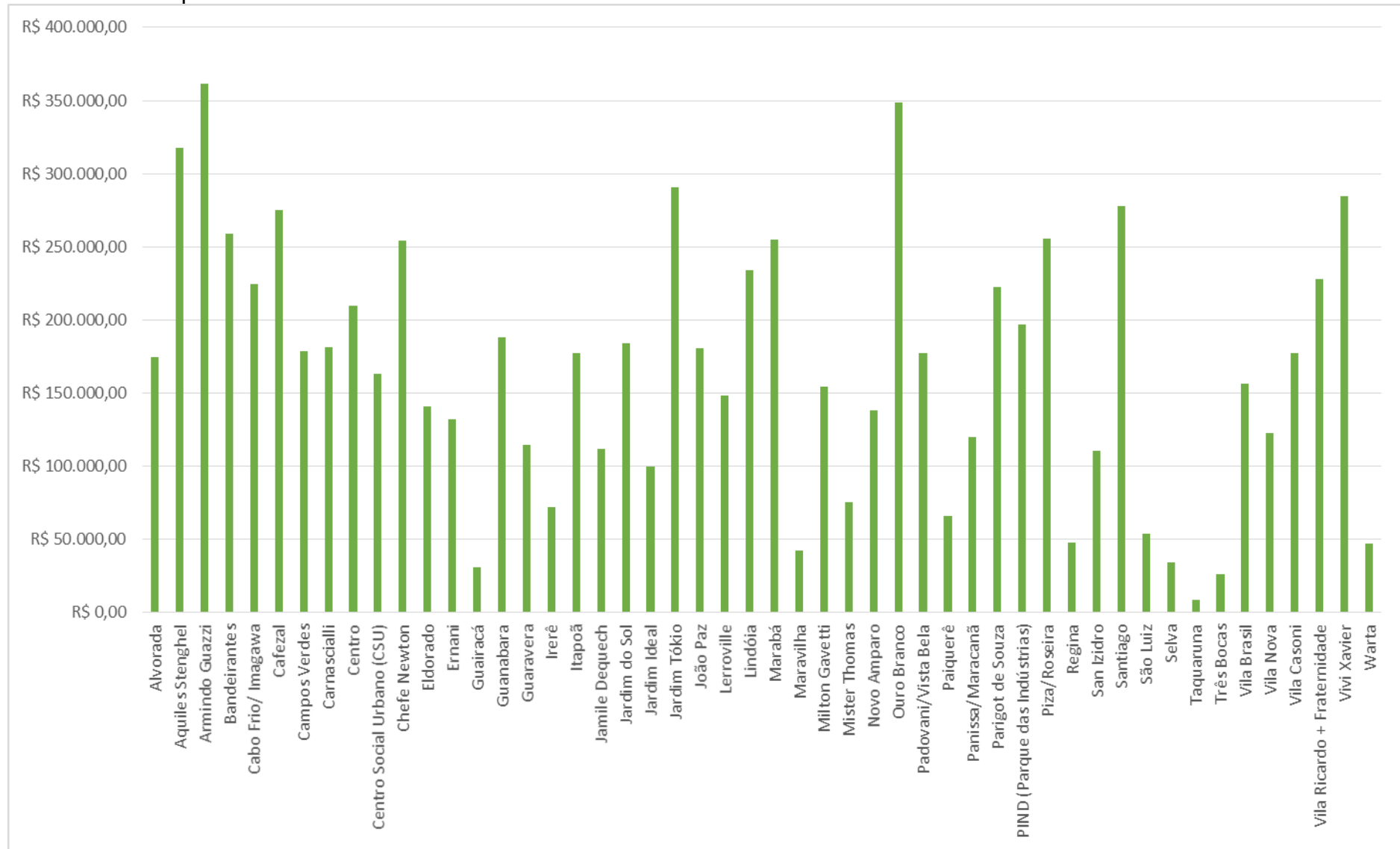
As UBS representam 83,29% nessa categoria e as UBS/PA, 16,71%. A representatividade das unidades UBS/PA, indica que o Leonor consumiu 42% do total, seguido do Maria Cecília (30%) e do União da Vitória (28%)

Gráfico 13 – Representatividade “Material de Consumo” - UBS/PA



Fonte: elaborado pela autora (2018)

O que foi consumido considerando somente as UBS pode ser apresentado conforme o Gráfico 14, na sequência:

Gráfico 14 – Representatividade “Material de Consumo” - UBS

Fonte: elaborado pela autora (2018)

O Gráfico 14 demonstra, mais uma vez, que as UBS rurais apresentaram os menores índices percentuais em consumo. As unidades Taquaruna, Três Bocas, Guairacá, Selva, Maravilha, Warta e Regina consumiram menos de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) nesta categoria, em 2016, com representatividade percentual de: Taquaruna (0,10%), Três Bocas (0,31%), Guairacá (0,38%), Selva (0,41%), Maravilha (0,51%), Warta (0,56%) e Regina (0,57%). Ressalta-se que Taquaruna, Três Bocas e Guairacá são prolongamentos de outras unidades rurais e o baixo consumo nestes locais pode representar uso conjunto com a unidade parceira. No outro extremo, isto é, considerando as UBS que mais consumiram dentro da categoria “Material de Consumo” destacam-se: Armindo Guazzi (4,34%), com valor anual acima de R\$ 350.000,00 (trezentos e cinquenta mil reais), seguida pela UBS Ouro Branco (4,18%) e Aquiles Stenghel (3,81%), com consumo acima de R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais) anual, em medicamentos e materiais.

4.3.3 Custos com Pessoal

Além das categorias “Custos Administrativos” e de “Material de Consumo” foram levantados os custos diretos relacionados aos recursos humanos, denominados “Custos com Pessoal”. Normalmente, este é um dos maiores custos das organizações e, por isso, pelos detalhes a serem demonstrados, foram deixados por último. Os valores a seguir são condizentes aos salários pagos em 2016, somados aos encargos, dos servidores lotados em suas respectivas UBS.

Por serem várias as funções que atuam em uma UBS, estas foram divididas conforme os diferentes tipos de equipes elencados na PNAB (Ministério da Saúde, 2012) e Portaria nº 2.436/2017 (Ministério da Saúde, 2017), a fim de facilitar as análises: ESF, ESB ou ESFSB, NASF. Além dessas, foi delimitado mais um tipo, chamada Equipe de Apoio, composta por agentes públicos de saúde e técnicos de gestão pública, que não estão em nenhum dos tipos pré-estabelecidos.

Para comparações dos valores pagos em 2016 é possível consultar o Apêndice C “Quadro Base de Salários + Benefícios por Funções” que demonstra as referências salariais, bem como as vantagens dos respectivos códigos por funções, desconsiderando-se os encargos trabalhistas.

Quadro 27 – Custos com Pessoal - Equipe ESF

UBS - Equipe ESF	CG		Enfermeiro		Aux./Téc. Enfermagem		ACS		Total
	Qtde	Pgto Anual	Qtde	Pgto Anual	Qtde	Pgto Anual	Qtde	Pgto Anual	
Alvorada	2	R\$ 285.321,35	4	R\$ 500.533,22	11	R\$ 639.207,25	2	R\$ 59.369,67	R\$ 1.484.431,48
Aquiles Stenghel	2	R\$ 134.674,39	3	R\$ 325.448,35	13	R\$ 651.808,57	9	R\$ 254.788,87	R\$ 1.366.720,18
Armindo Guazzi	2	R\$ 379.737,11	4	R\$ 434.425,44	16	R\$ 954.218,42	9	R\$ 243.908,97	R\$ 2.012.289,93
Bandeirantes	3	R\$ 466.378,53	3	R\$ 453.782,70	13	R\$ 832.625,42	7	R\$ 205.293,78	R\$ 1.958.080,43
Cabo Frio/Imagawa	2	R\$ 413.304,02	4	R\$ 423.109,47	11	R\$ 478.216,70	8	R\$ 229.329,27	R\$ 1.543.959,45
Cafezal	3	R\$ 502.507,33	3	R\$ 329.692,90	18	R\$ 863.460,17	10	R\$ 251.490,61	R\$ 1.947.151,01
Campos Verdes	1	R\$ 221.377,43	2	R\$ 213.827,22	9	R\$ 430.173,22	3	R\$ 89.810,54	R\$ 955.188,41
Carnascialli	4	R\$ 522.861,99	2	R\$ 389.089,17	9	R\$ 473.591,62	5	R\$ 132.498,99	R\$ 1.518.041,77
Centro	4	R\$ 441.127,64	3	R\$ 411.416,81	14	R\$ 756.471,19	4	R\$ 92.358,48	R\$ 1.701.374,11
Centro Social Urbano (CSU)	3	R\$ 571.485,52	2	R\$ 271.815,80	11	R\$ 566.985,90	7	R\$ 190.782,06	R\$ 1.601.069,28
Chefe Newton	2	R\$ 359.174,57	3	R\$ 423.210,56	14	R\$ 794.623,11	11	R\$ 326.176,75	R\$ 1.903.184,99
Eldorado	3	R\$ 402.429,23	2	R\$ 143.781,74	11	R\$ 597.599,88	7	R\$ 181.697,98	R\$ 1.325.508,83
Ernani	2	R\$ 339.777,76	2	R\$ 235.236,68	7	R\$ 383.766,28	3	R\$ 91.960,59	R\$ 1.050.741,30
Guairacá					2	R\$ 129.271,34			R\$ 129.271,34
Guanabara	2	R\$ 364.719,58	4	R\$ 498.527,29	10	R\$ 545.493,98	4	R\$ 116.911,40	R\$ 1.525.652,24
Guaravera	1	R\$ 221.625,70	2	R\$ 234.624,15	5	R\$ 245.925,94	8	R\$ 235.085,48	R\$ 937.261,26
Irerê	1	R\$ 271.133,88	1	R\$ 225.379,94	4	R\$ 229.984,78	3	R\$ 90.581,61	R\$ 817.080,21
Itapoã	3	R\$ 493.772,36	3	R\$ 398.393,63	17	R\$ 711.462,05	11	R\$ 292.397,33	R\$ 1.896.025,37
Jamile Dequech			1	R\$ 120.681,85	6	R\$ 289.749,99	4	R\$ 118.865,29	R\$ 529.297,14
Jardim do Sol	3	R\$ 465.097,81	2	R\$ 288.108,54	9	R\$ 498.852,17	8	R\$ 215.331,06	R\$ 1.467.389,58
Jardim Ideal	1	R\$ 28.549,91	1	R\$ 201.814,64	7	R\$ 513.479,66	4	R\$ 111.087,87	R\$ 854.932,08
Jardim Tóquio	1	R\$ 246.896,55	2	R\$ 290.340,37	9	R\$ 593.840,67	5	R\$ 140.041,79	R\$ 1.271.119,38
João Paz	1	R\$ 132.579,04	3	R\$ 347.224,30	11	R\$ 601.125,63	9	R\$ 254.970,79	R\$ 1.335.899,77
Leonor (UBS/PA)	11	R\$ 279.274,04	14	R\$ 1.235.264,01	61	R\$ 3.345.455,63	8	R\$ 243.967,56	R\$ 5.103.961,25
Lerroville			2	R\$ 214.458,80	9	R\$ 389.122,80	6	R\$ 155.259,70	R\$ 758.841,31
Lindóia	2	R\$ 373.840,83	3	R\$ 436.519,06	13	R\$ 683.641,13	9	R\$ 217.010,59	R\$ 1.711.011,62
Marabá	2	R\$ 269.320,47	5	R\$ 457.167,16	14	R\$ 679.080,72	13	R\$ 340.914,18	R\$ 1.746.482,52
Maravilha	1	R\$ 251.438,57	1	R\$ 104.232,09	4	R\$ 211.518,10	2	R\$ 60.997,35	R\$ 628.186,11

Maria Cecília (UBS/PA)	8	R\$ 303.661,23	7	R\$ 580.290,86	33	R\$ 2.063.882,16	9	R\$ 244.715,06	R\$ 3.192.549,31
Milton Gavetti	2	R\$ 468.873,05	2	R\$ 191.376,53	11	R\$ 472.395,59	4	R\$ 122.288,76	R\$ 1.254.933,93
Mister Thomas			2	R\$ 117.216,45	7	R\$ 366.886,25	4	R\$ 106.329,65	R\$ 590.432,35
Novo Amparo	2	R\$ 204.283,07	2	R\$ 196.015,67	8	R\$ 388.397,12	5	R\$ 131.354,87	R\$ 920.050,73
Ouro Branco	3	R\$ 436.998,19	3	R\$ 473.201,13	13	R\$ 681.212,71	4	R\$ 98.989,26	R\$ 1.690.401,28
Padovani/Vista Bela	3	R\$ 352.897,28	5	R\$ 377.086,30	13	R\$ 505.479,69	12	R\$ 336.640,66	R\$ 1.572.103,92
Paiquerê	1	R\$ 65.747,55	1	R\$ 131.809,19	2	R\$ 83.698,27	4	R\$ 100.541,61	R\$ 381.796,62
Panissa/Maracanã	3	R\$ 527.300,27	5	R\$ 539.268,05	17	R\$ 732.830,11	12	R\$ 356.495,60	R\$ 2.155.894,03
Parigot de Souza	2	R\$ 375.476,66	3	R\$ 341.643,62	13	R\$ 707.509,81	4	R\$ 120.670,26	R\$ 1.545.300,35
PIND (Pq. das Indústrias)	2	R\$ 434.360,62	2	R\$ 212.496,62	9	R\$ 490.648,86	8	R\$ 242.080,44	R\$ 1.379.586,53
Piza/Roseira	2	R\$ 373.206,23	3	R\$ 325.886,87	13	R\$ 640.693,52	12	R\$ 350.130,85	R\$ 1.689.917,46
Regina	2	R\$ 292.273,81	1	R\$ 119.107,79	4	R\$ 314.494,08	3	R\$ 88.522,56	R\$ 814.398,23
San Izidro	2	R\$ 355.926,07	1	R\$ 126.537,24	7	R\$ 362.819,29	1	R\$ 60.811,29	R\$ 906.093,89
Santiago	2	R\$ 382.721,99	5	R\$ 533.566,15	17	R\$ 852.410,22	12	R\$ 372.940,73	R\$ 2.141.639,10
São Luiz	2	R\$ 318.822,86	1	R\$ 174.196,22	5	R\$ 254.707,54	3	R\$ 88.509,49	R\$ 836.236,11
Selva	1	R\$ 186.709,28	1	R\$ 115.002,48	2	R\$ 99.328,33	2	R\$ 57.849,78	R\$ 458.889,87
Taquaruna					1	R\$ 94.719,43			R\$ 94.719,43
Três Bocas			1	R\$ 109.744,45	2	R\$ 185.426,87	1	R\$ 29.741,48	R\$ 324.912,81
União da Vitória (UBS/PA)	4	R\$ 747.348,79	8	R\$ 1.025.596,13	28	R\$ 1.583.188,18	12	R\$ 360.634,75	R\$ 3.716.767,85
Vila Brasil	2	R\$ 307.758,58	2	R\$ 258.068,97	9	R\$ 537.241,07	7	R\$ 170.901,94	R\$ 1.273.970,57
Vila Nova	2	R\$ 369.159,90	3	R\$ 399.893,88	9	R\$ 545.080,08	6	R\$ 146.079,74	R\$ 1.460.213,60
Vila Casoni	2	R\$ 277.138,08	3	R\$ 309.671,10	10	R\$ 574.359,14	7	R\$ 212.359,23	R\$ 1.373.527,54
Vila Ricardo + Fraternidade	1	R\$ 370.108,79	6	R\$ 404.764,33	17	R\$ 740.733,98	9	R\$ 255.359,70	R\$ 1.770.966,80
Vivi Xavier	3	R\$ 445.463,75	5	R\$ 422.043,56	17	R\$ 835.571,53	8	R\$ 237.382,99	R\$ 1.940.461,83
Warta	1	R\$ 48.906,91	1	R\$ 182.892,29	4	R\$ 229.676,02	4	R\$ 121.606,35	R\$ 583.081,57
TOTAL	114	R\$ 16.083.548,54	154	R\$ 17.275.481,79	609	R\$ 32.434.142,13	332	R\$ 9.355.825,59	R\$ 75.148.998,04
Legenda:									
CG – Clínico Geral					ACS – Agente Comunitário de Saúde				

Fonte: elaborado pela autora (2018)

O Quadro 27 traz a relação dos custos com pessoal condizentes com as funções pertencentes à ESF, que são normalmente formadas por médico (clínico geral), enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS. Segundo a PNAB (Ministério da Saúde, 2012), as principais funções desses profissionais são:

- Médico: realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS ou outros locais, encaminhar pacientes a outros pontos de atenção ou internação, se necessário;
- Enfermeiro: realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo, atividades programadas e de demanda espontânea, sejam elas na UBS ou em domicílios;
- Auxiliar de Enfermagem: realizar procedimentos regulamentados ao exercício da profissão, seja na UBS ou nos domicílios, realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- ACS: trabalhar em área delimitada geograficamente, cadastrando e atualizando dados das famílias, além de acompanhar todas elas por meio de visita domiciliar, desenvolvendo atividades de promoção da saúde.

Pode-se dizer, a partir do Quadro 27, que os servidores pertencentes à equipe ESF custaram, no ano de 2016, R\$ 75.148.998,04 (setenta e cinco milhões, cento e quarenta e oito mil, novecentos e noventa e oito reais e quatro centavos). Como já visto, nesse ano, as seguintes UBS não contavam com ESF: Campos Verdes, Guairacá, Guaravera, Lerroville, Novo Amparo, Paiquerê, San Izidro, São Luiz, Taquaruna, Três Bocas, União da Vitória (UBS), Vila Brasil e Warta. Nessas UBS, a média do custo anual foi R\$ 675.118,67 (seiscentos e setenta e cinco mil, cento e dezoito reais e sessenta e sete centavos), desconsiderando a unidade União da Vitória, uma vez que seu perfil de atendimento UBS/PA no mesmo local elevam seus custos devido aos plantões realizados. Enquanto nas UBS com PSF, que contam com jornadas de trabalho mais longas em detrimento das equipes sem profissionais vinculados ao ESF, o custo médio foi de R\$ 1.448.270,94 (um milhão, quatrocentos e quarenta e oito mil, duzentos e setenta reais e noventa e quatro centavos), também desconsiderando as unidades que funcionam como

UBS/PA (Maria Cecília e Leonor).

Além desses valores, podem ser destacados os maiores e menores custos por UBS em relação ao número de servidores. As UBS Panissa/Maracanã, Santiago e Armino Guazzi são as que demonstraram custos acima de R\$ 2.000.000,00 (dois milhões) e também foram as que apresentaram uma das maiores quantidades de servidores lotados – mais de 30. Em relação aos menores custos destacam-se Taquaruna, Guairacá, Três Bocas, Paiquerê e Selva, as quais tiveram custos abaixo de R\$ 500.000,00 (quinhentos mil) e quadro de servidores abaixo de 10. Reitera-se o fato de que as unidades Taquaruna, Guairacá e Três Bocas são prolongamentos de outras UBS, nas quais há também a junção das equipes ESF.

Observam-se ainda algumas discrepâncias em determinadas funções que valem ser destacadas. Por exemplo: a UBS/PA Leonor apresentou lotação de 11 servidores CG em 2016 com custo total anual de R\$ 279.274,04 (duzentos e setenta e nove mil, duzentos e setenta e quatro reais e quatro centavos), valor muito semelhante ao de uma UBS com um ou dois profissionais na mesma função, como a UBS Vila Casoni ou Irerê. Esta situação deve-se ao fato do Leonor ter um PA anexo à estrutura da UBS, pois esses 11 servidores alocados na unidade devem realizar apenas jornadas baseadas em horas extras, isto é, cumprem uma jornada de trabalho completamente diferente de um médico da UBS. Observa-se que a mesma situação ocorre com as demais funções tanto na unidade Leonor quanto nas outras com a mesma característica UBS/PA – Maria Cecília e União da Vitória.

Outro destaque cabe à função Enfermeiro, na UBS Vila Ricardo + Fraternidade, a qual demonstrou custo total de R\$ 404.764,33 (quatrocentos e quatro mil, setecentos e sessenta e quatro reais e trinta e três centavos) com quadro de 6 servidores na função. Isso representa um total anual por servidor de R\$ 67.460,72 (sessenta e sete mil, quatrocentos e sessenta reais e setenta e dois centavos), valor muito diferente do total anual de outras UBS. Essa situação pode estar relacionada à troca de servidores de unidades, o que é sabido que acontece na prática, mas o RH não indica essa condição na planilha, levando ao aumento do número de servidores na UBS.

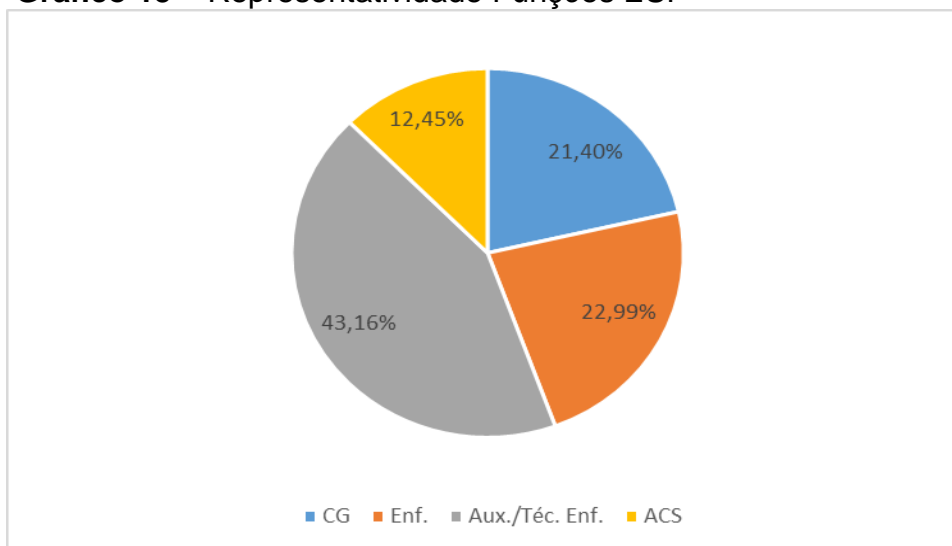
Na função de Auxiliar/Técnico de Enfermagem, vale destacar os números da UBS Padovani/Vista Bela, a qual apresentou quadro de 13 servidores na função com custo total anual de R\$ 505.479,69 (quinhentos e cinco mil,

quatrocentos e setenta e nove reais e sessenta e nove centavos), representando um custo total anual por servidor no valor de R\$ 38.883,05 (trinta e oito mil, oitocentos e oitenta e três reais e cinco centavos), bem abaixo dos comparativos por servidor das outras UBS. Essa condição talvez esteja atrelada ao fato desta unidade ter sido inaugurada em Agosto de 2015 e o primeiro ano pode ter sido acompanhado de mudanças no quadro de servidores. Considerando que a planilha do RH não mostra as mudanças entre UBS, os servidores que entraram e saíram acabam sendo contabilizados como se tivessem trabalhado, de fato, o ano todo.

Por fim, destaca-se na função do ACS, na UBS San Izidro, um salário total anual para um único servidor no valor de R\$ 60.811,29 (sessenta mil, oitocentos e onze reais e vinte e nove centavos), isto é, se comparado com as demais UBS, esse valor representa praticamente o dobro do que os servidores na mesma função receberam em 2016. É possível que este funcionário, por ser único em sua função na UBS, tenha sido autorizado a realizar muitas horas extras, as quais valorizam-se conforme o tempo de admissão.

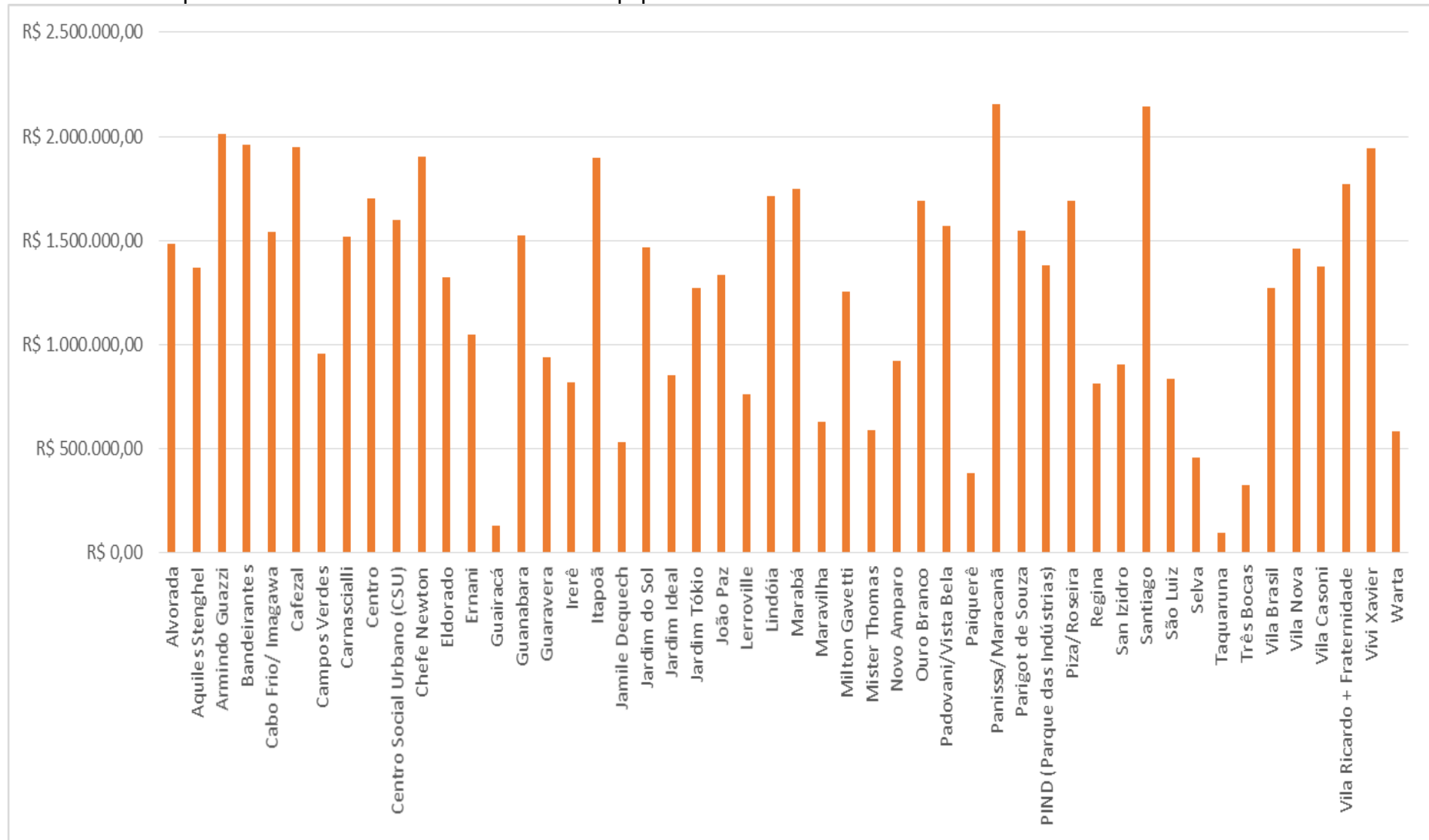
Na equipe ESF, a representatividade dos custos totais, é:

Gráfico 15 – Representatividade Funções ESF



Fonte: elaborado pela autora (2018)

Auxiliares/Técnicos Enfermagem custaram mais em 2016, com 43,16% de representatividade, seguidos por Enfermeiros (22,99%), CG (21,40%) e ACS (12,45%). A função Auxiliar/Técnico Enfermagem também é a maior em números. Por outro lado, o número de ACS é quase três vezes maior que o de CG e são os últimos em porcentagem de custos. Ressalta-se que as funções de nível superior, como médico e enfermeiro, são mais caras na folha de pagamento.

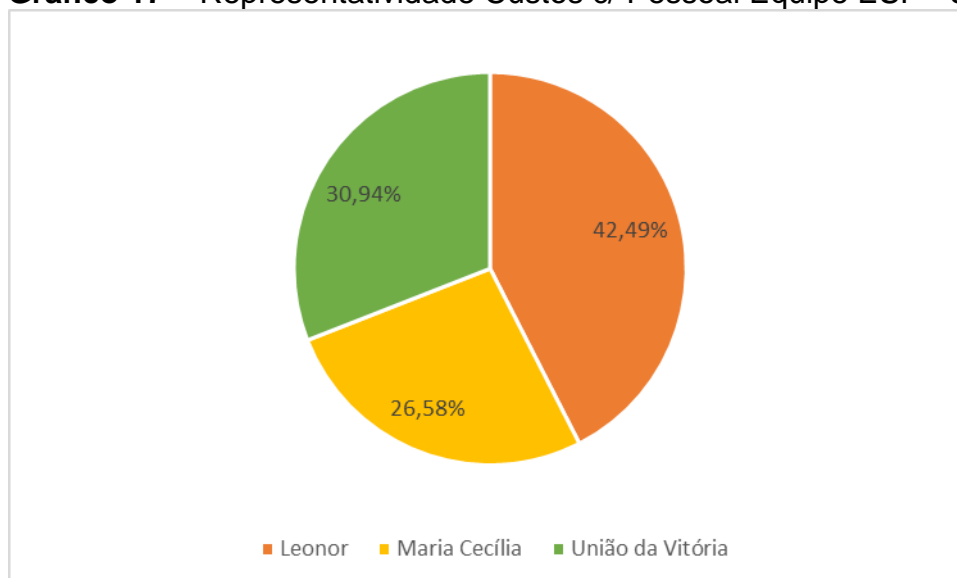
Gráfico 16 – Representatividade Custos com Pessoal Equipe ESF - UBS

Fonte: elaborado pela autora (2018)

As UBS com maior representatividade nos custos totais de RH em relação às equipes ESF foram: Panissa/Maracanã (3,41%), Santiago (3,39%) e Armindo Guazzi (3,19%), que consumiram mais de R\$ 2.000.000,00 (dois milhões de reais), em 2016. Observa-se que a UBS Armindo Guazzi não é uma das três unidades com o maior número de servidores alocados, mas demonstra altos custos com a equipe ESF. As unidades que apresentaram os menores percentuais são: Taquaruna (0,15%), Guairacá (0,20%), Três Bocas (0,51%), Paiquerê (0,60%) e Selva (0,73%), com valores de consumo abaixo de R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais). Todas essas unidades estão localizadas na zona rural do município.

