SUZANA LOUREIRO

CUSTOS DIRETOS EM SAÚDE PÚBLICA:

UMA ANÁLISE DA EFICIÊNCIA DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO PARANAENSE

Londrina
2022

SUZANA LOUREIRO

CUSTOS DIRETOS EM SAÚDE PÚBLICA:
UMA ANÁLISE DA EFICIÊNCIA DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO PARANAENSE

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
2022

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

Loureiro, Suzana.
Custos Diretos em Saúde Pública: Uma análise da eficiência de Unidades Básicas de Saúde em um Município Paranaense. / Suzana Loureiro. - Londrina, 2022.
222 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, 2022.
Inclui bibliografia.

1. administração pública; - Tese. 2. eficiência e saúde pública; - Tese. 3. custos em saúde pública; - Tese. 4. análise envoltória de dados; - Tese. I. Amâncio Vieira., Saulo Fabiano . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Estudos Sociais Aplicados. Programa de Pós-Graduação em Administração. III. Título.

CDU 658

SUZANA LOUREIRO

CUSTOS DIRETOS EM SAÚDE PÚBLICA:
UMA ANÁLISE DA EFICIÊNCIA DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO PARANAENSE

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

_____
Profª. Drª Letícia Fernandes Negreiros
Universidade Estadual do Norte do Paraná - UENP

_____
Prof. Dr. José Eduardo Ferreira Lopes
Universidade Federal de Uberlândia

Londrina, 7 de novembro de 2022.

Dedico este trabalho à Deus, pois dele procedem os tesouros da sabedoria e do conhecimento.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pois foi Ele quem me direcionou e capacitou a trilhar esta jornada desde o ingresso no Programa de Pós-graduação até a conclusão deste projeto. É certo que muitas dificuldades ao longo da trajetória surgiram, mas aquilo que era desconhecido e desafiador para mim contribuiu por reforçar que meus limites podiam ser superados porque Aquele que havia começado boa obra era fiel para completá-la. À Deus, meu companheiro de todas as horas.

Eternizo sincera gratidão à minha família, especialmente aos meus pais por tanto amor dedicado. Ao meu esposo e aos meus três filhos, tesouros valiosos que não mediram esforços para me incentivar e por compreenderem os momentos de ausência que projetos como esse exigem. E, não poderia deixar de mencionar pessoas especiais como a Cida, Vó Lázara e Tia Toninha pelo suporte e cuidado com os meus enquanto não estive presente.

Ao longo do curso tive o privilégio de conhecer professores brilhantes como o Prof. Saulo, meu orientador, cuja dedicação à ciência em prol do aperfeiçoamento da gestão pública me inspirou a avançar em temáticas que não me eram comuns. Aos professores presentes na Banca, pelas ricas contribuições e aos colegas de turma pelas discussões em sala de aula e, em particular à Mari que por vezes compartilhou dos mesmos sentimentos e cansaços e sempre esteve disponível para ajudar.

Por fim, agradeço ao município campo de pesquisa, na gestão do Senhor Prefeito Sergio Onofre da Silva que juntamente com o Secretário Municipal de Saúde, o Sr. Moacir Paludetto Junior autorizaram este estudo viabilizando o seu desenvolvimento. E, é claro à todos servidores públicos que fazem do seu labor um ato de compromisso para uma Administração pública cada vez melhor.

Sabe-se que esta etapa chega ao fim com a conclusão deste projeto acadêmico, mas que não se encerre aqui, ao contrário, consista em uma chave que permita tantas outras etapas que forem necessárias para seguir adiante na busca do conhecimento capaz de gerar transformação.

Tudo aquilo que a mente do homem criar e acreditar pode ser feito ainda que pareça distante. A combinação do pensamento e da ação irrigados com suor produzem grandeza e tem o potencial de transformar realidades.
(Autor desconhecido)

LOUREIRO, Suzana. **Custos diretos em Saúde Pública:** Uma análise da eficiência de unidades básicas de saúde em um município paranaense. 2022. 222 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022.

RESUMO

A saúde é uma dimensão indispensável em qualquer país e, no Brasil, a sua importância, foi adequadamente apropriada na Carta Magna configurando-a como umdireito garantido e, consolidando o Sistema Único de Saúde (SUS), como uma das políticas públicas nacionais mais inclusivas. Nesse sentido, para ampliar a cobertura e o acesso a todos quantos precisem dos seus serviços, as ações inerentes à atenção primária, construídas a partir de cada UBS, assumem especial relevância. Sabendo disso, investimentos nessa área devem ser priorizados, porém, os recursos são limitados, o que contribui por reforçar a necessidade da eficiência dos gastos públicos com saúde, logrando melhor atender as demandas da sociedade, com maior qualidade e a custos menores. Tal situação, requer a necessidade de informações de custos e, o que se observa é a carência desta ferramenta no setor público, sobretudo no contexto municipal. Para tanto, o objetivo geral deste estudo é Analisar a eficiência relativa das Unidades Básicas de Saúde do Município de Arapongas-PR baseada na relação custo direto e produtividade, no ano de 2019. O referencial teórico engloba os principais modelos organizacionais da administração pública na história brasileira, enfocando a dimensão gerencial. Posteriormente, articula-se as Finanças Públicas e as transformações recentes da Contabilidade Pública, com especial ênfase na Contabilidade de Custos e os principais métodos de custeio. Em seguida, discute-se a questão da eficiência no setor público e no próximo momento, o SUS é explorado, contextualizando historicamente a questão do financiamento e a consequente escassez de recursos para, então, evidenciar os estudos que corroboraram para avaliar os custos e a eficiência do setor. Quanto a caracterização da pesquisa, esta é definida como descritiva, quantitativa, dedutiva e aplicada, desenvolvida por meio do censo das 29 UBS do município de Arapongas/PR. A coleta dos dados foi realizada por meio de dados secundários. A partir desses, foram calculados os custos diretos e submetidos, posteriormente, à análise estatística exploratória/descritiva constatando-se que, ainda que a maior parte das UBS (55,55%) possua custo per capita anual que oscila de R$ 200,00 à R$ 400,00, pode-se dizer que existe grande disparidade na alocação de recursos públicos entre as unidades. Isto porque há 6 UBS (22,22%) com custo registrado de até R$ 200,00 anuais por pessoa cadastrada, enquanto em outras 6 (22,22%) os valores ultrapassaram R$ 400,00. Em seguida, realizou-se também a análise da eficiência das UBS, por meio da DEA. Como resultado, dentre as 27 UBS comparadas, 12 delas (44,44%) apontaram desempenho abaixo da capacidade potencial relativa, as outras 15 unidades (55,55%) foram consideradas 100% eficientes. Espera-se que este estudo contribua com informações que auxiliem os gestores no aprimoramento do controle da aplicação dos recursos públicos em saúde.

Palavras-chave: administração pública; eficiência e saúde pública; análise envoltória de dados; custos em saúde pública; unidades básicas de saúde.

LOUREIRO, Suzana. **Direct costs in Public Health:** An analysis of the efficiency of basic health units in a municipality of Paraná. 2022. 222 p. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022.

ABSTRACT

Health is an indispensable dimension in any country and, in Brazil, its importance was adequately appropriated in the Magna Carta, configuring it as a guaranteed right and, consolidating the Unified Health System (SUS), as one of the most inclusive national public policies. In this sense, in order to expand coverage and access to all those who need their services, the actions inherent to primary care, constructed from each UBS, assume special relevance. Knowing this, investments in this area should be prioritized, however, resources are limited, which contributes by reinforcing the need for the efficiency of public spending on health, making it better to meet the demands of society, with higher quality and lower costs. This situation requires the need for cost information and, what is observed is the lack of this tool in the public sector, especially in the municipal context. Therefore, the general objective of this study is to analyze the relative efficiency of the Basic Health Units of the Municipality of Arapongas-PR based on the direct cost and productivity ratio, in 2019.The theoretical framework encompasses the main organizational models of public administration in Brazilian history, focusing on the managerial dimension. Subsequently, the Public Finances and recent transformations of Public Accounting are articulated, with special emphasis on Cost Accounting and the main costing methods. Next, the issue of efficiency in the public sector is discussed and at the next moment, the SUS is explored, historically contextualizing the issue of financing and the consequent scarcity of resources, and then highlighting the studies that corroborated to evaluate the costs and efficiency of the sector. Regarding the characterization of the research, it is defined as descriptive, quantitative, deductive and applied, developed through the census of the 29 UBS of the municipality of Arapongas/PR. Data were collected using secondary data. From these, direct costs were calculated and subsequently submitted to exploratory/descriptive statistical analysis, verifying that, although most ubs (55.55%) have annual per capita costs ranging from R$ 200.00 to R$ 400.00, it can be said that there is a great disparity in the allocation of public resources between the units. This is because there are 6 UBS (22.22%) with a registered cost of up to R$ 200.00 per registered person per registered person, while in another 6 (22.22%) the amounts exceeded R$ 400.00. Then, the efficiency of the UBS was also performed through the DEA. As a result, among the 27 ubs compared, 12 of them (44.44%) showed performance below the relative potential capacity, the other 15 units (55.55%) were considered 100% efficient. It is expected that this study will contribute information that helps managers in improving the control of the application of public resources in health.

Key words: public administration; efficiency and public health; data envelopment analysis; public health costs; basic health units.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Representatividade população coberta por eSF 109
Gráfico 2 - População adscrita UBS 114
Gráfico 3 - Famílias acompanhadas UBS (2019) 116
Gráfico 4 - Profissionais atuantes nas UBS (2019).....120
Gráfico 5 - Profissionais e população adscrita por UBS (2019).....121
Gráfico 6 - Representatividade das funções nas UBS.....122
Gráfico 7 - Produção total por USB (2019).....128
Gráfico 8 - Indicador de produtividade per capita, produção total e quantidade de pessoas acompanhadas por UBS (2019).....129
Gráfico 9 - Produção por função (2019) 130
Gráfico 10 - Representatividade produção Saúde Bucal e demais funções 133
Gráfico 11 - Representatividade custos administrativos por UBS 144
Gráfico 12 - Representatividade custos administrativos.....145
Gráfico 13 - Representatividade custos com material de consumo por UBS 149
Gráfico 14 - Custos com material de consumo e população adscrita por UBS.....150
Gráfico 15 - Representatividade Custos eSF por função e UBS 154
Gráfico 16 - Representatividade custo total eSF por função 155
Gráfico 17 - Representatividade custos com pessoal – Equipe Saúde Bucal por função 157
Gráfico 18 - Custo Total – Equipe Saúde Bucal por UBS.....158
Gráfico 19 - Representatividade custos com pessoal – equipe multiprofissional por função 161
Gráfico 20 - Representatividade custos com pessoal – equipe de apoio por função 163
Gráfico 21 - Representatividade custos com pessoal – equipe de apoio por UBS.....163
Gráfico 22 - Representatividade custos totais com pessoal por equipes.....166
Gráfico 23 - Representatividade custos totais 167
Gráfico 24 - Representatividade custos totais por UBS.....169
Gráfico 25 - Representatividade custo direto per capita anual por UBS.....174

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Marcos no processo de reforma da Administração Pública Brasileira 34
Quadro 2 - Evolução dos modelos da Administração Pública Brasileira.....39
Quadro 3 - Evolução cronológica do arcabouço legal de custos no setor público.....55
Quadro 4 - Critérios para avaliação das políticas públicas 68
Quadro 5 - Evolução cronológica das normativas legais do financiamento do SUS.....76
Quadro 6 - Elementos integrantes do Programa Previne Brasil.....79
Quadro 7 - Síntese de estudos sobre Eficiência e Saúde e DEA 87
Quadro 8 - Informações relevantes coletadas das UBS (2019) 96
Quadro 9 - Classificação dos componentes de custos 97
Quadro 10 - Validação das variáveis para a análise de eficiência pela DEA.....99
Quadro 11 - Síntese estratégica da pesquisa 106
Quadro 12 - Estrutura das equipes de saúde da Atenção Básica conforme o PNAB 2017 108
Quadro 13 - Percentual da população estimada coberta pela Atenção Básica da 16ª Regional de Saúde do Paraná (2006-2019).....110
Quadro 14 - População e equipes UBS (2019).....112
Quadro 15 - Funções desempenhadas por UBS (2019).....119
Quadro 16 - Produção total por função e por UBS (2019) 126
Quadro 17 - Infraestrutura e Equipamentos por UBS (2019).....137
Quadro 18 - Custos Administrativos.....143
Quadro 19 - Medicamentos dispensados/transferidos por UBS 146
Quadro 20 - Custos com material de consumo por UBS 147
Quadro 21 - Percentual custos com medicamentos UBS e UBS/PA 148
Quadro 22 - Custos com Pessoal – eSF.....152
Quadro 23 - Custos com pessoal – Equipe de Saúde Bucal 156
Quadro 24 - Custos com pessoal – Equipe multiprofissional por UBS.....160
Quadro 25 - Custos com pessoal – equipe de apoio UBS 162
Quadro 26 - Custos com pessoal por equipe UBS.....164

Quadro 27 - Custos totais por UBS.....166
Quadro 28 - Custos da produção unitária anual por função.....171
Quadro 29 - Custo direto por produção e custo per capita por UBS (2019).172
Quadro 30 - Variáveis utilizadas na análise DEA.....176
Quadro 31 - Análise DEA por UBS 178
Quadro 32 - Benchmark e metas UBS menos eficientes 181
Quadro 33 - Eficiência ACS – DEA 185
Quadro 34 - Benchmark e metas UBS menos eficientes – ACS.....186
Quadro 35 - Eficiência auxiliar e/ou técnico de enfermagem – DEA.....187
Quadro 36 - Benchmark e metas UBS menos eficientes – Aux./Téc. de Enfermagem 187
Quadro 37 - Eficiência cirurgião-dentista – DEA 188
Quadro 38 - Benchmark e metas UBS menos eficientes – cirurgião-dentista 189
Quadro 39 - Eficiência enfermeiro – DEA 189
Quadro 40 - Benchmark e metas UBS menos eficientes – enfermeiro 190
Quadro 41 - Eficiência médico clínico geral – DEA.....190
Quadro 42 - Benchmark e metas UBS menos eficientes – médico clínico geral 191
Quadro 43 - Eficiência média das funções por UBS 192

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACE	Agentes de Combate à Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BCC	Banker, Charnes e Cooper
BSPN	Balanço do Setor Público Nacional
CASP	Contabilidade Aplicada ao Setor Público
CCR	Charnes, Cooper e Rhodes
CD	Cirurgião-Dentista
CFC	Conselho Federal de Contabilidade
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DEA	Data Envelopment Analysis
DMU	Decision Marking Units
eAP	Equipe de Atenção Primária
EC-29	Emenda Constitucional 29
ENAP	Fundação Escola Nacional de Administração Pública
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
GA	Grupo Assessor
IFAC	International Federation of Accountants
IPC	Instruções de Procedimentos Contábeis
IPSAS	International Public Sector Accounting Standards
IPSASB	International Public Sector Accounting Standards Board
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MCASP	Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NBC	Norma Brasileira de Contabilidade

NBCASP	Normas Brasileiras de Contabilidade Aplicadas ao Setor Público
NCP	Nova Contabilidade Pública
NICSP	Normas Internacionais de Contabilidade Aplicadas ao Setor Público
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pronto Atendimento
PEC	Sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPA	Plano Plurianual
PROADESS	Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RH	Recursos Humanos
SIC	Sistema de Informação de Custos
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

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 15
1.1 OBJETIVO GERAL 20
1.1.1 Objetivos Específicos 20
1.2 JUSTIFICATIVA 20

2 REFERENCIAL TEÓRICO 24
2.1 ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA 24
2.1.1 Considerações Sobre a Relação entre Estado, Administração Pública e Sociedade 24
2.1.2 Do Patrimonialismo à Administração Pública Gerencial 27
2.2 FINANÇAS PÚBLICAS 41
2.2.1 A Atividade Financeira do Estado e o Orçamento Público 42
2.2.1.1 Ciclo orçamentário 45
2.3 A NOVA CONTABILIDADE PÚBLICA E A LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL 47
2.3.1 A Contabilidade de Custos Aplicada ao Setor Público 53
2.4 EFICIÊNCIA NO SETOR PÚBLICO 65
2.4.1 Eficiência, Efetividade e Eficácia no Setor Público 67
2.5 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE 69
2.5.1 A Construção do SUS e a Questão do (Sub)Financiamento 71
2.6 LEVANTAMENTO DE ESTUDOS APLICADOS 80
2.6.1 Estudos sobre Custos na Atenção Primária 81
2.6.2 Estudos Aplicados que Utilizaram a Ferramenta DEA 84

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 91
3.1 CLASSIFICAÇÃO GERAL DA PESQUISA 91
3.2 COLETA DE DADOS 93
3.2.1 População e Amostra 94
3.2.2 Instrumento de Coleta de Dados 95
3.2.3 Definição Operacional das Variáveis 97
3.3 ANÁLISE DOS DADOS 99
3.4 HIPÓTESES NORTEADORAS 102
3.5 SÍNTESE ESTRATÉGICA DA PESQUISA 105

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS 107
4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS UBS 107
4.2 PRODUÇÃO DAS UBS 124
4.3 INFRAESTRUTURA E EQUIPAMENTOS 134
4.4 DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA DE CÁLCULO DOS CUSTOS 139
4.5 CUSTOS DAS UBS 142
4.5.1 Custos Administrativos 142
4.5.2 Custos com Material de Consumo 145
4.5.3 Custos com Pessoal 151
4.5.4 Custos Totais 166
4.5.5 Relação Custos e Produção 169
4.6 ANÁLISE DE EFICIÊNCIA 175
4.7 IMPLICAÇÕES GERENCIAIS 193

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 195

REFERÊNCIAS 204

APÊNDICE 214
APÊNDICE A – Autorização de pesquisa 215
APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados 217

ANEXO 220
ANEXO A – Gastos públicos das três esferas 221

1 INTRODUÇÃO

A saúde é uma dimensão indispensável em qualquer país e prefigura elemento de grande atenção, sobretudo se não dispor de políticas públicas efetivas para melhorar o nível de saúde da população e ampliar o acesso a todos que precisem dos seus serviços. Para tanto, os sistemas de saúde, concebidos como resposta social a essas demandas, têm assumido cada vez mais caráter de urgência e tencionado por maiores aportes de recursos. No Brasil, este cenário contribuiu para reafirmar a importância de Sistemas de Saúde eficientes, mas também evidenciou problemas crônicos de gestão, financiamento, estrutura vigente.