As unidades UBS/PA que não estavam no comparativo do Gráfico 16 estão demonstradas a seguir:

Gráfico 17 – Representatividade Custos c/ Pessoal Equipe ESF - UBS/PA



Fonte: elaborado pela autora (2018)

Essas unidades são as maiores em quantidades de servidores, representando sozinhas R\$ 12.013.278,40 (doze milhões, treze mil, duzentos e setenta e oito reais e quarenta centavos) do total consumido pela ESF, sendo a distribuição percentual desse custo encabeçada pelo Leonor (42,49%), União da Vitória (30,94%) e Maria Cecília (26,58%).

No que diz respeito à Equipe de Saúde Bucal (ESB), composta apenas por um cirurgião-dentista e um técnico/auxiliar de saúde bucal, que também pode ser parte de uma ESF, sendo chamada Equipe de Saúde da Família de Saúde Bucal (ESFSB), é possível demonstrar os seguintes custos em 2016:

Quadro 28 – Custos com Pessoal Equipe ESFSB

UBS - Equipe ESFSB	Cirurgião-Dentista		Aux. / Téc. Odonto		Total
	Qtde	Pgto Anual	Qtde	Pgto Anual	
Alvorada	2	R\$ 296.425,88	5	R\$ 249.504,94	R\$ 545.930,82
Aquiles Stenghel	2	R\$ 385.238,22	5	R\$ 254.897,30	R\$ 640.135,52
Armando Guazzi	2	R\$ 312.555,25	6	R\$ 268.453,46	R\$ 581.008,71
Bandeirantes	2	R\$ 352.452,41	6	R\$ 371.424,75	R\$ 723.877,16
Cabo Frio/Imagawa	2	R\$ 301.329,11	5	R\$ 163.201,78	R\$ 464.530,89
Cafezal	3	R\$ 469.318,36	6	R\$ 308.248,84	R\$ 777.567,21
Campos Verdes	1	R\$ 120.860,90	1	R\$ 54.696,13	R\$ 175.557,04
Carnascialli	3	R\$ 265.009,38	4	R\$ 207.194,34	R\$ 472.203,72
Centro	3	R\$ 341.582,36	4	R\$ 159.424,13	R\$ 501.006,49
Centro Social Urbano (CSU)	3	R\$ 357.515,59	5	R\$ 163.235,27	R\$ 520.750,86
Chefe Newton	2	R\$ 172.377,31	6	R\$ 158.871,50	R\$ 331.248,81
Eldorado	2	R\$ 119.784,84	1	R\$ 45.943,67	R\$ 165.728,51
Ernani	1	R\$ 185.346,78	2	R\$ 87.161,37	R\$ 272.508,14
Guairacá					
Guanabara	1	R\$ 166.891,51	2	R\$ 84.125,90	R\$ 251.017,42
Guaravera	1	R\$ 96.716,06	2	R\$ 82.282,51	R\$ 178.998,57
Irerê	1	R\$ 149.914,70	2	R\$ 114.661,32	R\$ 264.576,01
Itapoã	4	R\$ 743.830,09	5	R\$ 228.826,81	R\$ 972.656,90
Jamile Dequech	1	R\$ 103.002,35	1	R\$ 58.046,73	R\$ 161.049,08
Jardim do Sol	4	R\$ 269.570,46	5	R\$ 170.212,07	R\$ 439.782,53
Jardim Ideal	1	R\$ 78.372,49	3	R\$ 120.194,67	R\$ 198.567,16
Jardim Tóquio	1	R\$ 101.061,40	5	R\$ 265.719,56	R\$ 366.780,96
João Paz	1	R\$ 116.132,97	2	R\$ 77.932,29	R\$ 194.065,26
Leonor (UBS/PA)	2	R\$ 384.015,96	6	R\$ 274.523,54	R\$ 658.539,50
Lerroville	1	R\$ 96.889,60	2	R\$ 78.750,50	R\$ 175.640,10
Lindóia	5	R\$ 309.967,06	4	R\$ 210.470,33	R\$ 520.437,39
Marabá	3	R\$ 533.026,38	5	R\$ 274.832,03	R\$ 807.858,41
Maravilha	1	R\$ 78.449,06	2	R\$ 46.667,77	R\$ 125.116,84
Maria Cecília (UBS/PA)	1	R\$ 149.139,27	3	R\$ 155.962,09	R\$ 305.101,36
Milton Gavetti	3	R\$ 227.178,20	4	R\$ 206.140,61	R\$ 433.318,82
Mister Thomas	1	R\$ 125.572,59	1	R\$ 42.748,38	R\$ 168.320,97
Novo Amparo	2	R\$ 200.390,92	1	R\$ 47.721,81	R\$ 248.112,73
Ouro Branco	3	R\$ 422.257,04	5	R\$ 227.376,50	R\$ 649.633,54
Padovani/Vista Bela	1	R\$ 97.707,73	1	R\$ 46.389,77	R\$ 144.097,50
Paiquerê	2	R\$ 278.585,57	1	R\$ 46.027,58	R\$ 324.613,15
Panissa/Maracanã	2	R\$ 316.180,08	2	R\$ 106.222,73	R\$ 422.402,80
Parigot de Souza	3	R\$ 174.850,92	4	R\$ 205.056,68	R\$ 379.907,60
PIND (Parque das Indústrias)	1	R\$ 170.497,32	5	R\$ 212.308,33	R\$ 382.805,65
Piza/Roseira	1	R\$ 220.021,08	6	R\$ 354.423,32	R\$ 574.444,40
Regina	1	R\$ 77.601,11	1	R\$ 44.336,85	R\$ 121.937,96
San Izidro	2	R\$ 184.314,41	1	R\$ 56.722,45	R\$ 241.036,86
Santiago	1	R\$ 127.285,50	5	R\$ 253.027,52	R\$ 380.313,01
São Luiz	1	R\$ 197.170,56	3	R\$ 69.018,17	R\$ 266.188,74
Selva					

Taquaruna					
Três Bocas					
União da Vitória (UBS/PA)	2	R\$ 143.980,90	5	R\$ 135.108,66	R\$ 279.089,56
Vila Brasil	1	R\$ 184.584,24	1	R\$ 53.009,04	R\$ 237.593,28
Vila Nova	2	R\$ 208.356,86	1	R\$ 50.003,18	R\$ 258.360,04
Vila Casoni	3	R\$ 389.168,69	4	R\$ 251.419,32	R\$ 640.588,00
Vila Ricardo + Fraternidade	2	R\$ 162.357,26	2	R\$ 93.245,45	R\$ 255.602,71
Vivi Xavier	3	R\$ 234.277,33	5	R\$ 235.926,41	R\$ 470.203,74
Warta	1	R\$ 163.818,01	2	R\$ 90.826,77	R\$ 254.644,78
TOTAL	94	R\$ 11.362.932,06	165	R\$ 7.562.525,15	R\$ 18.925.457,21

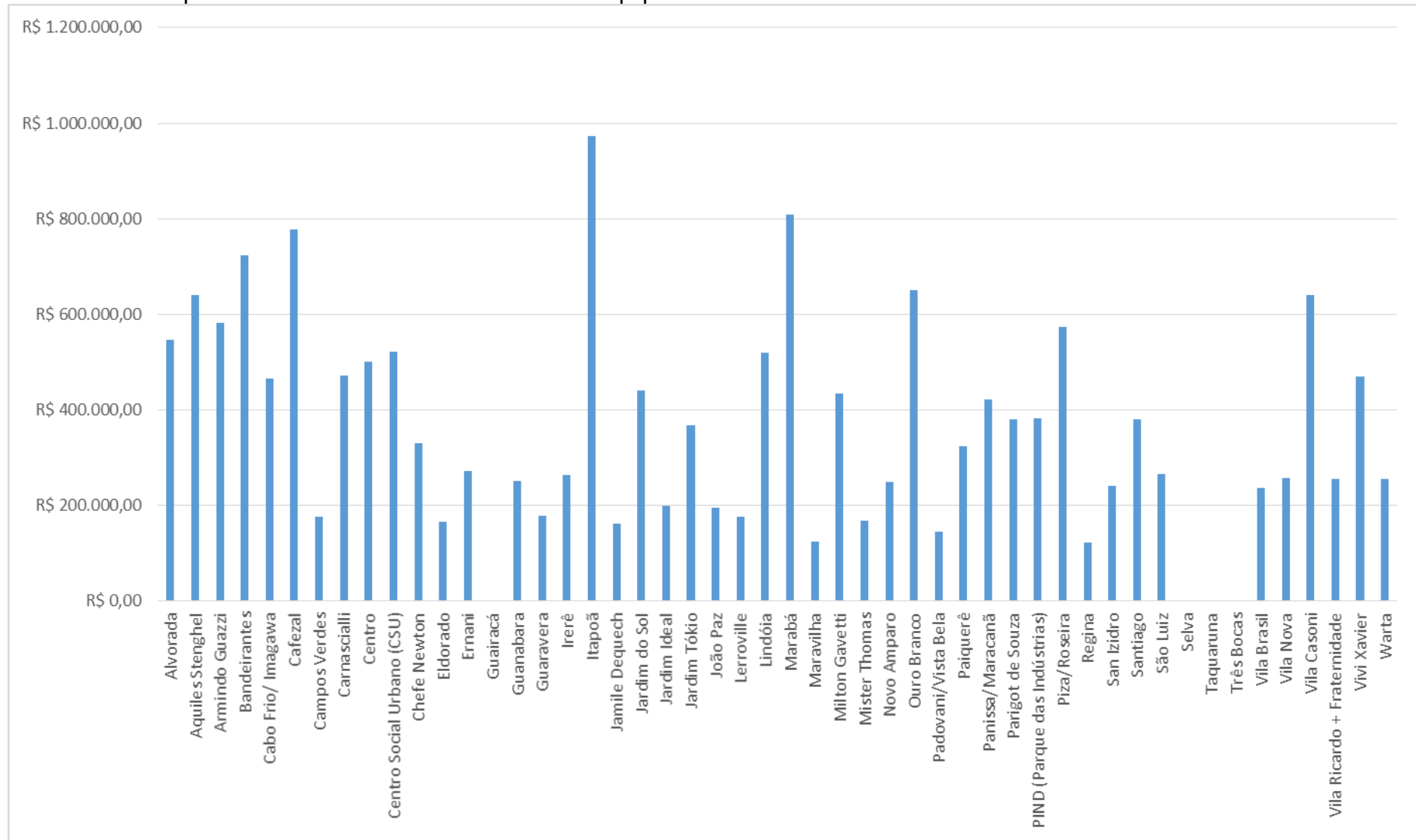
Fonte: elaborado pela autora (2018)

A PNAB (Ministério da Saúde, 2012) define as principais funções desses profissionais, como:

- Cirurgião-Dentista: realizar procedimentos clínicos, atendimentos de urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais em atividades programadas e de demanda espontânea;
- ASB/TSB: acompanhar as atividades com os membros da equipe, auxiliando-os, realizar atividades programadas ou de demanda espontânea, manter, conservar e limpar equipamentos, acolher os pacientes.

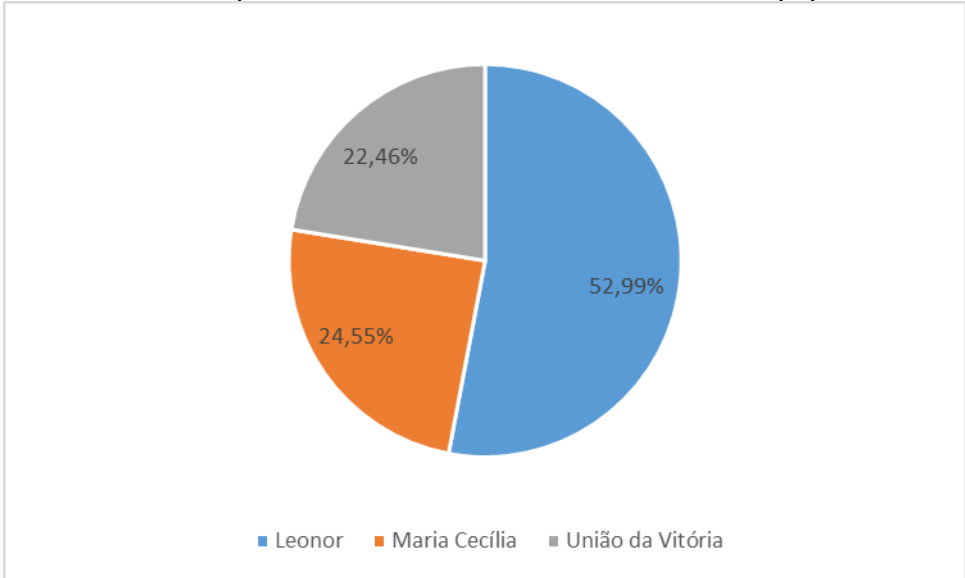
As equipes ESFSB custaram, no ano de 2016, de acordo com o Quadro 28, R\$ 18.925.457,21 (dezoito milhões, novecentos e vinte e cinco mil, quatrocentos e cinquenta e sete reais e vinte e um centavos), sendo que a função de cirurgião-dentista representou 60,04% deste total e os auxiliares e técnicos em odontologia, 36,96%. Em 2016, 28 UBS contavam com equipes ESFSB ativas.

Como se observa no Quadro 28, as UBS Guairacá, Selva, Taquaruna e Três Bocas não contaram, em 2016, com nenhum servidor vinculado à ESFSB lotado em sua unidade, por isso, não existem dados relativos à elas. E, no Gráfico 18, a seguir, ao desconsiderar essas unidades que não representaram custo nenhum, as que tiveram os menores percentuais foram: Regina (0,69%), Maravilha (0,71%) e Padovani (0,81%). E as que tiveram os maiores índices de representatividade foram: Itapoã (5,50%) e Marabá (4,57%), com consumo acima de R\$ 800.000,00 (oitocentos mil reais) com a equipe ESFSB. Itapoã aparece também como uma das unidades com o maior número total de servidores na equipe ESFSB.

Gráfico 18 – Representatividade Custos com Pessoal Equipe ESFSB - UBS

Fonte: elaborado pela autora (2018)

Gráfico 19 – Representatividade Custos c/ Pessoal Equipe ESFSB - UBS/PA

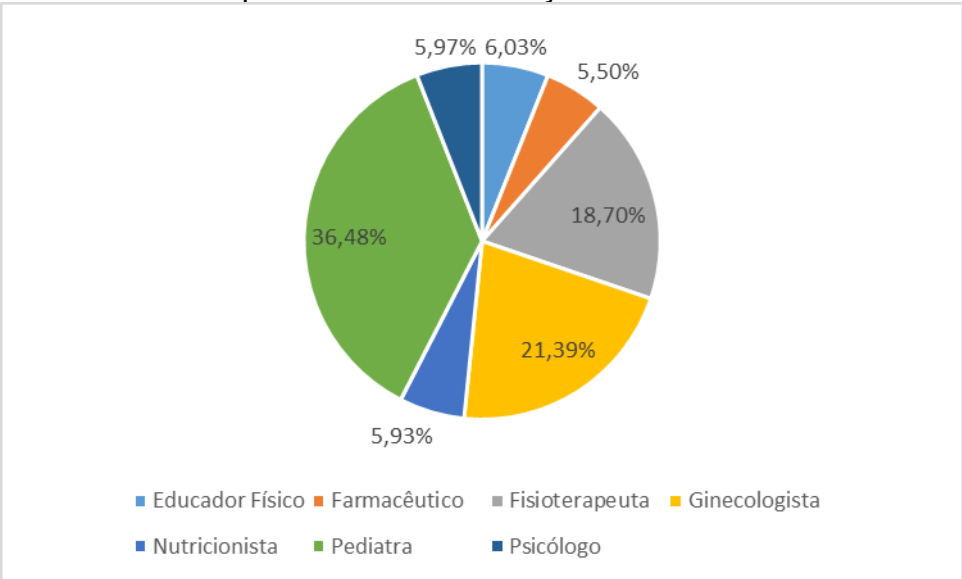


Fonte: elaborado pela autora (2018)

As unidades UBS/PA tiveram, juntas, um custo com a equipe ESFSB de R\$ 1.242.730,41 (um milhão, duzentos e quarenta e dois mil, setecentos e trinta reais e quarenta e um centavos), sendo que apenas o Leonor representou 52,99%, seguido pelo Maria Cecília, com 24,55% e pelo União da Vitória, com 22,46%.

No que tange à equipe definida como NASF, composta por multiprofissionais como Educador Físico, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Ginecologista, Nutricionista, Pediatra, Psicólogo, o total geral consumido foi de R\$ 15.010.417,00 (quinze milhões, dez mil e quatrocentos e dezessete reais) e a distribuição percentual pelas funções foi a seguinte:

Gráfico 20 – Representatividade Funções NASF



Fonte: elaborado pela autora (2018)

Quadro 29 – Custos com Pessoal Equipe NASF

UBS - Equipe NASF	Educador Físico		Farmacêutico		Fisioterapeuta		Ginecologista	
	Qtde	Pgto Anual	Qtde	Pgto Anual	Qtde	Pgto Anual	Qtde	Pgto Anual
Alvorada					1	R\$ 83.143,15		
Aquiles Stenghel	1	R\$ 72.446,49			3	R\$ 199.498,96		
Armindo Guazzi					1	R\$ 84.384,76	1	R\$ 92.341,54
Bandeirantes					1	R\$ 124.475,88	1	R\$ 126.431,84
Cabo Frio/Imagawa					1	R\$ 73.997,98	2	R\$ 328.518,70
Cafezal			1	R\$ 94.619,49	1	R\$ 79.655,63	2	R\$ 312.371,25
Campos Verdes								
Carnascialli					1	R\$ 79.801,49	1	R\$ 96.631,05
Centro					1	R\$ 81.793,69	1	R\$ 213.047,99
Centro Soc. Urbano (CSU)					1	R\$ 92.349,54	2	R\$ 145.142,30
Chefe Newton	1	R\$ 102.921,34			1	R\$ 73.137,40	1	R\$ 105.032,05
Eldorado					1	R\$ 42.667,23	1	R\$ 211.662,28
Ernani	1	R\$ 99.685,70			2	R\$ 80.271,10		
Guairacá								
Guanabara	1	R\$ 100.731,64	1	R\$ 102.012,32	1	R\$ 79.335,43	2	R\$ 31.309,17
Guaravera					1	R\$ 84.154,40		
Irerê					1	R\$ 83.395,73		
Itapoã					1	R\$ 84.654,21	1	R\$ 100.990,81
Jamile Dequech								
Jardim do Sol					1	R\$ 5.717,60		
Jardim Ideal								
Jardim Tóquio	1	R\$ 100.395,86	1	R\$ 100.252,82				
João Paz	1	R\$ 28.324,16			1	R\$ 24.287,16		
Leonor (UBS/PA)	1	R\$ 101.494,82	2	R\$ 171.821,06	3	R\$ 219.870,27		
Lerrovilla								
Lindóia					1	R\$ 114.202,00	1	R\$ 126.268,88
Marabá	1	R\$ 101.455,08	1	R\$ 99.831,54	1	R\$ 83.386,63	1	R\$ 83.909,02

Maravilha								
Maria Cecília (UBS/PA)					1	R\$ 24.412,28	1	R\$ 122.596,78
Milton Gavetti								
Mister Thomas								
Novo Amparo	1	R\$ 99.237,85	2	R\$ 121.110,70	1	R\$ 87.429,64	2	R\$ 257.793,42
Ouro Branco					1	R\$ 29.394,05	1	R\$ 59.121,79
Padovani/Vista Bela					1	R\$ 6.212,64		
Paiquerê								
Panissa/Maracanã					1	R\$ 80.051,36		
Parigot de Souza					1	R\$ 30.855,57	1	R\$ 85.545,62
PIND (Pq. das Indústrias)								
Piza/Roseira					1	R\$ 83.395,73	1	R\$ 162.853,65
Regina								
San Izidro							1	R\$ 181.849,72
Santiago					1	R\$ 83.655,62		
São Luiz					1	R\$ 79.513,57		
Selva								
Taquaruna								
Três Bocas								
União da Vitória (UBS/PA)					1	R\$ 55.475,48	1	R\$ 159.020,19
Vila Brasil					1	R\$ 86.572,30		
Vila Nova	1	R\$ 99.107,65	2	R\$ 135.710,17				
Vila Casoni							1	R\$ 83.040,28
V. Ricardo + Fraternidade					1	R\$ 117.755,80	1	R\$ 66.102,68
Vivi Xavier					1	R\$ 87.679,51	1	R\$ 59.720,60
Warta					1	R\$ 80.036,71		
TOTAL	10	R\$ 905.800,58	10	R\$ 825.358,10	40	R\$ 2.806.620,48	28	R\$ 3.211.301,62

Fonte: elaborado pela autora (2018)

Quadro 29 – Custos com Pessoal Equipe NASF (cont.)

UBS - Equipe NASF	Nutricionista		Pediatra		Psicólogo		Total
	Qtde	Pgto Anual	Qtde	Pgto Anual	Qtde	Pgto Anual	
Alvorada			1	R\$ 197.756,44			R\$ 280.899,59
Aquiles Stenghel	1	R\$ 77.436,15	1	R\$ 89.329,78	1	R\$ 72.462,77	R\$ 511.174,15
Armindo Guazzi			1	R\$ 83.421,53			R\$ 260.147,83
Bandeirantes			1	R\$ 192.906,61			R\$ 443.814,34
Cabo Frio/Imagawa							R\$ 402.516,68
Cafezal			2	R\$ 418.545,52			R\$ 905.191,89
Campos Verdes							
Carnascialli			1	R\$ 142.745,08			R\$ 319.177,63
Centro			1	R\$ 83.619,53			R\$ 378.461,21
Centro Soc. Urbano (CSU)			1	R\$ 216.247,77			R\$ 453.739,61
Chefe Newton	1	R\$ 86.930,52			1	R\$ 99.099,51	R\$ 467.120,81
Eldorado			2	R\$ 435.953,47			R\$ 690.282,99
Ernani	1	R\$ 94.242,46			1	R\$ 94.858,69	R\$ 369.057,96
Guairacá							
Guanabara	1	R\$ 94.697,40	1	R\$ 196.045,99	1	R\$ 101.151,49	R\$ 705.283,44
Guaravera							R\$ 84.154,40
Irerê							R\$ 83.395,73
Itapoã			3	R\$ 361.897,33			R\$ 547.542,35
Jamile Dequech							
Jardim do Sol			1	R\$ 201.469,49			R\$ 207.187,09
Jardim Ideal			1	R\$ 148.953,39			R\$ 148.953,39
Jardim Tócio	1	R\$ 99.376,39	1	R\$ 70.826,17	1	R\$ 105.776,82	R\$ 476.628,06
João Paz	1	R\$ 28.566,57	1	R\$ 86.231,23	1	R\$ 28.377,90	R\$ 195.787,02
Leonor (UBS/PA)	1	R\$ 101.565,49	1	R\$ 82.569,27	1	R\$ 101.339,56	R\$ 778.660,46
Lerroville							
Lindóia							R\$ 240.470,87
Marabá	1	R\$ 99.152,54	1	R\$ 267.533,58	1	R\$ 99.647,54	R\$ 834.915,93

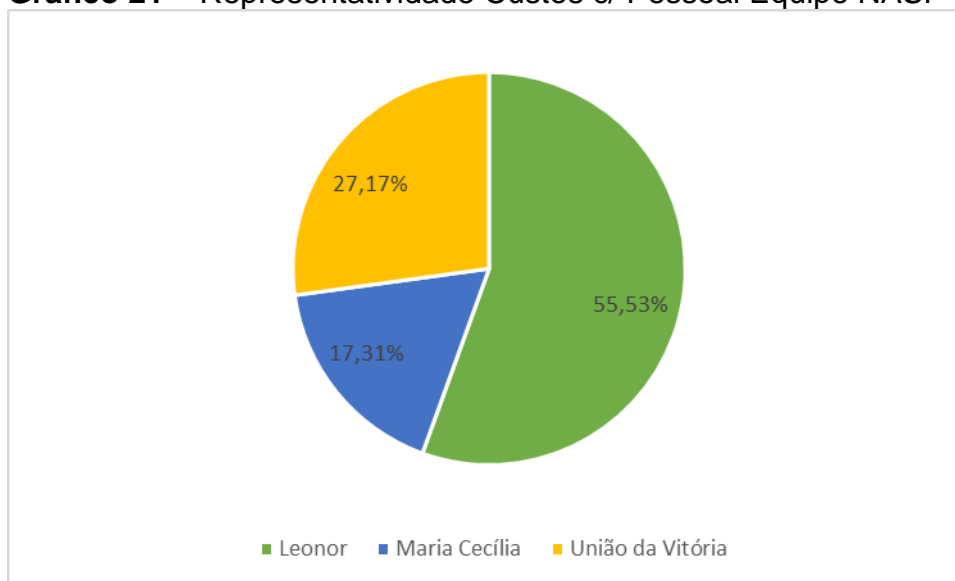
Maravilha							
Maria Cecília (UBS/PA)			1	R\$ 95.688,09			R\$ 242.697,15
Milton Gavetti			1	R\$ 155.633,58			R\$ 155.633,58
Mister Thomas							
Novo Amparo	1	R\$ 104.105,04			1	R\$ 94.619,49	R\$ 764.296,14
Ouro Branco			1	R\$ 144.836,64			R\$ 233.352,48
Padovani/Vista Bela							R\$ 6.212,64
Paiquerê							
Panissa/Maracanã			1	R\$ 118.570,15			R\$ 198.621,51
Parigot de Souza			1	R\$ 106.189,09			R\$ 222.590,28
PIND (Pq. das Indústrias)							
Piza/Roseira			2	R\$ 387.900,04			R\$ 634.149,41
Regina							
San Izidro			1	R\$ 87.041,33			R\$ 268.891,05
Santiago			1	R\$ 146.657,01			R\$ 230.312,64
São Luiz							R\$ 79.513,57
Selva							
Taquaruna							
Três Bocas							
União da Vitória (UBS/PA)			1	R\$ 166.441,33			R\$ 380.937,00
Vila Brasil			2	R\$ 282.181,86			R\$ 368.754,15
Vila Nova	1	R\$ 103.934,78	1	R\$ 314.762,33	1	R\$ 98.694,00	R\$ 752.208,93
Vila Casoni							R\$ 83.040,28
V. Ricardo + Fraternidade			1	R\$ 193.347,48			R\$ 377.205,95
Vivi Xavier							R\$ 147.400,11
Warta							R\$ 80.036,71
TOTAL	10	R\$ 890.007,33	35	R\$ 5.475.301,12	10	R\$ 896.027,77	R\$ 15.010.417,00

Fonte: elaborado pela autora (2018)

De acordo com o Gráfico 20 e o Quadro 29, identifica-se que o pediatra foi a função mais representativa em termos de custos, no ano de 2016, com 36,48%, seguido pelo médico ginecologista (21,39%), fisioterapeuta (18,70%), educador físico (6,03%), psicólogo (5,97%), nutricionista (5,93%) e farmacêutico (5,50%). Destaca-se que, em 2016, somente duas UBS contavam com equipes NASF ativas. Porém, como já explicado, os profissionais tem suas lotações em uma unidade específica mas realizam atendimentos também em outros locais.