Considerando que uma das problemáticas mais evidentes do SUS são as filas, refletidas principalmente pelo “desequilíbrio entre a demanda e oferta dos serviços de saúde” (MENDES, 2019, p. 231). São elas, primordialmente, que contribuem para uma avaliação negativa do sistema pela população. Além disso, Pinotti (2019, p. 32) registra que o sistema de saúde “tornou-se uma colcha de retalhos, os programas e projetos são episódicos, pontuais, parciais, fragmentados”, voltados, principalmente, para o atendimento de “condições agudas e para as agudizações das condições crônicas” (MENDES, 2012, p. 21). Isso resulta em uma saúde deficitária para os usuários do SUS e em uma saúde próspera no mercado para àqueles que podem pagar por ela (PINOTTI, 2019).

Em contrapartida, tendo em vista o SUS não como um “problema sem solução, mas uma solução com problemas” (CONASS, 2006, p. 43), convém, como um primeiro passo para as transformações que se exigem, reordená-lo aos propósitos fulcrais emanados na Constituinte, que, sob bases oficiais, o consagrou. A importância da saúde, foi adequadamente apropriada na Carta Magna brasileira, configurando-a como um direito garantido e representando um dos componentes de maior expressão do Princípio da Dignidade Humana, um dos pilares da República Federativa Brasileira. Em conjunto, a Constituição Federal, em 1988, definiu um sistema único de saúde (SUS) a fim de atender ao Art. 196, o § VIII determina que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Ao mesmo tempo, através da Constituição Federal, como resultado da organização e da descentralização do Estado, foi atribuída aos municípios,

conforme Art. 30, § V, a competência para “organizar e prestar, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão os serviços públicos de interesse local", dentre os quais pode-se destacar a responsabilidade pelo planejamento das ações e serviços de saúde em seu território.

Posteriormente, em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei orgânica da Saúde, que determina a estrutura e o funcionamento do sistema e elenca preceitos que vigoram até os dias atuais. Mas, foi somente a partir de setembro de 2000, quando foi aprovada a Emenda Constitucional 29 (EC-29), que foi estabelecida a administração tripartite do SUS, prevendo a participação de recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Sendo assim, no caso da União, são reservados, no mínimo, 15% da receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro. Os Estados, por sua vez, devem participar, a cada ano, com pelo menos 12% da Receita arrecadada, em ações e serviços públicos de saúde, sendo que os municípios têm obrigação legal de aplicar no mínimo 15% do total arrecadado por ano em saúde pública. A União é responsável por formular as políticas nacionais, e ao município pressupõe executá-las sendo, portanto, o principal responsável pela saúde pública de sua população, uma vez que a partir de 2006, com a assinatura do Pacto pela Saúde, o gestor municipal passa a assumir plenamente a gestão das ações e serviços de saúde oferecidos em seu território (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Dentro desse panorama, ao tratar das ações e dos serviços de saúde, no contexto do SUS, Mendes (2012) chama atenção para um reordenamento necessário ao nível de saúde vigente da população, uma vez que historicamente, o Sistema privilegiava as ações curativas, em detrimento das preventivas. Nesse sentido, o autor reconhece que o atual nível de saúde do Brasil, expresso pelo envelhecimento da população, acompanhado da tripla carga de doenças, que se traduz em “uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e uma presença fortemente hegemônica das condições crônicas”, requer que certas redes sejam vistas como prioridade (MENDES, 2012, p. 21). Sendo assim, “a rede de atenção às urgências e às emergências; a rede de atenção materno-infantil; a rede de atenção às doenças crônicas com ênfase em hipertensão arterial, em diabetes e nas doenças renais crônicas; a rede de atenção psicossocial; e a rede de atenção à pessoa idosa” devem ser priorizadas (MENDES, 2019, p. 280).

Isto posto, Mendes (2019) prossegue afirmando que essas redes prioritárias são recepcionadas pelos agentes sociais atuantes nos diferentes setores sanitários e “são construídas em um processo ascendente que começa em cada Unidade Básica de Saúde (UBS) e se materializa em um plano local de Atenção Primária à Saúde (APS), cujo somatório será um Plano Municipal de Cuidados Primários” (MENDES, 2019, p. 280). Isto significa que uma das soluções para o enfrentamento das fragilidades do SUS partem de ações inerentes à APS.

Considerando o panorama exposto, este presente estudo lança lentes sobre a gestão pública da saúde em contexto municipal, no âmbito das UBS. Estas, por sua vez, integram a APS ou Atenção Básica (AB) e, preferencialmente, devem constituir a porta de entrada do sistema de saúde. A partir desse primeiro atendimento, o cidadão será encaminhado para os outros serviços de maior complexidade da saúde pública (hospitais e clínicas especializadas), caso necessário.

A APS abrange a atenção à saúde de primeiro nível, que se caracteriza por um conjunto de ações de saúde realizadas em nível individual e coletivo, incluindo promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (MENDES, 2019). O objetivo é desenvolver um cuidado comunitário integral que tenha um impacto positivo na saúde.

Assim, a assistência básica efetiva contribui para reduzir complicações de doenças e surgimento de agravos, ao mesmo tempo que, caso puderem atender no próprio local, as demandas dos pacientes da APS fazem com que eles deixem de procurar atendimento nos hospitais. Esta medida tem reflexos em grande escala com a diminuição da pressão das lotações nos hospitais e redução de filas de espera. Neste viés, as ações compreendidas nos níveis de atenção à saúde – promoção, proteção e recuperação, devem ser constituídas e operacionalizadas de maneira articulada e integrada, de tal forma que permita a ampla cobertura e acesso da população, com maior eficiência econômica e social possível (PASSOS; CIOSAK 2006).

Sabendo disso, investimentos nesta área específica são justificáveis, mas, para que eles possam ser eficientemente alocados, o gestor municipal necessita de informações de cunho gerencial, que em sua maioria são escassos, quando não inexistentes. Tencionar por mais recursos pressupõe saber quanto se gasta com saúde e de que forma eles podem ser alocados a fim de garantir a melhoria dos

serviços, o atendimento da demanda da população e eliminação de desperdícios. Deste modo, indagações como: Quanto do recurso destinado à APS é aplicado nas UBS? Existe alguma ferramenta que permita comparar os custos de cada UBS do Município? Há disparidade na distribuição desses recursos? E, ainda, qual a eficiência relativa das UBS? Responder a essas perguntas, pressupõe, no mínimo, que o gestor tenha acesso às informações relacionadas aos custos das operações.

Uma vez que a prática da saúde envolve uma rede complexa, muitas destas indagações permanecem com respostas vagas e como consequência são negligenciadas, anos após ano. A ausência de mecanismos de custos com fins gerenciais que deem suporte à tomada de decisão, direciona paulatinamente o gestor municipal a um ambiente repleto de incertezas com potencial de favorecer a ineficiência do serviço público em foco.

Neste contexto, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) regulamenta a utilização dos recursos públicos e circulariza uma gestão fiscal responsável determinando que a Administração Pública mantenha sistema de custos que viabilize a avaliação e o acompanhamento da gestão orçamentária, financeira e patrimonial. Somando-se a isso, o Diploma legal empreendeu a partir de 1998, por meio da Emenda Constitucional n° 19, a Reforma do Estado que, dentre outras deliberações, objetivou instituir o controle financeiro e orientar a Administração Pública na busca pela eficiência gerencial e sobretudo de uma “gestão pública eficaz” (MAUSS; SOUZA, 2008, p. 2).

No mesmo viés, Monteiro *et al.* (2011, p. 6) acrescenta que um sistema de informação de custos tem “por objetivo fornecer informações para subsidiar decisões governamentais de alocação mais eficiente do gasto público”. Sendo assim, se faz necessário implantar e aprimorar ferramentas de custos que atendam a contextos específicos viabilizando o efetivo controle e o gerenciamento adequado da aplicação dos recursos públicos.

Um sistema de custos deve sempre primar pela melhor qualidade da informação gerada, especialmente quando se trata dos custos no âmbito da saúde pública e, em particular, das UBS. É válido mencionar, neste ponto, que não existe um método de custeio que seja correto e, portanto, responda integralmente a todos aspectos do cotidiano da organização. No entanto, de acordo com as prioridades da gestão, o contexto operacional e econômico, alguns métodos podem ser mais aderentes que outros, o que os tornam apropriados para o que se requer.

Ao tratar do método de custeio direto, que merece particular interesse nesse contexto, Machado (2002, p. 148) o define “como sendo o método que aloca todos os custos – fixos e variáveis – diretamente a todos os objetos de custo sem qualquer tipo de rateio ou apropriação”. Isso torna possível o acompanhamento do desempenho das políticas públicas, à medida que considera apenas os custos diretamente associáveis aos objetos de custeio, atenuando possíveis distorções quanto aos critérios de rateio dos custos indiretos e favorecendo a objetividade (MACHADO, 2002; MACHADO; HOLANDA, 2010).

Além disso, os mesmos autores defendem o custo-benefício que envolve o método de custeio direto, verificado pela rapidez e o reduzido custo com o treinamento de pessoal, dada a familiaridade aos sistemas orçamentários. Portanto, ao apresentar estas vantagens e ainda ser de fácil implementação, considera-se a adoção do custeio direto adequada diante do interesse de conhecer o custo de contextos específicos como os quais este estudo se dedica.

Face ao exposto, este trabalho pretende responder ao seguinte problema de pesquisa**: Qual a eficiência relativa das Unidades Básicas de Saúde do Município de Arapongas-PR baseada na relação custo direto e produtividade, no ano de 2019?** Para este estudo, foi escolhido o contexto municipal, pois embora os debates e a utilização de sistema de custos para fins gerenciais tenham ganhado força e recebam destaque no âmbito nacional, na esfera municipal essas discussões parecem estar ainda em estágio embrionário. Apenas o ano de 2019 foi escolhido como ano base para a pesquisa, visto que este foi um ano típico, que pode servir de referência para o planejamento de ações futuras. Este é o ano mais recente não sujeito a interferências extremas, como o contexto pandêmico global, em que as informações poderiam ficar distorcidas e não servir de parâmetro para futuras projeções.

No tocante a avaliação da eficiência no âmbito da saúde pública, este tem sido um tema recorrente no sentido de induzir a um maior alcance da cobertura universal em saúde (OMS, 2010). A Organização Mundial de Saúde (2010) reconhece que o excesso de oferta de equipamentos e procedimentos, ou a sua subutilização, acompanhado de uma estrutura de pessoal dispendiosa ou inadequada, além do desconhecimento de melhores práticas, ocasionam desperdícios que comprometem a eficiência. Para tanto, uma das possibilidades de avaliar a eficiência, parte de modelos não-paramétricos voltados para a construção empírica de uma fronteira, que

servirá como base para análise das melhores práticas observadas, isto é, das unidades que fizeram o melhor uso dos recursos possível e, que por este motivo, são classificadas com eficiência de 100% (MATTOS; TERRA, 2015). Assim, as unidades classificadas com percentual inferior a 100%, precisam observar quais foram as práticas adotadas pelas unidades eficientes para, a partir dessas unidades referenciais, aprimorar seu próprio desempenho.

Tal panorama pode ser obtido por meio da aplicação da ferramenta Análise Envoltória dos Dados, utilizada neste estudo para mensurar a eficiência das UBS. Nesse caso, vale mencionar que se trata de eficiência relativa, uma vez que, ao ter como base a relação entre os custos diretos consumidos e os resultados obtidos, em termos de produção por cada UBS existente, compara-se com os custos e resultados obtidos de outras unidades presentes exclusivamente na amostra.

1.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a eficiência relativa das Unidades Básicas de Saúde do Município de Arapongas-PR baseada na relação custo direto e produtividade, no ano de 2019.

1.1.1 Objetivos Específicos

A) Levantar e descrever as atividades desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde;
B) Analisar a produção das diferentes atividades desenvolvidas pelas UBS;
C) Calcular e analisar comparativamente os custos diretos de cada Unidade Básica de Saúde do Município;
D) Identificar a eficiência relativa da alocação dos recursos das UBS estudadas, com relação à produção correspondente, a partir da Análise Envoltória dos Dados (DEA).

1.2 JUSTIFICATIVA

Para fazer da saúde um direito social de toda a população, cuidando, preservando, defendendo e atendendo-a, as ações da Atenção Primária, neste estudo representada pelas UBS, assumem significativa relevância, à medida que têm o potencial de melhorar o nível de saúde e qualidade de vida da população.

Uma vez que as UBS são a porta de entrada preferencial para o SUS, à medida que essas atendem com eficiência as demandas a elas atinentes, contribuem para reduzir a procura por atendimentos especializados em pronto socorros, que são, muitas vezes, desnecessários. Isso coaduna, em maior grau, na diminuição da pressão nos serviços de média e, até mesmo da alta complexidade.

Para tanto, este estudo contribui de forma prática e teórica ao fornecer informações relacionadas aos custos a um dos principais serviços de responsabilidade Municipal, que são as UBS. Na dimensão prática, as informações de custos, com fins gerenciais, preenchem uma lacuna relevante no contexto municipal das UBS, viabilizando o planejamento mais assertivo das ações e instrumentalizando, de modo eficaz, a gestão e o acompanhamento dos serviços. Ao mesmo tempo, contribui para o aprimoramento de medidas que possibilitem melhorar a atuação das UBS.

As métricas de custos desenvolvidas, consoante à contextos específicos, como deste estudo, oferecem o suporte necessário para que o gestor público aplique os recursos de maneira precisa, com eficiência, eficácia e efetivo controle, atendendo o ordenamento legal e evitando desperdício ao favorecer a economicidade.

Ademais, a utilização de instrumentos de custos, para fins gerenciais, se justifica para romper com um paradigma cultural instalado no País, de privilegiar mais as informações inerentes aos relatórios financeiros e orçamentários, em detrimento aos de produtividade (MONTEIRO *et. al.*, 2011). Assim, conforme Alonso (1999) defende, o processo crescente de apuração e divulgação das informações de custos e indicadores de resultados funcionam como catalizadores para as mudanças organizacionais. Do mesmo modo, servem como importante estímulo para os agentes de mudança, pois são estes os que tem o maior potencial de consolidar a percepção dessas mudanças. Além disso, eles podem ser ainda a base para um grande e permanente esforço de aperfeiçoamento dos serviços essenciais prestados pelo Estado à população, a partir dos recursos que dela mesma derivam (HOLANDA; LATTMAN-WELTMAN; GUIMARÃES, 2010).

Sabe-se que uma das mais importantes tarefas no âmbito da APS diz respeito à constante avaliação dos seus processos e resultados e, para tanto, existem uma série de indicadores relacionados ao desempenho do SUS, estrutura e condições de saúde (SALA; MENDES, 2011) capazes de efetuar este acompanhamento. No entanto, ao tratar dos indicadores de desempenho relacionados à APS, vale mencionar que estes não privilegiam a eficiência dos serviços prestados, em termos das relações dos custos e dos produtos gerados e, com isso, a alocação racional dos recursos pode ser prejudicada.

Somando-se a isso, a disponibilização de informações relacionadas aos serviços públicos prestados e os custos correspondentes, pode contribuir para favorecer o monitoramento e o controle efetivo da sociedade, uma vez que facilita para o cidadão acompanhar as aplicações dos recursos arrecadados, atendendo ao que está disposto na Lei da Transparência.

Na dimensão teórica, pode-se verificar o crescimento exponencial de estudos que que utilizaram a ferramenta DEA para medir o desempenho de diferentes unidades organizacionais (EMROUZNEJAD; YANG, 2018), configurando-se, por esta razão, um tópico emergente, atual e, sobretudo, com múltiplo alcance.

No contexto nacional, em termos de uso da DEA em pesquisas que objetivam relacionar eficiência e saúde, foram encontrados 7 estudos. A pesquisa teve como base o banco de dados SCOPUS (Elsevier), com filtro de pesquisa de palavras combinadas “Eficiência e Saúde e DEA” que deveriam estar elencadas no título, nas palavras-chaves ou resumo. Das pesquisas encontradas, evidencia-se: Faria, Januzzi e Silva (2008), que buscaram analisar a eficiência dos gastos municipais em saúde e educação nos municípios do Estado do Rio de Janeiro; Fonseca e Ferreira (2009), que investigaram os níveis de eficiência no uso dos recursos no setor da saúde nas microrregiões de Minas Gerais; Mazon, Mascarenhas e Dallabrida (2015), por sua vez, analisaram a eficiência dos gastos públicos em saúde nos municípios de Santa Catarina; Vasconcelos *et al.* (2017), analisaram a eficiência do serviço do SUS de 244 Municípios do Paraná; enquanto, Medeiros e Marcolino (2018) analisaram os níveis de eficiência dos municípios do Rio de Janeiro e buscaram identificar qual recurso apresentou maior potencial de melhorar a eficiência dos municípios considerados ineficientes.

Conforme pode-se observar, ao mesmo tempo que é crescente a preocupação com a eficiência dos gastos públicos com saúde, também se evidencia

uma lacuna teórica, no que se refere ao objeto de análise. Isto porque, a grande parte dos estudos enfocam o desempenho da saúde no contexto regional, sobretudo entre municípios, sendo poucos, os que partem do nível das UBS para as análises. Dessa maneira, esta pesquisa corrobora para o avanço do campo teórico, à medida que leva em consideração a avaliação da eficiência, tendo como base a relação entre os custos diretos consumidos e os resultados obtidos em termos de produção, por cada UBS existente em município situado no Norte do Paraná, comparando-os com os custos e os resultados obtidos de outras unidades da amostra.

Outra contribuição teórica, reside na dimensão dos custos a que esta pesquisa se dedica. Segundo Ferri (2018), estudos preliminares apontaram para uma escassez de estudos voltados para o contexto da APS, seus custos, bem como análises da produtividade das UBS e eficiência na aplicação dos respectivos recursos. A mesma autora prossegue demonstrando a “dificuldade de localizar estudos com hipóteses validadas, voltadas para a APS” (FERRI, 2018, p. 22,).