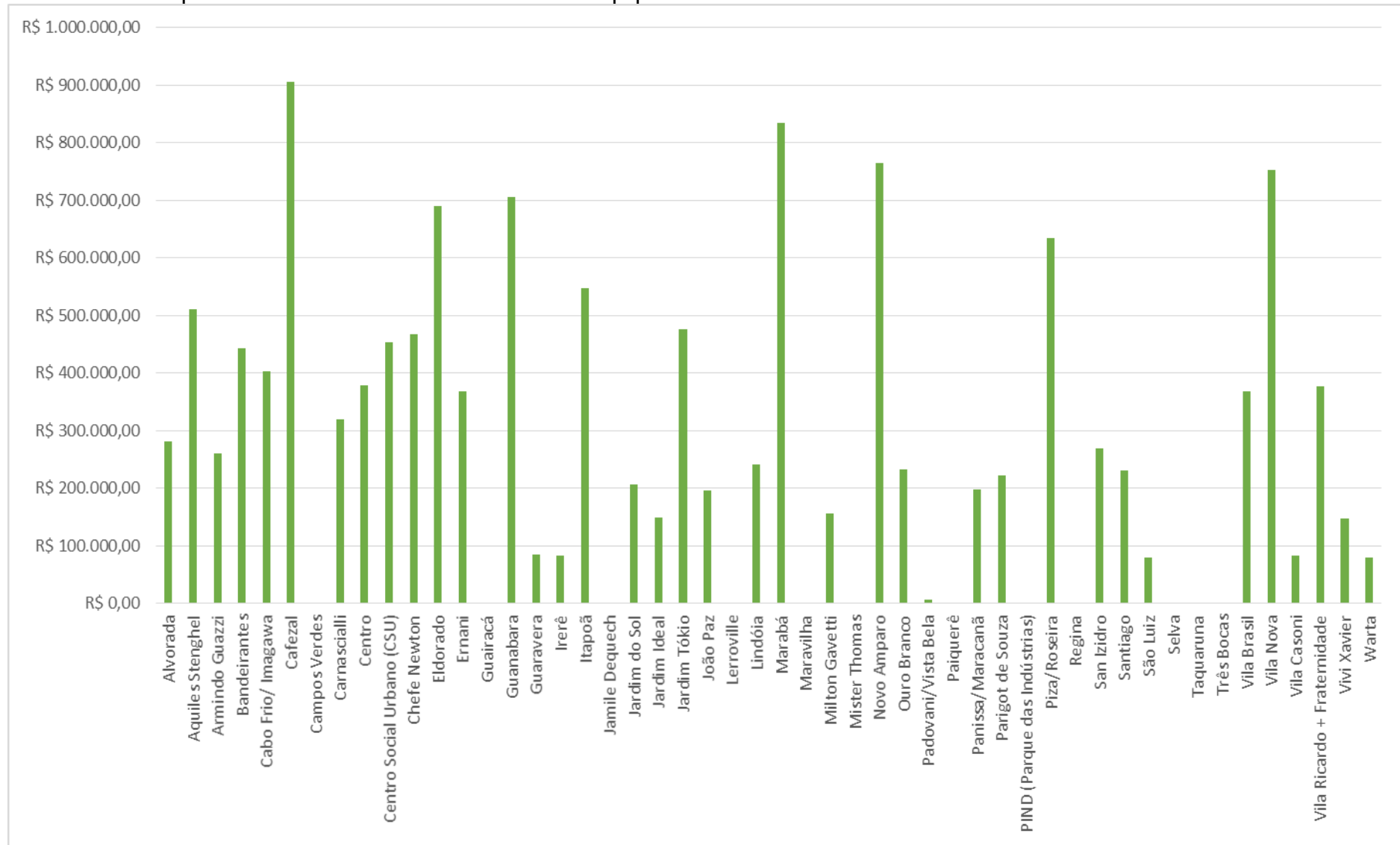
As unidades UBS/PA representaram um consumo de R\$ 1.402.294,61 (hum milhão, quatrocentos e dois mil reais, duzentos e noventa e quatro reais e sessenta e um centavos), sendo que percentualmente, o Leonor demonstrou o maior índice (55,53%), seguido pelo União da Vitória (27,17%) e pelo Maria Cecília (17,31%)

Gráfico 21 – Representatividade Custos c/ Pessoal Equipe NASF - UBS/PA



Fonte: elaborado pela autora (2018)

De acordo com os “Custos com Pessoal”, condizentes com a equipe NASF, considerando somente as UBS, pode-se identificar a representatividade de cada uma delas, conforme o Gráfico 22:

Gráfico 22 – Representatividade Custos com Pessoal Equipe NASF – UBS

Fonte: elaborado pela autora (2018)

Nos custos referentes à equipe NASF, foram identificadas as unidades menos representativas percentualmente: Padovani (0,05%), São Luiz (0,58%), Warta (0,59%), Vila Casoni (0,61%), Irerê (0,61%) e Guaravera (0,62%). Estas unidades consumiram menos de R\$ 100.000,00 (cem mil reais) com a equipe NASF. E as que apresentam os maiores índices foram: Cafezal (6,65%), que demonstrou consumo superior a R\$ 900.000,00 (novecentos mil reais) e Marabá (6,14%), com consumo acima de R\$ 800.000,00 (oitocentos mil reais). Marabá é também uma UBS com um dos maiores números de servidores atrelados à equipe NASF. O mesmo ocorre com as unidades menos representativa, isto é, são as que têm as menores quantidades de servidores vinculados ao NASF.

E, por fim, em relação à Equipe de Apoio, somente as funções de AGP e TGP foram vinculadas. Um servidor na função TGP é responsável pela parte administrativa de uma UBS e o AGP é um agente de apoio para os serviços gerais da unidade. O AGP se mostra, atualmente, como uma função obsoleta no quadro de contratações da PML, já que a instituição tem optado por contratar empresas terceirizadas para realizar o serviço equivalente.

Quadro 30 – Custos com Pessoal Equipe de Apoio

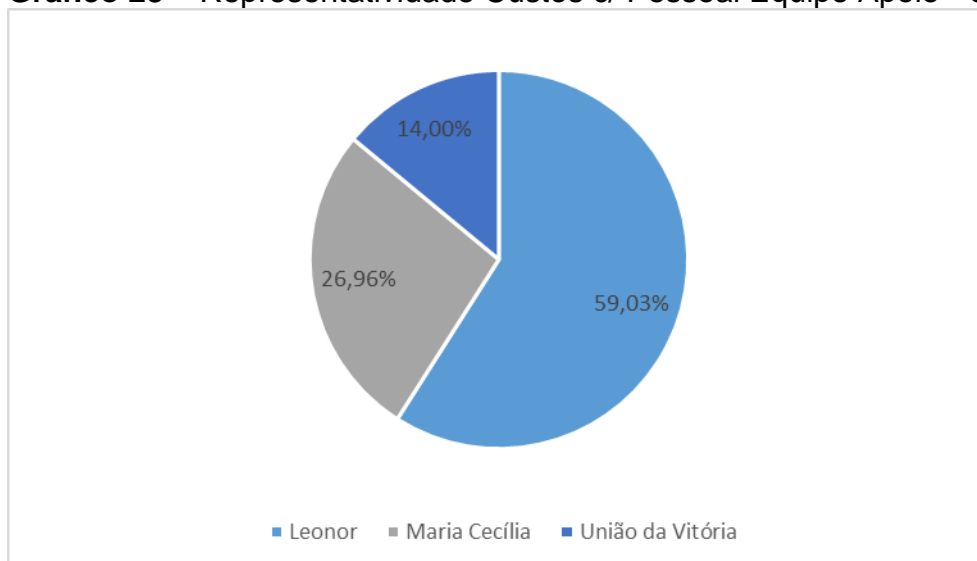
UBS - Equipe de Apoio	AGP		TGP		Total
	Qtde	Pgto Anual	Qtde	Pgto Anual	
Alvorada	1	R\$ 40.514,03	2	R\$ 107.575,56	R\$ 148.089,59
Aquiles Stenghel			2	R\$ 103.442,77	R\$ 103.442,77
Armando Guazzi			2	R\$ 77.870,71	R\$ 77.870,71
Bandeirantes	1	R\$ 55.365,68	2	R\$ 67.741,34	R\$ 123.107,03
Cabo Frio/Imagawa			2	R\$ 67.779,73	R\$ 67.779,73
Cafezal	3	R\$ 118.083,68	2	R\$ 75.538,37	R\$ 193.622,05
Campos Verdes			2	R\$ 68.662,99	R\$ 68.662,99
Carnascialli	1	R\$ 35.840,97	3	R\$ 159.353,88	R\$ 195.194,85
Centro	1	R\$ 39.727,55	2	R\$ 70.017,76	R\$ 109.745,31
Centro Social Urbano (CSU)	2	R\$ 78.193,47	1	R\$ 38.084,35	R\$ 116.277,82
Chefe Newton			2	R\$ 67.659,38	R\$ 67.659,38
Eldorado	1	R\$ 35.331,48	2	R\$ 130.206,24	R\$ 165.537,72
Ernani	1	R\$ 31.604,10	1	R\$ 44.431,58	R\$ 76.035,68
Guairacá					R\$ 0,00
Guanabara	2	R\$ 43.324,84	3	R\$ 64.544,69	R\$ 107.869,53
Guaravera			1	R\$ 32.330,26	R\$ 32.330,26
Irerê			1	R\$ 36.369,88	R\$ 36.369,88
Itapoã			2	R\$ 88.799,31	R\$ 88.799,31
Jamile Dequech			1	R\$ 34.542,23	R\$ 34.542,23
Jardim do Sol			1	R\$ 35.386,23	R\$ 35.386,23
Jardim Ideal			1	R\$ 94.340,07	R\$ 94.340,07

Jardim Tóquio	1	R\$ 19.574,11	2	R\$ 102.466,41	R\$ 122.040,52
João Paz	1	R\$ 43.196,45	2	R\$ 74.224,42	R\$ 117.420,87
Leonor (UBS/PA)	9	R\$ 377.158,71	10	R\$ 392.521,60	R\$ 769.680,31
Lerroville	2	R\$ 72.975,86	1	R\$ 35.005,13	R\$ 107.980,99
Lindóia	2	R\$ 74.584,13	2	R\$ 96.412,13	R\$ 170.996,25
Marabá	1	R\$ 33.458,07	2	R\$ 69.151,52	R\$ 102.609,59
Maravilha					R\$ 0,00
Maria Cecília (UBS/PA)	4	R\$ 171.161,19	4	R\$ 180.366,33	R\$ 351.527,52
Milton Gavetti	2	R\$ 80.495,55	1	R\$ 36.055,53	R\$ 116.551,07
Mister Thomas	1	R\$ 33.355,71	1	R\$ 36.573,12	R\$ 69.928,84
Novo Amparo	1	R\$ 45.117,71	1	R\$ 34.519,11	R\$ 79.636,81
Ouro Branco	2	R\$ 75.684,56	2	R\$ 103.699,30	R\$ 179.383,86
Padovani/Vista Bela			2	R\$ 66.077,97	R\$ 66.077,97
Paiquerê			1	R\$ 33.374,31	R\$ 33.374,31
Panissa/Maracanã			3	R\$ 68.897,43	R\$ 68.897,43
Parigot de Souza			2	R\$ 73.181,43	R\$ 73.181,43
PIND (Pq. das Indústrias)	1	R\$ 19.233,49	2	R\$ 57.824,91	R\$ 77.058,40
Piza/Roseira			2	R\$ 73.398,95	R\$ 73.398,95
Regina	1	R\$ 32.083,47			R\$ 32.083,47
San Izidro			1	R\$ 87.992,17	R\$ 87.992,17
Santiago	1	R\$ 48.562,59	3	R\$ 146.248,45	R\$ 194.811,04
São Luiz			1	R\$ 31.074,54	R\$ 31.074,54
Selva	1	R\$ 41.421,79			R\$ 41.421,79
Taquaruna	1	R\$ 83.916,52			R\$ 83.916,52
Três Bocas	1	R\$ 30.409,68			R\$ 30.409,68
União da Vitória (UBS/PA)			4	R\$ 182.591,59	R\$ 182.591,59
Vila Brasil			2	R\$ 69.531,01	R\$ 69.531,01
Vila Nova			2	R\$ 75.747,25	R\$ 75.747,25
Vila Casoni	1	R\$ 12.729,10	3	R\$ 135.890,56	R\$ 148.619,66
Vila Ricardo + Fraternidade	1	R\$ 51.267,16	2	R\$ 65.318,12	R\$ 116.585,28
Vivi Xavier	1	R\$ 31.140,29	2	R\$ 75.165,97	R\$ 106.306,26
Warta			1	R\$ 56.959,97	R\$ 56.959,97
TOTAL	48	R\$ 1.855.511,95	96	R\$ 3.924.946,55	R\$ 5.780.458,50

Fonte: elaborado pela autora (2018)

A equipe de apoio das UBS, em 2016, consumiram ao todo R\$ 5.780.458,50 (cinco milhões, setecentos e oitenta mil, quatrocentos e cinquenta e oito reais e cinquenta centavos), sendo que os TGP representaram, nesse montante, 67,90% e os AGP, 32,10%. Observa-se que a quantidade de TGP é exatamente o dobro do número de servidores na função AGP.

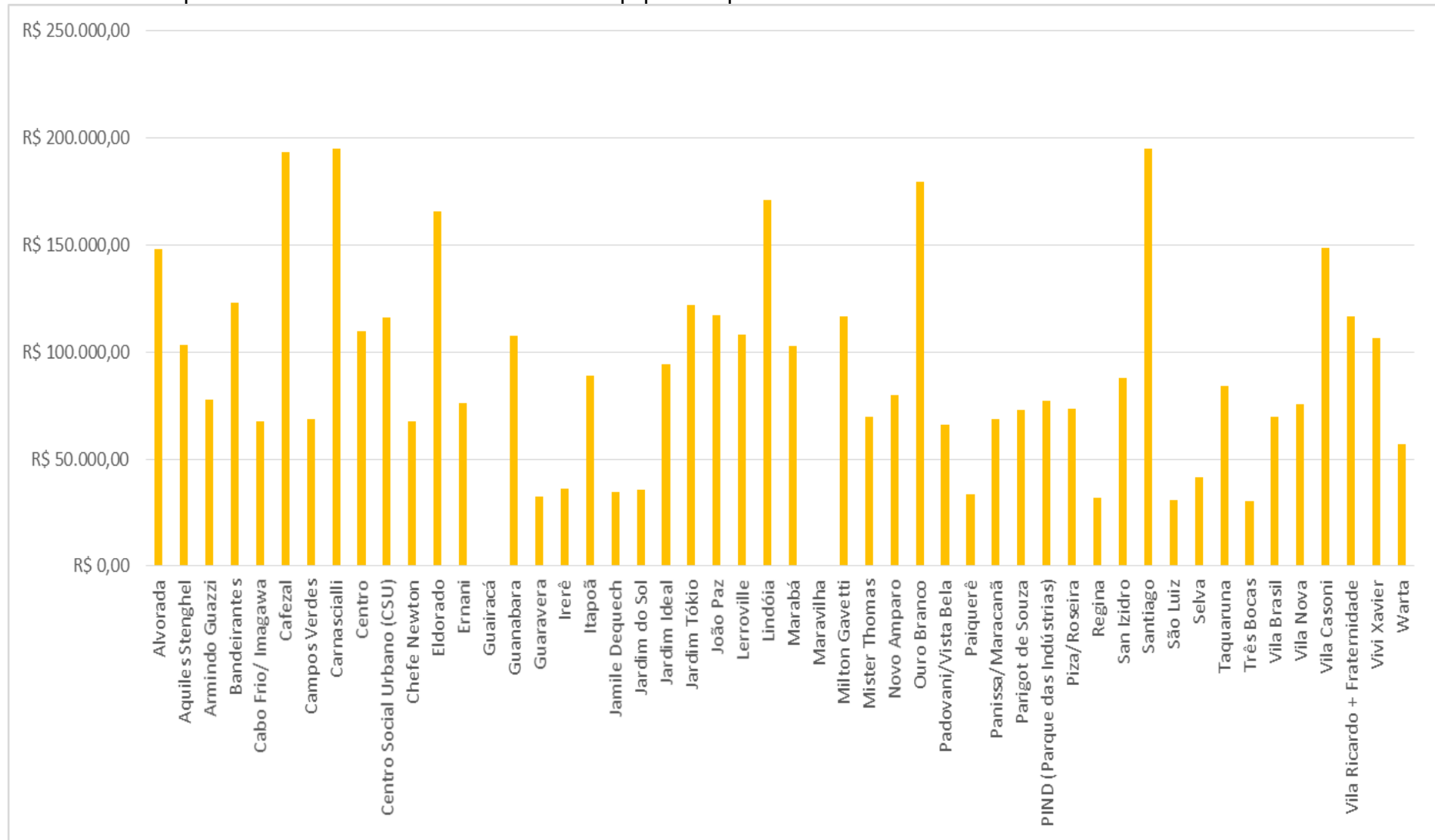
Nas UBS/PA, o consumo das unidades somados foi de R\$ 1.303.799,42 (hum milhão, trezentos e três mil, setecentos e noventa e nove reais e quarenta e dois centavos) e a representatividade percentual foi: Leonor (59,03%), Maria Cecília (26,96%) e União da Vitória (14%), conforme o Gráfico 27:

Gráfico 23 – Representatividade Custos c/ Pessoal Equipe Apoio - UBS/PA

Fonte: elaborado pela autora (2018)

E nas UBS, é possível identificar que essa equipe de apoio demonstrou percentuais mais representativos nas unidades Carnascialli (4,36%), Santiago (4,35%), Cafezal (4,33%), Ouro Branco (4,01%), Lindóia (3,82%) e Eldorado (3,70%), as quais consumiram mais de R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais). E, por outro lado, as UBS com menores índices foram: Três Bocas (0,68%), São Luiz (0,69%) e Regina (0,72%). Esses percentuais de representatividades maiores e menores são condizentes com os maiores e menores números de servidores alocados em relação à equipe de apoio.

O Gráfico 24 demonstra as maiores e menores representatividades em relação ao consumo relacionado à equipe de apoio:

Gráfico 24 – Representatividade Custos com Pessoal Equipe de Apoio – UBS

Fonte: elaborado pela autora (2018)

Quadro 31 – Comparativo Custos com Pessoal – Equipes UBS

UBS	Equipe ESF	Equipe ESFSB	Equipe NASF	Equipe de Apoio	Total
Alvorada	R\$ 1.484.431,48	R\$ 545.930,82	R\$ 280.899,59	R\$ 148.089,59	R\$ 2.459.351,48
Aquiles Stenghel	R\$ 1.366.720,18	R\$ 640.135,52	R\$ 511.174,15	R\$ 103.442,77	R\$ 2.621.472,63
Armindo Guazzi	R\$ 2.012.289,93	R\$ 581.008,71	R\$ 260.147,83	R\$ 77.870,71	R\$ 2.931.317,19
Bandeirantes	R\$ 1.958.080,43	R\$ 723.877,16	R\$ 443.814,34	R\$ 123.107,03	R\$ 3.248.878,96
Cabo Frio/Imagawa	R\$ 1.543.959,45	R\$ 464.530,89	R\$ 402.516,68	R\$ 67.779,73	R\$ 2.478.786,74
Cafezal	R\$ 1.947.151,01	R\$ 777.567,21	R\$ 905.191,89	R\$ 193.622,05	R\$ 3.823.532,16
Campos Verdes	R\$ 955.188,41	R\$ 175.557,04	R\$ 0,00	R\$ 68.662,99	R\$ 1.199.408,43
Carnascialli	R\$ 1.518.041,77	R\$ 472.203,72	R\$ 319.177,63	R\$ 195.194,85	R\$ 2.504.617,97
Centro	R\$ 1.701.374,11	R\$ 501.006,49	R\$ 378.461,21	R\$ 109.745,31	R\$ 2.690.587,12
Centro Social Urbano (CSU)	R\$ 1.601.069,28	R\$ 520.750,86	R\$ 453.739,61	R\$ 116.277,82	R\$ 2.691.837,56
Chefe Newton	R\$ 1.903.184,99	R\$ 331.248,81	R\$ 467.120,81	R\$ 67.659,38	R\$ 2.769.213,99
Eldorado	R\$ 1.325.508,83	R\$ 165.728,51	R\$ 690.282,99	R\$ 165.537,72	R\$ 2.347.058,05
Ernani	R\$ 1.050.741,30	R\$ 272.508,14	R\$ 369.057,96	R\$ 76.035,68	R\$ 1.768.343,09
Guairacá	R\$ 129.271,34	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 129.271,34
Guanabara	R\$ 1.525.652,24	R\$ 251.017,42	R\$ 705.283,44	R\$ 107.869,53	R\$ 2.589.822,63
Guaravera	R\$ 937.261,26	R\$ 178.998,57	R\$ 84.154,40	R\$ 32.330,26	R\$ 1.232.744,48
Irerê	R\$ 817.080,21	R\$ 264.576,01	R\$ 83.395,73	R\$ 36.369,88	R\$ 1.201.421,83
Itapoã	R\$ 1.896.025,37	R\$ 972.656,90	R\$ 547.542,35	R\$ 88.799,31	R\$ 3.505.023,94
Jamile Dequech	R\$ 529.297,14	R\$ 161.049,08	R\$ 0,00	R\$ 34.542,23	R\$ 724.888,46
Jardim do Sol	R\$ 1.467.389,58	R\$ 439.782,53	R\$ 207.187,09	R\$ 35.386,23	R\$ 2.149.745,43
Jardim Ideal	R\$ 854.932,08	R\$ 198.567,16	R\$ 148.953,39	R\$ 94.340,07	R\$ 1.296.792,70
Jardim Tóquio	R\$ 1.271.119,38	R\$ 366.780,96	R\$ 476.628,06	R\$ 122.040,52	R\$ 2.236.568,92
João Paz	R\$ 1.335.899,77	R\$ 194.065,26	R\$ 195.787,02	R\$ 117.420,87	R\$ 1.843.172,91
Lerrovile	R\$ 758.841,31	R\$ 175.640,10	R\$ 0,00	R\$ 107.980,99	R\$ 1.042.462,40
Lindóia	R\$ 1.711.011,62	R\$ 520.437,39	R\$ 240.470,87	R\$ 170.996,25	R\$ 2.642.916,13
Marabá	R\$ 1.746.482,52	R\$ 807.858,41	R\$ 834.915,93	R\$ 102.609,59	R\$ 3.491.866,45
Maravilha	R\$ 628.186,11	R\$ 125.116,84	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 753.302,95
Milton Gavetti	R\$ 1.254.933,93	R\$ 433.318,82	R\$ 155.633,58	R\$ 116.551,07	R\$ 1.960.437,40

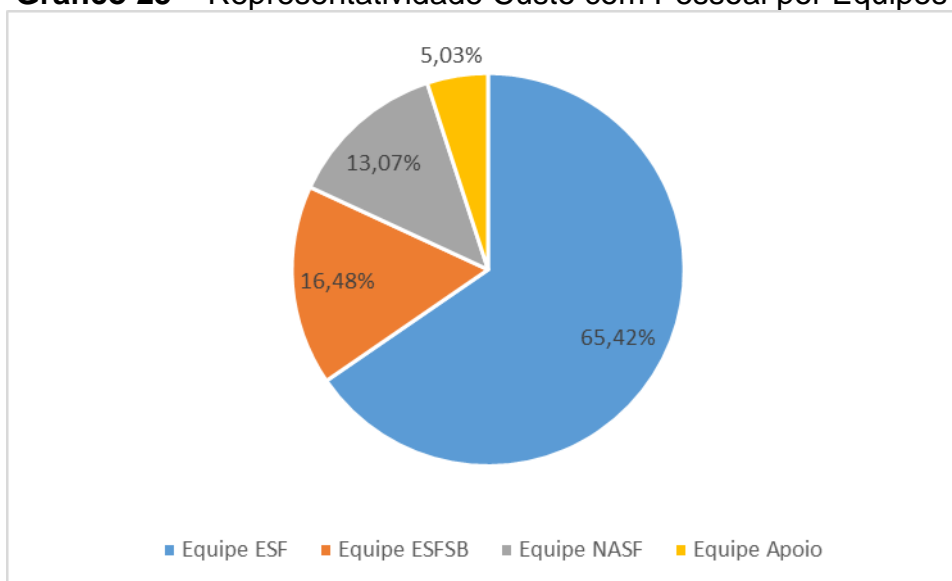
Mister Thomas	R\$ 590.432,35	R\$ 168.320,97	R\$ 0,00	R\$ 69.928,84	R\$ 828.682,16
Novo Amparo	R\$ 920.050,73	R\$ 248.112,73	R\$ 764.296,14	R\$ 79.636,81	R\$ 2.012.096,41
Ouro Branco	R\$ 1.690.401,28	R\$ 649.633,54	R\$ 233.352,48	R\$ 179.383,86	R\$ 2.752.771,16
Padovani/Vista Bela	R\$ 1.572.103,92	R\$ 144.097,50	R\$ 6.212,64	R\$ 66.077,97	R\$ 1.788.492,04
Paiquerê	R\$ 381.796,62	R\$ 324.613,15	R\$ 0,00	R\$ 33.374,31	R\$ 739.784,08
Panissa/Maracanã	R\$ 2.155.894,03	R\$ 422.402,80	R\$ 198.621,51	R\$ 68.897,43	R\$ 2.845.815,77
Parigot de Souza	R\$ 1.545.300,35	R\$ 379.907,60	R\$ 222.590,28	R\$ 73.181,43	R\$ 2.220.979,65
PIND (Parque das Indústrias)	R\$ 1.379.586,53	R\$ 382.805,65	R\$ 0,00	R\$ 77.058,40	R\$ 1.839.450,58
Piza/Roseira	R\$ 1.689.917,46	R\$ 574.444,40	R\$ 634.149,41	R\$ 73.398,95	R\$ 2.971.910,23
Regina	R\$ 814.398,23	R\$ 121.937,96	R\$ 0,00	R\$ 32.083,47	R\$ 968.419,65
San Izidro	R\$ 906.093,89	R\$ 241.036,86	R\$ 268.891,05	R\$ 87.992,17	R\$ 1.504.013,98
Santiago	R\$ 2.141.639,10	R\$ 380.313,01	R\$ 230.312,64	R\$ 194.811,04	R\$ 2.947.075,79
São Luiz	R\$ 836.236,11	R\$ 266.188,74	R\$ 79.513,57	R\$ 31.074,54	R\$ 1.213.012,96
Selva	R\$ 458.889,87	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 41.421,79	R\$ 500.311,66
Taquaruna	R\$ 94.719,43	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 83.916,52	R\$ 178.635,95
Três Bocas	R\$ 324.912,81	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 30.409,68	R\$ 355.322,49
Vila Brasil	R\$ 1.273.970,57	R\$ 237.593,28	R\$ 368.754,15	R\$ 69.531,01	R\$ 1.949.849,01
Vila Nova	R\$ 1.460.213,60	R\$ 258.360,04	R\$ 752.208,93	R\$ 75.747,25	R\$ 2.546.529,82
Vila Casoni	R\$ 1.373.527,54	R\$ 640.588,00	R\$ 83.040,28	R\$ 148.619,66	R\$ 2.245.775,48
Vila Ricardo + Fraternidade	R\$ 1.770.966,80	R\$ 255.602,71	R\$ 377.205,95	R\$ 116.585,28	R\$ 2.520.360,74
Vivi Xavier	R\$ 1.940.461,83	R\$ 470.203,74	R\$ 147.400,11	R\$ 106.306,26	R\$ 2.664.371,94
Warta	R\$ 583.081,57	R\$ 254.644,78	R\$ 80.036,71	R\$ 56.959,97	R\$ 974.723,03
Total	R\$ 63.135.719,64	R\$ 17.682.726,79	R\$ 13.608.122,39	R\$ 4.476.659,09	R\$ 98.903.227,91
Leonor (UBS/PA)	R\$ 5.103.961,25	R\$ 658.539,50	R\$ 778.660,46	R\$ 769.680,31	R\$ 7.310.841,51
Maria Cecília (UBS/PA)	R\$ 3.192.549,31	R\$ 305.101,36	R\$ 242.697,15	R\$ 351.527,52	R\$ 4.091.875,34
União da Vitória (UBS/PA)	R\$ 3.716.767,85	R\$ 279.089,56	R\$ 380.937,00	R\$ 182.591,59	R\$ 4.559.386,00
Total	R\$ 12.013.278,40	R\$ 1.242.730,41	R\$ 1.402.294,61	R\$ 1.303.799,42	R\$ 15.962.102,84
Total Geral	R\$ 75.148.998,04	R\$ 18.925.457,21	R\$ 15.010.417,00	R\$ 5.780.458,50	R\$ 114.865.330,76

Fonte: elaborado pela autora (2018)

As análises por equipes, separadamente, fornecem um olhar sobre as diferentes funções que compõem cada uma delas. Após a observação desses recortes, pode-se ordenar outro quadro com os custos totais dessas equipes, a fim de fazer comparativos sobre esses valores, conforme o Quadro 31, acima.

Diante do total de custos apresentados por cada equipe e considerando o total gasto com recursos humanos, pode-se considerar uma distribuição percentual de representatividade de cada equipe sobre o montante final, de acordo com o ilustrado no Gráfico 25:

Gráfico 25 – Representatividade Custo com Pessoal por Equipes



Fonte: elaborado pela autora (2018)

É possível concluir, portanto que a equipe ESF foi a que mais onerou os recursos de RH em 2016, com 65,42% e seguida pela ESFSB, com 16,48%, depois pelo NASF, com 13,07% e, por fim, a equipe de apoio representou apenas 5,03% do montante geral. E, ao todo, a categoria “Custos com Pessoal” consumiu R\$ 114.865.330,76 (cento e quatorze milhões, oitocentos e sessenta e cinco mil, trezentos e trinta reais e setenta e seis centavos).