Nesse sentido, cumpre destacar que a grande maioria das pesquisas utilizam valores agregados, sendo poucos os que são desenvolvidos a partir de cada unidade de referência, ao nível das UBS (FERRI, 2018), por exemplo. Além disso, em que pese o método de custeio utilizado, nomeadamente o custeio direto, se mostra ainda mais relevante, à medida que se vale de um método pouco explorado no setor público, mas que tem muito a oferecer. Isto porque, favorece a compreensão dos custos efetivamente gastos na produção, em termos de serviços prestados à população no contexto singular de cada UBS. O que significa explorar e analisar os dados onde o recurso é efetivamente aplicado e o serviço é prestado, pois sabe-se que a gestão eficiente dos recursos na APS tem o potencial de refletir no sistema de saúde como um todo, o que oportuniza a necessidade de expandir o conhecimento a partir deste contexto de análise.

Sendo assim, este estudo corrobora com o avanço teórico e prático, fomentando as discussões nesse escopo e acrescentando melhorias para a qualidade do gasto público, ao mesmo tempo em que leva a uma reflexão da necessidade de uma nova Administração Pública e a repensar os moldes tradicionais de gestão para um modelo mais moderno, ágil, com foco no cidadão, em que a eficiência, efetividade e a transparência da alocação de recursos transcendam a retórica.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A estruturação do referencial teórico constitui-se em um importante esforço de sedimentar e circunscrever o campo do conhecimento que se propõe verificar. Nesse sentido, a fundamentação teórica desenvolvida para esta pesquisa engloba a Administração Pública, imprimindo um recorte temático nos três principais modelos organizacionais da administração pública brasileira e com foco na dimensão gerencial, na qual insere-se este estudo. Articula-se também as Finanças Públicas e as transformações recentes da Contabilidade Pública, com especial ênfase na Contabilidade de Custos e os principais métodos de custeio. Em seguida, discute-se a questão da eficiência no setor público. Ademais, discute-se sobre o SUS e contextualiza-se historicamente um de seus grandes desafios: a questão do financiamento e a consequente escassez de recursos, para então, em última análise, evidenciar, na literatura, os estudos que corroboraram para avaliar os custos e a eficiência do setor.

2.1 ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Do ponto de vista histórico, a Administração Pública brasileira pode ser caracterizada por uma série de reformas administrativas em prol do aperfeiçoamento da gestão pública. Mas, para que se possa adentrar a evolução dos modelos organizacionais da Administração Pública, em especial, os que se inserem no caso brasileiro, é necessário, como um primeiro passo, compreenderos conceitos que envolvem o Estado, Administração Pública e suas relações com a Sociedade, como evidenciados a seguir.

2.1.1 Considerações sobre a Relação entre Estado, Administração Pública e Sociedade

A necessidade de o homem viver em comunidade emana de sua própria essência, na qual relacionar-se com o outro é condição fundamental para sua existência. Assim, pode-se dizer que o Estado ancora boa parte de suas raízes na própria formação e organização das sociedades. Nesse ponto, Faria (2008, p. 19)

chama atenção para o fato de que “a forma de organização, tal como é conhecida, deve ser buscada na forma de Estado”. Segundo o autor, a partir da noção de que o Estado é a forma organizada da sociedade, ao governo é atribuída a gestão e a administração desta organização. Este está sujeito às influências de condições histórico-sociais e econômicas, paralelas ao potencial dos grupos sociais que o compõe de conferir-lhe direção política.

Conforme sugere Faria (2008, p. 19), “o Estado enquanto estrutura organizada e a gestão enquanto práxis coletivas formam o arcabouço político da vida em sociedade” e, como resultado, o Estado, munido de poder político e decisório tem a responsabilidade de cuidar dos interesses coletivos e gerir a coisa pública. Por essa razão, o ideal de bem comum, enquanto balizador da atuação estatal, está previsto em todos os ordenamentos jurídicos, mesmo que implicitamente (BATISTA JUNIOR, 2008).

Por outro lado, ao tratar da definição do Estado, Costin (2010, p. 1) o considera, em termos operacionais, como um “conjunto de regras, pessoas e organizações que se separam da sociedade para organizá-la”. Sob este ângulo, a autora assume uma concepção mais distante dos debates ideológicos frequentes, sem descartá-los, e parte da ideia de que o Estado nem sempre existiu, mas surge quando a direção de um grupo social é legitimada por alguma espécie de estrutura ou organização específica que, atuando hierarquicamente, evidencie claramente a distinção entre governados e governantes. Além disso, em sua versão moderna, o Estado passa a ser entendido com base na clara divisão entre o privado e o público e nas ideias de representatividade, à exceção do absolutismo, que é considerado pela autora, como uma transição da idade média para a modernidade.

Além dessas abordagens, outras contribuem para uma melhor compreensão das diferenças conceituais que envolvem os termos Estado, Administração Pública e governo (MATIAS-PEREIRA, 2014). Para o autor, em um sentido mais amplo, o Estado, é entendido como:

> [...] a sociedade política e juridicamente organizada em determinado território, dotado de soberania; o governo, por sua vez, é o núcleo estratégico ocupado de forma temporária por indivíduos que definem os objetivos, diretrizes e metas do Estado; e administração pública é a máquina estatal que viabiliza a vontade política (MATIAS-PEREIRA, 2014, p. 75).

Sendo assim, como desdobramento das relações entre o Estado e a sociedade, ou seja, o seu povo, surgem as “funções típicas da Administração pública

viabilizadas com a criação de seus órgãos executores" (MATIAS-PEREIRA, 2018, p.147) cuja primazia reside na coordenação e implementação das políticas públicas (MATIAS-PEREIRA, 2012) por meio das quais, as necessidades da sociedade são atendidas. Neste ponto, importa salientar que a "Administração Pública não se confunde com a função administrativa" (COSTIN, 2010, p. 27), uma vez que é justamente a organização desses órgãos que forma a Administração Pública.

Conforme pode-se observar, embora possam ser tratados como sinônimos, a Administração Pública distingue-se do Estado, visto esse ser mais amplo. Partindo dessa concepção, além do Estado contar com "uma dimensão legiferante — associada à produção de normas que regerão a vida social" ele conta também uma "dimensão administrativa — associada ao cotidiano da gestão das instituições e das relações políticas" (COSTIN, 2010, p. 27). A propósito, é interessante a concepção "operacional" da Administração Pública trazida por Costin (2010, p. 27), assim entendida como "o conjunto de órgãos, funcionários e procedimentos utilizados pelos três poderes que integram o Estado, para realizar suas funções econômicas e os papéis que a sociedade lhe atribuiu no momento histórico em consideração". A partir dessa ideia, pode-se dizer que as transformações no desenho da Administração Pública são influenciadas pelas demandas voláteis da sociedade e pelo compasso político, sobretudo o travado no legislativo, voltados para a implementação de diferentes projetos políticos de governo.

Paralelo a isso, Fadul e Souza (2005) observaram através da trajetória histórica de mudanças assumidas pela Administração Pública do país, momentos sazonais de crises políticas e institucionais que forçaram novos formatos na atuação pública, do mesmo modo que exigiram a rearticulação de políticas e projetos de desenvolvimento. Neste sentido, pode-se dizer que a Reforma do Estado, é voltada para mudanças nas esferas fiscais, tributárias, econômicas e nos institutos previdenciários, ou seja, tendem para a implementação de políticas em prol da retomada do crescimento econômico do país (FADUL; SOUZA, 2005). Por outro lado, as reformas administrativas se sucedem a fim de superar problemas persistentes de performance do aparelho estatal (REZENDE, 2002), por meio da implementação de uma série de políticas que visam melhorar o desempenho e a qualidade dos serviços públicos prestados (TORRES, 2004). Sendo esta última dimensão, a que será abordada na sequência.

2.1.2 Do Patrimonialismo à Administração Pública Gerencial

Considerando útil, no sentido de precisar a experiência histórica brasileira de reformas, aqui entendidas como as “transformações na configuração e na definição de novos modelos de gestão”, ou seja, mudanças em termos “gerenciais, organizacionais e no funcionalismo público” (FADUL; SOUZA, 2005, p. 4), parte-se da evolução histórica dos modelos organizacionais tal qual evidenciado por Bresser-Pereira (1996; 1998a), em alinhamento ao que grande parte da literatura especializada converge. Para o autor, três formas de administrar o Estado podem ser identificadas: a administração patrimonialista; administração pública burocrática; e administração pública gerencial, considerada por outros estudiosos como pós-burocrática (BRESSER-PEREIRA, 1996; 1998a; COSTIN, 2010). Isto não significa que estas se apresentem como modelos estanques, uma vez que não estão excluídas a convivência paralela de nuances dos elementos que constituem os diferentes modelos, ainda que fluídos, mas que de certa forma e em determinados momentos, predominaram (ARRUDA NETO, 2010; PAULA, 2005; MATIAS-PEREIRA, 2010, 2014, 2018; SECCHI, 2009).

Assim, a administração pública burocrática foi adotada em substituição à administração patrimonialista, que dirigiu os regimes das monarquias absolutistas, nos quais não havia “distinção entre res publica (“coisa pública”) e res principis (“coisa do príncipe”), figurando o Estado como mero apêndice do “poder do soberano” (ARRUDA NETO, 2010, p. 136) ou seja, o Estado, sob esta égide, era aceito como propriedade do rei (BRESSER-PEREIRA, 1996). O nepotismo, favoritismo, empreguismo, assim como a corrupção eram frequentes neste modelo (BRESSER-PEREIRA, 1996), sendo que “os cargos públicos eram preenchidos de forma aleatória ou arbitrária, sem a observância de regras claras” conforme argumenta Arruda Neto (2010, p. 136). Com isso, “as primeiras funções públicas exercidas no Brasil foram funções vendidas ou trocadas por lealdade ou serviços prestados à Coroa”, à exemplo das funções de desembargador, ouvidor ou de capitão donatário. (COSTIN, 2010, p. 166).

Em linhas gerais, o patrimonialismo pode ser definido “como um sistema de dominação política ou de autoridade tradicional, no qual a riqueza, os bens sociais, cargos e direitos são disponibilizados como patrimônios pessoais de um chefe ou de um governante” (MATIAS-PEREIA, 2018 p. 148-149). Além disso, pode-se

afirmar que o patrimonialismo deriva de uma espécie de patriarcalismo ampliado, no qual o exercício da dominação tradicional preconiza um cenário administrativo que funde o tradicionalismo com a discricionariedade particular do governante (MATIAS-PEREIRA, 2018).

No Brasil, o patrimonialismo remonta os momentos pré-inaugurais da sua história desde Portugal medieval. Momento em que prevalecia o Estado patrimonial, fato que impulsionou o protagonismo lusitano na expansão marítima e facilitou a sua unificação, ao passo que aos seus contemporâneos europeus, ainda residiam o modelo feudal coordenando o quadro administrativo, tipicamente descentralizado (ARRUDA NETO, 2010). Segundo Faoro (2001), quatro elementos configuravam o tecido social e político de Portugal: a Guerra; o quadro administrativo; o comércio; e a supremacia do soberano. Como resultado, o modelo patrimonialista foi introduzido no Brasil por meio da administração de Portugal, que considerava a sua colônia, propriedade da família real. No entanto, a partir do século XIX, com o surgimento do capitalismo industrial e as democracias parlamentares, este tipo de administração se tornou insustentável (BRESSER-PEREIRA, 1996).

O capitalismo, preconiza a nítida divisão entre o Estado e o mercado, ao mesmo tempo que a democracia depende da distinção entre sociedade civil do Estado, enquanto o dirige. Como resultado, tornou-se imprescindível apresentar um modelo de administração que além de manter uma clara separação entre o público e o privado, também prescrevesse o político separado do administrador público (BRESSER-PEREIRA, 1996).

Nesta esteira, surge a administração burocrática moderna, racional-legal, com a primazia de superar o modelo patrimonialista de administração pública, que vigorou no Brasil desde o período colonial e imperial, e se estendeu por grande parte do período republicano – que data desde o séc. XVI até o início do século XX (ARRUDA NETO, 2010). Sob este enfoque, Matias-Pereira (2018, p. 149) registra que:

> Ao longo do tempo, conforme previa Max Weber (1972, 1989, 1993), os padrões burocráticos na administração pública foram gradativamente se impondo e atingindo setores cada vez mais amplos da administração. Sua expansão parece corresponder ao processo de industrialização, à crescente complexidade da sociedade e ao aprofundamento da divisão social do trabalho.

Segundo Bresser-Pereira (1996) a administração burocrática clássica, tem por bases os fundamentos da administração militar prussiana, implantada inicialmente nos principais países europeus, no final do século XIX, e posteriormente

nos Estados Unidos. Em contrapartida, Secchi (2009) sustenta que o modelo burocrático já estava pulverizado na Europa bem antes disso, corroborado pelo fato de que muitas administrações públicas, bem como instituições religiosas e militares já experimentavam o modelo burocrático, ainda que em densidades distintas, desde o século XVI. Sua adoção, contudo, tornou-se mais ampla nas instituições públicas, privadas e do terceiro setor, no século XX.

Weber é reconhecidamente um dos expoentes do modelo burocrático, isto em razão do relevante empreendimento intelectual resultante das investigações e sintetização dos principais pressupostos do modelo estudados pelo sociólogo (SECCHI, 2009). Ao referir-se ao modelo que impulsionou muitas reformas implementadas durante a chamada *progressive era*, entre os séculos XIX e XX, nas administrações públicas norte-americanas, Hood (1995, p. 93) também o denomina como "*progressive public administration*".

Importante assinalar também que foi somente após a morte de Max Weber, paralela à publicação do livro *Wirtschaft und Gesellschaft* (Economia e sociedade), em 1922, que os fundamentos teóricos da burocracia foram estabelecidos definitivamente (SECCHI, 2009). No modelo burocrático weberiano, cumpre observar a forma típica de dominação racional-legal, segundo a qual a autoridade resulta de regras, ou ainda consoante Secchi (2009, p. 351), é um modelo em que "o poder emana das normas, das instituições formais, e não do perfil carismático ou da tradição", sendo precisamente, por meio desta premissa fundamental que as três características essenciais do modelo são desenvolvidas, são essas: o formalismo, a impessoalidade e o profissionalismo (SECCHI, 2009).

Ao formalismo pressupõe "deveres e responsabilidades aos membros da organização" (SECCHI, 2009, p. 351) configurando e legitimando uma hierarquia na qual cada empregado possui uma tarefa formalmente estabelecida de modo a garantir a perenidade do trabalho, sendo também responsável pelo seu cumprimento perante um superior. Como resultado, o mínimo de discricionariedade do comportamento humano no desempenho das tarefas é favorecido (SECCHI, 2009).

Já o critério impessoalidade, considera que as posições hierárquicas pertençam à organização e não ao empregado que as ocupa, o que contribui fortemente para obliterar tentativas de apropriação indevida de poder, ou outras benesses quando da saída da organização ou destituição de função (SECCHI, 2009). Além disso, através do estabelecimento de linhas hierárquicas claras de autoridade,

as relações entre os membros das organizações e o contexto externo são delineadas. Neste sentido, o chefe de um departamento possui autoridade e responsabilidade nas comunicações e decisões tomadas, conjugada à posição que assume como representante formal da organização (SECCHI, 2009).

O profissionalismo, por sua vez, pressupõe tangenciar o favoritismo e nepotismo típicos dos modelos patrimonialistas (BRESSER-PEREIRA, 1996; SECCHI, 2009) das organizações. Isto decorre de as funções serem atribuídas “às pessoas que chegam a um cargo por meio de competição justa na qual os postulantes devem mostrar suas melhores capacidades técnicas e conhecimento” (SECCHI, 2009, p. 351). Considera, portanto, o mérito profissional e salários diferenciais por cargo, de maneira que a experiência e o desempenho na função são exigências fundamentais para auferir uma posição hierárquica superior (SECCHI 2009). É válido destacar também, outras características convergentes ao profissionalismo, tais como, a distinção entre o público e o privado, divisão racional das tarefas e ainda, a separação da vida pessoal com a profissional.

Assim, na esteira da previsibilidade, eficiência e precisão no que se refere às questões organizacionais, a reforma burocrática tornou-se essencial para a modernização do Estado, razão pela qual a Administração Pública Burocrática ganhou destaque (GOMES; OLIVEIRA, 2010) em boa parte do globo. No entanto, quando o Estado moderno passou a controlar e administrar um número cada vez maior de setores da vida social, mais precisamente, posterior à Segunda Guerra Mundial, “o pressuposto de eficiência no qual se baseava não se revelou real” (BRESSER-PEREIRA, 1996, p. 19).

Historicamente, este cenário ficou claro no momento de transição entre o pequeno estado liberal do século XIX para o grande Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*) do século XX, o qual evidenciou que a administração burocrática não oferecia agilidade, nem custos menores, tampouco qualidade suficiente para responder às demandas dos cidadãos. Além disso, enquanto vigorava um Estado com atribuições restritas à justiça, defesa nacional e fazenda, a eficiência não era um problema marcante, entretanto, na medida em que este assume um arcabouço social ampliado para garantir o atendimento das necessidades básicas da população, nele incluídos a “educação, a saúde, a cultura, a previdência e assistência social” (BRESSER-PEREIRA, 1996, p. 11), aliado às funções econômicas internas e internacionais, a preocupação com a eficiência torna-se central.

Nesse sentido, Arruda Neto (2010, p. 134), registra que desta “distribuição universal de todas as funções do Estado” que se concentram os primeiros descontentamentos afetos à burocracia, ou seja, o mecanismo contribui para o “risco das tarefas públicas não programadas serem negligenciadas”, o que somado à rigidez inerente a burocracia em acompanhar as necessidades sociais, por vezes cambiáveis, acabam por projetar um quadro retrogrado, intensificado quando os controles efetivos necessários para a sua consolidação não estão disponíveis, tornando ineficiente a prestação dos serviços ao cidadão.