Considerando esse total geral de R\$ 114.865.330,76 (cento e quatorze milhões, oitocentos e sessenta e cinco mil, trezentos e trinta reais e setenta e seis centavos) e o número total de servidores, componentes de todas as equipes, que somam 1.755, em 2016, tem-se um custo médio anual, por servidor, no valor de R\$ 65.450,33 (sessenta e cinco mil, quatrocentos e cinquenta reais e trinta e três centavos). Aplicando o mesmo pensamento para as diferentes equipes, individualmente, têm-se o que o demonstra o Quadro 32:

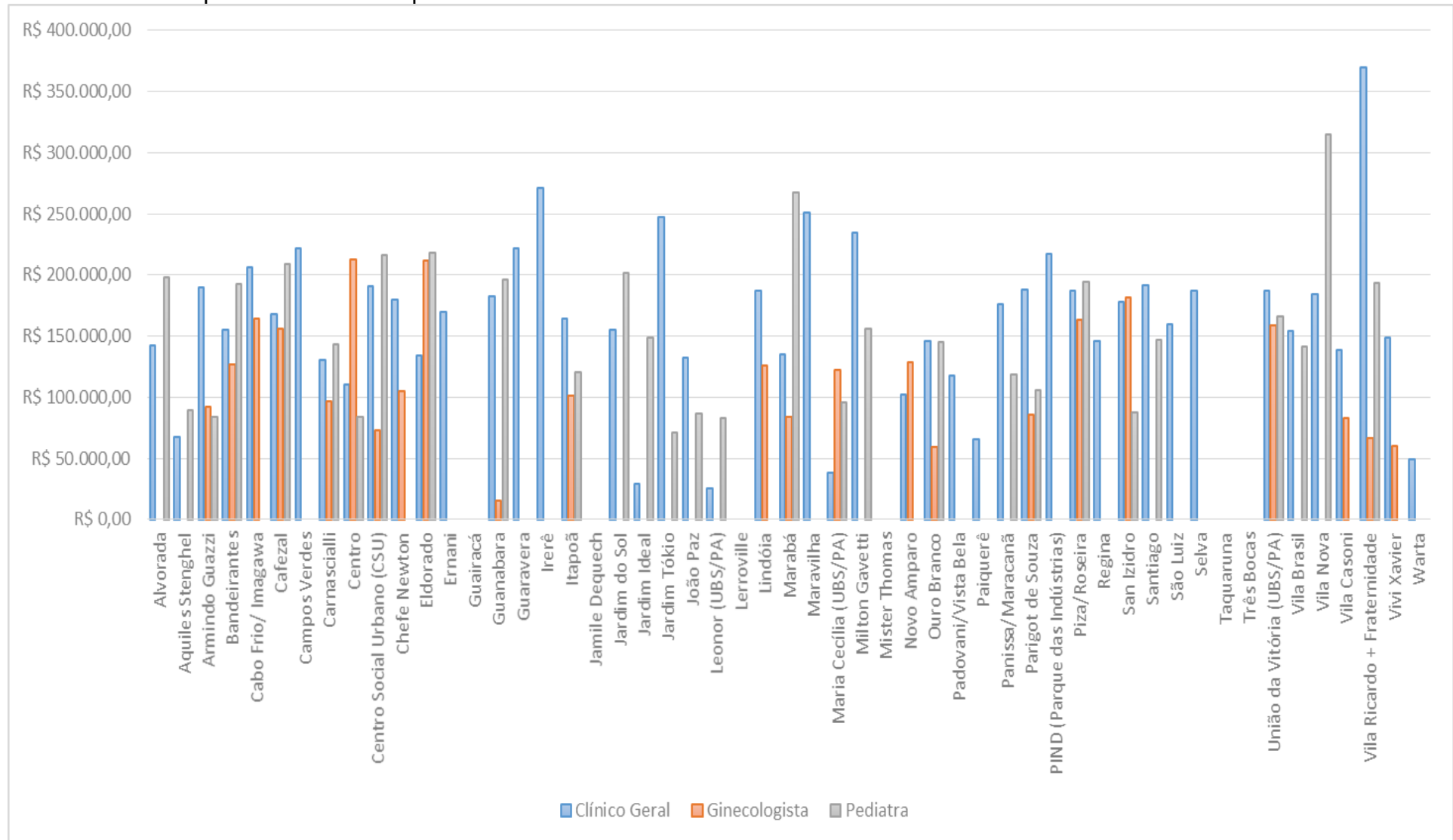
Quadro 32 – Custo Médio por Equipe

Equipes	Total Servidores	Total Pgto Anual	Média
Equipe ESF	1209	R\$ 75.148.998,04	R\$ 62.157,98
Equipe ESFSB	259	R\$ 18.925.457,21	R\$ 73.071,26
Equipe NASF	143	R\$ 15.010.417,00	R\$ 104.967,95
Equipe de Apoio	144	R\$ 5.780.458,50	R\$ 40.142,07
Total	1755	R\$ 114.865.330,76	R\$ 65.450,33

Fonte: elaborado pela autora (2018)

Embora a Equipe ESF seja a mais representativa no montante geral de “Custos com Pessoal”, se mostra, por outro lado, como a terceira em relação ao custo médio pago a cada servidor, no ano de 2016. A Equipe NASF foi a que demonstrou o maior custo médio, com R\$ 104.967,95 (cento e quatro mil, novecentos e sessenta e sete reais e noventa e cinco centavos), seguida pela Equipe ESFSB, a qual também se mostrou como segunda mais onerosa, de acordo com o Gráfico 25. Por fim, a Equipe de Apoio manteve sua representatividade mais baixa também no custo médio, pago a cada servidor, em 2016,

A partir das divisões feitas pela PNAB (Ministério da Saúde, 2012) e Portaria nº 2.436/2017 (Ministério da Saúde, 2017) sobre os tipos de equipes, percebe-se que os profissionais médicos, não são composições da mesma equipe, isto é, o clínico geral é da ESF enquanto o ginecologista e o pediatra são relacionados à equipe do NASF. Entretanto, considerando os médicos como essenciais ao funcionamento das UBS, foi feita uma comparação dos custos dessas funções por unidade, conforme o Gráfico 26:

Gráfico 26 – Comparativo de Custos por Profissional Médico

Fonte: elaborado pela autora (2018)

Os clínicos gerais foram os profissionais mais caros para as UBS, em 2016, sendo que nas unidades em que esse índice foi maior foram: Vila Ricardo/Fraternidade (4,85%), Irerê (3,55%) e Maravilha (3,29%). Interessante observar que em outras análises de custos realizadas, as UBS da zona rural, como Irerê e Maravilha, apareciam geralmente como as menos representativas e, neste caso, ocorreu o inverso, isto é foram as mais caras.

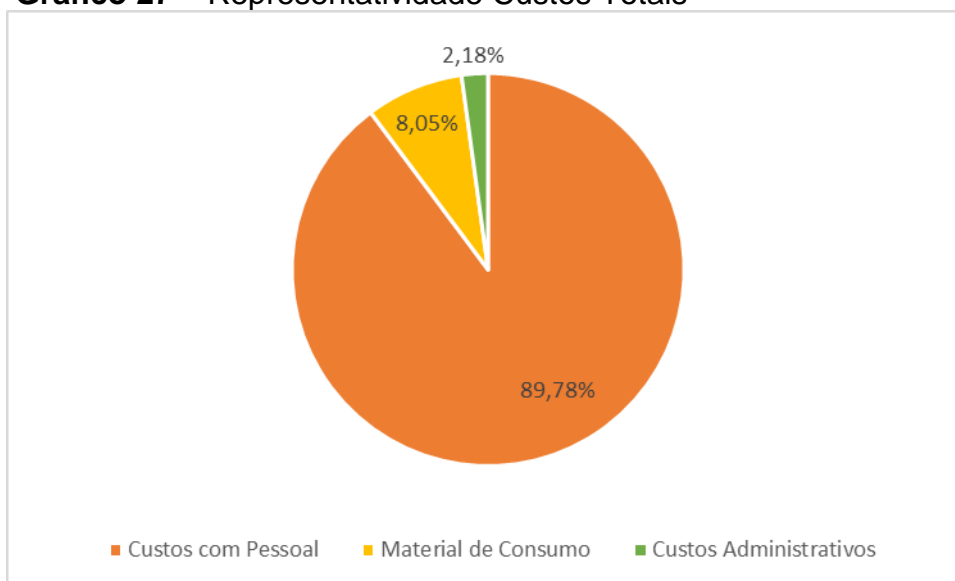
Sob a ótica das UBS menos representativas em relação ao custo do clínico geral apareceram Leonor (0,33%), Jardim Ideal (0,37%) e Maria Cecília (0,50%). A primeira e a última unidades são UBS/PA e, para cumprir as escalas de atendimentos de plantão, mais profissionais clínicos gerais costumam estar lotados nesses lugares, reduzindo, portanto, o valor individual pago a cada médico, os quais muitas vezes, trabalham com horas extras. Desconsiderando-se as UBS/PA, as unidades Warta e Paiquerê se mostraram com percentuais bem pequenos desses custos, respectivamente, 0,64% e 0,86%.

Ao observar os médicos ginecologistas, ressalta-se de imediato, que poucos são os profissionais em atendimento, lotados em uma UBS. Mas, dos que se encontram vinculados a uma unidade, percebe-se que as mais representativas foram Centro (7,97%), Eldorado (7,92%) e San Izidro (6,80%) e as que apresentaram os menores índices percentuais foram Guanabara (0,59%), Ouro Branco (2,21%) e Vivi Xavier (2,23%).

E, por fim, em relação aos médicos pediatras, os quais também estão em falta nas UBS e por isso, várias delas não contam com a lotação desse profissional, identificou-se que as unidades com os maiores percentuais de representatividade sobre o que foi pago, individualmente, em 2016, foram João Paz, com 7,04%, Chefe Newton, com 5,98% e Itapoã, com 4,87%. E, na extremidade dos menores índices, foram demonstradas as UBS Milton Gavetti (1,58%), Leonor (1,85%) e Ernani (1,87%).

4.3.4 Custos Totais

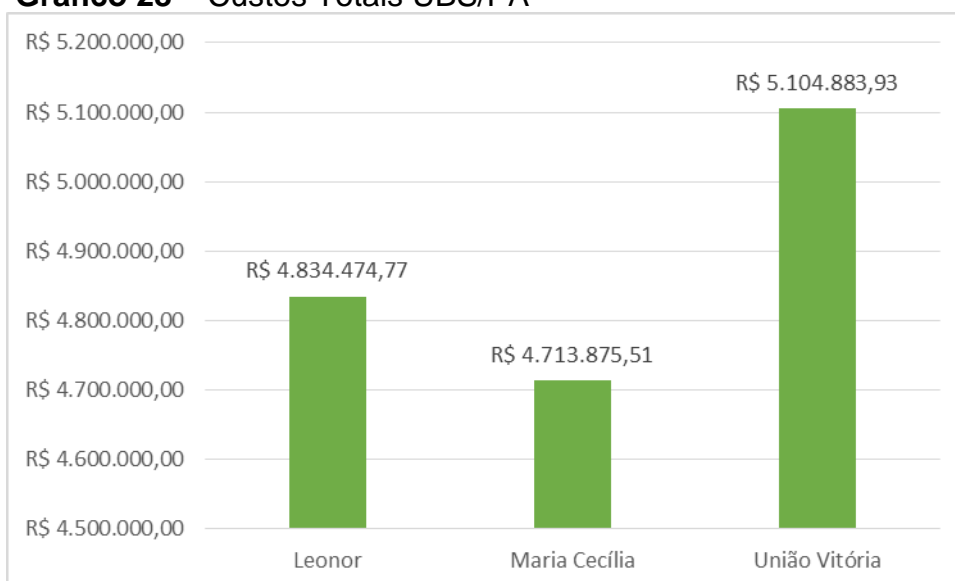
Partindo dos levantamentos e análises separadas das diferentes categorias – “Custos Administrativos”, “Material de Consumo” e “Custo com Pessoal” – esta seção identifica a junção desses valores como um custo total de cada UBS.

Gráfico 27 – Representatividade Custos Totais

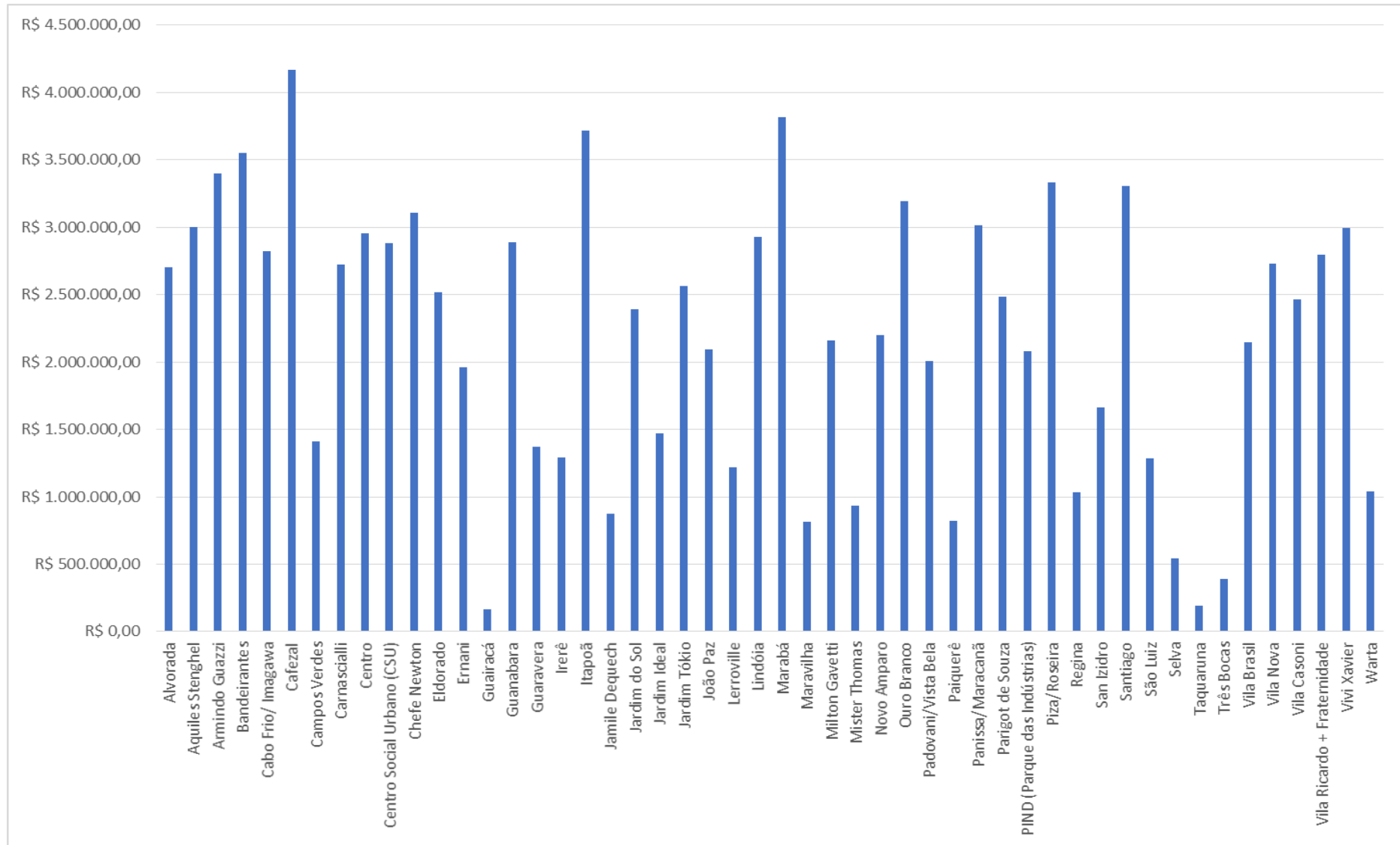
Fonte: elaborado pela autora (2018)

A afirmação de que, normalmente, os custos com mão de obra são os mais onerosos para as organizações, acabou se confirmando para as UBS. No ano de 2016, a categoria “Custos com Pessoal” representou sozinha 89,78% dos custos totais, seguidos por “Material de Consumo”, com 8,05% e pelos “Custos Administrativos”, com 2,18% do total consumido.

No Gráfico 28, percebe-se que nas unidades que são UBS/PA, União da Vitória representou o maior custo (34, 84%), seguida pelo Leonor (32,99%) e Maria Cecília (32,17%).

Gráfico 28 – Custos Totais UBS/PA

Fonte: elaborado pela autora (2018)

Gráfico 29 – Custos Totais UBS

Fonte: elaborado pela autora (2018)

No Gráfico 29, verifica-se que as unidades que demonstraram os índices percentuais mais baixos em relação ao valor consumido, as quais custaram menos de R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais), em 2016, foram: Guairacá (0,15%), Taquaruna (0,18%), Três Bocas (0,36%), Selva (0,50%) Maravilha (0,74%), Paiquerê (0,75%), Jamile Dequech (0,80%) e Mister Thomas (0,85%). Dessas, apenas as duas últimas estão localizadas na região urbana do município. Na extremidade condizente com os maiores custos das UBS, aparecem as seguintes: Cafezal (3,80%), com custo superior a R\$ 4.000.000,00 (quatro milhões de reais), Marabá (3,48%), Itapoã (3,39%) e Bandeirantes (3,24%), com consumo acima dos R\$ 3.500.000,00 (três milhões e quinhentos mil reais).

4.3.5 Custos Produção

Demonstrar custos sem indicar os resultados obtidos pode não surtir o efeito desejado, já que é possível ter um serviço caro, mas resolutivo e completo, compensando seu custo. Ou, pode ser que o investimento seja baixo, porém com poucas entregas efetivas, inviabilizando o recurso aplicado. Por isso, é importante medir os serviços prestados, comparando com os investimentos realizados.

Nesta pesquisa, a forma encontrada para viabilizar comparações entre as entregas e os investimentos realizados foi dividir os valores referentes aos “Custos com Pessoal”, pagos a cada função em 2016, pelas respectivas produções. As funções como AGP e TGP que não apresentam dados de produção na plataforma e-SUS foram desconsideradas deste cálculo. Além disso, também não foram considerados os custos da produção unitária anual dos servidores que compõem a Equipe NASF (educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, ginecologista, nutricionista, pediatra e psicólogo), uma vez que se tratam de profissionais rotativos, os quais, como já dito, atendem em diferentes UBS na mesma semana. Essa condição interfere na alimentação dos dados de produção destes servidores, enviesando a análise com o mesmo raciocínio aplicado às demais funções. Também foi desconsiderado o auxiliar/técnico odontologia, já que essa função, segundo a PNAB (Ministério da Saúde, 2012), basicamente acompanha os atendimentos prestados pelo cirurgião-dentista, funcionando como apoio, e por isso, seus registros de produção normalmente são baixos.

O Quadro 33, a seguir, demonstra o custo de cada produção

(atendimento ou procedimento) registrado, em 2016. Não figuram nesta quadro, as UBS/PA por incompatibilidade de análises, entendendo que seus custos foram apresentados juntos (UBS + PA), mas que as produções retirados do e-SUS relacionam-se somente às UBS.

Quadro 33 – Custo da Produção Unitária Anual

UBS	ACS	Aux/Téc. Enf.	C. Dentista	Enfermeiro	Médico CG
	Pgto/Prod.	Pgto/Prod.	Pgto/Prod.	Pgto/Prod.	Pgto/Prod.
Alvorada	R\$ 24,24	R\$ 18,82	R\$ 162,34	R\$ 585,42	R\$ 44,59
Aquiles Stenghel	R\$ 8,44	R\$ 123,85	R\$ 154,71	R\$ 66,38	R\$ 16,61
Armindo Guazzi	R\$ 40,59	R\$ 101,85	R\$ 149,12	R\$ 323,96	R\$ 30,66
Bandeirantes	R\$ 9,11	R\$ 53,96	R\$ 220,42	R\$ 117,71	R\$ 33,41
Cabo Frio/Imagawa	R\$ 10,94	R\$ 13,32	R\$ 77,32	R\$ 88,17	R\$ 33,62
Cafezal	R\$ 9,31	R\$ 21,47	R\$ 298,17	R\$ 94,90	R\$ 50,00
Campos Verdes	R\$ 26,69	R\$ 40,84	R\$ 80,79	R\$ 117,10	R\$ 35,58
Carnascialli	R\$ 11,51	R\$ 13,70	R\$ 144,97	R\$ 86,56	R\$ 44,73
Centro	R\$ 34,45	R\$ 284,49	R\$ 81,25	R\$ 238,23	R\$ 424,16
Centro Social Urbano (CSU)	R\$ 24,39	R\$ 43,97	R\$ 202,44	R\$ 136,18	R\$ 66,54
Chefe Newton	R\$ 32,52	R\$ 36,12	R\$ 95,82	R\$ 435,40	R\$ 56,16
Eldorado	R\$ 19,16	R\$ 38,19	R\$ 127,30	R\$ 165,65	R\$ 62,68
Ernani	R\$ 22,57	R\$ 331,69	R\$ 195,51	R\$ 609,42	R\$ 123,69
Guanabara	R\$ 23,72	R\$ 21,73	R\$ 186,89	R\$ 117,27	R\$ 43,77
Guaravera	R\$ 19,11	R\$ 9,00	R\$ 80,00	R\$ 141,94	R\$ 46,89
Irerê + Taquaruna	R\$ 25,51	R\$ 36,37	R\$ 105,20	R\$ 222,71	R\$ 82,99
Itapoã	R\$ 20,64	R\$ 15,33	R\$ 268,24	R\$ 85,69	R\$ 50,41
Jamile Dequech	R\$ 29,93	R\$ 22,49	R\$ 75,57	R\$ 51,22	-
Jardim do Sol	R\$ 7,34	R\$ 35,30	R\$ 132,92	R\$ 89,75	R\$ 95,52
Jardim Ideal	R\$ 23,93	R\$ 25,50	R\$ 79,97	R\$ 161,32	R\$ 6,47
Jardim Tóquio	R\$ 13,81	R\$ 38,07	R\$ 95,61	R\$ 200,37	R\$ 38,01
João Paz	R\$ 21,98	R\$ 74,64	R\$ 75,41	R\$ 122,52	R\$ 12,60
Lerrovilhe	R\$ 11,84	R\$ 49,82	R\$ 53,98	R\$ 87,28	-
Lindóia	R\$ 32,76	R\$ 24,36	R\$ 126,93	R\$ 217,61	R\$ 30,37
Marabá	R\$ 15,41	R\$ 23,84	R\$ 144,92	R\$ 82,43	R\$ 28,34
Maravilha	R\$ 17,63	R\$ 26,99	R\$ 132,96	R\$ 83,59	R\$ 97,16
Milton Gavetti	R\$ 49,11	R\$ 67,64	R\$ 154,54	R\$ 90,96	R\$ 62,49
Mister Thomas	R\$ 26,91	R\$ 34,74	R\$ 151,84	R\$ 91,65	-
Novo Amparo	R\$ 30,49	R\$ 12,13	R\$ 104,53	R\$ 162,26	R\$ 34,87
Ouro Branco	R\$ 38,93	R\$ 16,65	R\$ 177,34	R\$ 251,44	R\$ 249,14
Padovani/Vista Bela	R\$ 15,67	R\$ 30,81	R\$ 41,42	R\$ 93,50	R\$ 38,54
Paiquerê + Guairacá	R\$ 10,04	R\$ 9,72	R\$ 220,57	R\$ 57,84	R\$ 47,23
Panissa/Maracanã	R\$ 18,72	R\$ 42,85	R\$ 147,54	R\$ 139,67	R\$ 64,07
Parigot de Souza	R\$ 16,10	R\$ 30,86	R\$ 79,91	R\$ 56,10	R\$ 48,57
PIND (Pq. das Indústrias)	R\$ 15,27	R\$ 26,80	R\$ 64,83	R\$ 71,09	R\$ 59,30
Piza/Roseira	R\$ 14,44	R\$ 37,63	R\$ 119,84	R\$ 55,42	R\$ 52,54
Regina	R\$ 36,16	R\$ 36,93	R\$ 99,62	R\$ 128,07	R\$ 172,74
San Izidro	R\$ 16,06	R\$ 21,74	R\$ 91,38	R\$ 189,43	R\$ 104,19

Santiago	R\$ 17,97	R\$ 35,15	R\$ 59,62	R\$ 91,79	R\$ 48,28
São Luiz	R\$ 202,08	R\$ 39,19	R\$ 140,94	R\$ 120,97	R\$ 108,26
Selva + Três Bocas	R\$ 44,04	R\$ 20,94		R\$ 236,83	R\$ 412,16
Vila Brasil	R\$ 18,35	R\$ 17,94	R\$ 253,20	R\$ 84,50	R\$ 80,31
Vila Casoni	R\$ 27,45	R\$ 59,51	R\$ 158,97	R\$ 526,65	R\$ 48,51
Vila Nova	R\$ 23,15	R\$ 54,84	R\$ 252,86	R\$ 93,50	R\$ 41,00
Vila Ricardo + Fraternidade	R\$ 119,27	R\$ 49,98	R\$ 121,80	R\$ 173,64	R\$ 44,83
Vivi Xavier	R\$ 30,59	R\$ 39,48	R\$ 92,38	R\$ 105,54	R\$ 58,18
Warta	R\$ 19,43	R\$ 25,81	R\$ 144,72	R\$ 162,28	R\$ 19,09
Média	R\$ 28,25	R\$ 47,60	R\$ 135,36	R\$ 164,08	R\$ 76,12
Mediana	R\$ 21,98	R\$ 35,15	R\$ 130,11	R\$ 117,71	R\$ 48,54
Máximo	R\$ 202,08	R\$ 331,69	R\$ 298,17	R\$ 609,42	R\$ 424,16
Mínimo	R\$ 7,34	R\$ 9,00	R\$ 41,42	R\$ 51,22	R\$ 6,47
Variância	965,55	3594,90	3650,54	17284,12	7511,40
Desvio Padrão	31,07	59,96	60,42	131,47	86,67

Fonte: elaborado pela autora (2018)

As medidas de centralidade e de dispersão permitem subtrair informações interessantes. Na média, é possível identificar que o custo da produção do ACS foi o menor – R\$ 28,25 (vinte e oito reais e vinte e cinco centavos) – e o do enfermeiro foi o maior – R\$ 164,08 (cento e sessenta e quatro reais e oito centavos). Vale destacar que, de modo geral, os enfermeiros das UBS são também os coordenadores das unidades, cabendo a eles, portanto, atender à população e gerenciar o local. Por isso, os registros de suas produção não são muito altos, elevando o custo da produção unitária anual desta função.

A mediana, o valor que divide o conjunto de dados do Quadro 33 em partes iguais, mostra-se da seguinte forma: R\$ 21,98 (vinte e um reais e noventa e oito centavos) para o ACS, R\$ 35,15 (trinta e cinco reais e quinze centavos) para o Auxiliar/Técnico Enfermagem, R\$ 130,11 (cento e trinta reais e onze centavos) para o Cirurgião-Dentista, R\$ 117,71 (cento e dezessete reais e setenta e um centavos) para o Enfermeiro e R\$ 48,54 (quarenta e oito reais e cinquenta e quatro centavos) para o Médico Clínico Geral. Já os valores máximo e mínimo para essas mesmas funções, são respectivamente: ACS (R\$ 202,08 e R\$ 7,34), Auxiliar/Técnico Enfermagem (R\$ 331,69 e R\$ 9,00), Cirurgião-Dentista (R\$ 298,17 e R\$ 41,42), Enfermeiro (R\$ 609,42 e R\$ 51,22) e Médico CG (R\$ 424,16 e R\$ 6,47).

Por fim, o Quadro 33 também demonstra as medidas relacionadas a variância e ao desvio-padrão. A variância considera a média para indicar a distância entre valores e o desvio-padrão expressa o grau de dispersão de um conjunto de dados. A variância, especialmente, demonstra enorme distância da média.

4.4 ANÁLISE DE EFICIÊNCIA

Como indicado nos procedimentos metodológicos, os dados encontrados a respeito das UBS permitem a utilização da técnica conhecida como Análise Envoltória de Dados (DEA, do inglês *Data Envelopment Analysis*). A DEA determina a eficiência de unidades produtivas, das quais não se deseja considerar somente o aspecto financeiro. Esta técnica compara componentes que realizam tarefas similares e se diferenciam em relação às quantidades de recursos consumidos e aos resultados produzidas (MELLO *et al.*, 2005).

Por isso, na análise de eficiência das UBS, foram utilizados os seguintes itens para as entradas (*inputs*):

- Custos Administrativos: condizentes aos Materiais para Copa, Cozinha, Limpeza e Insumos e também às Concessionárias. Valores indicados no Quadro 23;
- Material de Consumo: relacionado aos medicamentos, materiais de enfermagem, odontológicos e médico-hospitalares. Valores do Quadro 25;
- Custos com Pessoal: referem-se à soma dos custos das equipes ESF, ESFSB, NASF e Apoio. Valores demonstrados pelo Quadro 31;
- Número de Servidores: diz respeito à soma de todas as quantidades e funções nas respectivas UBS. Dados retirados do Quadro 19.

E para as saídas (*outputs*) foram utilizados os seguintes dados:

- Quantidade de Serviços Prestados: foram contabilizadas as funções dos servidores lotados nas UBS, em números, exceto AGP e TGP por serem apoio aos serviços prestados. Assim, foi considerado que uma UBS pode ter até 13 serviços: ACS, Aux./Téc. Enfermagem, Aux./Tec. Odonto, CG, Cirurgião-Dentista, Educador Físico, Enfermeiro, Farmacêutico, Fisioterapeuta, GO, Nutricionista, Pediatra e Psicólogo. Foi utilizado também o Quadro 19, como base;
- Produção Total: foram somadas as quantidades referentes

aos atendimentos e procedimentos de todas as funções em cada UBS. Dados retirados do Quadro 21.