Paralelamente, Secchi (2009) aponta que a apreciação crítica em torno do modelo organizacional burocrático, se intensificou, especialmente no período pós – Segunda Guerra Mundial, impulsionada por intelectuais, tais como Robert King Merton (1949). Dentre os problemas inerentes à estrutura geral da burocracia, Merton (1949) inclui a conformidade estrita aos regulamentos, que em determinadas condições passa a ser disfuncional. Para o autor, nestes casos, os regulamentos são seguidos rigorosamente e compulsoriamente, mesmo quando as condições iniciais que estabeleceram sua funcionalidade e eficiência terem sido modificadas materialmente, desvirtuando seu propósito.

De fato, Torres (2004, p. 173) reforça que em decorrência do modelo burocrático ser altamente processualístico, “rígido, caro e sem mecanismos de avaliação tanto de gestão, quanto de servidores”, já não era mais favorável para a administração dos Estados contemporâneos (POLLITT, 1990). Mesmo assim, o que se observa é que a burocracia weberiana persistiu como referencial para grande parte das administrações públicas dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) mais complexas até meados da década de 1980, quando a ideia de um novo modelo passou a ser fortalecida (COSTIN, 2010). A partir deste cenário, a abordagem gerencial ganhou espaço em vários governos, mediante o lastro de imprimir no campo da administração pública um conjunto de pressupostos adotados na administração privada, logrando, em paralelo, preencher lacunas teóricas e práticas subjacentes aos modelos vigentes.

A administração pública gerencial, também conhecida como a Nova Administração Pública, foi implementada em diversos países, a partir da década de 1980, em resposta às crises do Estado, nelas incluídas a fiscal, a burocrática e os mecanismos intervencionistas adotados até então (BRESSER-PEREIRA, 1996; PAULA, 2005; SANO; ABRUCIO, 2008; TORRES, 2004). Conforme aponta Torres

(2004), as características da nova administração pública, inicialmente se desenvolveram na Inglaterra e nos Estados Unidos, com a ascensão dos governos neoliberais de Reagan, em 1980, e Thatcher, em 1979, e, posteriormente na Nova Zelândia, na Austrália e em outros países (PAULA, 2005).

Em um primeiro momento, a onda reformista e gerencial da administração pública, traduziu as questões de redução de custos e a busca pela eficiência, evoluindo, na sequência, para contextos mais complexos, como a "efetividade, controle social, noções mais elevadas de cidadania, equidade e busca de maior responsabilização dos administradores públicos" (TORRES, 2004, p. 173). Isso imprimiu a modernização da atuação estatal em diferentes graus de intensidades e resultados, dado os contornos peculiares de cada país, especialmente no tocante à herança estatal e a estrutura política (SANO; ABRUCIO, 2008). Vale dizer que, esse modelo parte do que Costin (2010, p. 33) chama de "reformas de segunda geração", uma vez que não considera apenas medidas de restrições fiscais, largamente implementadas à época, mas, sobretudo, fortalece o gerenciamento público, o controle e a atribuição de resultados, bem como estruturas mais flexíveis nas quais os cidadãos passam a ter lugar, enquanto usuários dos serviços públicos e contribuintes.

Paralelamente, dentro deste contexto, verificou-se um crescente avanço na literatura acadêmica de trabalhos desenvolvidos na esteira da administração pública gerencial, como a consagrada obra de Osborne e Gaebler (1992), Barzelay (1992) e, no Brasil inspiradas por Beltrão (1984) e Holanda (1993). Sobre as múltiplas concepções organizacionais disseminadas na época, Abrucio, (1997, p. 8) observa que "foi o modelo gerencial, inicialmente em sua forma pura, o propulsor das primeiras mudanças no modelo burocrático weberiano". A respeito das principais abordagens do movimento gerencialista, Fadul e Silva (2008, p. 3) registram que:

> A *New Public Administration* (a Nova Administração Pública) movimento de orientação americana, adotada e popularizada durante o governo de Ronald Reagan em 1980, foi disseminada através do livro de Osborne e Gaebler, Reinventando o Governo. A *New Public Management* (a Nova Gestão Pública) de orientação mais liberal, adotada pela Inglaterra durante o governo da Primeira-Ministra Margareth Tatcher em 1979, foi disseminada a partir das reformas administrativas realizadas no Reino Unido durante as décadas de 70 e 80. A Nova Gestão Pública gerou quatro modelos de gerencialismo: o impulso para eficiência; o *downsizing* e a descentralização; a busca pela excelência; e a orientação para o público. A terceira vertente, o *Managerialism*, também de tradição inglesa, gerou na reforma do setor público da Inglaterra três visões ou abordagens diferentes: o modelo gerencial puro; o *consumeirism*; e o *public service orientation.*

Embora possam existir diferenças entre essas vertentes, ainda que sutis, todas tendem para “reconstruir o setor público sob bases pós burocráticas”, (ABRUCIO, 1997, p. 8). Nesse sentido, as principais características que conferem um novo contorno para a Administração Pública são pertinentemente elencadas por Bresser-Pereira (1998a, p. 10) e listadas na sequência:

> 1) descentralização do ponto de vista político, transferindo recursos e atribuições para os níveis políticos regionais e locais; 2) descentralização administrativa, através da delegação de autoridade para os administradores públicos transformados em gerentes crescentemente autônomos; 3) organizações com poucos níveis hierárquicos ao invés de piramidal; 4) organizações flexíveis ao invés de unitárias e monolíticas, nas quais as ideias de multiplicidade, de competição administrada e de conflito tenham lugar; 5) pressuposto da confiança limitada e não da desconfiança total; 6) definição dos objetivos a serem atingidos pelas unidades descentralizadas na forma de indicadores de desempenho, sempre que possível quantitativos, que constituirão o centro do contrato de gestão entre o ministro e o responsável pelo órgão que está sendo transformado em agência; 7) controle por resultados, a posteriori, ao invés do controle rígido, passo a passo, dos processos administrativos; e 8) administração voltada para o atendimento do cidadão, ao invés de auto-referida.

Deste modo, conforme o exposto é possível perceber que a combinação entre a flexibilização da gestão e o aumento da responsabilização da administração pública são centrais na Nova Gestão Pública. Por outro lado, é igualmente importante mencionar os dois equívocos comuns levantados por Torres (2004, p. 173-174) em torno da nova gestão pública, sendo o primeiro, “a tendência em perceber as reformas gerenciais como um processo que ocorreu de forma uniforme nos vários países ao redor do mundo e, segundo, que estas seriam pioneiras e absolutamente inovadoras quanto as práticas de gestão defendidas”. O Brasil, é um grande exemplo ilustrativo disso, no qual a percepção da necessidade de reformar o Estado remonta à década de 30 e se sucede de forma “acidentada e contraditória” conforme sugere Bresser-Pereira (1998a, p. 7). Isto posto, Matias-Pereira (2018) chama atenção para cinco momentos considerados importantes no processo de reforma da Administração Pública Brasileira, entre os anos de 1930 e 2010 conforme recorte cronológico exposto no Quadro 1. Sobre isso, convém mencionar que poderiam ser citados uma série de outros eventos que envolveram algum tipo de transformação no *modus operandi* estatal. No entanto, optou-se por ater-se a esses exemplos, com base na dimensão dos impactos na estrutura organizacional da Administração Pública por meio das medidas empreendidas.

Quadro 1. Marcos no processo de reforma da Administração Pública Brasileira

PERÍODO	CARACTERÍSTICAS
Década de 1930	A Reforma Administrativa do governo Getúlio Vargas – Reforma Burocrática.
1955	As medidas institucionais implementadas para a execução do Plano de Metas (1955), no governo Juscelino Kubitschek, que viabilizaram a efetivação de uma reforma administrativa silenciosa, realizada por meio da chamada "administração paralela".
1967	A expedição do Decreto-Lei nº 200, de 1967, no período militar, cujo teor enalteceu a administração indireta, na medida em que promoveu a descentralização do poder central.
1995	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, de setembro de 1995 do governo Fernando Henrique Cardoso - Reforma Gerencial.
2003-2010	Recomposição da força de trabalho na administração pública, a partir do fortalecimento das carreiras típicas do Estado, no governo Lula.

Fonte: elaborado pela autora com base em Matias-Pereira (2018)

Assim, dentro deste panorama, as tentativas de reforma administrativa do Estado, no caso Pátrio, são antigas, mais precisamente circunscritas ao ano de 1936, a partir da reforma administrativa introduzida por Mauricio Nabuco e Luís Simões Lopes, na qual o princípio do mérito profissional tratado por Weber constituiu evidente balizador (BRESSER-PEREIRA, 1996). Deste modo, os princípios da administração burocrática clássica foram implementados por meio da criação do Departamento Administrativo do Serviço Público – DASP. Essa pode ser considerada a primeira reforma administrativa no país, culminando dois anos mais tarde, na criação da primeira autarquia, reconhecida por Bresser-Pereira (1998b) como uma prévia do alinhamento às reformas gerenciais, que se tornaram centrais na década de 90. Aliás, o autor identifica que desde então, emergia a ideia de que o serviço público precisaria ser descentralizado e não mais submisso integralmente aos comandos burocráticos emanados de uma administração central.

As propostas desta reforma envolviam a modernização da gestão de pessoal, gestão de materiais, orçamento e dos procedimentos administrativos. Com efeito, segundo observa Costin (2010) as mudanças na administração de pessoal assumem especial destaque. Neste ponto, especificam-se detalhadamente diversos procedimentos estabelecidos, à exemplo dos concursos públicos, e outras formas de mecanismos como planos de classificação de cargos e salários, treinamento e aperfeiçoamento de servidores e implantação de sistema de méritos, medidas destinadas a prover de racionalidade o aparato estatal (COSTIN, 2010). No tocante às mudanças no orçamento, se propunha a vinculação das rubricas à planos de trabalho e, na gestão de materiais, lembra Costin (2010), a proposta foi estabelecer

um sistema de classificação e codificação de materiais a fim de simplificar os procedimentos de aquisição e almoxarifado e implementar os processos de licitação. Com isso, pode-se dizer que foram reduzidos o espaço conferido ao clientelismo, característico da administração patrimonialista e caminhava-se na direção da consolidação dos moldes da administração burocrática.

Posteriormente, em 1955, o desenvolvimentismo inerente ao Plano de Metas do presidente Juscelino Kubitschek, foi executado, em larga medida alheio aos órgãos administrativos convencionais, dada a precariedade e morosidade da atuação do atual aparato, em que pese, operacionalizado por meio do que pode ser chamado de administração paralela. Isto é justificado por Torres (2004, p. 151) quando afirma que JK “administrou o Estado desacreditando a burocracia disponível e não investindo em sua profissionalização”, razão pela qual optou por atuar criando novas estruturas, a fim de responder aos problemas iminentes, o que serviu para adiar indefinidamente a tarefa de reestruturar e profissionalizar o aparelho público vigente.

Como desdobramento das dificuldades da administração pública direta em executar as tarefas desenvolvimentistas, estabelecidas como prioridade pelos militares, tornou-se imprescindível uma reforma administrativa, o que foi pretendido através da expedição do Decreto lei n° 200, de 25 de fevereiro de 1967, que em linhas gerais, objetivava modernizar, por meio de 215 artigos, a administração pública, nele incluído cinco princípios norteadores da atividade estatal, como: o planejamento; coordenação; descentralização; delegação de competência; e controle. Aqui, Costin (2010) chama atenção para um aspecto importante do Decreto-lei, que foi a criação de sistemas para coordenar as atividades administrativas elaboradas pelos órgãos federais no âmbito do orçamento público, pessoal, estatística, administração financeira, contabilidade e auditoria, em que cada sistema contava com um órgão central, responsável por elaborar normas técnicas, assim como orientar e fiscalizar. Partindo dessas premissas, Torres (2004) reconhece que os esforços empreendidos pelos militares para modernizar a administração pública, em termos de mecanismos gerenciais, foi pautado, em boa medida, na descentralização administrativa para a administração indireta, uma vez que mantinha “um forte conteúdo de estruturação, nos moldes da administração burocrática”, conforme lembra Costin (2010, p. 59).

Ressalta-se que o período da década de 80, que culminou com a Constituição de 1988, não foi incluído como marco dentro do processo de reforma da

Administração Pública, porque boa parte da literatura especializada entende ser mais um retorno ao formalismo, ou seja, um retrocesso, em termos de gestão pública. Fica claro que, em muitos momentos, privilegiou-se o confinamento burocrático das decisões, o que contribuiu por reduzir a autonomia da gestão (DINIZ, 1997). Todavia, Klering *et al.* (2010) chamam atenção para um evento importante ocorrido em 1986, que foi a criação da Fundação Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), cujo teor visava à modernização do setor público, a partir da formação, aperfeiçoamento e profissionalização do servidor de nível superior. Apesar disso, após a Constituição, os esforços para modernizar a administração pública foram frustrados. Ao tratar dos direitos sociais, agora assegurados pela Carta Magna e as relações entre a sociedade e o setor público, constituíram-se num grande avanço até então, com destaque para a municipalização e descentralização. As transformações nas políticas sociais, mais precisamente as que envolvem a saúde, serão melhor aprofundadas mais adiante, dada a sua relevância neste estudo.

Sendo assim, a implementação das ideias propostas da abordagem gerencial ocorreu, sobretudo, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, em 1995, a partir da criação do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) protagonizado pelo então ministro, Luiz Carlos Bresser-Pereira (PAULA, 2005; SANO; ABRUCIO, 2008). Segundo Paula (2005, p. 18) “a vertente se tornou hegemônica quando a aliança social-liberal alcançou o poder e implementou a administração pública gerencial”. Neste interim, um diagnóstico da administração pública federal, baseado, basicamente, pelas ideias da Nova Gestão Pública foi proposto no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado.

Na realidade, a necessidade desta reforma estava associada ao quadro de crises tanto da estrutura atual Administração Pública brasileira, quanto aos problemas fiscais, intensificados a partir da década de 90, com a globalização econômica, caracterizados pelo

> [...] desaparelhamento financeiro e administrativo do Estado para enfrentar as demandas crescentes da população, especialmente na área social, e o esgotamento do modelo econômico centrado na substituição de importações mediante forte atuação empresarial do Estado” (COSTIN, 2010, p. 55).

Nesse contexto, a fim de responder consistentemente aos desafios da crise fiscal, do modelo econômico e gerencial, o plano diretor apontava a necessidade de atuar em diferentes frentes simultaneamente, sugerindo o Ministério da Administração e Reforma do Estado (1995, p. 11):

> (1) o ajustamento fiscal duradouro; (2) reformas econômicas orientadas para o mercado, que, acompanhadas de uma política industrial e tecnológica, garantam a concorrência interna e criem as condições para o enfrentamento da competição internacional; (3) a reforma da previdência social; (4) a inovação dos instrumentos de política social, proporcionando maior abrangência e promovendo melhor qualidade para os serviços sociais; e (5) a reforma do aparelho do Estado, com vistas a aumentar sua "governança", ou seja, sua capacidade de implementar de forma eficiente políticas públicas.

É relevante nesta visão o esclarecimento de que os primeiros aspectos elencados partiam da articulação entre o MARE e outros ministérios encarregados de implementar essas medidas. Por outro lado, o último, conforme lembra Costin (2010) era da responsabilidade do Ministério capitaneado por Bresser-Pereira, sendo neste aspecto, sobretudo, que o Plano Diretor convergiu.

Assim, considerando o alinhamento às proposições da NGP, o plano apresentado pelo MARE se destacou pelo novo desenho institucional, em que o Estado assume uma posição mais ativa na regulação e promoção da prestação de serviços públicos, visando sobretudo a descentralização, a desburocratização e maior responsabilização e autonomia gerenciais (BRESSER-PEREIRA, 1998a). Sano e Abrucio (2008) salientam que para atingir esse objetivo, o corpo burocrático deveria ser fortalecido pelo aparelho estatal de um lado, e, por outro, o modelo de gestão orientado por resultados deveria ser buscado, ao mesmo tempo em que se incentivam as contratualizações, por meio das Organizações Sociais e Agências executivas.

Conforme observa Costin (2010) os esforços empreendidos na reforma envolveram ao menos três aspectos: o institucional-legal; o cultural; e o gerencial. Segundo a autora, o primeiro, visava minimizar os gargalos jurídicos para melhorar a eficiência da Máquina Pública; o segundo, propiciava superar as nuances patrimonialistas resistentes e "a resposta burocrática para o problema, disseminando valores e medidas que criassem uma cultura compatível com uma administração pública gerencial; e, finalmente, uma dimensão gerencial, relacionada às práticas de gestão" (COSTIN, 2010, p, 69).

Dessa maneira, no tocante a reforma do aparelho do Estado, em sentido mais estrito, ou seja, que integra parte das medidas do aspecto institucional-legal da reforma, Camargo e Guimarães (2013) observam que a Emenda Constitucional nº19, de 4 de junho de 1998, pode ser reconhecida como um marco, não somente por ter promovido mudanças significativas no trato das relações entre os servidores e o Estado, mas sobretudo por conferir as bases propícias para a implementação de uma cultura gerencial sensível ao bem comum. Sobre esta emenda

constitucional apresentada pelo governo à mesma época, que ficou conhecida como “reforma administrativa”, Bresser-Pereira (1998b) esclarece um ponto importante. De fato, segundo o autor, cumpre mencionar que a reforma constitucional é condição fundamental para as reformas gerenciais, no entanto, esta é mais ampla e preconiza ir além, insurgindo em transformações culturais, novos apelos institucionais e em robustas formas de gestão, ainda em curso.

Mesmo assim, pode-se dizer que os princípios elencados inicialmente na Constituição Federal de 1988, norteavam a atuação de uma administração burocrática, e, não raro, patrimonialista. A partir do momento em que o conceito de eficiência foi elevado à princípio no arcabouço constitucional, com efeito, imprimiu um novo padrão cultural dissonante dos modelos convencionais. Sobre a questão da eficiência no setor público, vale mencionar que fará parte de discussão específica mais adiante.

Caracterizando outro momento importante, em termos de modernização da Administração Pública, podem-se mencionar as medidas propostas pelo governo Lula que vigorou de 2003 até 2010, as quais apontam para a ideia de um Estado como solução e promotor da inclusão social. A respeito disso, Fadul e Silva (2008, p. 10) identificam três dimensões de reforma e explicam que o conjunto de ações englobam “a distribuição igualitária de benefícios aos cidadãos, o envolvimento e a participação dos servidores públicos e outros atores sociais nas políticas governamentais”.

Segundo os autores, a primeira dimensão envolve reformas no modelo de gestão pública, a partir do estabelecimento de atribuições gerenciais, integração de programas governamentais, alocação de recursos, além do acompanhamento e avaliação do desempenho administrativo. A segunda dimensão, por sua vez, concentra ações no sentido de promover a inovação gerencial através de uma maior integração intraorganizacional. Tal consecução, envolve o fortalecimento da interlocução e negociação entre os diversos agentes da administração pública, com vistas a um maior controle governamental na otimização dos recursos e melhoria da performance dos serviços públicos.

Por fim, a última dimensão, inclui mudanças na estruturação do executivo federal, com especial destaque para a recomposição da administração pública, por meio do fortalecimento das carreiras típicas de Estado: a realização de concursos públicos; valorização do servidor público e promoção da qualidade de vida

no trabalho; redesenho de estruturas e fluxos de trabalho com vistas a inaugurar novas concepções institucionais; integração entre o planejamento e orçamento em prol da eficiência dos gastos públicos; estabelecimento de novos marcos regulatórios e o fortalecimento de ferramentas de *accountability,* de modo a consolidar, no ambiente público, cultura e práticas de gestão direcionadas para a prestação de contas (FADUL; SOUZA, 2005).

Um ponto interessante sobre a natureza das medidas propostas de reformas no governo Lula, consiste em não haver consenso se o caso é uma reforma distinta daquelas experiências reformistas anteriores ou se busca a continuidade das reformas iniciadas em 1995 (FADUL; SOUZA, 2005). Entretanto, um ponto pacífico é que resistem alguns desafios que envolvem não só o governo Lula, mas os governos que se sucedem, tais quais a superação de resquícios patrimonialistas e burocráticos na administração pública brasileira.

Mesmo assim, é possível apresentar no Quadro 2 as principais características sintetizadas de cada modelo organizacional, compreendendo o período histórico em que predominaram, mesmo que, conforme dito anteriormente, permaneçam perceptíveis heranças desses modelos, ainda que sutis, na atual conjectura.

Quadro 2. Evolução dos modelos da Administração Pública Brasileira

Período	Modelo	Principais características
1530-1930	Patrimonialista	* Nepotismo, empreguismo, clientelismo, corrupção; * Não confrontação entre o público e o privado.
1930-1985	Burocrático	* Controles essencialmente centrados nos processos, rígido, oneroso e sem mecanismos de avaliação, tanto de gestão, quanto de servidores; * Formalismo e Impessoalidade; * Profissionalismo e hierarquização, com reduzida autonomia do administrador.
1985 – Dias atuais	Gerencial ou pós-burocrático	* Foco nos resultados; * Acompanhamento do desempenho por meio de indicadores e/ou metas; * Eficiência; *Transparência das ações e responsabilização da administração viabilizados pela utilização de instrumentos de a*ccountability*; * Orientada para o cidadão; * Flexibilização da gestão; * Descentralização dos serviços públicos; * Controle social.

Fonte: Elaborado pela autora com base em Bresser-Pereira (1996; 1998a); Costin (2010); Matias-Pereira (2014; 2018); Secchi (2009); Torres (2004).

Ainda que todas as medidas não tenham sido integralmente implementadas, a reforma gerencial promovida ao longo da década de 1990, pode ser considerada um momento de avanços significativos para a administração pública brasileira. Segundo Bresser-Pereira (1998b), um dos grandes destaques da reforma, ocorreram no âmbito do SUS, em termos institucionais, culturais e de gestão. Quando o SUS foi criado em 1988, ainda não estavam regulamentados sua organização administrativa nem os recursos orçamentários atrelados ao financiamento de suas atividades. Assim, baseado na utilização de uma estratégia gerencial, consubstanciada na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-96), fica patente o êxito das medidas propostas.

No entanto, ainda permanecem alguns desafios à realidade brasileira que apontam para a premência de novas práticas de gestão, práticas essas que ultrapassem o clientelismo, o patrimonialismo e o modelo burocrático, não compatíveis com as engrenagens dinâmicas que conformam a sociedade contemporânea. Isto implica que tais práticas, longe de serem imutáveis ao longo tempo, sejam capazes de responder às rápidas transformações pelas quais perpassam as relações entre a sociedade e o Estado.

Além disso, o que deve se esperar das próximas reformas administrativas, a despeito de qualquer governo em pauta, é que incorporem uma articulação mais profícua entre Estado e a sociedade a fim de acompanhar as novas conjunturas econômicas, políticas e sociais. Isto quer dizer que o principal motivo de mudanças na administração pública, além de melhorar sua performance, reside na necessidade de atender melhor as demandas crescentes e por vezes cambiantes da coletividade. O que exige, por sua vez, maior eficiência na coordenação da economia e dos serviços públicos que lhe cabem, além da redução dos gastos desnecessários, ampliar o controle social por meio da transparência e prestação de contas e dotar a máquina pública de capacidades tais que a permitam exercer seu papel em favor dos cidadãos que administra, sob pena de ser por eles descaracterizada.

Nesse cenário, o nível municipal assume fundamental importância em virtude da política de descentralização enfatizada, apoiada no pressuposto de aproximar os cidadãos ao centro de decisões dos serviços públicos que tem direito, resultando em políticas públicas mais eficazes, além de conferir maior grau de *accountability* (ABRUCIO, 1997). Entretanto, a emergência de novas práticas de gestão demanda ainda maior esforço para superar a forte cultura burocrática,

fundamentada nos controles e regras rígidas sobre os processos e na excessiva utilização de documentos, para uma cultura administrativa mais focada nos resultados esperados.

Como parte dessa história, sabe-se que inovações exigem certa flexibilidade e, para a gestão municipal, mais sujeita a carências gerenciais e influências da cultura burocrática, os desafios tornam-se muito mais complexos. Por este motivo, a esfera administrativa local deve emergir como pauta importante de atenção nas estratégias para a construção de uma administração pública pós-burocrática, focada nos resultados esperados e na eficiência dos serviços prestados, contemplando, de modo harmônico e, sobretudo na prática, todas as esferas administrativas.

Para tanto, a fim de que o Estado possa concretizar os seus objetivos, ele desempenha uma série de atividades, com destaque as que integram o contexto das Finanças Públicas, as quais devem acompanhar o processo de aperfeiçoamento estatal. Neste viés, a atividade financeira do Estado, em especial, o Orçamento Público, cuja próxima sessão se dedica, assume particular relevância, pois é a partir desses mecanismos que o governo garante que os recursos dos quais necessita para o cumprimento de seus propósitos, estejam disponíveis em tempo oportuno. Sobre este aspecto é que trata o tópico, a seguir.

2.2 Finanças Públicas

A atividade financeira do Estado envolve as Finanças Públicas, entretanto, esta é mais ampla e se desdobra segundo Crepaldi e Crepaldi (2017): na obtenção (receita pública); no dispêndio (despesa pública); na gestão (orçamento público); e na criação - crédito público (endividamento) de recursos de que necessita para a consecução de seus fins. Para os autores, o termo finanças públicas consiste em uma das áreas da ciência econômica que estuda a intervenção do Estado na economia, doravante chamada de atividade financeira do Estado.

Nessa esteira, o governo asume certas funções para orientar, corrigir, e complementar os resultados gerados pelo mercado. Embora não se pretenda aqui um maior aprofundamento sobre o tema, a compreensão deste ponto, segundo Crepaldi e Crepaldi (2017) se faz importante à medida que aponta para o tamanho adequado da máquina pública, cujo teor indica mais uma questão técnica à ideológica,

ou seja, não se questiona a necessidade da sua existência, mas sim a forma e a amplitude de sua atuação.

Sendo assim, além do Estado exercer seu papel institucional através das relações contratuais, ele atua utilizando uma série de instrumentos de intervenção na atividade econômica. Considerando a classificação tradicionalmente utilizada em Musgrave (1973), as funções econômicas do governo podem ser manifestadas em: alocativa – que refere-se ao fornecimento de bens públicos, o que na maioria das vezes, se materializa através da política orçamentária, pela qual o Estado define a alocação dos recursos ou do mecanismo jurídico-institucional, que ajustarão os preços e os produtos da iniciativa privada (CREPALDI; CREPALDI, 2017); a função distributiva, por sua vez, relaciona-se à redistribuição de renda a fim de reduzir as desigualdades sociais e melhorar as condições de vida da população de acordo com os ideais de justiça social; e, por último, a função estabilizadora, refere-se a utilização da politica econômica objetivando um “alto nivel de emprego, à estabilidade dos preços e à obtenção de uma taxa apropriada de crescimento economico” (GIAMBIAGI; ALÉM, 2011, p. 10).

Segundo Crepaldi e Crepaldi (2017), o objetivo principal das finanças públicas está associado a atividade fiscal do Estado, na qual o poder público obtém e aplica os recursos para a manutenção e investimento dos serviços públicos, evidenciado-se, em particular, duas orientações básicas: a política tributária - cujo teor manifesta-se a partir da obtenção de recursos para o custeio das funções da administração pública, através das suas distintas unidades federativas; e, a política orçamentária – relacionada aos gastos, isto é às medidas associadas com a forma de aplicação de recursos, considerando a abrangência e a natureza das competências do poder público, assim como a capacidade e potencial para a sua atuação frente a sociedade.

O próximo tópico aborda sobre a atividade financeira do Estado, especialmente no que tange ao segundo aspecto, a função orçamentária.

2.2.1 A Atividade Financeira do Estado e o Orçamento Público

Em linhas gerais, a atividade financeira do Estado pode ser definida como um “conjunto de atos voltados para a obtenção e administração de recursos financeiros com o objetivo de viabilizar a satisfação das necessidades públicas”

(COSTIN, 2010, p. 97). Nessa visão, pode-se dizer que a atividade financeira é uma ferramenta para atingir determinado objetivo, uma vez que é por meio dela que o Estado garante o cumprimento de suas finalidades.

Á proposito, Crepaldi e Crepaldi (2017), assinalam que a atividade financeira do Estado compreende a captação de recursos financeiros (receitas), a gestão e a aplicação (despesas), para assegurar o funcionamento da máquina pública e a consecução de seus fins, que por sua vez, voltam-se para a satisfação das demandas sociais. Para o autor, essa atividade é essencialmente política, visto que, por meio do orçamento público, estão atreladas as metas a serem perseguidas, de forma prioritária pelo Estado, uma vez que não é possivel atender a todas as demandas ao mesmo tempo.

Assim, Machado (2002, p. 34) esclarece que num país democrático, “o modelo de decisão do setor público, em sua intervenção na economia, tem se materializado nas práticas, conceitos e normas que regem as finanças públicas, destacando-se o orçamento público”. Este instrumento legal, por sua vez, é entendido por Costin (2010, p. 97) como o mais relevante no contexto das finanças públicas e isso se deve, particularmente, a dois aspectos apontados pela autora: de acordo com o primeiro, o orçamento “estabelece todas as despesas que poderão ser feitas pelo poder público, com base numa estimativa de receita” – trata-se, na realidade, do plano de governo, traduzido monetariamente, sendo que nenhum dispêndio pode ser feito, sem que antes esteja previsto no orçamento; por outro lado, o segundo aspecto “envolve um relacionamento técnico e político relevante entre o Executivo e o Legislativo para sua elaboração, aprovação e para o controle de sua execução” (COSTIN, 2010, p. 97).

É bem verdade que, o segundo aspecto, reflete a evolução das práticas orçamentárias, envolvendo o direito dos cidadãos de participarem, através dos parlamentares escolhidos por meio do processo eleitoral, da definição sobre como gastar o dinheiro do povo, arrecadado por meio dos tributos, entre uma série de alternativas de planos, programas ou atividades (COSTIN, 2010). Pode-se dizer que este controle político, exercido pela esfera legislativa, implica em dois momentos distintos: “na aprovação do orçamento anual e, posteriormente, na análise e aprovação ou não das contas apresentadas pelo Poder Executivo” (MACHADO, 2002, p. 35).

Ressalte-se que, embora seja apresentado em formato de lei, o

documento orçamentário apresenta, simultaneamente, um aspecto dinâmico, contínuo e flexível. Sobre isso, Costin (2010) observa que não é só porque ele traduz um plano de trabalho ou programa específico sujeito a acompanhamento, avaliação e eventuais alterações, mas, sobretudo porque envolve um processo extenso e complexo, desde a sua preparação, aprovação até o respectivo monitoramento, especialmente após a promulgação da LRF, que consiste na principal ferramenta de controle social sobre o uso do recurso público.

Segundo Giacomoni (2001, p. 67) como mecanismo de intervenção econômica, o orçamento público, passou a fortalecer-se sobretudo, com o Keynesianismo, quando “passou a ser sistematicamente utilizado como instrumento da política fiscal do governo, isto é, de sua ação que visava à estabilização ou ampliação dos níveis da atividade econômica”, uma vez que o mecanismo de mercado não se mostrava suficiente para dar conta de todas as funções econômicas.

Em contrapartida, Machado (2002, p. 35) chama atenção que “independentemente da teoria econômica dominante, intervencionista ou liberal, as funções alocativas, distributivas e estabilizadoras do Estado são, com maior ou menor intensidade, desempenhadas pelo orçamento público”. Sendo assim, por meio deste instrumento legal são previstas as receitas e, fixadas as despesas, busca-se “evidenciar a política econômica financeira e o programa de trabalho do governo” como fielmente traduz a Lei 4.320, de 1964, que instituiu no país os procedimentos legais para a elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.

A peça legal, estabelecida em contexto de ditadura, ainda que não evidencie os fins para qual foram estabelecidas essa disponibilização de informações, destaca ao menos três aspectos fundamentais que se desdobram o arcabouço legal (COSTIN, 2010, p. 94), tais como:

- A possibilidade do controle social, também conhecido como controle cidadão;
- A utilização do orçamento como ferramenta de gestão;
- A aprovação e o controle por parte do Legislativo sobre a alocação dos recursos provenientes de tributos.

Vale mencionar que trata-se de uma peça de planejamento. Contudo foi somente a partir do Decreto-lei 200 e, posteriormente por meio da Constituição de 1988, que, de fato a integração entre planejamento e o orçamento foram consolidados.

Segundo Crepaldi e Crepaldi (2017), com base no artigo 165, da Carta Magna, o planejamento orçamentário nacional, sempre de iniciativa do Executivo, manifesta-se de três maneiras diferentes: o Plano Plurianual (PPA); a Lei de diretrizes orçamentárias (LDO); e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Essas, juntas, integram o processo de elaboração do orçamento público, que convencionou ser chamado de "ciclo orçamentário".

2.2.1.1 Ciclo Orçamentário

Assim, o processo orçamentário obedece a um ciclo cujo ponto de partida consiste na elaboração, de iniciativa do Executivo, do projeto de lei do Plano Plurianual (PPA), um plano de médio prazo, concebido para vigência de quatro anos, que tem como objetivo definir, "de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras dela decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada" (CF, Art. 165, §1°). Nenhuma obra de grande vulto ou cuja execução supere um exercício financeiro poderá ser iniciada sem que previamente esteja incluida no PPA. Assim, o projeto é inicialmente analisado pelo Congresso, em que pese o Orçamento Federal, por meio da Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização, responsável por deliberar parecer, através de um relatório sobre este plano e outros documentos de planejamento e orçamento da União. Na sequência, o PPA é examinado com base neste parecer e passa por aprovação pelo Legislativo (COSTIN, 2010). Convertido em lei, espera-se que o PPA, "funcione como a materialização do plano de governo e represente o balizamento de todas as atividades relativas à elaboração e execução de planos e orçamentos do setor público" (MACHADO, 2002, p. 51).

Posteriormente, com base no PPA, é elaborado pelo Executivo, o projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) que compreenderá

> [...] as metas e prioridades da administração pública federal, estabelecerá as diretrizes de política fiscal e respectivas metas, em consonância com trajetória sustentável da dívida pública, orientará a elaboração da lei orçamentária anual, disporá sobre as alterações na legislação tributária e estabelecerá a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento" (CF, Art. 165, §2°).

A respeito da LDO, Machado (2002, p. 51) chama atenção para o fato de que ela "funciona como elo entre o PPA e a LOA, e tem o mérito de alongar e ordenar o ciclo orçamentário". Segundo o autor, isto é importante, em termos de

planejamento e controle, visto que possibilita que o Congresso Nacional, aprecie, inicialmente, as prioridades e metas do exercício orçamentário subsequente, para, posteriormente, analisar, por meio da discussão da LOA, a alocação dos recursos entre os projetos, programas e atividades em pauta, tornando o processo mais assertivo.

Em alinhamento às prioridades expressas no PPA e ratificadas na LDO, é elaborado, pela iniciativa do Executivo, o orçamento propriamente dito – a LOA que dispõe sobre a distribuição dos recursos entre os diversos programas e atividades que se propõe executar, ou seja, os gastos do governo para o período de um exercício financeiro, o qual, coincide, pela legislação brasileira, com o ano civil. Do mesmo modo como na LDO e no PPA, cabe ao Congresso examinar e ajustar a proposta do executivo, segundo a qual integra três distintos orçamentos: o orçamento fiscal; de investimento; e o orçamento da seguridade social (CF, Art. 165, §5).

Vale mencionar que o projeto de lei orçamentária deverá vir "acompanhado de demonstrativo regionalizado do efeito, sobre as receitas e despesas, decorrente de isenções, anistias, remissões, subsídios e benefícios de natureza financeira, tributária e creditícia" (CF, Art. 165, §6). Além disso, orçamento fiscal e de investimento, são voltados para minimizar as desigualdades inter-regionais, consoante critérios demográficos. Assim, por intermédio do orçamento público define-se o quanto será gasto em educação, saúde, subsidios à agricultura, estradas, dentre uma série de usos alternativos. Espera-se que seja gasto somente o que se arrecada, ou até mesmo que seja reservado um montante para eventuais contingências.