Nesta análise, as UBS são denominadas DMUs (do inglês, *Decision Marking Units*) e são indicados *inputs* e *outputs*, como acima. Das 54 UBS, 50 foram tomadas por DMUs e submetidas à DEA. As três UBS rurais consideradas prolongamentos de unidades parceiras foram unificadas – Guairacá, Taquaruna e Três Bocas – devido às populações das áreas de abrangência serem consideradas uma só. A quarta unidade refere-se à UBS Fraternidade que está funcionando no mesmo local da Vila Ricardo e, por isso, foram unificadas também.

Além disso, o *software* SIAD que calcula a DEA permite escolher o modelo e a orientação desejada para a análise. Neste caso, foi selecionado o modelo BCC que considera retornos variáveis de escala, com orientação para *output*, o que significa que são utilizados os mesmos recursos de entrada para melhorar as saídas.

O Quadro 34 demonstra os resultados obtidos a partir das escolhas selecionadas para entradas e saídas. As UBS foram ordenadas pela porcentagem de eficiência demonstrada e, com isso, foram inseridos os itens que as levaram a alcançar tal índice. 100% de eficiência significa que a unidade conseguiu aproveitar da melhor maneira os recursos que recebeu, em 2016, para apresentar o melhor resultado. Neste caso, a UBS que demonstrou maior eficiência foi João Paz, pelo equilíbrio dos valores de entrada em relação às saídas, quando comparada às demais unidades. Ordenando os valores de entrada de modo crescente, percebe-se que esta unidade ocupa o 37º lugar no item “Custos Administrativos”; 27º, em “Material de Consumo”; 18º, em “Custos com Pessoal”; e, 28º, em “Número de Servidores”. Por outro lado, ordenando os valores de saída de forma decrescente, pois o que se quer é usar menos recursos e entregar mais e melhores resultados, a UBS João Paz fica em 7º lugar no item “Quantidade de Serviços Prestados” e 28º em “Produção Total”. Esses dados demonstram que uma UBS pode não ser a mais econômica e apresentar bons resultados, compensando os investimentos realizados. João Paz se mostrou uma unidade equilibrada, tanto em relação às entradas quanto às saídas.

Quadro 34 – DEA UBS

DMU	UBS	Eficiência	Custos Administrativos	Material de Consumo	Custos com Pessoal	Núm. Serv.	Qtde Serv. Prestados	Produção Total
DMU22	João Paz	100,00%	R\$ 68.365,17	R\$ 180.845,39	R\$ 1.843.172,91	35	11	39019
DMU33	Padovani/Vista Bela	93,13%	R\$ 41.130,28	R\$ 177.620,33	R\$ 1.788.492,04	38	7	53435
DMU31	Novo Amparo	92,93%	R\$ 48.333,40	R\$ 137.940,31	R\$ 2.012.096,41	30	12	50104
DMU15	Guaravera	92,74%	R\$ 24.391,04	R\$ 114.868,08	R\$ 1.232.744,48	21	7	47610
DMU11	Chefe Newton	90,81%	R\$ 82.050,79	R\$ 254.236,43	R\$ 2.769.213,99	45	11	46983
DMU2	Aquiles Stenghel	90,07%	R\$ 63.001,45	R\$ 317.638,81	R\$ 2.621.472,63	43	11	51138
DMU12	Eldorado	86,92%	R\$ 32.651,37	R\$ 140.637,67	R\$ 2.347.058,05	33	9	33363
DMU30	Mister Thomas	86,86%	R\$ 27.311,53	R\$ 75.252,08	R\$ 828.682,16	17	5	18042
DMU35	Panissa/Maracanã	86,77%	R\$ 51.919,99	R\$ 119.969,46	R\$ 2.845.815,77	46	8	50377
DMU10	Centro Social Urbano (CSU)	86,13%	R\$ 24.803,35	R\$ 162.846,98	R\$ 2.691.837,56	38	9	33092
DMU13	Ernani	86,10%	R\$ 59.036,20	R\$ 132.176,26	R\$ 1.768.343,09	24	10	14164
DMU42	São Luiz	85,73%	R\$ 16.015,88	R\$ 53.682,56	R\$ 1.213.012,96	17	7	13138
DMU26	Marabá	84,58%	R\$ 68.703,19	R\$ 255.083,47	R\$ 3.491.866,45	52	13	74003
DMU8	Carnascialli	83,88%	R\$ 38.733,18	R\$ 181.557,08	R\$ 2.504.617,97	34	9	64170
DMU36	Parigot de Souza	81,44%	R\$ 42.876,10	R\$ 222.390,59	R\$ 2.220.979,65	34	9	46457
DMU17	Itapoã	81,27%	R\$ 37.203,13	R\$ 177.338,83	R\$ 3.505.023,94	50	9	77787
DMU9	Centro	80,35%	R\$ 52.860,03	R\$ 209.598,53	R\$ 2.690.587,12	38	9	12806
DMU48	Vila Ricardo + Fraternidade	79,86%	R\$ 49.787,07	R\$ 227.728,28	R\$ 2.520.360,74	43	9	28913
DMU6	Cafezal	79,61%	R\$ 67.727,27	R\$ 275.352,88	R\$ 3.823.532,16	54	10	84373
DMU19	Jardim do Sol	79,42%	R\$ 57.879,24	R\$ 184.258,77	R\$ 2.149.745,43	34	8	53569
DMU39	Regina	77,86%	R\$ 16.420,99	R\$ 47.722,35	R\$ 968.419,65	13	6	14716
DMU25	Lindóia	77,84%	R\$ 53.723,90	R\$ 233.791,90	R\$ 2.642.916,13	42	8	52337
DMU1	Alvorada	76,83%	R\$ 69.189,38	R\$ 174.366,93	R\$ 2.459.351,48	31	8	45872
DMU4	Bandeirantes	76,83%	R\$ 46.769,81	R\$ 259.235,74	R\$ 3.248.878,96	40	9	57965
DMU7	Campos Verdes	76,83%	R\$ 35.380,07	R\$ 178.683,14	R\$ 1.199.408,43	19	6	23443

DMU14	Guanabara	76,83%	R\$ 113.064,22	R\$ 188.345,86	R\$ 2.589.822,63	36	13	50334
DMU16	Irerê + Taquaruna	76,83%	R\$ 24.134,33	R\$ 80.860,75	R\$ 1.380.057,78	16	7	18612
DMU18	Jamile Dequech	76,83%	R\$ 36.262,48	R\$ 112.221,28	R\$ 724.888,46	14	5	23137
DMU21	Jardim Tóquio	76,83%	R\$ 36.018,89	R\$ 290.336,69	R\$ 2.236.568,92	31	11	41778
DMU23	Leonor (PA/UBS)	76,83%	R\$ 100.648,93	R\$ 697.470,40	R\$ 4.091.875,34	72	12	53763
DMU24	Lerrovile	76,83%	R\$ 27.112,98	R\$ 148.135,97	R\$ 1.042.462,40	23	5	27353
DMU27	Maravilha	76,83%	R\$ 19.264,18	R\$ 42.506,99	R\$ 753.302,95	11	6	16066
DMU28	Maria Cecília (PA/UBS)	76,83%	R\$ 112.382,45	R\$ 509.617,72	R\$ 7.310.841,51	130	9	40611
DMU46	Vila Nova	76,83%	R\$ 61.097,25	R\$ 122.707,93	R\$ 2.546.529,82	31	11	26180
DMU50	Warta	76,83%	R\$ 17.541,34	R\$ 46.868,68	R\$ 974.723,03	15	7	20231
DMU5	Cabo Frio/Imagawa	76,67%	R\$ 117.358,43	R\$ 224.375,04	R\$ 2.478.786,74	37	8	77873
DMU3	Armando Guazzi	74,91%	R\$ 108.240,25	R\$ 361.814,72	R\$ 2.931.317,19	44	9	31733
DMU29	Milton Gavetti	74,31%	R\$ 41.930,89	R\$ 154.675,13	R\$ 1.960.437,40	30	7	20794
DMU34	Paiquerê + Guairacá	74,11%	R\$ 25.071,79	R\$ 97.361,34	R\$ 869.055,42	14	6	37252
DMU49	Vivi Xavier	73,12%	R\$ 48.936,70	R\$ 284.702,06	R\$ 2.664.371,94	46	8	43465
DMU20	Jardim Ideal	70,97%	R\$ 71.788,55	R\$ 99.728,69	R\$ 1.296.792,70	19	7	31421
DMU43	Selva + Três Bocas	70,27%	R\$ 18.871,18	R\$ 60.089,20	R\$ 855.634,15	12	4	17455
DMU41	Santiago	66,44%	R\$ 83.910,99	R\$ 277.571,16	R\$ 2.947.075,79	48	8	61373
DMU45	Vila Brasil	65,11%	R\$ 40.242,86	R\$ 156.484,58	R\$ 1.949.849,01	27	8	46879
DMU44	União Vitória (PA/UBS)	64,85%	R\$ 81.072,64	R\$ 464.425,29	R\$ 4.559.385,00	66	9	46812
DMU40	San Izidro	64,17%	R\$ 51.235,37	R\$ 110.334,32	R\$ 1.504.013,98	17	8	26577
DMU47	Vila Casoni	64,01%	R\$ 44.552,60	R\$ 177.258,24	R\$ 2.245.775,48	34	7	34107
DMU38	Piza/Roseira	62,62%	R\$ 107.478,85	R\$ 255.888,18	R\$ 2.971.910,23	43	9	57021
DMU37	PIND (Parque das Indústrias)	61,99%	R\$ 46.139,52	R\$ 196.605,38	R\$ 1.839.450,58	30	6	48659
DMU32	Ouro Branco	59,90%	R\$ 94.312,56	R\$ 348.594,86	R\$ 2.752.771,16	38	9	51252

Fonte: elaborado pela autora (2018)

Além da UBS com 100% de eficiência vale observar outras com os melhores índices, como Padovani/Vista Bela, 93,13% eficiente. Considerando itens de entrada em ordem crescente, têm-se: 19º, em “Custos Administrativos”; 25º, em “Material de Consumo”; 16º, em “Custos com Pessoal”; 31º, em “Número de Servidores”. E com itens de saída em ordem decrescente: 41º, em “Quantidade de Serviços Prestados”; e, 11º, em “Produção Total”. Da mesma maneira que a UBS João Paz, Padovani/Vista Bela demonstrou o segundo melhor índice de eficiência equilibrando recursos consumidos em relação aos resultados identificados.

A terceira e quarta UBS mais eficientes foram Novo Amparo e Guaravera, com índices de eficiência de 92,93% e 92,74%, respectivamente. Novo Amparo apresentou as seguintes posições nos itens de entrada e saída: 25º, em “Custos Administrativos”; 16º, em “Material de Consumo”; 21º, em “Custos com Pessoal”; 19º, em “Número de Servidores”; 3º, em “Quantidade de Serviços Prestados”; e, 17º, em “Produção Total”. E Guaravera: 7º, em “Custos Administrativos”; 12º, em “Material de Consumo”; 11º, em “Custos com Pessoal”; 13º, em “Número de Servidores”; 38º, em “Quantidade de Serviços Prestados”; e, 19º, em “Produção Total”.

A partir desses dados, pode-se perceber que nem sempre os menores custos representam os melhores índices de eficiência. Observando isoladamente os itens de entrada e saída, em “Custos Administrativos”, a UBS que menos consumiu foi São Luiz, seu percentual de eficiência foi 85,73%, mas por outro lado, foi a penúltima em entrega de produção total. A UBS Maravilha demonstrou os menores consumos tanto no item “Material de Consumo” quanto em “Número de Servidores”, seu índice de eficiência é 76,83%, porém tem um dos menores números de serviços prestados e baixa produção total. No item “Custos com Pessoal”, Jamile Dequech foi a UBS que menos consumiu, também demonstrou eficiência de 76,83%, entretanto tem o segundo número mais baixo em relação aos serviços prestados e baixa produção total. Vale lembrar que São Luiz e Maravilha são UBS rurais, que trabalham com horários diferenciados e tem as menores populações referenciadas em suas áreas de abrangência. Jamile Dequech, embora seja uma UBS urbana, também não é responsável por um grande território populacional, o que pode explicar o porquê de não ter todos os serviços ofertados.

Observando ainda os itens de saída, as UBS que demonstraram o maior número de “Quantidade de Serviços Prestados” foram Marabá e Guanabara

que tiverem eficiência de 84,58% e 76,83%, respectivamente, mas por outro lado, Guanabara foi a segunda que mais consumiu em “Custos Administrativos” e Marabá foi uma das que mais consumiu em “Custos com Pessoal” tendo também um dos maiores números em “Quantidade de Servidores”. Por fim, no item “Produção Total” destaca-se a UBS Cafezal de apresentou eficiência de 79,61%, ao mesmo tempo que indicou um dos maiores consumos em “Custos com Pessoal” e “Número de Servidores”.

Mais que classificar as UBS mais eficientes e permitir fazer comparativos, a DEA possibilita indicar as unidades menos eficientes, isto é, as que não tiveram um desempenho satisfatório considerando-se o grupo ao qual elas pertencem e os itens escolhidos para a análise. A observação dos menores índices de eficiência não deve ser tomado como algo negativo, pois a DEA considera os critérios sugeridos (entradas e saídas) e o grupo como um todo, quer dizer que, sob determinada ótica, essas e aquelas unidades não se mostraram tão bem diante das demais, mas se um dos parâmetros mudar pode ser que todo *ranking* se modifique.

Além do mais, a DEA propicia um olhar sobre cada uma das DMUs comparando as informações das entradas com as metas, ou seja, o que pode ser feito para ter melhores resultados com os atuais recursos. Por isso, observar as unidades menos eficientes sob essa ótica permite buscar formas de se desenvolver e entregar desempenhos mais satisfatórios.

Portanto, o Quadro 35 relaciona as unidades que demonstraram índices de eficiência abaixo de 70%. Na ordem estão as seguintes UBS: Ouro Branco (DMU 32), com 59,90% de eficiência; PIND (Parque das Indústrias) (DMU 37), com 61,99%; Piza/Roseira (DMU 38), com 62,62%; Vila Casoni (DMU 47), com 64,01%; San Izidro (DMU 40), com 64,17%; União da Vitória (UBS/PA) (DMU 44), com 64,85%; Vila Brasil (DMU 45), com 65,11%; e, Santiago (DMU 41), com 66,44% de eficiência.

É possível identificar neste Quadro 35, os valores atuais dos itens de entrada e saída considerados para a análise da DEA, bem como as metas que podem ser alteradas com base nos recursos das UBS. Observa-se também que, em alguns casos, os números atuais e as metas são os mesmos, pois entende-se que em relação ao grupo analisado, este item não tem necessidade de modificação. Por fim, nota-se no Quadro 35, a indicação de *benchmark*, ou seja, as UBS que o *software* SIAD concluiu, a partir dos dados de *inputs* e *outputs*, como mais

semelhantes às unidades que demonstraram índices de eficiência mais baixos, as quais podem funcionar como um “espelho” para as UBS menos eficientes, a fim de buscarem melhorar.

Quadro 35 – Metas e Benchmark UBS Menos Eficientes

		DMU 32	DMU37	DMU38	DMU47
Custos Administrativos	Atual	R\$ 94.312,56	R\$ 46.139,52	R\$ 107.478,85	R\$ 44.552,60
	Meta	R\$ 78.410,48	R\$ 45.973,16	R\$ 75.864,93	R\$ 44.552,60
Material de Consumo	Atual	R\$ 348.594,86	R\$ 196.605,38	R\$ 255.888,18	R\$ 177.258,24
	Meta	R\$ 348.594,86	R\$ 180.674,07	R\$ 255.888,18	R\$ 177.258,24
Custos com Pessoal	Atual	R\$ 2.752.771,16	R\$ 1.839.450,58	R\$ 2.971.910,23	R\$ 2.245.775,48
	Meta	R\$ 2.752.771,16	R\$ 1.839.450,58	R\$ 2.971.910,23	R\$ 2.245.775,48
Número de Servidores	Atual	38	30	43	34
	Meta	49	38	53	41
Qtde Serv. Prestados	Atual	9	6	9	7
	Meta	12	8	11	8
Benchmark		22; 23; 26; 28	22; 28; 33	22; 23; 26; 28	10; 28; 31; 33; 35

		DMU40	DMU44	DMU45	DMU41
Custos Administrativos	Atual	R\$ 51.235,37	R\$ 81.072,64	R\$ 40.242,86	R\$ 83.910,99
	Meta	R\$ 36.600,29	R\$ 81.072,64	R\$ 40.242,86	R\$ 68.281,99
Material de Consumo	Atual	R\$ 110.334,32	R\$ 464.425,29	R\$ 156.484,58	R\$ 277.571,16
	Meta	R\$ 99.420,89	R\$ 345.984,06	R\$ 156.484,58	R\$ 247.244,42
Custos com Pessoal	Atual	R\$ 1.504.013,98	R\$ 4.559.385,00	R\$ 1.949.849,01	R\$ 2.947.075,79
	Meta	R\$ 1.504.013,98	R\$ 4.559.385,00	R\$ 1.949.849,01	R\$ 2.947.075,79
Número de Servidores	Atual	17	66	27	48
	Meta	22	78	32	56
Qtde Serv. Prestados	Atual	8	9	8	8
	Meta	10	11	10	9
Benchmark		27; 31	23; 26; 28; 31	10; 21; 31; 33; 50	22; 28; 33

Fonte: elaborado pela autora (2018)

Em todas as DMUs do Quadro 35, observa-se a sugestão de aumento das quantidades referentes aos itens “Quantidade de Serviços Prestados” e “Número de Servidores”, demonstrando uma possibilidade de otimização dos investimentos por meio da melhoria no quadro de funcionários e serviços prestados. Na DMU 47 (Vila Casoni) e DMU 45 (Vila Brasil), as metas restringem-se apenas ao aumento desses itens, sendo que as UBS tomadas como *benchmark* para a primeira são Centro Social Urbano (CSU), Maria Cecília (UBS/PA), Novo Amparo, Padovani/Vista Bela e Panissa/Maracanã e, para a segunda, Centro Social Urbano (CSU), Jardim Tóquio, Novo Amparo, Padovani/Vista Bela e Warta.

Na DMU 32 (Ouro Branco) e DMU 38 (Piza/Roseira) a meta é diminuir valores apenas do item “Custos Administrativos”, sendo que para a primeira,

devem ser cortados R\$ 15.902,08 (quinze mil, novecentos e dois reais e oito centavos) e para a segunda, R\$ 31.613,92 (trinta e um mil, seiscentos e treze reais e noventa e dois centavos). Ambas as unidades têm como indicação de *benchmark* as UBS João Paz, Leonor, Marabá e Maria Cecília. Da mesma maneira, na DMU 44 (União da Vitória) a sugestão de redução limita-se apenas a um item – “Material de Consumo” – do qual devem ser retirados R\$ 118.441,23 (cento e dezoito mil, quatrocentos e quarenta e um reais e vinte três centavos). Para esta unidade, as DMUs consideradas *benchmark* são Leonor, Marabá, Maria Cecília e Novo Amparo.

Nas DMUs 37 (PIND - Parque das Indústrias), 40 (San Izidro) e 41 (Santiago), a meta é reduzir os valores tanto do item “Custos Administrativos” quanto do “Material de Consumo”. Para a DMU 37 (PIND - Parque das Indústrias) indica-se corte de R\$ 166,36 (cento e sessenta e seis reais e trinta e seis centavos) para o primeiro item e R\$ 15.931,31 (quinze mil, novecentos e trinta e um reais e trinta e um centavos) para o segundo. Para a DMU 40 (San Izidro), redução de R\$ 14.635,08 (quatorze mil, seiscentos e trinta e cinco reais e oito centavos) no primeiro item e R\$ 10.913,43 (dez mil, novecentos e treze reais e quarenta e três centavos) no segundo. Por fim, para a DMU 41 (Santiago), a meta é diminuir R\$ 15.629,00 (quinze mil, seiscentos e vinte e nove reais) do primeiro item e R\$ 30.326,74 (trinta mil, trezentos e vinte e seis reais e setenta e quatro centavos) do último item. As unidades tomadas como *benchmark* para a DMU 37 (PIND – Parque das Indústrias) e DMU 41 (Santiago) são João Paz, Maria Cecília (UBS/PA) e Padovani/Vista Bela e para a DMU 40 (San Izidro), somente as UBS Maravilha e Novo Amparo.

Além da comparação das metas diante dos dados atuais das DMUs, a DEA possibilita identificar o grau de proximidade ou semelhança de todas as unidades analisadas em um grupo, favorecendo a possibilidade de mudanças. O Quadro 36 demonstra os números referentes às porcentagens e identifica as UBS pela respectiva DMU, sem nomes. Os nomes das UBS podem ser confirmados pelas informações contidas no Quadro 34, apresentado anteriormente.

Observa-se, a partir do Quadro 36, que algumas UBS apresentam 100% de proximidade com seu respectivo número DMU. Isso se deve ao fato destas UBS terem características que não podem ser identificadas nas demais unidades e, por isso, não se assemelham a nenhuma outra além dela mesma.

Quadro 36 – Grau de Proximidade UBS (em %)

DMU	1	2	4	6	7	10	11	12	13	14	15	16	17	18	21	22	23	24	26	27	28	30	31	33	35	39	42	46	50
1	100																												
2		100																											
3	7	66		27																									
4			100																										
5	44	33									19										4								
6				100																									
7					100																								
8	13	12			4	62			9																				
9		26				65					1					6					2								
10						100																							
11							100																						
12								100																					
13									100																				
14										100																			
15											100																		
16												100																	
17													100																
18														100															
19		1				4					42					43					10								
20								12	7		30					13					38								
21															100														
22																100													
23																	100												
24																		100											
25		19				4									1							11		19	46				
26																			100										
27																					100								
28																						100							

29					6					12									18	47	13				
30																		100							
31																			100						
32													57	30		12		1							
33																					100				
34													8				65		23						4
35																						100			
36					3							38						3		22	34				
37													16					1			83				
38													67	3		15		15							
39																						100			
40																40				60					
41													46					21			33				
42																							100		
43															4		55								41
44														7		1		45		47					
45					11							7								42	32				8
46																								100	
47					11													4		20	57	8			
48													18					11		27	44				
49					2								28					13			57				
50																									100

Fonte: elaborado pela autora (2018)

Além do índice de eficiência das UBS, que considerou os custos encontrados com as entregas realizadas, é possível fazer comparativos também com os servidores e suas produções, isto é, comparar os itens “Custos com Pessoal” com “Produção Total” de cada função, de modo a identificar em quais UBS há os melhores desempenhos.

Quadro 37 – Eficiência ACS

Jardim do Sol	100,00%
Aquiles Stenghel	99,40%
Paiquerê + Guairacá	98,51%
San Izidro	97,08%
Alvorada	93,83%
Cafezal	93,74%
Maravilha	91,71%
Bandeirantes	89,77%
Carnascialli	85,51%
Cabo Frio/Imagawa	83,39%
Lerrovile	81,96%
Maria Cecília (UBS/PA)	77,97%
Jardim Tóquio	77,57%
Parigot de Souza	74,49%
PIND (Parque das Indústrias)	72,32%
Ernani	69,03%
Warta	68,44%
Vila Nova	66,99%
Vila Brasil	66,28%
Irerê + Taquaruna	65,88%
Piza/Roseira	65,27%
Campos Verdes	64,82%
Guaravera	64,73%
Eldorado	64,54%
Jardim Ideal	63,88%

Guanabara	63,36%
João Paz	61,83%
Marabá	61,66%
Mister Thomas	61,45%
Padovani/Vista Bela	61,02%
Leonor (UBS/PA)	57,76%
Centro Social Urbano (CSU)	57,72%
Centro	57,70%
Regina	57,38%
Jamile Dequech	57,11%
Novo Amparo	55,43%
Ouro Branco	53,46%
Itapoã	52,91%
Selva + Três Bocas	52,66%
Vivi Xavier	51,95%
Lindóia	49,54%
Vila Casoni	48,90%
Panissa/Maracanã	46,70%
Milton Gavetti	44,52%
Armindo Guazzi	44,51%
Santiago	35,43%
União da Vitória (UBS/PA)	24,43%
Chefe Newton	17,12%
Vila Ricardo + Fraternidade	3,66%
São Luiz	2,70%

Fonte: elaborado pela autora (2018)

Na eficiência dos ACS, percebe-se que a unidade que se destacou, com 100%, foi o Jardim do Sol que custou, em 2016, R\$ 215.331,06 (duzentos e quinze mil, trezentos e trinta e um reais e seis centavos) e conseguiu realizar 29.320 visitas em seu território de abrangência. Por outro lado, a UBS rural São Luiz apresentou o menor índice de eficiência (2,70%), com custo, em 2016, de R\$ 88.509,49 (oitenta e oito mil, quinhentos e nove reais e quarenta e nove centavos) e produção de somente 438 visitas. No entanto, é bom lembrar que essa unidade tem apenas 1.180 pessoas em sua área de abrangência.

Quadro 38 – Eficiência Auxiliar/Técnico Enfermagem

Itapoã	100,00%	Panissa/Maracanã	64,43%
Cabo Frio/Imagawa	98,71%	Maria Cecília (UBS/PA)	62,80%
Novo Amparo	98,31%	Bandeirantes	61,43%
Carnascialli	97,05%	Centro Social Urbano (CSU)	61,32%
Ouro Branco	95,01%	Vila Ricardo + Fraternidade	61,06%
Cafezal	92,57%	Campos Verdes	60,35%
Guaravera	89,79%	Mister Thomas	58,88%
Alvorada	88,38%	União da Vitória (UBS/PA)	56,28%
Vila Brasil	87,39%	Selva + Três Bocas	56,19%
Paiquerê + Guairacá	83,81%	Vila Nova	55,75%
Guanabara	80,32%	Vila Casoni	55,70%
Marabá	80,14%	Lerroville	55,33%
Lindóia	79,48%	Jamile Dequech	54,50%
Jardim Ideal	74,23%	Milton Gavetti	51,08%
Santiago	73,40%	João Paz	50,98%
Parigot de Souza	72,36%	Maravilha	50,96%
PIND (Parque das Indústrias)	72,18%	Armindo Guazzi	49,41%
San Izidro	71,42%	Irerê + Taquaruna	46,17%
Chefe Newton	70,74%	Regina	42,36%
Vivi Xavier	69,47%	Aquiles Stenghel	41,22%
Padovani/Vista Bela	68,71%	Warta	28,49%
Piza/Roseira	66,06%	Centro	18,95%
Jardim do Sol	65,15%	São Luiz	14,61%
Jardim Tóquio	65,07%	Leonor (UBS/PA)	7,08%
Eldorado	65,05%	Ernani	1,79%

Fonte: elaborado pela autora (2018)

Na função de Auxiliar/Técnico Enfermagem, a UBS que obteve 100% de eficiência foi Itapoã que custou, em 2016, R\$ 711.462,05 (setecentos e onze mil, quatrocentos e sessenta e dois reais e cinco centavos) e realizou 46.404 procedimentos e atendimentos. No menor índice de eficiência, a unidade Ernani demonstrou 1,79%, tendo custado R\$ 383.766,28 (trezentos e oitenta e três mil, setecentos e sessenta e seis reais e vinte e oito centavos), com realização de 1.157 atendimentos/procedimentos.

Quadro 39 – Eficiência Auxiliar/Técnico Odonto

Ouro Branco	100,00%	Novo Amparo	50,42%
Lindóia	92,52%	Vila Brasil	50,19%
Centro	81,10%	Warta	50,11%
Chefe Newton	79,18%	Panissa/Maracanã	50,09%
Jardim Tóquio	74,99%	Campos Verdes	50,00%
Armindo Guazzi	72,24%	Eldorado	50,00%
Santiago	71,81%	Ernani	50,00%
Piza/Roseira	67,77%	Guanabara	50,00%
Alvorada	66,58%	Itapoã	50,00%
Vivi Xavier	65,43%	Jamile Dequech	50,00%
Marabá	61,33%	Jardim Ideal	50,00%
Vila Nova	58,67%	Lerrovilhe	50,00%
Aquiles Stenghel	57,97%	Mister Thomas	50,00%
Irerê + Taquaruna	57,56%	Padovani/Vista Bela	50,00%
Carnascialli	54,04%	Paiquerê + Guairacá	50,00%
Vila Ricardo + Fraternidade	53,35%	PIND (Parque das Indústrias)	50,00%
Guaravera	51,71%	Regina	50,00%
Parigot de Souza	51,47%	San Izidro	50,00%
Centro Social Urbano (CSU)	51,42%	São Luiz	50,00%
Cabo Frio/Imagawa	50,99%	Selva + Três Bocas	50,00%
Jardim do Sol	50,65%	União da Vitória (UBS/PA)	50,00%
João Paz	50,52%	Vila Casoni	50,00%
Maria Cecília (UBS/PA)	50,52%	Bandeirantes	26,02%
Milton Gavetti	50,49%	Leonor (UBS/PA)	10,36%
Maravilha	50,43%	Cafezal	2,04%

Fonte: elaborado pela autora (2018)

O desempenho do Auxiliar/Técnico Odontologia se mostrou mais eficiente na UBS Ouro Branco, tendo custo de R\$ 227.376,50 (duzentos e vinte e sete mil, trezentos e setenta e seis reais e cinquenta centavos), no ano de 2016, ao passo que teve 1.128 registros de atendimentos e procedimentos. E a unidade Cafezal apresentou o menor índice de eficiência (2,04%), custando R\$ 308.248,84 (trezentos e oito mil, duzentos e quarenta e oito reais e oitenta e quatro centavos) e entregando somente 46 atendimentos/procedimentos, em 2016.

Quadro 40 – Eficiência Cirurgião-Dentista

União da Vitória (UBS/PA)	100,00%
Centro	99,96%
Cabo Frio/Imagawa	97,56%
Padovani/Vista Bela	96,17%
PIND (Parque das Indústrias)	82,44%
Lerroville	79,63%
Marabá	79,19%
Maria Cecília (UBS/PA)	78,34%
Santiago	77,70%
Jardim Ideal	77,10%
Vivi Xavier	76,77%
Vila Nova	76,37%
Parigot de Souza	72,49%
Lindóia	70,91%
Aquiles Stenghel	69,63%
Regina	68,53%
San Izidro	67,89%
Novo Amparo	64,53%
Panissa/Maracanã	64,16%
Jardim do Sol	63,73%
João Paz	63,53%
Armindo Guazzi	63,26%
Ouro Branco	63,09%
Chefe Newton	62,96%
Leonor (UBS/PA)	62,46%

Piza/Roseira	61,42%
Jamile Dequech	60,83%
Campos Verdes	60,76%
Carnascialli	58,95%
Alvorada	57,39%
Guaravera	56,75%
Centro Social Urbano (CSU)	53,33%
Irerê + Taquaruna	53,04%
Milton Gavetti	50,42%
São Luiz	49,60%
Vila Ricardo + Fraternidade	49,16%
Bandeirantes	48,66%
Jardim Tóquio	47,41%
Warta	41,10%
Paiquerê + Guairacá	40,42%
Eldorado	36,85%
Itapoã	36,38%
Maravilha	33,02%
Cafezal	31,49%
Ernani	30,72%
Mister Thomas	28,64%
Guanabara	28,62%
Vila Brasil	15,69%
Vila Casoni	10,81%

Fonte: elaborado pela autora (2018)

Em relação à função do Cirurgião-Dentista, foi retirada a unidade Selva + Três Bocas por não ter um servidor nesta função lotado na UBS. Destaca-se que o União da Vitória foi a unidade que demonstrou maior percentual de eficiência, pois custou R\$ 143.908,90 (cento e quarenta e três mil, novecentos e oito reais e noventa centavos) e produziu 3.423 atendimentos. É bom lembrar que essa unidade tem um PA em funcionamento no mesmo local, mas normalmente o atendimento de saúde bucal é exclusividade das UBS e, por isso, este índice refere-se à UBS. E na extremidade oposta, percebe-se que a UBS Vila Casoni demonstrou menor eficiência (10,81%), uma vez que essa função custou R\$ 389.168,69 (trezentos e oitenta e nove mil, cento e sessenta e oito reais e sessenta e nove centavos) com entrega de 824 atendimentos e procedimentos, em 2016.

Quadro 41 – Eficiência Enfermeiro

Piza/Roseira	100,00%
Parigot de Souza	99,99%
Jamile Dequech	95,86%
Santiago	93,12%
Marabá	92,79%
Aquiles Stenghel	90,51%
Paiquerê + Guairacá	90,08%
Maravilha	88,25%
Cabo Frio/Imagawa	86,28%
Vila Casoni	86,24%
Itapoã	85,48%
PIND (Parque das Indústrias)	85,14%
Carnascialli	84,07%
Padovani/Vista Bela	79,53%
Vila Brasil	78,94%
Guanabara	78,21%
Vivi Xavier	78,05%
Jardim do Sol	76,91%
Lerroville	76,35%
Bandeirantes	75,36%
Cafezal	75,25%
Milton Gavetti	73,40%
Panissa/Maracanã	71,56%
Mister Thomas	67,91%
João Paz	66,86%

Campos Verdes	65,27%
Centro Social Urbano (CSU)	61,98%
São Luiz	61,17%
Guaravera	60,03%
Vila Ricardo + Fraternidade	58,73%
Maria Cecília (UBS/PA)	58,23%
Jardim Ideal	53,52%
Novo Amparo	52,81%
Regina	52,12%
União da Vitória (UBS/PA)	51,62%
Lindóia	51,57%
Warta	51,51%
Jardim Tóquio	50,22%
Centro	48,31%
Ouro Branco	46,63%
Eldorado	45,45%
Irerê + Taquaruna	45,01%
Selva + Três Bocas	42,93%
Armindo Guazzi	37,24%
San Izidro	36,24%
Leonor (UBS/PA)	33,58%
Chefe Newton	25,64%
Alvorada	7,33%
Vila Nova	5,04%
Ernani	4,66%

Fonte: elaborado pela autora (2018)

Na função do Enfermeiro, a UBS que demonstrou maior percentual de eficiência foi Piza/Roseira, pois custou R\$ 325.886,87 (trezentos e vinte e cinco mil, oitocentos e oitenta e seis reais e oitenta e sete centavos) e produziu 5.880 atendimentos e procedimentos, em 2016. E, por outro lado, a UBS Ernani apresentou o menor índice de eficiência (4,66%) com custo de R\$ 235.236,68 (duzentos e trinta e cinco mil, duzentos e trinta e seis reais e sessenta e oito centavos) e produção de 386 procedimentos e atendimentos.

Quadro 42 – Eficiência Médico CG

João Paz	100,00%
Leonor (UBS/PA)	99,44%
Jardim Ideal	96,96%
Bandeirantes	95,89%
Armindo Guazzi	95,31%
Lindóia	95,23%
Cabo Frio/Imagawa	93,58%
Aquiles Stenghel	87,54%
Marabá	87,39%
Maria Cecília (UBS/PA)	85,34%
Padovani/Vista Bela	82,49%
Vila Nova	81,21%
Carnascialli	79,68%
Guanabara	78,36%
Vila Ricardo + Fraternidade	77,82%
Santiago	75,87%
Parigot de Souza	75,21%
Jardim Tóquio	74,24%
Cafezal	74,16%
Itapoã	74,10%
Campos Verdes	74,08%
Novo Amparo	73,03%
Piza/Roseira	72,34%
Alvorada	72,05%

Vivi Xavier	71,77%
PIND (Parque das Indústrias)	71,31%
Chefe Newton	69,38%
Vila Casoni	68,89%
Eldorado	68,00%
Milton Gavetti	66,37%
Guaravera	66,11%
Warta	65,41%
Panissa/Maracanã	60,28%
Vila Brasil	56,89%
Centro Social Urbano (CSU)	55,35%
Irerê + Taquaruna	54,61%
San Izidro	51,91%
Jardim do Sol	51,21%
Maravilha	50,23%
São Luiz	49,82%
Ermani	47,01%
Paiquerê + Guairacá	45,25%
Regina	37,01%
União da Vitória (UBS/PA)	34,16%
Ouro Branco	27,62%
Centro	3,87%
Selva + Três Bocas	2,07%

Fonte: elaborado pela autora (2018)

O Quadro 42 traz a eficiência da função Médico, considerando somente o Clínico Geral, já que no Quadro 33 desta pesquisa foram feitos cálculos do custo da produção unitária anual excluindo os Ginecologistas e Pediatras e também porque a PNAB (Ministério da Saúde, 2012) coloca estes últimos como parte de uma equipe diferente da do profissional Médico Clínico Geral. Observa-se no Quadro 42 que, além das unidades já mencionadas – rurais que são prolongamentos de outras UBS e Fraternidade em funcionamento na Vila Ricardo –, Jamile Dequech, Lerroville e Mister Thomas foram suprimidas do quadro por não haver indicação de pagamento para a função. Isso demonstra que essas UBS não têm profissionais nessa função, mesmo com a identificação de dados de produção, o que pode indicar que esses servidores atendem com jornada de horas extras ou estão lotados em outras UBS.

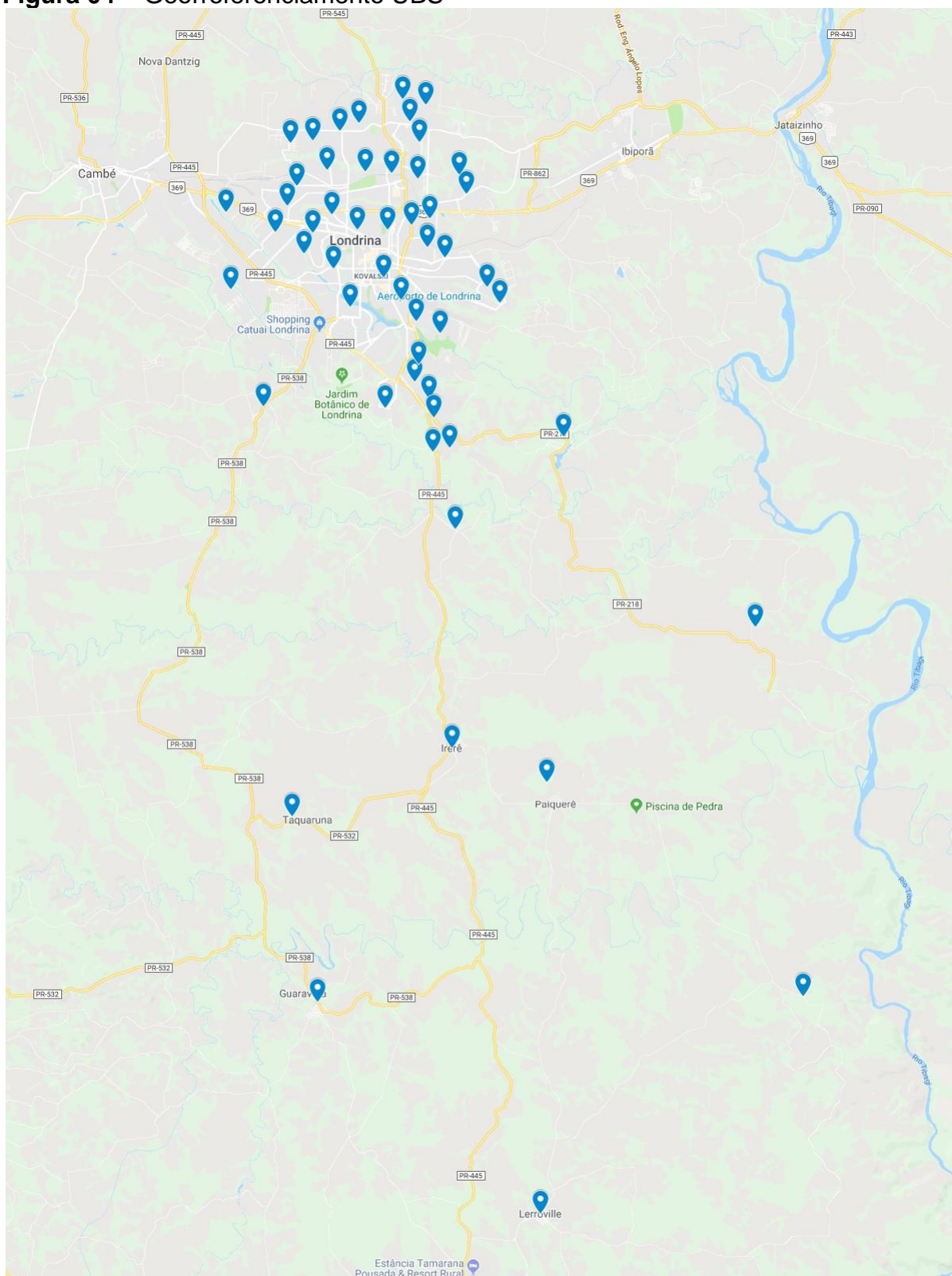
Considerando, portanto, as unidades com dados para análise, percebe-se que o profissional Médico CG se mostrou mais eficiente na unidade João

Paz, onde custou R\$ 132.579,04 (cento e trinta e dois mil, quinhentos e setenta e nove reais e quatro centavos) e produziu 10.519 atendimentos/procedimentos. Porém, a UBS que apresentou o menor índice de eficiência nesta função foi Selva + Três Bocas (2,07%), pois custou, em 2016, R\$ 186.709,28 (cento e oitenta e seis mil, setecentos e nove reais e vinte e oito centavos), com produção de 453 atendimentos/procedimentos. Vale ressaltar que a população referenciada desta UBS é de apenas 2.286 pessoas.

Os demais profissionais classificados pela PNAB (Ministério da Saúde, 2012) como Equipe NASF (Educador Físico, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Ginecologista, Nutricionista, Pediatra, Psicólogo) não tiveram seus cálculos de eficiência identificados, uma vez que é possível notar falhas no registro da produção dessas funções, conforme já demonstrado no Quadro 21. E, pelo fato de serem profissionais de nível superior, com salários mais elevados, ao confrontar os itens “Custos com Pessoal” e “Produção Total” pode-se alcançar resultados com tendência ao viés. Por isso, não foram comparados os índices de eficiência da função denominada “Outro Profissional de Nível Superior”.

4.5 GEORREFERENCIAMENTO E ANÁLISE DE *CLUSTERS*

A ferramenta de georreferenciamento do *site* Google® permite identificar pontos de referência em um mapa, a partir de seus endereços. A Figura 04 ilustra a localização das UBS de Londrina:

Figura 04 – Georreferenciamento UBS

Fonte: elaborado pela autora por meio do Google Maps

O georreferenciamento apenas mostra a distribuição geográfica das UBS, possibilitando a visualização das aglomerações e distanciamentos. Mais do que apenas vê-las em um mapa, quando se faz uma análise baseada em grupos

similares, como as UBS, pode-se identificar também características que as subdividem, aproximando-as ou afastando-as entre si. Por isso, com a ajuda do *software* SPSS® e utilizando o critério baseado na oferta dos serviços nas UBS, foi possível separar as 53 unidades em três grupos, chamados *clusters*, conforme o quadro a seguir:

Quadro 43 – Divisão das UBS em *Clusters*

Clusters 1	Clusters 2	Clusters 3
Alvorada Centro Social Urbano (CSU) Eldorado Guaravera Irerê Itapoã Jamile Dequech Jardim do Sol Jardim Ideal Lerroville Lindóia Maravilha Maria Cecília UBS/PA Armindo Guazzi Milton Gavetti Mister Thomas Ouro Branco Padovani/Vista Bela Paiquerê Panissa/Maracanã Parigot de Souza PIND (Parque das Indústrias) Piza/Roseira Bandeirantes Regina San Izidro Santiago São Luiz União da Vitória UBS/PA Vila Brasil Cabo Frio/Imagawa Vila Casoni Vila Ricardo + Fraternidade Vivi Xavier Warta Cafezal Campos Verdes Carnascialli Centro	Chefe Newton Ernani Guanabara Aquiles Stenghel Jardim Tóquio João Paz Leonor UBS/PA Marabá Novo Amparo Vila Nova	Guairacá Selva Taquaruna Três Bocas
39	10	4

Fonte: elaborado pela autora (2018)

Cluster, segundo Porter (1998), é uma concentração geográfica de organizações interconectadas, relacionadas, fornecedoras e prestadoras de serviços especializados, pertencentes a um setor específico, onde pode haver concorrência e também práticas de cooperação. Entidades como universidades e centros e pesquisa podem ser classificadas em *clusters*, devido às suas características de similaridades. Da mesma maneira, UBS apresentam semelhanças, como por exemplo, em relação à oferta de serviços.

A oferta de serviços nas UBS foi contada a partir da quantidade das diferentes funções lotadas nas unidades, isto é, cada uma delas (ACS, Aux./Téc. Enfermagem, Aux./Tec. Odonto, CG, Cirurgião-Dentista, Educador Físico, Enfermeiro, Farmacêutico, Fisioterapeuta, GO, Nutricionista, Pediatra e Psicólogo) representa o número da oferta dos serviços diversos, podendo alcançar, em quantidade, o máximo de 13 serviços.

Considerando os serviços ofertados, o *software* SPSS® formou três grupos com UBS que contam com similaridades, como demonstrado nos Quadros 43 e 44. O primeiro apresenta a separação dos grupos, com os nomes das UBS classificadas como semelhantes pelo sistema e o segundo, indica os *clusters* com os respectivos serviços ofertados.

Quadro 44 – Oferta de Serviços por *Clusters*

UBS	ACS	Aux./ Téc. Enf.	Aux./ Téc. Odonto	CG	C. Dent.	Ed. Físico	Enf.	Farm.	Fisio.	GO	Nutri.	Ped.	Psico.
Cluster 1	Alvorada	x	x	x	x	x	x		x			x	
	Armindo Guazzi	x	x	x	x	x	x		x	x		x	
	Bandeirantes	x	x	x	x	x	x		x	x		x	
	Cabo Frio/Imagawa	x	x	x	x	x	x		x	x			
	Cafezal	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	
	Campos Verdes	x	x	x	x	x	x						
	Carnascialli	x	x	x	x	x	x		x	x		x	
	Centro	x	x	x	x	x		x		x		x	
	Centro Social Urbano (CSU)	x	x	x	x	x		x		x	x		x
	Eldorado	x	x	x	x	x		x		x	x		x
	Guaravera	x	x	x	x	x		x		x			
	Irerê	x	x	x	x	x		x		x			
	Itapoã	x	x	x	x	x		x		x	x		x
	Jamile Dequech	x	x	x		x		x					
	Jardim do Sol	x	x	x	x	x		x		x			x
	Jardim Ideal	x	x	x	x	x		x					x
Lerrovile	x	x	x		x		x						

	Lindóia	x	x	x	x	x		x		x	x				
	Maravilha	x	x	x	x	x		x							
	UBS/PA Maria Cecília	x	x	x	x	x		x		x	x		x		
	Milton Gavetti	x	x	x	x	x		x					x		
	Mister Thomas	x	x	x		x		x							
	Ouro Branco	x	x	x	x	x		x		x	x		x		
	Padovani/Vista Bela	x	x	x	x	x		x		x					
	Paiquerê	x	x	x	x	x		x							
	Panissa/Maracanã	x	x	x	x	x		x		x			x		
	Parigot de Souza	x	x	x	x	x		x		x	x		x		
	PIND (Pq. das Indústrias)	x	x	x	x	x		x							
	Piza/Roseira	x	x	x	x	x		x		x	x		x		
	Regina	x	x	x	x	x		x							
	San Izidro	x	x	x	x	x		x			x		x		
	Santiago	x	x	x	x	x		x		x			x		
	São Luiz	x	x	x	x	x		x		x					
	UBS/PA União da Vitória	x	x	x	x	x		x		x	x		x		
	Vila Brasil	x	x	x	x	x		x		x			x		
	Vila Casoni	x	x	x	x	x		x			x				
	Vila Ricardo + Fraternidade	x	x	x	x	x		x		x	x		x		
	Vivi Xavier	x	x	x	x	x		x		x	x				
	Warta	x	x	x	x	x		x		x					
Cluster 2	Aquiles Stenghel	x	x	x	x	x	x	x		x		x	x	x	
	Chefe Newton	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x		x	
	Ernani	x	x	x	x	x	x	x		x		x		x	
	Guanabara	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Jardim Tóquio	x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	
	João Paz	x	x	x	x	x	x	x		x		x	x	x	
	Leonor UBS/PA	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	
	Marabá	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Novo Amparo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	
	Vila Nova	x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	
Cluster 3	Guairacá		x												
	Selva	x	x		x			x							
	Taquaruna		x												
	Três Bocas	x	x					x							

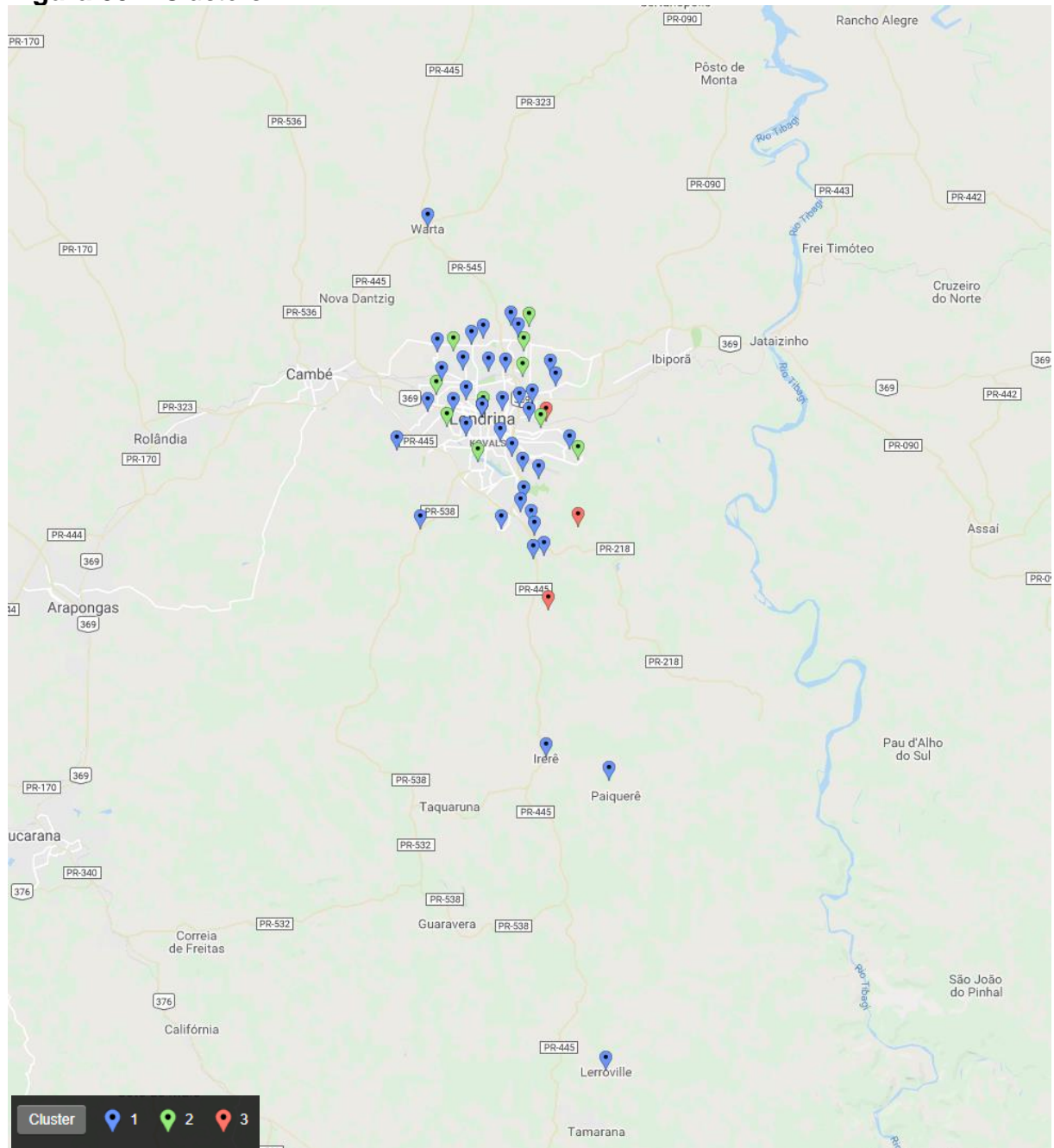
Fonte: elaborado pela autora (2018)

O Quadro 44 apresenta as UBS pertencentes a cada *cluster* e os serviços por elas ofertados. Por meio dele, é possível entender as similaridades e diferenças entres os grupos. No primeiro *cluster*, nota-se que as UBS que se agrupam são as que, de modo geral, têm os serviços vinculados às equipes ESF e ESFSB. Por outro lado, no segundo *cluster*, acabaram se juntando em um único

grupo as UBS que, além dos serviços das equipes ESF e ESFSB, também contam com os serviços da equipe NASF. E, por fim, no terceiro *cluster*, agruparam-se as UBS da zona rural que tem as menores quantidades de ofertas de serviços.

A Figura 05 ilustra mais uma vez o georreferenciamento das UBS, identificando no mesmo mapa a distribuição dos *clusters*:

Figura 05 – Clusters



Fonte: elaborado pela autora por meio do Google Maps

Observa-se que o grande grupo classificado como *cluster* 1, identificado pela cor azul no mapa, mostra-se bem distribuído pelo município, o que

significa que as UBS que fazem parte desse grupo não são de uma única região e que, de modo geral, os serviços prestados pelas equipes ESF e ESFSB não estão concentrados em um ou poucos locais da cidade. O *cluster 2*, caracterizado pela cor verde no mapa, de certa forma, se manteve concentrado na zona urbana. Levando em consideração que as UBS agrupadas no segundo *cluster* foram as que demonstraram a maior quantidade de serviços prestados, faz sentido a ilustração geográfica indicada pelo mapa, já que na região urbana, normalmente, há maior procura pelos diferentes serviços e por isso, é importante tê-los ofertados. E o *cluster 3*, indicado pela cor vermelha no mapa, agrupou UBS da zona rural com as menores quantidades de ofertas de serviços, demonstrando sua localização periférica não tão distante da zona urbana.

4.6 IMPLICAÇÕES GERENCIAIS E SUGESTÕES DE MELHORIAS

Após o levantamento e análise de todos esses dados é relevante destacar aspectos que podem auxiliar projetos futuros. Afinal, pelo fato de ainda não terem sido feitos levantamentos como esse em relação aos custos e produção das UBS, é normal que existam obstáculos que, muitas vezes, dificultam o andamento dos estudos. Porém, eles também servem para identificar as necessidades de mudanças. Por isso, essa seção apresenta situações e condições observadas durante o processo de desenvolvimento da pesquisa, como forma de demonstrar o que acarretam e o que pode ser feito para melhorar.

Uma situação identificada logo no início do trabalho diz respeito aos registros de produções das UBS. Esses dados foram retirados do *site* do Ministério da Saúde, uma plataforma oficial para lançamento e gestão de informações, chamada e-SUS. Cada UBS realiza o lançamento referente à sua produção mensal, de acordo com os prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. No entanto, há muita discrepância nos dados, isto é, algumas UBS demonstram valores muito baixos de produção, quando na verdade, sabe-se que se trata de um local onde são realizados muitos atendimentos e procedimentos. Ao mesmo tempo, apesar de existir um manual que indica as fichas que devem ser preenchidas por cada função que atende na UBS, foram identificados lançamentos em fichas diferentes das direcionadas pelo Ministério da Saúde. Nas UBS rurais Guairacá, Taquaruna e Três Bocas que são prolongamentos de outras unidades percebe-se que os registros

foram feitos de modo geral em apenas uma UBS no *site* do e-SUS.

Com esses aspectos, percebe-se que deve existir inicialmente, uma dificuldade para cumprimento dos prazos estipulados pelo Ministério da Saúde e, por isso, muitas UBS apresentam baixa produção apenas porque não conseguem lançar seus registros. Em seguida, pode ser que alguns servidores tenham dificuldades quanto ao entendimento dos termos indicados pelo Ministério da Saúde, ou seja, saber corretamente em qual campo digitar os valores dos procedimentos e atendimentos, sem confundir as fichas dedicadas a cada função. Da mesma forma, pode ocorrer desentendimentos nas UBS rurais consideradas prolongamentos de outras, nas quais são digitados os dados apenas em uma unidade não sendo possível destacar as produções individuais.

Apesar das dificuldades que podem se apresentar à realidade das UBS, a digitação dos dados de produção no *site* e-SUS é uma tarefa obrigatória, que servem também para identificação do que vem sendo feito pelo município de Londrina no âmbito da Atenção Primária. Da forma que se apresenta a produção do ano de 2016, é possível deduzir que algumas UBS custam muito e realizam pouco, quando, na maioria das vezes, apenas não foram registrados os dados produzidos. Em uma eventual solicitação de recursos em instâncias estaduais ou federais, provavelmente seria difícil justificar a produção realizada com as informações encontradas na plataforma e-SUS.

Por isso, é preciso pensar em um alinhamento de entendimentos quanto aos conceitos “atendimentos”, “procedimentos” e as respectivas fichas de cada função, de maneira que todos os responsáveis façam as digitações da mesma forma. Independente da condição das UBS rurais consideradas prolongamentos de outras, seria importante que todas as unidades registrassem individualmente suas produções. Além disso, apesar da realidade atual que as UBS enfrentam com relação à falta de servidores, é preciso encontrar um jeito de enviar os dados de produção no tempo estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Com relação ao tema RH, as dificuldades encontradas limitaram-se à planilha de levantamento dos custos deste item, a qual foi repassada pelo próprio setor responsável. Determinadas funções, como profissionais da equipe NASF e médicos ginecologistas e pediatras que são servidores em quantidades pequenas no quadro funcional, que atendem em diferentes UBS, não são indicados em todos os locais que realizaram atendimento. Isto é, o arquivo indica a lotação desses

profissionais em apenas uma unidade e com isso, a percepção que se tem é a de que muitas UBS não contam com esses profissionais, ainda mais porque muitas vezes, não há também o registro de produção destes servidores.

Essa dificuldade não permite identificar onde, de fato, podem haver UBS “descobertas”, sem atendimento, de fato. Por isso, seria importante desenvolver uma forma de registrar essas diferentes lotações dos servidores que atendem em mais de uma UBS também no setor de Recursos Humanos. Além disso, este departamento pode verificar a possibilidade de destacar nesta planilha de custos os servidores que mudaram de UBS. Pois, quando não é possível visualizar essa informação, servidores (e custos) acabam sendo contabilizados em duplicidade. Uma vez que o servidor trabalhou em determinada unidade quando ele muda o local, a planilha o indica na UBS atual e também na que ele deixou.