Entretanto, nem sempre é isso o que acontece. Neste ponto, Costin (2010) chama a atenção para o fato do desenvolvimento do país ter sido em boa parte financiada com recursos provenientes de endividamento, sendo que esta dívida precisa ser amortizada, e novos financiamentos são necessários para a consecução de outros projetos. Por outro lado, esclarece a autora, nem sempre o que está definido no orçamento manifesta-se real ao longo da execução orçamentária e isto é decorrente de algumas situações, dentre elas: a receita pode estar superestimada, (o que não é incomum); outras necessidades podem surgir exigindo créditos adicionais, por meio dos quais são viabilizadas as autorizações de despesa não computadas ou insuficientemente dotadas na LOA; ou ainda "um governo fiscalmente irresponsável pode fazer gastos excessivos, esperando financiar-se com inflação ou endividamento (COSTIN, 2010, p. 116).

Caracterizando outro aspecto problemático no tocante ao processo de planejamento – orçamento – execução orçamentária, é a disputa travada entre o Executivo e o Legislativo, que tende a apresentar desequilíbrios. Matias-Pereira (2012) lembra que a principal ferramenta de controle do Legislativo é o orçamento, no entanto os controles voltaram-se mais para a execução orçamentária. Isto, favorece o protagonismo do Executivo na execução dos seus projetos políticos, fato que é intensificado em função do deficiente acompanhamento, controle e avaliação do poder legislativo em relação à execução orçamentária. Por este motivo, conforme sugere Matias-Pereira, (2012), há uma interface mais harmônica entre estes atores no tratamento da política orçamentária.

Como decorrência das várias fragilidades apresentadas ao longo do processo orçamentário, além dos “constantes déficits do setor público” (MACHADO, 2002, p. 56) vem ao encontro a crescente preocupação com a eficiência e a eficácia na gestão dos gastos públicos. Inclusive, dada à falta de dados confiáveis e de transparência, ficam comprometidos um dos principais papéis do orçamento, enquanto peça basilar de planejamento governamental, dificultando a capacidade de controle e avaliação da utilização dos recursos públicos, pela sociedade (MATIAS-PEREIRA, 2012).

No próximo tópico são aprofundadas as discussões sobre o surgimento de algumas inovações, fortemente influenciadas pelas ideias difundidas da NGP, à exemplo da LRF e no contexto da Contabilidade do Setor Público. . Inovações essas que terão grande influência no modelo de planejamento e orçamento em direção ao fortalecimento de mecanismos de acompanhamento, avaliação e controle da atuação governamental, tornando “mais democráticas as relações entre o Estado e a sociedade civil” (MATIAS-PEREIRA, 2014, p. 92).

2.3 A Nova Contabilidade Pública e a Lei de Responsabilidade Fiscal

As transformações no setor público ocorridas em grande parte dos países membros da OCDE, na década de 80, sedimentaram o caminho para o surgimento de melhores práticas organizacionais e diretrizes atinentes a responsabilidade governamental, que envolvem sobretudo o campo da Contabilidade Pública (HOOD, 1995). Essa, por sua vez, vem recebendo, nos últimos anos, cada vez mais atenção no Brasil, “em decorrência da sua função de registrar e centralizar

as informações da Administração Pública, tornando-se, assim, um suporte essencial para a tomada de decisão dos gestores governamentais" (MATIAS-PEREIRA, 2014, p. 259).

Esse novo molde da Contabilidade Pública implica, segundo Feijó (2013) e Feijó et al. (2017), em convergir as práticas contábeis vigentes às diretrizes estabelecidas nas *International Public Sector Accounting Standards* (IPSAS) ou Normas Internacionais de Contabilidade Aplicadas ao Setor Público (NICSP), deliberadas pelo *International Federation of Accountants* (IFAC*).* As mudanças, lembram Feijó *et al.* (2017, p. 23), tiveram início no setor privado a partir da publicação da Lei n° 11.638/2007, "que alterou e revogou dispositivos das Leis n° 6.404/1976 e n° 6.385/1976, estendendo às sociedades de grande porte disposições relativas à elaboração e divulgação de demonstrações financeiras segundo padrões internacionais".

De acordo com os autores, o setor público teve seu marco regulatório inaugurado em 2008, na ocasião do 18° Congresso Brasileiro de Contabilidade, realizado em Gramado/RS, quando foi anunciado, através da publicação da Portaria MF n° 184, que também obedeceria aos padrões internacionais e, como resultado, ao longo do mesmo ano, foram publicadas as primeiras Normas Brasileiras de Contabilidade Aplicadas ao Setor Público (NBCASP).

Neste contexto, o desafio da consolidação das contas públicas merece atenção. Trazidos pela LRF n° 101/2000, cujo teor posicionou a Secretaria do Tesouro Nacional (STN), na qualidade de órgão central de contabilidade da União a acompanhar de perto a execução orçamentária e financeira, a situação econômica do país, além de ser a entidade responsável pela padronização dos procedimentos contábeis (FEIJÓ *et al.,* 2017). Paralelamente, destaca Costin (2010) que tanto o cenário de incertezas associados ao exercício fiscal, quanto a organização das receitas e despesas necessárias para não prejudicar as atividades ou criar momentos ilusórios de riqueza (e, posteriormente de previsível escassez), levaram os legisladores brasileiros a elaborar na LRF a programação financeira acompanhada de um áustero cronograma de desembolsos. Esse cronograma, lembra a autora, consiste, na verdade, em um conjunto de atividades destinadas a ajustar o ritmo da execução orçamentária ao fluxo possível de recursos financeiros.

Sendo assim, a LRF, tem como ponto central o planejamento e a transparência, decorrentes de uma compulsória gestão fiscal responsável, no sentido

de prevenir os riscos e corrigir distorções com potencial de impactar o equilíbrio das contas públicas, através do alcance de

> [...] metas de resultados entre receitas e despesas e a obediência a limites e condições no que tange a renúncia de receita, geração de despesas com pessoal, da seguridade social e outras, dívidas consolidada e mobiliária, operações de crédito, inclusive por antecipação de receita, concessão de garantia e inscrição em Restos a Pagar (LRF, Art. 1, §1).

O que se observa, é que a LRF objetivou consolidar os vínculos entre o PPA, LDO e a LOA, fortalecendo os mecanismos de acompanhamento e avaliação da atuação governamental, favorecendo, com efeito, a transparência, que é basilar para a efetivação do controle social. Outro desdobramento importante, ainda que não seja uma Lei centrada na Contabilidade, a LRF trouxe em seu bojo a exigência de publicação de um conjunto de informações que detinham um carater inovador até então, o que resultou, segundo Feijó *et al.* (2017), na necessidade de que os demonstrativos contábeis fossem padronizados para todas as unidades da Federação.

Sendo assim, os autores chamam atenção para os novos desafios sob a responsabilidade da STN, por meio da Portaria MF n° 184/2008, que atribuiu-lhe a coordenação da edição de normas, estabelecidas no Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público (MCASP), assim como nas Instruções de Procedimentos Contábeis (IPC). Esses manuais e normas editados pelos respectivos órgãos competentes marcam uma nova fase para a Contabilidade Pública, a qual, em função disso, convencionou chamá-la de Nova Contabilidade Pública (NCP). Para tanto, o processo de convergência no setor público conta com a participação de diversos atores e está estruturado em três momentos. A esse respeito, registram Feijó *et al.(*2017, p. 24):

> De acordo com a definição do Conselho Federal de Contabilidade, as fontes normativas internacionais são as IPSAS. Por meio do Grupo da Área Pública, o CFC faz a convergência dessas normas internacionais para a realidade brasileira, emitindo as Normas Brasileiras de Contabilidade Técnicas Aplicadas ao Setor Público (NBC TSP). A Secretaria do Tesouro Nacional, através do MCASP, observando a aplicabilidade, a operacionalidade e a maturidade contábil dos entes, dá o ritmo de operacionalização e implantação desse processo.

Feijó *et al.* (2017, p. 25) lembram que esse processo, envolvendo o novo formato de CASP, visa “resgatar a Contabilidade como ciência e seu objeto de estudo: o patrimônio da entidade pública”. Como ciência, a Contabilidade aplica os princípios, as normas e as técnicas contábeis, através do processo gerador de

informações, em prol da gestão do patrimônio das entidades, “oferecendo aos usuários informações de natureza orçamentária, econômica e financeira desse patrimônio e suas mutações, e sobre os resultados alcançados, em apoio ao processo de tomada de decisão à adequada prestação de contas” (FEIJÓ *et al.* 2017, p. 25).

Por outro lado, a cultura contábil fortemente enraizada no setor público tende a privilegiar os controles orçamentários ao invés dos controles patrimoniais. Isto fica claro, por exemplo, no posicionamento de alguns autores, como Slomski (2001, p. 34), que afirma que a “Contabilidade Pública é essencialmente uma contabilidade orçamentária, ou seja o registro contábil da receita e da despesa é feito de acordo com as especificações constantes da Lei do Orçamento”. Entretanto, esse cenário está transicionando gradativamente, conforme observam Feijó *et al.* (2017, p. 24):

> Com o tempo se constata que, quando existe somente o orçamento como instrumento de acompanhamento da gestão, se enxerga apenas aquele exercício (um ano) e não os reflexos que sua execução trará sobre exercícios seguintes. Na Lógica orçamentária, é como se tudo começasse em 1° de janeiro e terminasse em 31 de dezembro. E isso despreza outro princípio de contabilidade, que é o da continuidade. Logo, verifica-se a necessidade de se separar os “dois mundos”: orçamento e contabilidade”. Pode até ser que caminhem para adotar o mesmo regime e suas diferenças serão poucas, como é o caso da maioria dos países anglo-saxões (Canadá, Reino Unido, Austrália e Nova Zelândia, em que se elabora e pratica orçamento e contabilidade por competência.

Com relação aos regimes de escrituração, Giambagi e Além (2011) salientam que o regime de competência diz respeito ao registro dos gastos no momento da sua ocorrência, independentemente de terem sido pagos ou não. Ao passo, que o regime de caixa, por sua vez, considera o gasto no momento em que o recurso efetivamente saiu dos cofres públicos, sendo semelhante esse sistema quando se trata da receita (GIAMBAGI; ALÉM, 2011). Sobre este enfoque, vale mencionar que ainda residem certas discussões em torno do regime de escrituração adotado no Brasil. Segundo Machado (2010, p. 109-110), pode-se dizer que “o regime contábil recomendado teoricamente e adotado legalmente no Brasil é o da competência dos exercícios”, mas, lembra o autor que essa assertiva somente vale, de fato, quando se trata da contabilidade empresarial.

Ao observar o artigo 85 da Lei 4320/64

> [...] os serviços de contabilidade serão organizados de forma a permitirem o acompanhamento da execução orçamentária, o conhecimento da composição patrimonial, a determinação dos custos dos serviços industriais,

> o levantamento dos balanços gerais, a análise e a interpretação dos resultados econômicos e financeiros.

Nessa visão, a contabilidade passa a ter um enfoque patrimonial e, sabe-se que o regime de competência é o mais coerente a ser utilizado, dada a maior transparência das informações evidenciadas, decorrente da aplicação de padrões e normas contábeis amplamente reconhecidas, inclusive pelas auditorias independentes (REZENDE; CUNHA; BEVILACQUA, 2010). Por outro lado, à luz do art. 35 da Lei no 4.320/1964: “Pertencem ao exercício financeiro: I – as receitas nele arrecadadas; II – as despesas nele legalmente empenhadas.” Com isso, os estudiosos da área concluíram que a contabilidade pública no Brasil trabalha com o regime misto, ou seja, regime de caixa para registro das receitas e o de competência para as despesas” (MATIAS-PEREIRA, 2014).

Em uma análise da experiência internacional de alguns países que avançaram na adoção da contabilidade de competência, incluindo o orçamento por competência, como a Nova Zelândia, Austrália e Reino Unido, por exemplo, Rezende, Cunha e Bevilacqua (2010), compreendem que é consensual a importância do regime de competência no setor público, enquanto alicerce de um sistema de informações indispensável para tomar medidas destinadas a melhor qualidade dos gastos públicos, fato chancelado por especialistas na área. Em contrapartida, as discussões internacionais, com relação ao tema, são controversas, ressaltam os autores, especialmente no que se refere ”à importância e à necessidade de adotar também o orçamento de competência” (REZENDE; CUNHA; BEVILACQUA, 2010, p. 970). A respeito das tendências atuais, os autores registram que:

> A tendência atual parece ser a de adotar a contabilidade de competência como um sistema de informações de grande utilidade para a melhoria da qualidade das decisões sobre o uso e a gestão dos recursos públicos e não como a etapa de um processo que deve levar a modificações profundas na elaboração e na gestão do orçamento” (REZENDE; CUNHA; BEVILACQUA, 2010. p. 970)

Por esse e outros motivos, Rezende, Cunha e Bevilacqua (2010) ressaltam as vantagens de se operar com os dois regimes contábeis ao mesmo tempo, através de mecanismos que viabilizam evidenciar as informações demandadas a fim de atender a distintos propósitos.

Como pode-se perceber, são significativas as mudanças que se impõe à contabilidade do setor público e diante desse processo evolutivo, o CFC – Conselho Federal de Contabilidade inicialmente optou por elaborar as Normas

Brasileiras de Contabilidade Aplicadas ao Setor Público e confirmou, através de resolução própria, que os princípios de contabilidade deveriam ser utilizados do mesmo modo pelo setor público. Com isso, chama atenção Feijó *et al.* (2017) que a opção inicial em direção à convergência, foi a de não estabelecer princípios específicos no setor, mas a de observar os princípios contábeis mediante o enfoque do setor público. Entretanto, os autores destacam que, posteriormente, a abordagem atinente aos princípios, deliberados pelo CFC, foram alterados diante do cenário de alinhamento, resultando na revogação das resoluções que tratavam o tema. Isso levou à publicação, em outubro de 2016, da NBC TSP Estrutura Conceitual para Elaboração e Divulgação de Informação Contábil de Propósito Geral pelas Entidades do Setor Público, com vigência a partir de 1° de janeiro de 2017, considerado um importante avanço.

Nesse cenário, como impulso no processo de normatização da Contabilidade Pública, o planejamento do grupo assessor das Normas Brasileiras de Contabilidade Aplicadas ao Setor Público – GA/NBC TSP, prevê a aprovação de cerca de 34 normativos até o ano de 2021, decorrente do alinhamento das IPSASs. De acordo com site do CFC (2022), para o alcance desses fins, a Estrutura Conceitual, conforme visto e mais cinco normas, foram aprovadas em 2016 e já estão em vigência. Mais cinco normas foram aprovadas, no ano de 2017, sendo que em 2018, o número de normas aprovadas passou a 11. Já em 2019, mais cinco normas foram aprovadas e três normas em 2020. Cumprindo o cronograma estabelecido, quatro normas foram aprovadas em 2021, ano em que foram incluídos no planejamento do Grupo Assessor - GA, os novos regulamentos que tenham sido publicados a partir do *International Public Sector Accounting Standards Board* – IPSASB- órgão nomeado pelo IFAC.

Assim, caracterizando outro aspecto importante em direção a continuidade do processo de convergência ao padrão internacional, é a observação ao disposto na Portaria STN n° 548/2015, que trata dos Procedimentos Contábeis Patrimoniais e dos prazos para a sua devida implantação a serem cumpridos por todos os entes da Federação (FEIJÓ, *et al.* 2017). Nesse panorama, vale mencionar o papel que o Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro – SICONFI possui, no sentido de garantir informações contábeis consistentes utilizadas na elaboração do Balanço do Setor Público Nacional (BSPN).

Nesse contexto, para o atendimento dessas demandas, é fundamental que a contabilidade forneça informações, até porque ela mesma não as

cria, ao contrário, “apenas evidencia os atos e fatos que ocorrem no mundo real” (FEIJÓ *et al.* 2017, p. 28), que permitam o adequado suporte para o acompanhamento da eficiência e efetividade dos serviços públicos, com merecida qualidade e economicidade para a sociedade. Sendo assim, a Contabilidade de Custos, que será detalhada na sequência, assume relevância como uma ferramenta capaz de evidenciar informações de controle e do desempenho dos entes públicos, para que estes sejam transparentes e comparáveis, valendo-se de uma linguagem compreensível pelos diferentes tipos de usuários e, que resulte na adoção de boas práticas rumo ao alinhamento aos padrões internacionais.

2.3.1 A Contabilidade de Custos Aplicada ao Setor Público

Desenvolvida como um sistema de informações de apoio à gestão, a Contabilidade de Custos vem a ser um importante instrumento que auxilia na solução de uma grande parte de questões associadas ao cotidiano de qualquer instituição. Historicamente, até a Revolução Industrial, no século XVIII, pode-se afirmar que praticamente só existia a Contabilidade Financeira, segundo a qual, desenvolvida na época mercantilista, “foi estruturada para servir às empresas comerciais que apenas compravam e revendiam mercadorias” (MARTINS, 1998, p. 19). Para o cálculo dos resultados das operações com mercadorias, apurava-se a quantidade de estoques iniciais, que era somado às compras efetuadas no período e deduzia-se o que restava de estoques, com isso, era obtido o montante do Custo das mercadorias Vendidas. Logo na sequência, o lucro bruto era obtido extraindo-se este montante das receitas auferidas com a venda dos produtos. Tal prática se desdobrou no surgimento da clássica Demonstração de Resultados das empresas comerciais (MARTINS, 2003).

A partir das novas demandas impostas pela atividade industrial, a contabilidade se desdobrou em outras abordagens, em especial na contabilidade de custos, que inicialmente voltava-se para a avaliação de estoques e determinação de lucros (MARTINS, 2003). No entanto, dado ao avanço da globalização e crescente competição dos mercados, a contabilidade de Custos passou a exercer outras funções, como a de controle e apoio a tomada de decisões (MARTINS, 2003). No que se refere ao controle, ela visa sobretudo, fornecer informações para a definição de padrões que resultem na possibilidade de comparação entre o valores previamente definidos e os efetivamente realizados. Já enquanto auxiliar de gestão, oferece

informações com reflexos no curto e no longo prazo das operações, pois vale-se de medidas que possibilitam a inclusão ou corte de produtos, alternativas de compra ou de produção, entre outros (MARTINS, 2003). Desse modo, o papel da contabilidade de custos passou a ser reconhecido amplamente no setor privado, que, recentemente, também tem se mostrado relevante no setor público.

A Contabilidade de Custos no contexto da Administração Pública tem passado por um processo evolutivo de constante aperfeiçoamento, dado que pode ser verificado, atualmente, nas diversas ações estratégicas no sentido de implantar o novo modelo de Contabilidade Aplicada ao Setor Público (CASP). Para tanto, o CFC publicou, no ano de 2008, uma série de Orientações Estratégicas para a Contabilidade Aplicada ao Setor Público, que visam dentre uma série de ações a implantação de sistema de custos no âmbito do setor público brasileiro.

Ressalta-se, entretanto, que a preocupação que envolve o processo de implantação do Sistema de Informação de Custos do Governo Federal (SIC), vem ao encontro do contexto da década de 1960, a partir da Lei n° 4.320, de 17 de março de 1964 e, três anos depois, ao Decreto-Lei n° 200 (HOLANDA; LATTMAN-WELTMAN; GUIMARÃES, 2010) no qual, tal como expressa a tradução literal do artigo 70, define-se que “a contabilidade deverá apurar os custos dos serviços de forma a evidenciar os resultados da gestão”. E, no que tange ao contexto da saúde pública, vale mecionar que a ideia da utilização de ferramentas de custos em sua área de atuação estava previsto desde a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, ao estabelecer a atribuição e competências dos entes da federação, expressa na Seção I, art. 15, inciso V, a necessidade de “elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde”.

Em contrapartida, mesmo com o respaldo legal já existente, uma vez que a dimensão dos custos sempre esteve presente nas leis que tratam do orçamento, não implica que tenham recebido adequado esforço por parte dos entes públicos, fato que pode ter sido favorecido pela pouca cobrança quanto a sua implementação. Entretanto, o que se percebe é que este panorama tem mudado gradativamente. Nessa esteira, merecem atenção momentos importantes no que se refere ao processo evolutivo do arcabouço legal relacionado aos custos no setor público, conforme sintetizado no Quadro 3.

Quadro 3. Evolução cronológica do arcabouço legal de custos no setor público

Normativo Legal	Período Histórico	Regulamentação
Lei n° 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 n° 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. n° 92.452	10 mar. 1986	Cria a Secretaria do Tesouro Nacional.
Decreto n° 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. n° 101	4 maio 2000	Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).
Decreto n° 3.589	6 set. 2000	Dispõe sobre o sistema de contabilidade federal (revogado pelo decreto n° 6.976/2009).
Lei n° 10.180	6 fev. 2001	Nova Finança Pública.
Acórdão n° 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. n° 945	26 out. 2005	Cria a Comissão Interministerial de Custos.
Decreto n° 6.976	7 out. 2009	Dispõe sobre o sistema de contabilidade federal.
Port. STN n° 157	9 mar. 2011	Cria o Sistema de Custos no âmbito do Governo Federal.
Port. STN n° 716	24 out. 2011	Estabelece o Sistema de Informações de Custos - SIC como o sistema informacional de custos do Governo Federal que tem por objetivo o acompanhamento, a avaliação e a gestão dos custos dos programas e das unidades da Administração Pública Federal e o apoio aos gestores no processo decisório.
Res. CFC nº 1.366/2011, NBC T 16.11	25 nov. 2011	Estabelece a conceituação, o objeto, os objetivos e as regras básicas para mensuração e evidenciação dos custos no setor público.
Res. CFC n° NBC TSP	23 set. 2016	Aprova a NBC TSP ESTRUTURA CONCEITUAL – Estrutura Conceitual para Elaboração e Divulgação de Informação Contábil de Propósito Geral pelas Entidades do Setor Público.

Fonte: organizado pela autora com base em Feijó *et al*. (2017); Holanda, Lattman-Weltman e Guimarães (2010, p. 51); Sacuno Luz (2015).

Conforme observado acima, somente no ano de 2011, foi estabelecido o SIC no governo Federal. A respeito disso, chamam atenção Holanda, Lattman-Weltman e Guimarães (2010, p. 25) para um atraso de mais quatro décadas "para que aquela formulação exemplar do imperativo de construção de um sistema de custos na administração pública federal, tal como expressa na lei de 1964, pudesse ser de fato cumprida". À despeito dos entraves tecnológicos inerentes à época, que poderiam dificultar a implantação de um sistema de custos para os autores, os principais aspectos envolvem questões de caráter histórico, político, econômico e cultural, e, a rigor, "de natureza eminentemente prática" ao longo do passado nacional (HOLANDA; LATTMAN-WELTMAN; GUIMARÃES, 2010, p. 26).

Para Alonso (1999), as razões que levaram o setor público a não utilizarem um sistema de custos se deve ao cenário macroeconômico que o país vivenciou no início da década de 1970. O autor salienta que o contexto favorável não incentivou o governo a discutir o tema de custos. Entretanto, essa situação começou a mudar na década de 1980, à medida que a crise fiscal se intensificou e a economia nacional tendeu a maior competição internacional. Também nesse período foi dado um enfoque na dimensão dos custos como modelo de informação para a tomada de decisões no âmbito da gestão pública.

No panorama internacional, Rezende, Cunha e Bevilacqua (2010) ressaltam que vários países têm adotado mudanças nos métodos para aferição dos custos das ações governamentais. Essa postura pode ser considerada como uma resposta às pressões sociais por maior transparência das decisões sobre a alocação dos recursos, além de preservar a responsabilidade fiscal, uma exigência crescente nos últimos anos. Para tanto, é preciso maior atenção para a dimensão dos custos, como suporte para tomada de decisões, uma vez que viabilizam a comparação entre os custos incorridos e os resultados alcançados, com vistas a verificar, dentre as alternativas possíveis, aquelas que poderiam atingir os mesmos resultados com custos reduzidos (REZENDE; CUNHA; BEVILACQUA, 2010).

Diante desse novo cenário, em especial a partir da redemocratização do Brasil, Holanda, Lattman-Weltman e Guimarães (2010) salientam que não se trata apenas de mudanças geradas intrinsecamente através do processo de alinhamento à cultura gerencial, mas, sobretudo parte de demandas muito mais amplas e externas que vem ao encontro da administração pública, que fomentaram a implantação do SIC, conforme registram Holanda, Lattman-Weltman e Guimarães (2010, p. 32):

> É esta nova sociedade, dinâmica e atuante — capaz inclusive de demandar e fazer redigir para si uma das constituições mais modernas e democráticas do planeta, e de eleger e em seguida exigir, legalmente, a deposição de um presidente eleito —, que sustenta com seus impostos as atividades do Estado e, cada vez mais, deseja ver seus recursos aplicados de forma transparente e eficiente na produção daqueles bens públicos essenciais à sua qualidade de vida e soberania.

Portanto, além da possibilidade de um maior controle democrático sobre as prioridades na utilização dos recursos públicos, Rezende, Cunha e Bevilacqua, (2010) chamam atenção para outras razões importantes para se adotar procedimentos que viabilizem aferir os custos do setor público. Para os autores, com o conhecimento dos custos, pode-se evitar o descontrole das finanças públicas e o

usual recurso ao aumento da carga tributária para cobrir decisões equivocadas e desperdícios. Isso resulta em uma melhor qualidade do gasto público e no corte de desperdícios, possibilitando reduzir os impostos sem comprometer as atividades e programas essenciais.

Por outro lado, ao privilegiar os fluxos de caixa, as informações geradas atualmente pela contabilidade pública mostram o quanto é gasto em um dado programa em um determinado período, normalmente de um ano, mas não demonstra o seu real custo. Nesse sentido, para mensurar o custos, Rezende, Cunha e Bevilacqua, (2010) ressaltam que é preciso conhecer, por exemplo, o valor dos materiais efetivamente utilizados na prestação dos serviços, como medicamentos e outros, tratando-se da saúde, assim como a depreciação dos equipamentos, custos do pessoal envolvido, incluindo os encargos previdenciários. E, prosseguem afirmando que “sem que se conheçam os custos das políticas e programas executados pelo setor público é impossível saber se o dinheiro do contribuinte está sendo bem utilizado” (REZENDE; CUNHA; BEVILACQUA, 2010, p. 964).

Holanda, Lattman-Weltman e Guimarães (2010, p. 84) corroboram com tal assertiva ao afirmarem que a adoção de informações de custos na administração pública, permite que “cada custo, de cada projeto, de cada programa, de cada unidade” seja conhecido e sujeito à “crítica, questionamento e reconhecimento” por meio do refinamento “de elementos essenciais constituintes da eficiência de cada um destes órgãos, a partir das informações de seus custos”. “Sejam estes quais forem”.

Outro benefício associado a utilização de sistemas de custos é o suporte aos processos decisórios e como medida de desempenho das organizações. Nesse ponto, Alonso (1999) lembra que, diferentemente do setor privado em que o foco é a rentabilidade, no setor público, o uso das informações de custos pode levar a necessidade de reestruturação de processos, ações de melhorias, contratos de gestão, a partir da identificação de custos muito acima dos padrões de referência em análise, resultando na melhoria de desempenho.

Dessa forma, a crescente preocupação com a dimensão dos custos em todas as esferas no setor público tem-se refletido em uma série de iniciativas, tal como no aprimoramento e na reformulação da legislação pré-estabelecida de custos, a NBC T 16.11, através da elaboração da NBC TSP 34, que prevê, em termos de diretrizes, operacionalizar os custos no setor público. A inauguração desta nova

norma, que até o presente momento consta em fase de audiências públicas para posterior publicação, aponta para o papel dos gestores para a efetiva adoção de instrumentos de gestão dos custos. Além disso, ela dispõe sobre a relevância das informações de custos como mecanismo de suporte aos processos de planejamento, decisões gerenciais, acompanhamento, prestação de contas, transparência e avaliação de desempenho, objetivando estabelecer diretrizes e padrões para comparabilidade. Sobre os objetivos na adoção de um sistema de custos, a minuta da norma em pauta, fielmente traduz:

- Mensurar e evidenciar os custos dos programas, centros de responsabilidade, projetos, atividades, bens, serviços e demais objetos de custos;
- Apoiar a avaliação de desempenho, permitindo a comparação entre os custos da entidade com os de outras entidades, públicas ou privadas, estimulando sua melhoria;
- Subsidiar a tomada de decisão em processos, tais como comprar ou alugar, produzir internamente ou terceirizar determinado bem ou serviço, introduzir novos produtos e serviços, descontinuar antigos, estabelecer tarifas;
- Apoiar as funções de planejamento e orçamento, fornecendo informações que permitam projeções e definições de tarifas e preços aderentes à realidade com base em custos incorridos e projetados;
- Subsidiar ações de planejamento, monitoramento de custos e melhoria da qualidade do gasto;
- Produzir informações que atendam aos diversos níveis gerenciais de uma entidade;
- Subsidiar estudos com vistas a promover a busca pela eficiência nos órgãos e entidades do setor público;
- Direcionar políticas de contingenciamento do gasto público com objetivo de minimizar seus impactos nas ações governamentais; e,

- Apoiar o monitoramento do planejamento estratégico.

Como se percebe, certamente, a utilização das informações de custos, como realidade em todas as esferas públicas, tem particular interesse no atual contexto sobremodo complexo do setor, caracterizado pela pluralidade de serviços e programas que executa, sob pena, quanto à sua desconsideração, subtrair especialmente o controle social. Conforme bem lembram Holanda, Lattman-Weltman e Guimarães (2010), o seu uso confere maior transparência, melhoria da gestão, além de corroborar para a necessária mudança cultural, já que “a intensidade da mudança depende da sua percepção” (ALONSO, 1999, p. 44). Assim, conforme destaca Alonso (1999) o processo crescente de apuração e divulgação das informações de custos e indicadores de resultados, funcionam como um catalisador para as mudanças organizacionais e, do mesmo modo, de importante estímulo para os agentes de mudança. Isto porque são estes os que tem o maior potencial de consolidar a percepção dessas mudanças e, ainda “ser a base para um grande e contínuo esforço de aprimoramento dos serviços essenciais prestados pelo Estado à nossa sociedade, com base nos recursos que dela mesma são recolhidos” (HOLANDA, LATTMAN-WELTMAN; GUIMARÃES, 2010, p. 86).

Mas para que se possa fazer a gestão dos custos do setor público, é necessário, como um primeiro passo, conhecer certas terminologias e distinções conceituais que envolvem as informações de custos para fins gerenciais, foco deste trabalho, especialmente as que se referem ao custo, despesa, investimentos, gastos e perdas. Uma das principais razões identificadas por Wernke (2017) como motivador para a distinção desses conceitos, no caso do setor privado, é uma cultura associada de que todos os gastos incorridos da organização deveriam ser pagos pelo consumidor. Tratando-se do setor público, esta cultura decorre, principalmente do enfoque orçamentário, cujo teor considera todo sacrifício financeiro como despesa. Por este motivo, não é incomum o procedimento de incluir todos os gastos desses entes como custos, ou mesmo como despesas e, como detalhado em sequência, fica claro que embora pareçam sinônimos, cada um desses elementos possuem sentidos próprios.

Segundo Martins (2003, p. 17) o gasto refere-se a “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)". Este termo é mais amplo, e pode relacionar-se a outros conceitos comuns no contexto dos custos, à exemplo das despesas, custos e investimentos.

Dessa maneira, são considerados investimentos todo o "gasto ativado em função de sua vida útil ou de benefícios atribuíveis a futuro(s) período(s)" (MARTINS, 2003, p. 17). Isto é, todo o gasto efetivado para a aquisição de bens ou serviços, incorporados nos ativos dos entes e que estão suscetíveis à baixa, amortização quando da venda, ou do consumo, ou mesmo a desvalorização, podem ser reconhecidos como investimentos. Já o desembolso, refere-se ao pagamento de determinado gasto (MARTINS, 2003).

O conceito das perdas, por sua vez, refere-se às ocorrências eventuais, indesejadas e involuntárias alheias à normalidade das operações da organização à exemplo da deterioração atípica de ativos ocasionados por inundações, incêndios, furto de produtos, dentre outras possibilidades (WERNKE, 2017). Por não tratar-se de um sacrifício intencional para o alcance de um fim, o termo não se confunde, portanto, com custos ou despesas, conforme bem observa Martins (2003).

Já os custos, dizem respeito aos "gastos incorridos na elaboração de um bem ou na prestação de um serviço" (ALONSO, 1999, p. 56). Deste modo, o custo constitui um dos desdobramentos do gasto, só que reconhecido como tal, ou seja, como custo, quando do seu emprego na utilização dos fatores de produção (bens e serviços), para a fabricação de um produto ou execução de um serviço (MARTINS, 2003). Por outro lado, as despesas referem-se aos gastos utilizados de forma indireta para obtenção de receita e, portanto, não estão ligados na produção de um bem ou serviço, mas apenas enquanto recurso para viabilizá-los (MARTINS, 2003).

Ao tratar sobre a distinção conceitual entre a despesa e o custo, no setor público, Alonso (1999, p. 38) lembra que enquanto àquela corresponde ao desembolso de recursos decorrentes dos atos de gestão do ente, esse, por sua vez, mensura a utilização de recursos na consecução de um serviço ou para se produzir um bem -"custo do produto", como também pode mensurar o consumo financeiro pelas atividades dos entes públicos - "custo da atividade ou de processo".

Objetivando facilitar a compreensão desses conceitos, pode-se exemplificá-los a partir do contexto das UBS. Sendo assim, quando é realizada uma reforma ou aquisição de um determinado equipamento, vale-se de um "investimento", uma vez que o item é apropriado no ativo e tem-se expectativa de benefício futuro.

Quando ocorre a deterioração de materiais, ou manipulação equivocada de certos medicamentos, inviabilizando a sua utilização ou reaproveitamento, apropria-se o valor como “perda”, dado ser um gasto involuntário. Já os gastos relativos às secretarias de saúde, representando a administração das unidades, podem ser classificados como despesas, isto porque são gastos com a realização externa ao ambiente direto de produção, que consistem na prestação do serviço. No tocante, aos custos, podem ser enquadrados os valores gastos com salário e encargos dos empregados, energia elétrica, materiais consumidos, manutenção e depreciação de equipamentos, entre outros, desde que sejam utilizados diretamente na produção do bem ou serviço de responsabilidade da UBS.

Além disso, outras diferenças conceituais demonstram particular interesse nesse momento, devendo ser pertinententemente abordadas, como os elementos que integram, basicamente, um sistema de custos, por exemplo: um sistema de acumulação de custos, sistema de custeio e método de custeio ou de apropriação de custos.

No tocante ao sistema de acumulação de custos, ele esta associado ao fluxo de informações sobre os custos, que podem ser de dois tipos: de um lado, tem-se o sistema de acumulação por processo; e, do outro, por ordem de produção. Ambos relacionados à maneira de produzir, conforme salienta Martins (2003). Neste viés, Machado (2002) assevera que no contexto público, pressupõe-se usar o sistema de acumulação por processo, nos casos de serviços ininterruptos, sendo possível mensurar os custos mensalmente, semestralmente ou a cada ano. Por outro lado, para os casos específicos, como custos de projetos e obras, em que é inerente a data de início e fim de execução é indicado a mensuração dos custos por ordem de produção.

Já o sistema de custeio, refere-se, segundo a NBC T 16.11, item 9, ao modelo de mensuração, no qual vale-se de diferentes unidades de medida, dependendo do tipo de informação que se busca pela gestão. No contexto do sistema de custeio, podem ser utilizadas as seguintes unidades de medida: custo histórico; custo-corrente; custo estimado; e custo padrão (CFC, 2012), sendo o custo histório e orçado, o sistema que se assenta as informações de custos do governo federal (STN, 2017). Segundo Machado (2002, p. 147), o custo histórico constitui um “elemento fundamental na integração entre o sistema de custos e os sistemas de orçamento e contabilidade pública”. No que se refere ao custo orçado, pode basear-se em

estimativas ou custo-padrão, desde que os sistemas de custos estejam aptos para evidenciar, no custo orçado, quando se vale de estimativas ou do custo-padrão.

No que se refere ao método de custeio, é compreendido como o modelo de atribuição dos custos, relacionando-se ao processo de identificação do custo ao elemento a ser custeado (MAUSS; SOUZA, 2008). Os principais métodos de custeio, que merecem atenção para efeito deste estudo, são o custeio por Absorção, Custeio Pleno, Custeio por Atividades, Custeio Variável e Custeio Direto.