A referência a esta situação pode parecer irrelevante, mas, caso não existam controles internos capazes de realizar e identificar as alterações dos servidores entre unidades, quando forem feitos estudos de levantamento de custos e, principalmente, da quantidade de servidores lotados em cada UBS, os valores reais provavelmente não aparecerão.

No que se trata dos custos, ressalta-se a não contagem dos estoques já existentes em 2016, considerando-se apenas o que foi dispensado no período. Isso ocorreu pelo fato de não haver ainda um controle dos estoques, isto é, todos os materiais, equipamentos, medicamentos repassados precisam ser contabilizados e baixados quando for o caso. É preciso desenvolver um sistema que seja facilmente alimentado quando estoques forem utilizados, a fim de se evitar desperdícios e perdas e obter contagens exatas dos custos materiais.

As UBS que funcionam com um PA anexo, de modo geral, não separam os custos direcionados para UBS e PA. Com isso, um PA que normalmente, consome determinados recursos em maior quantidade porque atende com horários diferentes, acaba elevando os custos da UBS. Por isso, seria importante realizar a separação dos custos consumidos pelas UBS e pelos PA.

Diante dessas situações, percebe-se a necessidade de afinar determinados controles e mais que isso, desenvolver a consciência da importância do registro dos dados sobre todas as ações realizadas. Somente a partir disso, torna-se possível gerar relatórios e tirar conclusões sobre as prestações de serviços e custos. Sem isso, o que se tem pode ser apenas especulação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como objetivo “analisar a relação entre os custos e a eficiência das Unidades Básicas de Saúde, tomando como base o município de Londrina-PR, no ano de 2016”. Para tanto, foram formulados os seguintes objetivos específicos: 1) identificar e descrever as atividades desenvolvidas nas UBS; 2) verificar a produção das diferentes atividades desenvolvidas nas UBS; 3) apurar e analisar os custos das 54 UBS de Londrina; 4) analisar a eficiência relativa da alocação dos recursos em relação às atividades realizadas em cada UBS.

Com isso, acredita-se que os dados analisados, assim como o aporte teórico deste estudo, demonstram que foi possível alcançar os objetivos propostos, já que foi feita a relação dos custos com a eficiência das UBS, buscando indicar a proximidade e interferência destes nos resultados apresentados pelas unidades. As informações obtidas permitiram, ainda, identificar e descrever as atividades desenvolvidas (objetivo específico 1), relatando os dados de produção de cada função, em cada UBS (objetivo específico 2). Com a ajuda de servidores da SMS, pode-se apurar os custos de todas as unidades (objetivo específico 3) e a análise posterior propiciou confrontá-los com os dados de produção, de modo a atribuir índices de eficiência a cada UBS (objetivo específico 4).

Esta pesquisa classificada como descritiva, quantitativa, dedutiva e aplicada, realizou um censo das 54 UBS do município de Londrina. Dessas, 42 estão localizadas na zona urbana, sendo 6 na região Central, 11 na Norte, 8 na Leste, 7 na Oeste e 9 na região Sul, além de 12 UBS na zona rural. Foram utilizadas como variáveis independentes o custo e a produção das UBS e como variável dependente o desempenho apresentado por elas.

Em termos de população referenciada às respectivas áreas de abrangência, a zona norte de Londrina é a maior, seguida pela região central. A zona norte acompanha a tendência do maior número de UBS na região e população, o que denota, por enquanto, que a quantidade de UBS está condizente com as pessoas que podem procurar atendimento. A zona rural é uma das regiões que mais tem UBS também, mas, por outro lado é a menor em quantidade populacional. Isso se deve ao tamanho dos territórios e à diferença em relação às quantidades de pessoas morando nas zonas rurais e urbanas.

No que trata da estrutura do RH, a função que mais tem servidores lotados é a de Auxiliar/Técnico Enfermagem, seguida pelos ACS. E, por outro lado, as funções com as menores quantidades de servidores são as que compõem a equipe NASF, como Educador Físico, Farmacêutico, Nutricionista e Psicólogo. Devido à falta de profissionais, estes se subdividem atendendo em diferentes UBS ao longo de uma semana. Servidores essenciais aos atendimentos das UBS, os médicos ginecologistas e pediatras, também em menor quantidade no quadro funcional, se dividem para atenderem mais unidades ao longo da semana.

Em relação aos custos das UBS, pode-se destacar no item “Custos Administrativos” que os valores condizentes com “materiais para copa, cozinha, limpeza e insumos” praticamente se igualaram aos custos das “concessionárias” que fornecem energia, água e comunicação (telefone e *internet*). As UBS mais caras foram Cabo Frio/Imagawa, Guanabara e Armindo Guazzi e as menos representativas neste item foram unidades da zona rural. Já no item “Materiais de Consumo” que contempla os medicamentos e materiais médico e hospitalares, as unidades mais caras foram Armindo Guazzi, Ouro Branco e Aquiles Stenghel e mais uma vez, as UBS rurais foram as mais baratas.

No item “Custos com Pessoal” foram calculados os valores conforme a divisão dos tipos de equipes estabelecidos pela PNAB (Ministério da Saúde, 2012): ESF, ESFSB, NASF e Equipe de Apoio (esta última, classificação própria). Os maiores custos foram das UBS Panissa/Maracanã, Santiago e Armindo Guazzi e novamente, as rurais figuraram entre as unidades com os menores custos. A ESF representou mais do que 65% dos custos se comparada com os outros tipos de equipes. Os médicos clínicos gerais custaram mais do que os pediatras e os ginecologistas, mas também, estes estão presentes em maior quantidade no quadro de servidores

Considerando os custos totais das UBS, o item “Custos com Pessoal” representou 89,78%, seguido por “Material de Consumo” com 8,05% e por “Custos Administrativos” com 2,18% do total consumido. Nas unidades UBS/PA, União da Vitória demonstrou o maior custo total, em 2016. Os custos indiretos não puderam ser alocados para somarem ao custo total, considerando que os valores indicados pela SMS diziam respeito ao funcionamento de toda a estrutura e não havia uma forma de rateio para distribuir estes custos. Por isso, acabaram sendo somente apresentados, mas não utilizados para cálculos.

Comparando os custos de cada função com os registros de produção total dos mesmos, foi feito um cálculo para identificar o valor de um atendimento nas UBS. Com isso, o custo médio por cada atendimento/procedimento realizado foi: R\$ 28,25 (vinte e oito reais e vinte e cinco centavos) para o ACS, R\$ 47,60 (quarenta e sete reais e sessenta centavos) para o Auxiliar/Técnico Enfermagem, R\$ 135,36 (cento e trinta e cinco reais e trinta e seis centavos) para o Cirurgião-Dentista), R\$ 164,08 (cento e sessenta e quatro reais e oito centavos) para o Enfermeiro e R\$ 76,12 (setenta e seis reais e doze centavos) para o Médico. Alguns profissionais não foram contabilizados neste cálculo devido aos registros de produção identificados, os quais, se utilizados, poderiam demonstrar viés.

Para a análise de eficiência, foram considerados os seguintes itens como entradas: “Custos Administrativos”, “Material de Consumo”, “Custos com Pessoal” e “Número de Servidores”. E para as saídas, “Quantidade de Serviços Prestados” e “Produção Total”. Com esses parâmetros, as unidades que se mostraram mais eficientes foram João Paz, Padovani/Vista Bela, Novo Amparo, Guaravera, Chefe Newton e Aquiles Stenghel, as quais demonstraram percentuais acima de 90% de eficiência. As UBS menos eficientes foram: Ouro Branco, PIND (Parque das Indústrias), Piza/Roseira, Vila Casoni, San Izidro, União da Vitória, Vila Brasil e Santiago, as quais tiveram menos que 70% de eficiência. Essas unidades podem, no entanto, buscar exemplos em outras UBS com mais ou menos semelhanças, de modo a melhorar as metas identificadas.

De modo geral, as UBS urbanas acabaram se mostrando mais caras do que as rurais, também porque a maioria dos servidores com mais tempo de carreira prefere trabalhar na zona urbana, encarecendo a folha de pagamento. Além disso, as UBS rurais necessitam utilizar menos recursos, realizam menos atendimentos e, por isso, seus custos totais ficam mais baixos. Os UBS/PA foram contabilizados separadamente, pois não foi possível separar os custos da UBS dos que se referem ao PA.

No que diz respeito às hipóteses, foram atribuídas algumas afirmações com base em estudos similares realizados na área de custos na saúde pública, as quais podem ser confirmadas ou refutadas após a análise dos dados. Por isso, uma das hipóteses propostas foi: *“os custos per capita das diferentes equipes, nas diferentes regiões, e até mesmo dentro dos próprios municípios, apresentaram grandes disparidades entre si (MACHLINE; CAMPOS, 2002), sendo que o custo per*

capita em unidades com equipe de PSF é menor do que nas unidades sem PSF (CASTRO et al., 2007)". A primeira parte desta afirmação se confirmou, afinal, os custos das diferentes equipes e regiões dentro do município de Londrina se mostraram muito diversos. A segunda parte da afirmativa que observa o custo *per capita* em unidades com e sem PSF não chegou a ser calculada, pois não era um dos objetivos deste estudo identificar o custo *per capita*.

A hipótese "os gastos com pessoal representam a maior parcela dos custos (ROCHA FILHO; SILVA, 2009; MACHLINE; CAMPOS, 2002), em média, 80% dos custos totais dessa classe de despesa (COUTO, 2007)" foi passível de confirmação a partir dos dados apresentados, indicando inclusive que o item "Custos com Pessoal" representou mais do que afirma a hipótese, pois só ele foi responsável por quase 90% do total dos custos diretos. Somado a essa validação, a hipótese que diz que "o determinante dos custos totais é a conta de pessoal, principalmente das unidades localizadas na zona urbana (COUTO, 2007)" de fato pode ser confirmada, já que houve diferenças grandes no item "Custos com Pessoal" encontrados nas UBS da zona urbana e da zona rural.

Outra hipótese que pode ser afirmada por meio deste estudo é a que indica que "os custos referentes a medicamentos são o segundo custo mais elevado (ROCHA FILHO; SILVA, 2009)". Os resultados dos custos apurados nas 54 UBS de Londrina levaram à conclusão de que os custos com medicamentos, simplificados na categoria "Material de Consumo", foram o segundo item mais caro para as UBS, logo atrás de "Custos com Pessoal".

Em relação à produção das UBS, uma das hipóteses afirmava o seguinte: "a produção média mensal de ações em saúde por parte de médicos e enfermeiros é menor do que o volume esperado, mas a produção de alguns profissionais se mostra acima das metas planejadas (ROCHA FILHO; SILVA, 2009)". Primeiramente, é preciso esclarecer que este trabalho não identificou a produção dos profissionais com base na média mensal; o período adotado, neste caso, foi o anual. Além disso, não foram feitas comparações com volumes esperados por cada função profissional. No entanto, ainda assim, foi possível observar que os registros de produção por parte dos médicos e enfermeiros ficaram atrás das produções apresentadas pelos ACS e Auxiliares/Técnicos de Enfermagem. Porém, há que se ressaltar que as produções destes últimos geralmente são contabilizadas em maior quantidade que a dos demais profissionais, pois a função ACS registra sua produção

com base em visitas domiciliares e o Auxiliar/Técnico de Enfermagem o faz contando procedimentos, como curativos, aferições de pressão. Por fim, consultas médicas e atendimentos da enfermagem requerem mais tempo para conclusão que procedimentos, o que também justifica a menor quantidade de produção destes profissionais. Dessa maneira, pode-se dizer que a hipótese “*a produção média mensal de ações em saúde por parte de médicos e enfermeiros é menor do que o volume esperado, mas a produção de alguns profissionais se mostra acima das metas planejadas (ROCHA FILHO; SILVA, 2009)*” não pode ser afirmada e nem refutada por esta pesquisa, pois não atende completamente ao que a realidade das UBS de Londrina demonstram.

A última hipótese afirma que “*UBS com PSF apresentam custo menor, realizam maior número de atividades e com maior qualidade dos atendimentos (CASTRO et al., 2007)*”. Cabe ressaltar que este trabalho fez um levantamento comparativo apenas nos custos das equipes ESF e não considerando as unidades com e sem ESF como um todo. De qualquer modo, identificou-se que, em média, as UBS sem ESF custaram, em 2016, R\$ 675.118,67 (seiscentos e setenta e cinco mil, cento e dezoito reais e sessenta e sete centavos) contra as UBS com ESF, que custaram R\$ 1.448.270,94 (um milhão, quatrocentos e quarenta e oito mil, duzentos e setenta reais e noventa e quatro centavos), em média. Essa informação demonstra o contrário do que a hipótese afirma, isto é, a UBS sem ESF custou menos do que a unidade com ESF, mas, como dito, foi analisada apenas a equipe ESF e não a UBS como um todo. Desse modo, considerando somente a equipe ESF fica claro que se trata de um custo menor quando se compreende que fazem parte de uma equipe ESF profissionais com jornadas diárias de trabalho mais longas e, portanto, mais caras ao fim do mês. Assim, considerando análise de grandezas diferentes – UBS com e sem ESF *versus* equipes com e sem ESF – pode-se dizer que esta hipótese não pode ser confirmada por esta pesquisa.

Mais do que colocar hipóteses à prova e cumprir objetivos propostos, uma pesquisa deve buscar contribuir em termos teóricos e práticos. Por isso, acredita-se que este estudo tenha agregado em termos acadêmicos, quando os levantamentos bibliométricos e a revisão empírica demonstraram que a área “custos na administração pública” carece de mais estudos, especialmente voltados para o contexto da saúde, com foco na atenção primária. Ao levar esta pesquisa a efeito, espera-se que ela tenha contribuído com o campo teórico. Ao mesmo tempo,

em termos práticos sua principal contribuição diz respeito ao fornecimento de uma ferramenta que possa ser utilizada como auxílio na tomada de decisões pelo gestor público, tomando como base o ano de 2016, mas com a possibilidade de replicação e melhorias do estudo para outros períodos.

Sabe-se que a administração pública passou por processos evolutivos, nos quais alguns modelos ficaram marcados, como patrimonialismo, o modelo burocrático e a administração pública gerencial. Neste último, diversos outros modelos foram se desenvolvendo e modificando a forma de fazer gestão pública. Hoje, há uma forte tendência, especialmente em contexto internacional, à transformação da administração pública em uma Nova Gestão Pública. Uma administração pública que seja capaz de atender às demandas dos cidadãos, que se volte mais para o mercado, demonstre transparência, estabeleça parcerias com o meio privado, oferecendo um novo serviço público e, principalmente, acompanhando as mudanças que o mundo tem apresentado.

Assim como a administração pública, as finanças públicas também passaram por mudanças, impondo um cenário de obrigatoriedade da transparência por parte do poder público. As formas como são gastos os recursos públicos ganharam mais evidência da mídia e, ao mesmo tempo, a população tem cobrado mais. Para acompanhar essas mudanças, a forma de fazer administração pública precisa evoluir para um modelo gerencial, como a NPM para começar. Afinal, o Estado enquanto personalidade responsável pela administração pública precisa se mostrar cada vez mais transparente e acessível.

Mais do que estudar os temas administração pública e finanças públicas, este trabalho voltou-se para um tema de grande relevância: a saúde com foco na sustentabilidade. A saúde é o meio, escolhido pelo Brasil, para caminhar rumo ao alcance dos ODM/ODS, propostos pela ONU, em 2015, em prol de uma sociedade sustentável. O SUS é a personagem responsável pela construção de um país mais preocupado com a saúde de sua população.

Constituído juntamente com a Constituição Federal de 1988, o SUS institucionalizou o direito à saúde a todos os cidadãos e determinou que a manutenção deste sistema seria conjunta, isto é, a União, o Estado e os Municípios devem se responsabilizar pelo investimento de um percentual anual de recursos. No entanto, muitas vezes, a sensação que se tem é a de que a saúde pública não funciona. As despesas são enormes e as ofertas de serviços nem sempre atendem

às necessidades dos usuários. Então, talvez um olhar sobre a gestão dos recursos investidos permita encontrar *gaps* e resolver alguns problemas.

As UBS são os pontos de atenção que estão sob a gestão dos municípios, o que representa total controle sobre elas e sobre os recursos direcionados a elas. Sabe-se que um bom serviço prestado pelas UBS é capaz de desafogar hospitais e prontos-socorros, ao longo do tempo. Devido a isso, foi feito este estudo com fins de auxiliar os gestores públicos municipais nas tomadas de decisões sobre a saúde e também como forma de contribuir para as pesquisas acadêmicas voltadas para custos na saúde pública.

Diante de tudo isso, acredita-se que esta pesquisa conseguiu alcançar o principal objetivo proposto: “analisar a relação entre os custos e a eficiência das Unidades Básicas de Saúde, tomando como base o município de Londrina-PR, no ano de 2016”. Mais do que isso, destaca-se que é possível medir os serviços prestados pelas UBS, não só em relação aos custos, mas também ao que entrega à sociedade. Confrontar diferentes dimensões como custo e produção leva ao desempenho, caracterizado pela eficiência, das unidades. Portanto, a forma de aferição de custos, produção e eficiência demonstrada por essa pesquisa mostra-se como um produto obtido por ela, com o intuito de buscar cada vez mais melhorar a administração pública, sua transparência e a prestação de serviços ao cidadão.

Por fim, poderiam ser estudados em futuras pesquisas aspectos como a percepção que o cidadão tem quanto ao levantamento de custos dos serviços de saúde, se isso o impacta de forma positiva, outorgando maior credibilidade à administração pública. Além disso, podem ser pesquisadas as realidades das UBS consideradas mais e menos eficientes, de modo qualitativo, a fim de entender as realidades vivenciadas por elas sob outra ótica. Os pacientes atendidos nestes locais podem participar de pesquisas que digam o que pensam sobre os serviços prestados, o que poderia confirmar os desempenhos identificados pelas escalas de eficiência. Por fim, pode-se buscar formas de atribuição de todos os custos identificados (diretos e indiretos) para obtenção de um cenário completo dos custos das Unidades Básicas de Saúde do município de Londrina-PR.

REFERÊNCIAS

- ABBAS, Kátia; GONÇALVES, Marguit Neumann; LEONCINE, Maury. Os Métodos de Custeio: vantagens, desvantagens e sua aplicabilidade nos diversos tipos de organizações apresentadas pela literatura. **ConTexto**, Porto Alegre, v. 12, n. 22, p. 145-159, 2º semestre 2012.
- ABRUCIO, Fernando Luiz. O Impacto do Modelo Gerencial na Administração Pública: um breve estudo sobre a experiência internacional recente. **Cadernos ENAP**, n. 10, 52 p. Brasília, 1997.
- ALONSO, Marcos. Custos no Serviço Público. **Revista do Serviço Público**, ano 50, n. 1, p. 37-63, Jan-Mar 1999.
- ARAGÃO, Cecília Vescovi de. Burocracia, Eficiência e Modelos de Gestão Pública: um ensaio. **Revista do Serviço Público**, ano 48, n. 3, p. 104-132, Set-Dez 1997.
- BEGNINI, Sérgio; TOSTA, Humberto Tonani. A Eficiência dos Gastos Públicos com a Educação Fundamental no Brasil: uma aplicação da análise envoltória de dados (DEA). **Economia & Gestão**, Belo Horizonte, v. 17, n. 46, Jan-Abr 2017.
- BERNARDI, Jorge. **A Organização Municipal e a Política Urbana**. Curitiba: Ibpex, 2007.
- BEULKE, Rolando; BERTÓ, Dalvio José. **Gestão de Custos e Resultado na Saúde: hospitais, clínicas, laboratórios e congêneres**. 1ª ed. São Paulo: Saraiva, 1997.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**, Brasília, 1988.
- _____. Decreto-Lei n. 200, de 25 de fevereiro de 1967. **Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências**. Brasília, 1967.
- _____. Lei n. 101, de 04 de maio de 2000. **Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências**. Brasília, 2000.
- _____. Lei n. 4.320, de 17 de março de 1964. **Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal**. Brasília, 1964.
- _____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, 1990.

_____. Lei Complementar n. 131, de 27 de maio de 2009. **Acrescenta dispositivos à Lei Complementar n.º. 101, de 4 de maio de 2000, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências, a fim de determinar a disponibilização, em tempo real, de informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.** Brasília, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

DATASUS. **Tipo de Estabelecimento.** Ministério da Saúde. Brasília, sem ano. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm>. Acesso em: 17 Out. 2017.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Da Administração Pública Burocrática à Gerencial. **Revista do Serviço Público**, 47(1), Jan-Abr 1996.

_____. **Princípios Práticos de Administração Pública.** Comunicação à Quarta Reunião Anual do Comitê de Especialistas em Administração Pública do Conselho Econômico e Social (Ecosoc) das Nações Unidas. Nova Iorque, 6 de abril de 2005. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/a>>. Acesso em: 02 Maio 2017.

_____. Burocracia Pública na Construção do Brasil. **Revista de Sociologia e Política**, n. 28, p. 9-30, Junho 2008a.

_____. O Modelo Estrutural de Gerência Pública. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, 42(2), p. 391-410, Mar-Abr 2008b.

CARLOS NETO, Daniel; DENDASCK, Carla; OLIVEIRA, Euzébio de. A Evolução Histórica da Saúde Pública. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento.** Vol. 1. Ano. 1. Março de 2016, pp: 52-67 ISSN:2448-0959

CARVALHO, Gilson. A Saúde Pública no Brasil. **Revista Estudos Avançados**, vol. 27, n. 78, São Paulo, 2013.

CASTRO, Janice Dornelles de; ROCHA, Vanessa da; MARINHO, Marcia; PINTO, Sílvia. Custo-efetividade: comparação entre o modelo “tradicional” e o Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.3, n. 10, Jul-Set 2007.

CFC - CONSELHO FEDERAL DE CONTABILIDADE. **Normas brasileiras de contabilidade: contabilidade aplicada ao setor público: NBCs T 16.1 a 16.11/** Conselho Federal de Contabilidade. Brasília: Conselho Federal de Contabilidade, 2012.

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Consulta Estabelecimento – Identificação**. Sem ano. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>>. Acesso em: 01 Ago. 2018.

COLLINS, Jill; HUSSEY, Roger. **Pesquisa em Administração** – um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.
COOPER, Donald R.; SCHINDLER, Pamela. **Métodos de Pesquisa em Administração**. 12ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2016.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Especialistas de Quatro Países Defendem Sistemas de Saúde Pública**. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/especialistas-de-quatro-paises-defendem-sistemas-de-saude-publica/>>. Acesso em: 01 Julho 2018.

COUTO, Polliana Alves. Avaliação Econômica da Atenção Básica no Município de Vitória da Conquista. In: Encontro Nacional de Economia da Saúde, VIII, 2007, São Paulo. **Anais VIII Encontro – São Paulo**. São Paulo. 2007.

CRESWELL, John W. **Projeto de Pesquisa** – Método qualitativo, quantitativo e misto. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DENHARDT, Robert B. **Teorias da Administração Pública**. Trad. 6ª ed. norte-americana. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

DENHARDT, R. B.; J. V. DENHARDT. **The New Public Service: Serving Rather Than Steering**. *Public Administration Review*, vol. 60, n. 6, p. 549–559, 2000.

DICKINSON, Helen. **From New Public Management to New Public Governance: The implications for a “new public service”**. In: *The Three Sector Solution: Delivering public policy in collaboration with not-for-profits and business*. The Australian National University. Australia: ANU Press, 2016.

DUTRA, René Gomes. **Custos** - uma abordagem prática. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

FARIA, Flávia Peixoto; JANNUZZI, Paulo de Martino; SILVA, Silvano José da. Eficiência dos gastos municipais em saúde e educação: uma investigação através da análise envoltória no estado do Rio de Janeiro. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, 42 (1), p. 155-177, Jan-Fev 2008.

FLOR, Caroline Marilac; GIACHETI, Guilherme; LOPES, Lealis Vaz Meleiro. **Grupo de Pesquisa “Análise da Evolução da Relação entre Custos e Desempenho das Escolas Municipais de Londrina/PR”**. Prof. Dr. Saulo Fabiano Amâncio Vieira (coord.). Centro de Estudos Sociais Aplicados (CESA) da Universidade Estadual de Londrina (UEL)

GIACOMONI, James. **Orçamento público**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2003.

_____. **Orçamento Público**. 14ª ed. ampliada, revista e atualizada. São Paulo: Atlas, 2007.

GIAMBIAGI, Fábio; ALÉM, Ana Cláudia. **Finanças Públicas - teoria e prática no Brasil**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

_____. **Finanças Públicas - teoria e prática no Brasil**. 4ª ed. rev. e atualizada. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

GOLDSMITH, Stephen; EGGERS, Willian D. **The New Shape of Government. In: Governing by Network - The New Shape of the Public Sector**. Brookings Institution Press, 2004.

GOVERNO DO BRASIL. **SUS democratiza o acesso do cidadão aos serviços de saúde**. 2009. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2009/11/sus-democratiza-o-acesso-do-cidadao-aos-servicos-de-saude>>. Acesso em 26 março 2017.

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

HOLANDA, Victor Branco; LATTMAN-WELTMAN, Fernando; GUIMARÃES, Fabrícia (Orgs.). **Sistema de informação de custos na administração pública federal: uma política de Estado**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

HOOD, Christopher. A Public Management For All Seasons? **Public Administration**, v. 69, p. 3-19, 1991.

INCRA – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária. **O que é georreferenciamento?** 2009. Disponível em: <<http://www.incra.gov.br/o-que-e-georreferenciamento>>. Acesso em: 01 Jun. 2017.

KOHAMA, Heilio. **Contabilidade Pública – Teoria e prática**. 10ª ed. 4ª reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.

LONDRINA. Decreto n. 12.381, de 21 de dezembro de 2015. **Estima a Receita e Fixa a Despesa do Município de Londrina para o exercício financeiro de 2016**. Londrina, 2015.

MACHADO, Nelson; HOLANDA, Victor Branco de. Diretrizes e Modelo Conceitual de Custos para o Setor Público a partir da Experiência no Governo Federal do Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, 44(4), p. 791-820, Jul-Ago 2010.

MACHLINE, Claude; CAMPOS, Claudia Valentina de Arruda. Determinação e Avaliação de Custo do PSF – Programa de Saúde da Família. In: ENANPAD, XXVI, 2002, Bahia. **Anais ENANPAD 2002**. Bahia, 2002

MARINI, Caio. O Contexto Contemporâneo da Administração Pública na América Latina. **Revista do Serviço Público**, ano 53, n. 4, Out-Dez 2002.

MARTINS, Eliseu. **Contabilidade de Custos**. 10ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MATIAS-PEREIRA, José. **Curso de Administração Pública**: foco nas instituições e ações governamentais. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

_____. **Finanças Públicas**: foco na política fiscal, no planejamento e orçamento público. 6ª ed. rev. e amp. São Paulo: Atlas, 2012.

MAUSS, César Volnei; SOUZA, Marcos Antonio de. **Gestão de Custos Aplicada ao Setor Público**: modelo para mensuração e análise da eficiência e eficácia governamental. São Paulo: Atlas, 2008.

MELLO, João Carlos Correia Baptista Soares de; MEZA, Lidia Ângulo; GOMES, Eliane Gonçalves; NETO, Luiz Biondi. Curso de Análise Envoltória de Dados. **XXXVII Simpósio Brasileiro de Pesquisa Operacional**. 27 a 30 de Setembro de 2005, Gramado, RS.

MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)**. Sem ano. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/politica-externa/desenvolvimento-sustentavel-e-meio-ambiente/134-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel-ods>>. Acesso em 02 abril 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Entendendo o SUS**. 2006. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>>. Acesso em 19 março 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Brasília-DF. Seminário Internacional - Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo, 11 a 14 de agosto de 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Série E. Legislação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema e-SUS Atenção Básica**: Manual para Preenchimento das Fichas de Coleta de Dados Simplificada – CDS (versão 3.0). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

MOURA, José Flávio de Melo. **O Sistema de Contabilidade do Governo Federal na Mensuração dos Custos dos Programas de Governo e das Unidades Gestoras**. 2003. 155 p. Dissertação (Mestrado em Contabilidade) - Universidade de Brasília, Brasília.

NAKAGAWA, Masayuki. **Gestão Estratégica de Custos: conceito, sistemas e implementação.** 1993.

NEGREIROS, Leticia Fernandes de; VIERA, Saulo Fabiano Amâncio. A Eficiência das Escolas da Região Metropolitana de Londrina: um estudo a partir da Análise Envoltória de Dados. In: Congresso USP Controladoria e Contabilidade, XIV, 2014, São Paulo. **Anais XIV – Congresso USP Controladoria e Contabilidade**, São Paulo, 2014.

ODM Brasil. **O Brasil e os ODM.** Sem ano. Disponível em: <<http://www.odmbrasil.gov.br/o-brasil-e-os-odm>>. Acesso em 02 abril 2017.

OMS. **Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) – 1946.** Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso: 10 jul. 2018

OMS - Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial da Saúde. **Financiamento dos Sistemas de Saúde: o caminho para a cobertura universal.** 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2010/en/>>. Acesso em: 18 Out 2017.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** UNIC/Rio/005, Janeiro de 2009 (DPI/876). Disponível em <<http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>>. Acesso em 10 jul. 2018

ONU - Nações Unidas no Brasil. **Transformando Nosso Mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável.** Sem ano. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>. Acesso em 17 Out 2017.

OSBORNE, S. P. **The New Public Governance?** Public Management Review, vol. 8, n. 3, p. 377-388, 2006. Disponível em: <<http://spp.xmu.edu.cn/wp-content/uploads/2012/12/the-New-Public-Governance.pdf>>. Acesso em: 31 Maio 2018.

OSBORNE, David; GAEBLER, Ted. **Reinventando o Governo: como o espírito empreendedor está transformando o setor público.** Brasília: MH Comunicação, 1992.

PAHO - PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Visualización de Indicadores.** Disponível em: <http://www.paho.org/data/index.php/es/?option=com_content&view=article&id=515:indicadoresviz&Itemid=347>. Acesso em 13 jul. 2018.

PEÑA, Carlos Rosano. Um Modelo de Avaliação da Eficiência da Administração Pública através do Método Análise Envoltória de Dados (DEA). **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 12, n. 1, p. 83-106, Jan-Mar 2008.

PERRY, James. Democracy and the New Public Service. **The American Review of Public Administration**, vol. 37, issue 1, p. 3-16, March 1, 2007.

PORTAL DA SAÚDE. **Financiamento**: as necessidades da atenção básica. 2014. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=1868>. Acesso em: 17 Out. 2017.

PORTAL OBJETIVOS DO MILÊNIO. **8 Jeitos de Mudar o Mundo – O voluntariado e os objetivos de desenvolvimento da ONU**. Sem ano. Disponível em: <<http://www.objetivosdomilenio.org.br/>>. Acesso em 02 abril 2017.

PORTAL ODS. **Relatórios Dinâmicos – Monitoramento de Indicadores**. Disponível em: <<http://rd.portalods.com.br/>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

PORTER, Michael E. Clusters and the New Economics of Competition. **Harvard Business Review**. New York, v. 76, n. 6, p. 77-90, nov/dez 1998.

PREFEITURA MUNICIPAL DE LONDRINA. Secretaria Municipal de Saúde. **Unidades Básicas de Saúde**. Sem ano. Disponível em: <http://www.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=93&Itemid=618>. Acesso em 02 abril 2017.

ROA, Alejandro Carrillo; CANTÓN, Gerardo Alfaro; FERREIRA, Mariana Ribeiro Jansen. Os sistemas de saúde na América do Sul: características e reformas. In: MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; ROA, Alejandra Carrillo (Orgs.). **Sistema de Saúde no Brasil**: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil, 2016.

ROBINSON, Mark. **From Old Public Administration to the New Public Service - Implications for public sector reform in developing countries**. UNDP Global Centre for Public Service Excellence, n. 08, v. 1, 2015.

ROCHA FILHO, Fernando dos Santos; SILVA, Marcelo Guergel Carlos da. Análise de Custos com Pessoal e Produtividade de Equipes do Programa de Saúde da Família em Fortaleza, Ceará. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3), p. 919-928, 2009.

SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, María del Pilar Baptista. **Metodologia de Pesquisa**. 5ª ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SARKER, Abu Elias. New Public Management in Developing Countries – An analysis of success and failure with particular reference to Singapore and Bangladesh. **Journal of Public Sector Management**, Vol. 19 Issue: 2, p.180-203, 2006.

SECCHI, Leonardo. Modelos Organizacionais e Reformas da Administração Pública. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro. 43 (2): 347-69, Mar-Abr 2009.

SENADO FEDERAL. **Administração Pública**: normas e regulamentos. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2ª ed., 2008.

SIGA Brasil – Painel Cidadão. **Orçamento da União**. Disponível em: <<http://www9.senado.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=senado%2Fsigabrasilpainelcidadao.qvw&host=QVS%40www9&anonymous=true&Sheet=shOrçamentoVisaoGeral>>. Acesso em 14 Jul. 2018.

SILVESTRE, António Luís. **Análise de Dados e Estatística Descritiva**. Escolar Editora, 2007.

SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde. Base de **Cálculo e Aplicação Mínima pelos Entes Federados em Ações e Serviços Públicos de Saúde**. Março de 2016. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/julho/22/NT-Base-C--lculo-Apply----o.pdf>>. Acesso em 02 abril 2017.

SOUZA, Paulo Cesar de; SCATENA, João Henrique G.; KEHRIG, Ruth Terezinha. Aplicação da Análise Envoltória de Dados para Avaliar a Eficiência de Hospitais do , SUS em Mato Grosso. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 26 (1), p. 289-308, 2016.

STN – Secretaria do Tesouro Nacional. **Manual do Portal de Custos do Governo Federal**. Versão 1. Brasília: Ministério da Fazenda, 2017.

TEIXEIRA, Alex Fabiane. **Gestão Orçamentária e Financeira**: apostila. Brasília: ENAP, 2014.

VIEIRA, Saulo Fabiano Amâncio; CARVALHO, Sérgio; BORINELLI, Benilson; NEGREIROS, Letícia Fernandes. **Proposição de Metodologia de Apuração de Custos de Unidades Escolares para Fins de Produção de Indicadores de Gestão de Escolas do Ensino Fundamental (de 1º ao 4º ano)**: um estudo a partir da experiência da cidade de Londrina – PR. 2012. Projeto PAF Social: Coletânea dos Trabalhos de Pesquisa em Indicadores de Gestão Pública Municipal. Curitiba: Tribunal de Contas do Estado do Paraná, 2012.

SENADO FEDERAL. **Orçamento Federal**. Sem ano. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/orcamento/glossario/credito-publico>>. Acesso em 19 Out. 2017.

ANEXO

ANEXO A

Portaria para Implementação de Sistema de Custos na Administração Pública



Prefeitura do Município de Londrina Estado do Paraná

Portaria Conjunta Nº 1, DE 09 DE novembro DE 2017

SÚMULA: Implementação de Sistema de Custos na Administração Pública, em cumprimento dos art. 50, § 3º da LRF, Decreto Municipal nº 728/2015 e Termo de Cooperação nº 01/2017 - SMGP entre Município de Londrina e Universidade Estadual de Londrina.

A CONTROLADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO, SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO E SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE NO USO DE SUAS ATRIBUIÇÕES LEGAIS E,

CONSIDERANDO a Lei Complementar nº 101, de 05 de maio de 2000 - Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF, que determina que a Administração Pública deverá manter sistema de custos de acordo o art. 50, § 3º, que permita a avaliação e o acompanhamento da gestão orçamentária, financeira e patrimonial;

CONSIDERANDO o Decreto Municipal nº 728/2015, que institui o Sistema Governamental de Apropriação e Análise de Custos Públicos Incorridos, em todos os órgãos e entidades da Administração Pública Direta e Indireta do Município de Londrina;

CONSIDERANDO o Art. 7º do Decreto Municipal nº 728/2015, determina a entidade/órgão definir por portaria servidor responsável por objeto de custos;

CONSIDERANDO o Termo de Cooperação nº 01/2017-SMGP celebrado entre o Município de Londrina, por intermédio da Secretaria Municipal de Gestão Pública e Controladoria Geral do Município, e a Universidade Estadual de Londrina, com objeto o mapeamento dos processos e respectivos objetos de custos e gastos incorridos, dos critérios de rateio dos custos indiretos e da criação de indicadores de desempenho, para Implantação gradativa do Sistema Governamental de Apropriação e Análise de Custos Públicos Incorridos em todos os órgãos e entidades da Administração Pública Direta e Indireta do Município de Londrina;

CONSIDERANDO o constante dos autos do processo nº 19.003.060637/2017-18,

RESOLVEM:

Art. 1º - Designar o Senhor **MARCOS ROGERIO GABRIEL – MATRÍCULA Nº 22.872-9** para responder pela definição dos objetos de custos, critérios de rateio dos custos indiretos e apuração custos públicos, e também ficar responsável pelo (s) objeto (s) de custos, nos termos do art. 7º do Decreto Municipal nº 728/2015 na **SECRETARIA MUNICIPAL EDUCAÇÃO**, com subordinação direta ao titular da pasta.

Art. 2º - Designar os Senhores **VALCIR MIGUEL DA SILVA – MATRÍCULA Nº 12.474-5** E **MARCO ANTONIO FORTUNATO DAVID – MATRÍCULA Nº 21.077-3** para responderem pela definição dos objetos de custos, critérios de rateio dos custos indiretos e apuração custos públicos, e também ficar responsável pelo (s) objeto (s) de custos, nos termos do art. 7º do Decreto Municipal nº 728/2015 na **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, com subordinação direta ao titular da pasta.

Art. 3º - Designar a servidora **CAMILA MOLIANI FERRI – MATRÍCULA Nº 13.150-4** para auxiliar nos trabalhos de definição dos objetos de custos, critérios de rateio dos custos indiretos e apuração custos públicos na **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, com subordinação direta ao titular da pasta.

Art. 4º - Todos os designados nesta portaria deverão participar de todas reuniões dos trabalhos estabelecido no Termo de Cooperação 01/2017-SMGP, convocados pela Controladoria-Geral do Município, e.

Art. 5º - Ficarão autorizados a colher informações para uso exclusivo de apuração de custos públicos em todos os órgãos e entidades da Administração Pública Direta e Indireta do Município de Londrina, somente na Secretaria o qual são responsáveis nos termos do art. 1º a 3º desta portaria, devendo dar ciência de suas atividades aos respectivos titulares de sua pasta.

Art. 6º - Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Londrina, 09 de novembro de 2017.

João Carlos Barbosa Perez
Controlador-Geral do Município

Maria Tereza Paschoal de Moraes
Secretária Municipal de Educação

Carlos Felipe Marcondes Machado
Secretário Municipal de Saúde



Documento assinado eletronicamente por **João Carlos Barbosa Perez, Controlador(a) Geral do Município**, em 09/11/2017, às 13:11, conforme horário oficial de Brasília, conforme a Medida Provisória nº 2.200-2 de 24/08/2001 e o Decreto Municipal nº 1.219 de 21/09/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Maria Tereza Paschoal de Moraes, Secretário(a) de Educação**, em 10/11/2017, às 08:41, conforme horário oficial de Brasília, conforme a Medida Provisória nº 2.200-2 de 24/08/2001 e o Decreto Municipal nº 1.219 de 21/09/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Carlos Felipe Marcondes Machado, Diretor Superintendente da Autarquia Municipal de Saúde**, em 13/11/2017, às 09:08, conforme horário oficial de Brasília, conforme a Medida Provisória nº 2.200-2 de 24/08/2001 e o Decreto Municipal nº 1.219 de 21/09/2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.londrina.pr.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0795603** e o código CRC **ED00B19A**.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Instrumento de Coleta de Dados



Universidade Estadual de Londrina
CESA - Centro de Estudos Sociais
Administração



Programa de
Pós-Graduação
em Administração

O objetivo dessa pesquisa é Analisar os custos e a eficiência das Unidades Básicas de Saúde para fins de produção de indicadores de gestão da saúde pública, tomando como base o município de Londrina.

Considerando as **54 Unidades Básicas de Saúde**, listadas a seguir:

Região Central: Centro, Vila Brasil, Guanabara, Vila Casoni, Centro Social Urbano (CSU), Vila Nova e Fraternidade.

Região Norte: Aquiles Stenghel, Chefe Newton, Parigot de Souza, Maria Cecília, João Paz, Milton Gavetti, Carnacialli, Vivi Xavier, Cabo Frio/Imagawa, Padovani/Vista Bela e Campos Verdes.

Região Leste: Armindo Guazzi, Marabá, Ernani, Lindóia, Mister Thomas, Novo Amparo, Jardim Ideal e Vila Ricardo.

Região Oeste: Panissa/Maracanã, Alvorada, Santiago, Bandeirantes, Leonor, Jardim do Sol e Jardim Tóquio.

Região Sul: Cafezal, Ouro Branco, PIND (Parque das Indústria), Eldorado, San Izidro, Itapoã, União da Vitória, Piza/Roseira e Jamile Dequech.

Zona Rural: Guairacá, Guaravera, Irerê, Lerroville, Maravilha, Paiquerê, Regina, São Luiz, Selva, Taquaruna, Três Bocas e Warta.

Pede-se o levantamento da **população atendida em cada UBS** (quantidade de pessoas na área de abrangência) e também as seguintes informações, referentes ao ano de **2016**, de **CADA** Unidade Básica de Saúde:

UBS: _____
Aspecto PESSOAL: número de funcionários e salário pago, em 2016.
Quantos servidores de cada função (por ex. médicos, enfermeiros, auxiliares, cirurgiões-dentistas, administrativos, limpeza, equipe NASF, entre outros) estão (ou estavam) lotados nesta UBS, em 2016? OBS.: se o servidor estiver lotado em mais de uma UBS, por gentileza, sinalizar, identificando as Unidades de Saúde.
Qual foi o total pago (por ex. salário + vencimentos + benefícios + 13º) para cada função lotada nesta UBS, em 2016? OBS.: considerando o fato de cada servidor receber um valor mensal devido às progressões na carreira e gratificações, não há necessidade deste setor realizar o cálculo. Caso preferirem, podem ser repassados os dados brutos, eliminando apenas os dados pessoais do servidor (manter apenas a função).
Existem outros valores pagos a funcionários, em 2016, que não estão contemplados nos itens anteriores (por ex. funcionários terceirizados, servidores cedidos para outra UBS)?

<p>Aspecto ADMINISTRATIVO: gastos com estrutura e serviços, em 2016. OBS.: podem ser repassados dados brutos, sem as somatórias dos valores totais gastos por UBS.</p>
Qual foi o valor total gasto com luz/energia nesta UBS, em 2016?
Qual foi o valor total gasto com telefone nesta UBS, em 2016?
Qual foi o valor total gasto com água nesta UBS, em 2016?
Qual foi o valor total gasto com transporte (por ex. combustível, manutenção de veículos, entre outros) nesta UBS, em 2016?
Existem outros gastos que foram efetivados, em 2016, para o funcionamento da estrutura física? (por ex. reformas grandes e pequenas, reparos de equipamentos, entre outros, que não foram feitos pelo setor de manutenção da saúde, ou seja, que foram diretamente compensados financeiramente)
<p>Aspecto MATERIAIS: medicamentos, equipamentos e materiais repassados, em 2016. OBS.: podem ser repassados os valores brutos, indicando apenas as quantidades dispensadas por UBS e os valores individuais de cada componente.</p>
Qual quantidade e valor total gasto em medicamentos nesta UBS, em 2016?
Qual quantidade e valor total gasto com equipamentos (por ex. balança, estetoscópio, medidor de pressão, computador) nesta UBS, no ano de 2016?
Qual quantidade e valor total gasto com materiais de escritório (por ex. folhas de papel sulfite, canetas) nesta UBS, no ano de 2016?
Existem outros gastos que foram efetivados em 2016, nesta UBS, que não se enquadram em nenhum dos itens acima?
<p>Aspecto PRODUÇÃO: número de atendimentos realizados, por função, em 2016. OBS.: podem ser repassados os valores brutos, indicando apenas as quantidades dispensadas por UBS e os valores individuais de cada componente.</p>
Quantos atendimentos foram realizados em 2016, nesta UBS, por função (por ex. pelo médico, enfermeiro, fisioterapeuta)?
Quais foram os procedimentos realizados em 2016, nesta UBS, por função (por ex. coleta de CO, puericultura, vacinas)?
Existem outros atendimentos/procedimentos que são contabilizados e que não foram contemplados nos itens acima?

**Todos os dados podem ser encaminhados para o e-mail:
camila_moliani@hotmail.com**

APÊNDICE B

Quadro de Lotação de Servidores por Funções

UBS	ASPU02	TSPA02	TSPB02	PSPAODO	PSFADUJEDF	PSFADUENF	PSPAENF	PSPAENFUE	PSFADUFAR	PSPAFIS	PPSPU02	PSFADUMED	PSPAMCG	PSPAMGI	PSPAMPE	PPSPU03	PSFADUNUT	PSFADUPSI	AGPC12	AGPD03	AGPTRUA	AGPTRUB	TGPA01	TGPB01	TGPC01	TSFADU01	TSPA01	TSPB01	TSPA04	TSPK01	TSUEU01	TOTAL
Alvorada	2	4	1	2			4			1		1	1			1					1		1	1		1	3		1	6		31
Aquiles	9	4	1	2	1	1	2			3		1	1		1		1	1					2			3	6			4		43
Armando Guazzi	9	5	1	2		2	2			1	1		1	1	1								2				5			11		44
Bandeirantes	7	4	2	2		1	2			1		2	1	1	1							1				6			7		40	
Cabo Frio	8	4	1	2			4			1			2	2									2			1	7			3		37
Cafezal	10	4	2	3		1	2		1	1			3	2	2							3			2	10		1	5		54	
Campos Verdes	3	1		1		1	1					1											2			5	3			1		19
Carnascialli	5	3	1	3			2			1			4	1	1							1		1	2		7			2		34
Centro	4	4		3			3			1			4	1		1						1		2			7		1	6		38
CSU	7	4	1	3		1	1			1			3	2	1							2				5			6		38	
Chefe Newton	11	5	1	2	1		3			1		1	1	1			1	1					2			1	8			5		45
Eldorado	7	1		2		1	1			1			3	1	2							1			2		5		1	5		33
Ernani	3	2		1	1		2			2		2					1	1				1				4			3		24	
Fraternidade	1					1	1																			3			5		11	
Guairacá																										1				1		2
Guanabara	4	2		1	1		4		1	1			2	2	1		1	1				2		3		2	4			4		36
Guaravera	8	2		1			2			1		1											1			3	1			1		21
Irerê	3	1	1	1			1			1	1												1				2			2		14
Itapoã	11	4	1	4		1	2			1			3	1	2	1							1	1			15			2		50
Jamile Dequech	4	1		1			1																1			1	4			1		14
Jardim do Sol	8	4	1	4			2			1			3			1							1				5			4		34
Jardim Ideal	4	3		1			1						1		1									1		3			4		19	
Jardim Tóquio	5	3	2	1	1		2		1				1			1	1	1				1		1	1		3			6		31
João Paz	9	2		1	1		3			1			1		1		1	1				1		2			5			6		35
Leonor (UBS/PA)	8	5	1	2	1	1	12	1	2	3	9		2		1		1	1				9	8	1	1	2	29	7		15	8	130
Lerrovile	6	2		1		1	1												1			1				2	5		1	1		23
Lindoia	9	3	1	5		1	2			1			2	1								1		1		1	7			5		42
Marabá	13	4	1	3	1	2	3		1	1		1	1	1		1	1	1			1		2			6			8		52	

APÊNDICE C

Quadro de Salários + Benefícios por Funções

Código	Jornada	Salário	Compl. Sal.	Subtotal	Assiduidade	Aux. Aliment.	Insalubridade	ART	Total	Incentivo PSF	%	Extensão PSF	Total com PSF
AGPC12	150	R\$ 1.594,98	R\$ 142,99	R\$ 1.737,97	R\$ 89,65	R\$ 408,63	R\$ 211,86	-	R\$ 2.448,11	-	-	-	R\$ 2.448,11
AGPD03	150	R\$ 1.947,53	R\$ 142,99	R\$ 2.090,52	R\$ 89,65	R\$ 389,16	R\$ 211,86	-	R\$ 2.781,19	-	-	-	R\$ 2.781,19
AGPTRUA	150	R\$ 1.059,28	R\$ 142,99	R\$ 1.202,27	R\$ 89,65	R\$ 408,63	R\$ 211,86	-	R\$ 1.912,41	R\$ 52,96	5%	-	R\$ 1.965,37
AGPTRUB	150	R\$ 1.207,60	R\$ 142,99	R\$ 1.350,59	R\$ 89,65	R\$ 408,63	R\$ 211,86	-	R\$ 2.060,73	-	-	-	R\$ 2.060,73
ASPU02	200	R\$ 1.213,29	R\$ 142,99	R\$ 1.356,28	R\$ 89,65	R\$ 408,63	R\$ 211,86	-	R\$ 2.066,42	-	-	-	R\$ 2.066,42
PPSPU02	96	R\$ 8.749,68	R\$ 142,99	R\$ 8.892,67	R\$ 89,65	R\$ 175,12	R\$ 211,86	-	R\$ 9.369,30	-	-	-	R\$ 9.369,30
PPSPU03	96	R\$ 8.749,68	R\$ 142,99	R\$ 8.892,67	R\$ 89,65	R\$ 175,12	R\$ 211,86	-	R\$ 9.369,30	-	-	-	R\$ 9.369,30
PSFADUEDF	200	R\$ 3.649,65	R\$ 142,99	R\$ 3.792,64	R\$ 89,65	R\$ 389,16	R\$ 211,86	R\$ 2.654,85	R\$ 4.483,31	-	-	-	R\$ 4.483,31
PSFADUENF	200	R\$ 3.649,65	R\$ 142,99	R\$ 3.792,64	R\$ 89,65	R\$ 389,16	R\$ 211,86	R\$ 2.654,85	R\$ 4.483,31	R\$ 547,45	15%	-	R\$ 5.030,76
PSFADUFAR	200	R\$ 3.649,65	R\$ 142,99	R\$ 3.792,64	R\$ 89,65	R\$ 389,16	R\$ 211,86	R\$ 2.654,85	R\$ 4.483,31	-	-	-	R\$ 4.483,31
PSFADUMED	200	R\$ 10.236,12	R\$ 142,99	R\$ 10.379,11	R\$ 89,65	R\$ 175,12	R\$ 211,86	-	R\$ 10.855,74	R\$ 4.094,45	40%	-	R\$ 14.950,19
PSFADUNUT	200	R\$ 3.649,65	R\$ 142,99	R\$ 3.792,64	R\$ 89,65	R\$ 389,16	R\$ 211,86	R\$ 2.654,85	R\$ 4.483,31	-	-	-	R\$ 4.483,31
PSFADUPSI	200	R\$ 3.649,65	R\$ 142,99	R\$ 3.792,64	R\$ 89,65	R\$ 389,16	R\$ 211,86	R\$ 2.654,85	R\$ 4.483,31	-	-	-	R\$ 4.483,31
PSPAENF	150	R\$ 2.737,26	R\$ 142,99	R\$ 2.880,25	R\$ 89,65	R\$ 389,16	R\$ 211,86	R\$ 2.016,18	R\$ 3.570,92	R\$ 410,59	15%	R\$ 912,42	R\$ 4.893,93
PSPAENFUE	150	R\$ 2.737,26	R\$ 142,99	R\$ 2.880,25	R\$ 89,65	R\$ 389,16	R\$ 211,86	R\$ 2.016,18	R\$ 3.570,92	-	-	-	R\$ 3.570,92
PSPAFIS	150	R\$ 2.737,26	R\$ 142,99	R\$ 2.880,25	R\$ 89,65	R\$ 389,16	R\$ 211,86	R\$ 2.016,18	R\$ 3.570,92	R\$ 410,59	15%	-	R\$ 3.981,51
PSPAMCG	100	R\$ 5.118,07	R\$ 142,99	R\$ 5.261,06	R\$ 89,65	R\$ 291,90	R\$ 211,86	-	R\$ 5.854,47	R\$ 2.047,23	0%	R\$ 5.118,07	R\$ 13.019,77
PSPAMGI	100	R\$ 5.118,07	R\$ 142,99	R\$ 5.261,06	R\$ 89,65	R\$ 291,90	R\$ 211,86	-	R\$ 5.854,47	R\$ 2.047,23	0%	R\$ 5.118,07	R\$ 13.019,77
PSPAMPE	100	R\$ 5.118,07	R\$ 142,99	R\$ 5.261,06	R\$ 89,65	R\$ 291,90	R\$ 211,86	-	R\$ 5.854,47	R\$ 2.047,23	0%	R\$ 5.118,07	R\$ 13.019,77
PSPAODO	100	R\$ 2.737,26	R\$ 142,99	R\$ 2.880,25	R\$ 89,65	R\$ 389,16	R\$ 211,86	R\$ 2.016,18	R\$ 3.570,92	R\$ 410,59	15%	R\$ 2.737,26	R\$ 6.718,77
TGPA01	150	R\$ 1.366,80	R\$ 142,99	R\$ 1.509,79	R\$ 89,65	R\$ 408,63	-	-	R\$ 2.008,07	-	5%	-	R\$ 2.008,07

TGPB01	150	R\$ 2.109,75	R\$ 142,99	R\$ 2.252,74	R\$ 89,65	R\$ 389,16	R\$ 211,86	-	R\$ 2.943,41	R\$ 105,49	5%	-	R\$ 3.048,90
TGPC01	150	R\$ 2.958,91	R\$ 142,99	R\$ 3.101,90	R\$ 89,65	R\$ 389,16	R\$ 211,86	-	R\$ 3.792,57	-	-	-	R\$ 3.792,57
TSFADU01	200	R\$ 2.089,13	R\$ 142,99	R\$ 2.232,12	R\$ 89,65	R\$ 389,16	R\$ 211,86	-	R\$ 2.922,79	R\$ 104,46	5%	-	R\$ 3.027,25
TSPA01	150	R\$ 1.566,84	R\$ 142,99	R\$ 1.709,83	R\$ 89,65	R\$ 408,63	R\$ 211,86	-	R\$ 2.419,97	R\$ 78,34	5%	R\$ 522,28	R\$ 3.020,59
TSPA02	150	R\$ 1.566,84	R\$ 142,99	R\$ 1.709,83	R\$ 89,65	R\$ 408,63	R\$ 211,86	-	R\$ 2.419,97	R\$ 78,34	5%	R\$ 522,28	R\$ 3.020,59
TSPA04	150	R\$ 1.566,84	R\$ 142,99	R\$ 1.709,83	R\$ 89,65	R\$ 408,63	R\$ 211,86	-	R\$ 2.419,97	R\$ 78,34	5%	R\$ 522,28	R\$ 3.020,59
TSPB01	150	R\$ 2.040,85	R\$ 142,99	R\$ 2.183,84	R\$ 89,65	R\$ 389,16	R\$ 211,86	-	R\$ 2.874,51	R\$ 102,04	5%	R\$ 680,28	R\$ 3.656,83
TSPB02	150	R\$ 2.040,85	R\$ 142,99	R\$ 2.183,84	R\$ 89,65	R\$ 389,16	R\$ 211,86	-	R\$ 2.874,51	R\$ 102,04	5%	R\$ 680,28	R\$ 3.656,83
TSPK01	150	R\$ 1.975,86	R\$ 142,99	R\$ 2.118,85	R\$ 89,65	R\$ 389,16	R\$ 211,86	-	R\$ 2.809,52	R\$ 98,79	5%	R\$ 658,62	R\$ 3.566,93
TSUEU01	150	R\$ 2.040,85	R\$ 142,99	R\$ 2.183,84	R\$ 89,65	R\$ 389,16	R\$ 211,86	-	R\$ 2.874,51	-	-	-	R\$ 2.874,51

Legenda: ART - Adicional de Responsabilidade Técnica (demonstrativo)

ASPU02: Agente Comunitário de Saúde (ACS) TSPA02: Técnico de Saúde Pública com Assistência de Odontologia (Aux./Téc. Odonto) TSPB02: Técnico de Saúde Pública com Assistência Técnica de Higiene Dental (Aux./Téc. Odonto) PSPAODO: Serviço de Odontologia (Cirurgião-Dentista) PSFADUEDF: Serv. Educador Físico Saúde da Família e Atenção Domiciliar (Educador Físico) PSFADUENF: Serviço de Enfermagem Saúde da Família e Atenção Domiciliar (Enfermeiro) PSPAENF: Serviço de Enfermagem (Enfermeiro) PSPAENFUE: Serviço de Enfermagem em Urgência e Emergência (Enfermeiro) PSFADUFAR: Serviço de Farmacêutica (Farmacêutico) PSPAFIS: Serviço de Fisioterapia (Fisioterapia) PPSPU02: Serviço de Medicina Geral Plantonista (Médico CG) PSFADUMED: Serviço de Medicina Saúde da Família e Atenção Domiciliar (Médico CG) PSPAMCG: Serviço de Medicina Geral (Médico CG) PSPAMGI: Serviço de Medicina em Ginecologia (Médico Ginecologista) PSPAMPE: Serviço de Medicina em Pediatria (Médico Pediatra) PPSPU03: Serviço de Medicina em Pediatria Plantonista (Médico Pediatra)	PSFADUNUT: Serviço de Nutrição Saúde da Família e Atenção Domiciliar (Nutricionista) PSFADUPSI: Serviço de Psicologia Saúde da Família e Atenção Domiciliar (Psicólogo) AGPC12: Agente de Gestão Pública - Motorista (AGP) AGPD03: Agente de Gestão Pública - Motorista (AGP) AGPTRUA: Agente de Gestão Pública - Auxiliar de Serviços (AGP) AGPTRUB: Agente de Gestão Pública - Guarda (AGP) TGPA01: Técnico de Gestão Pública com Assistência de Gestão (TGP) TGPB01: Técnico de Gestão Pública com Assistência Técnica de Gestão (TGP) TGPC01: Téc. de Gestão Pública com Assistência em Projetos e Serv. de Planej. e Gestão (TGP) TSFADU01: Assist. Enfermagem Saúde da Família e Atenção Domiciliar (Aux./Téc. Enfermagem) TSPA01: Técnico de Saúde Pública com Assistência de Enfermagem (Aux./Téc. Enfermagem) TSPB01: Técnico de Saúde Pública com Assist. Técnica de Enfermagem (Aux./Téc. Enfermagem) TSPA04: Técnico de Saúde Pública com Assistência de Saúde (Aux./Téc. Enfermagem) TSPK01: Assistência de Enfermagem com Assistência de Enfermagem (Aux./Téc. Enfermagem) TSUEU01: Assist. Técnica de Enfermagem em Urgência e Emergência (Aux./Téc. Enfermagem)
--	---