Sinteticamente, o Custeio por Absorção, consiste na apropriação de todos os custos de produção aos produtos e serviços. Martins (2003, p. 26) compreende o método decorrente da aplicação dos princípios de contabilidade normalmente aceitos, sendo que o critério de apropriação dos custos refere-se somente aos de produção. Desse modo, todos os gastos derivados do esforço de produção são distribuídos para todos os produtos ou serviços realizados, sendo aderente à legislação tributária e societária do Brasil e de boa parte dos demais países (MARTINS, 2003).

O Custeio Pleno, também denominado RKW ou Integral, diferentemente do Custeio por Absorção, que considera somente os custos relacionados com a produção, trabalha com o critério de apropriar ao custo do produto, todas as demais despesas da organização, incluindo as despesas financeiras. Este método, salienta Machado (2002, p. 142) “segue a tendência de ampliação do conceito de custo de produto, incluindo as fases do esforço de venda, os canais de distribuição, inclusive as fases de pós-venda, como garantia e assistência técnica”. É similar ao Custeio por Absorção, exclusivamente no sentido de distribuição dos custos indiretos e das despesas aos produtos, mas o autor assevera, ser este método utilizado somente para fins gerenciais, uma vez que não atende à legislação tributária, nem à societária.

Já ao tratar do Custeio Variável, Martins (2003) afirma ser um recurso que apropria aos produtos somente os custos variáveis, sendo que os custos fixos e despesas fixas são considerados como despesas do período e lançados em sua totalidade nos resultados da organização. Sobre a utilização deste método, Machado (2002) lembra que existem várias controvérsias, mas destaca as contribuições no que se refere a definição de margem de contribuição por produto, com vistas a apoiar o processo decisório quanto ao mix de produção e atendimento de novas demandas com preços diferenciados, por exemplo.

Quanto ao Custeio baseado por Atividades - ABC, parte-se da ideia de que todas as atividades desenvolvidas pelas organizações consomem recursos e são geradoras de custos e não os recursos que são consumidos pelos produtos (CFC, 2012). Este método é semelhante ao Custeio Pleno, quanto ao tratamento dos custos, independentemente de estarem associados à fase de produção, distribuição e assistência pós-venda. No entanto, diferem-se à medida em que o ABC apropria somente os custos sujeitos a rastreamento por meio de direcionadores de custos (MACHADO, 2002) possibilitando determinar o quanto de cada atividade é consumida por eles (CFC, 2012).

Ao defender o método ABC no setor público, Alonso (1999) ressalta que embora seja de difícil implementação, visto ser complexo e oneroso, supera boa parte das metodologias convencionais, viabilizando ao governo conhecer os custos de diversos serviços e produtos, à exemplo dos custos de uma aula, dos processos de trabalho no governo, da gestão de políticas públicas, entre outros. Outro benefício relacionado a este método de custeio, segundo prevê o normativo em fase de aprovação - a NBC TSP 34 - consiste em, ao utilizar direcionadores de custos, são reduzidas possíveis distorções inerentes da arbitrariedade de rateios, quando “pura e simplesmente adotada”. Além disso, é uma técnica que se vale de duas fases, sendo a primeira fase a apropriação dos custos dos recursos às atividades e a segunda, parte da apropriação dos custos das atividades às respectivas entregas, sendo portanto considerada eficaz e satisfatória quando se trata dos entes públicos (ALONSO, 1999).

Entretanto, embora o teor da minuta da NBC TSP 34 aponta para esta ferramenta, sugere-se que os entes avaliem o custo-benefício de sua implementação. Além disso, considerando ser de difícil operacionalização no início do processo de implementação das informações de custos pelos entes, recomenda-se no item 49, como um primeiro passo, a apropriação dos custos diretos. Em seguida, em um segundo momento, recomenda-se a alocação dos custos indiretos, através de direcionadores de custos (rastreamento) e, em um terceiro momento, a alocação dos custos indiretos residuais em bases de rateio sólidas e fidedignas. Isso deixa claro que, aos gestores, pressupõe-se avaliar as opções de métodos de custeio e optar por aquele que tenha melhor aderência ao seu contexto operacional e atenda as suas necessidades.

Outro método de custeio, que nesse contexto merece particular

interesse para esta pesquisa, trata-se do custeio direto. O custeio direto é definido por Machado (2002, p. 148) “como sendo o método que aloca todos os custos – fixos e variáveis – diretamente a todos os objetos de custo sem qualquer tipo de rateio ou apropriação”. Segundo Machado (2002) e Machado e Holanda (2010), a adoção do custeio direto no âmbito do governo federal justifica-se com base em três argumentos: o primeiro, refere-se a objetividade com que permite acompanhar o desempenho das políticas públicas e da gestão, à medida que considera apenas os custos diretamente associáveis aos objetos de custo, atenuando possíveis distorções quanto aos critérios de rateio dos custos indiretos; o segundo argumento, reside na ideia de que o custeio direto está engendrado ao longo do processo de planejamento, orçamento e execução, facilitando a sua implantação pelos Sistemas Estruturantes; já, quanto ao terceiro argumento, considera-se o custo-benefício da informação de custos, verificado pela rapidez e o reduzido custo com treinamento de pessoal envolvido, dada a familiaridade aos sistemas orçamentários.

Portanto, ao apresentar estas vantagens e ao mesmo tempo convergir com as novas diretrizes do normativo que está por vir, especialmente no que se refere às etapas do processo de implementação das informações de custos pelo setor público, considera-se a adoção do custeio direto adequada a fim de conhecer o custo de cada UBS no município de Arapongas/PR para o ano de 2019. Cumpre mencionar, neste ponto, que não existe um método de custeio que seja o correto e, portanto, responda integralmente a todos aspectos do cotidiano da organização. No entanto, de acordo com as prioridades dos gestores, o contexto operacional e econômico, alguns métodos podem ser mais aderentes que outros, o que os tornam apropriados para o que se requer.

Sendo assim, ao priorizar um ou outro método, é importante utilizá-lo em bases consistentes e regulares a fim de viabilizar a comparabilidade. No entanto, isto não implica que sejam desnecessários novos aperfeiçoamentos e alterações metodológicas, até porque enquanto um processo de constante aprimoramento, um sistema de custos deve sempre primar pela melhor qualidade da informação gerada, sabendo que os reflexos de qualquer alteração realizada sejam oportunamente registrados.

Ademais, a utilização da contabilidade de custos para fins gerenciais vem de encontro a uma crescente exigência de que os serviços prestados pelo Estado sejam cada vez mais eficientes, efetivos e eficazes logrando melhor atender as

demandas da sociedade, com qualidade e custos menores. Nesse sentido, a priorização da eficiência se torna um fator preponderante do setor público para o alcance desses fins. Sobre este aspecto, é que o próximo tópico converge.

2.4 Eficiência no Setor Público

No campo econômico, a eficiência é um conceito amplamente utilizado nos sistemas produtivos, cujo teor aponta para a utilização eficiente dos recursos limitados e baseia-se no pressuposto de que a relação entre insumos e produtos não é determinística, estando sujeita a variações (MATTOS; TERRA, 2015). Ao tratar da eficiência, Meza *et al*. (2005) observam que esta resulta da comparação do que foi produzido, a partir dos recursos disponíveis, com o que deveria ter sido produzido considerando estes mesmos recursos. Semelhantemente, Mattos e Terra (2015, p. 211) afirmam que a eficiência está relacionada à capacidade de "obter o maior benefício de uma quantidade fixa de recursos". Esta compreensão decorre da própria questão que a teoria busca lidar: a escassez de recursos. Assim, o que se verifica historicamente, no campo da economia é a preocupação de um lado com os recursos que são limitados e, do outro lado, as necessidades humanas que são ilimitadas. Por conta disso, é central no estudo da economia a alocação ótima dos recursos produtivos escassos, eliminando desperdícios para atender as necessidades da população, promovendo o bem-estar de cada um (VASCONVELLOS; GARCIA, 2006).

No ordenamento constitucional brasileiro alguns vetores assumem relevante importância, especialmente no tocante aos princípios inseridos no artigo 37 caput da CRFB/88, os quais possuem o condão de nortear toda a atividade administrativa, nomeadamente a legalidade, a impessoalidade, a moralidade, a publicidade e a eficiência. Por este último aspecto, cumpre retomar que foi somente, em 1998, que a eficiência foi elevada a condição de princípio na Carta Magna, por meio da Emenda Constitucional nº 19, de 04 de junho, o que veio a delinear uma administração pública menos burocrática, mais ágil, e, sobretudo mais orientada para as necessidades do cidadão.

Este fato representou um grande passo na transição para uma administração pública gerencial, que preconiza a eficiência, por meio da melhoria da qualidade dos serviços prestados, ao mesmo tempo que controla os custos e

persegue uma cultura gerencial pautada nos resultados (CAMARGO; GUIMARÃES, 2013). Neste ponto, ao tratar das reformas gerenciais que se seguiram, Torres (2004, p. 175) observa que os conceitos de eficiência e efetividade “se vão sobrepondo às limitadas questões de ajuste fiscal que desencadearam as reformas gerenciais”.

Este argumento é compatível com o de Machado (2002, p. 72), quando este trata o princípio da eficiência como integrante de um “modelo de decisão amplo do setor governamental”, juntamente com o arcabouço legal que circunscreve o orçamento público. Pode-se dizer, que essa visão traz implicações importantes nas decisões de alocação de recursos por parte dos gestores públicos, uma vez que, compulsoriamente estes devem seguir os regramentos que envolvem a legislação orçamentária, perseguindo, como regra norteadora, a eficiência na alocação de recursos e avaliação dos resultados (MACHADO, 2002). Ou seja, enquanto um meio de alcance, o princípio da eficiência toma lugar a finalidade organizacional.

Ao tratar da reverência ao princípio da eficiência pelos entes públicos, Mattos e Terra (2015) afirmam que a administração pública deve buscar de maneira otimizada e perene o bem social coletivo, o que implica, em larga medida, na modernização da gestão pública. Essa deve instrumentalizar-se de estratégias diferenciadas a fim de se sensibilizar às necessidades sociais. Nesse sentido, convém destacar o conceito de eficiência no contexto do setor público trazida por Campelo (2010, p. 316). A esse respeito ele registra que:

> A eficiência é a procura do equilíbrio entre os custos e benefícios da adoção de políticas públicas, procurando realizar da melhor forma os serviços dos setores públicos, com um custo que seja satisfatório e razoável, procurando não manter situações custosas, ou deficitárias para os entes estatais, numa relação que com o menor custo possível possa se atingir os interesses dos cidadãos, no sentido da satisfação da demanda dos mesmos junto a iniciativa pública.

Cumpre observar, no entanto, que o conceito de eficiência é bastante amplo, especialmente no campo jurídico, tendo como principais premissas o “direcionamento da atividade dos serviços públicos à efetividade do bem comum, imparcialidade, neutralidade, transparência, participação e aproximação dos serviços públicos da população, eficácia, desburocratização e a busca da qualidade”, conforme registra Moraes (2001, p. 313). Aliás, conforme exposto, pode-se observar que o princípio da eficiência, além de não ser absoluto, uma vez que deve ser operado mediante o lastro dos demais princípios, especialmente o da legalidade, sob pena de afastar-se da segurança jurídica e até mesmo do Estado Democrático de Direito

(CAMARGO; GUIMARÃES, 2013), é comum também vir acompanhado de termos como eficácia e efetividade. Nesse sentido, aqui é conveniente distinguir brevemente os conceitos de eficácia, eficiência e efetividade, não se pretendendo exaurir o assunto, mas contribuir de maneira a evitar possíveis distorções de entendimento semântico, para efeito deste estudo.

2.4.1 Eficiência, Efetividade e Eficácia no Setor Público

Ao considerar as especificidades do setor público, é comum atrelar a atuação estatal e a avaliação das políticas públicas e programas, em termos de efetividade, eficiência e eficácia. Sobre isso, Mattos e Terra (2015) afirmam que a eficácia se refere à capacidade de alcançar um objetivo declarado, ou em sentido técnico estrito, compreende a razão entre o produto planejado e o produto real observado. Nesta esteira, em que pese a avaliação da eficácia de determinada política, ela é definida como a comparação entre as metas declaradas por um programa e as metas definitivamente atingidas, compreendendo as metas em função dos produtos ou serviços prestados no contexto do programa (MACHADO, 2002).

Já Torres (2004), defende que a efetividade, é mais ampla e complexa que a eficácia, uma vez que esta aponta se o objetivo da meta foi cumprido, ao passo que a efetividade demonstra se o objetivo anunciado, em termos de ações estatais, refletiu em melhorias sociais para a população envolvida. Por outro lado, o conceito da eficiência, segundo o autor, traduz-se nas relações custo/benefício, ou seja, na busca dos mecanismos mais econômicos e viáveis em prol da maximização dos resultados e redução dos custos. Neste sentido, Torres (2004) salienta que a ideia de efetividade e eficiência, não se confundem já que desta última prescinde um acentuado viés econômico.

Seguindo o compasso sobre as distinções sobre efetividade e eficácia na avaliação das políticas públicas, convém destacar o exemplo ilustrativo de um programa de vacinação retratado por Arretche (2007), no qual, em termos de eficácia, pode-se ter atingido satisfatoriamente as metas de vacinação, como exemplo, vacinar uma dada quantidade de crianças em determinado espaço de tempo, o que não implica necessariamente que o programa efetivamente contribuiu para reduzir as causas do problema que desencadearam a ação.

Para Ghelman e Costa (2006) é imprescindível buscar tanto a eficiência, como a eficácia e a efetividade das ações públicas envolvendo a utilização de ferramentas capazes de mensurar o desempenho considerando cada critério. Para tanto, considerando medir a efetividade os autores sugerem a busca de medidas de desempenho que sejam aptas a avaliar a capacidade do Estado no cumprimento de sua função social de atender à sociedade de maneira satisfatória. Já, em termos de eficácia de uma ação pública, é relevante verificar se o cidadão, enquanto usuário direto do serviço prestado, usufrui de atendimento com qualidade e, por último, ao tratar da avaliação de eficiência, deve-se avaliar se existe a otimização no uso dos recursos públicos, de maneira a onerar menos o cidadão contribuinte (GHELMAN; COSTA, 2006).

Sendo assim, diante do exposto é possível apresentar os critérios e as informações necessárias que compõe usualmente a avaliação das políticas públicas, sintetizadas por Machado (2002, p. 75) conforme ilustrado no Quadro 4.

Quadro 4. Critérios para avaliação das políticas públicas

CRITÉRIO	CARACTERÍSTICA DA INFORMAÇÃO
Efetividade	Objetivos e indicadores de seus impactos (resultados) na realidade que se quer transformar
Eficácia	Produtos e suas metas
Eficiência	Produtos e seus custos

Fonte: elaborado pela autora a partir das contribuições de Machado (2002, p. 75).

A partir do esclarecimento da distinção critérios, vale mencionar que é possível utilizá-los isoladamente ou de forma conjunta na avaliação das ações e das políticas públicas, a depender do tipo informação que se requer. Nessa esteira, torna-se relevante demarcar aqui, a ênfase no critério que esta pesquisa se propõe analisar: a eficiência relativa das UBS, com base nos produtos, aqui entendidos como os serviços prestados pelas unidades e nos custos envolvidos para a sua consecução.

A avaliação da eficiência tem sido um tema recorrente no sentido de induzir a um maior alcance da cobertura universal em saúde (OMS, 2010). A OMS (2010) reconhece que o excesso de oferta de equipamentos e procedimentos, ou sua subutilização, acompanhado de uma estrutura de pessoal dispendiosa ou inadequada, além do desconhecimento de melhores práticas, ocasionam desperdícios que comprometem a eficiência. Aliado a isso, a limitação de recursos em saúde pública

pede que estes sejam cuidadosamente alocados a fim de favorecer o melhor uso dos recursos possível.

Sabe-se que a gestão eficiente dos recursos, especialmente na APS, tem o potencial de refletir no sistema de saúde como um todo, o que oportuniza a necessidade de se expandir o conhecimento a partir deste contexto de análise. Sendo assim, a próxima sessão aborda o SUS a partir da síntese histórica nacional, que conformou a questão do (sub)financiamento da saúde e que impõe uma série de desafios atuais para melhorar a qualidade de vida da população para, enfim, garantir a saúde, que é de fato, um direito de todos.

2.5 Sistema Único de Saúde

O SUS foi criado em 1988 a partir da Constituição Federal, elevando o Brasil ao patamar de um dos maiores protagonistas do mundo a oferecer serviços gratuitos de saúde. Trata-se de uma grande conquista do povo brasileiro, consistindo em um sistema abrangente e complexo, o qual prevê o acesso integral, cobertura universal e igualitária para todos os cidadãos, englobando distintos níveis de complexidade de atenção à saúde dentre outras ações, cuja articulação envolve de forma solidária e participativa as três esferas da Federação: a União, os Estados e os municípios, cada um com suas co-responsabilidades e competências.

A gestão federal da saúde é realizada através do Ministério da Saúde (MS), o qual é responsável por formular políticas nacionais de saúde, controlar, coordenar e avaliar o SUS, no entanto, não realiza as ações de fato. Para o alcance dos seus fins, depende da conjugação de vários atores e parceiros tais quais os Estados, os municípios, ONGs, fundações, iniciativa privada entre outros (BRASIL, 2009).

Os Estados, por sua vez, atuam por meio de secretarias dedicadas exclusivamente para a gestão em saúde. Cabem aos gestores estaduais organizar, planejar e coordenar os serviços de saúde em sua esfera de atuação, além de aplicar recursos próprios, especialmente nos municípios, incluindo os transferidos pela União. Trata-se de um parceiro na aplicação das políticas nacionais de saúde, mas também este elabora as suas próprias políticas, desde que respeitem as regulamentações federais (BRASIL, 2009).

Já no tocante a esfera municipal, pode-se destacar a

responsabilidade pelo planejamento e execução das ações e serviços de saúde em seu território. Para o atendimento dessas demandas, os gestores municipais devem aplicar tanto recursos próprios quanto os transferidos pela União e pelo Estado. Atua como parceiro na implementação das políticas nacionais e estaduais além de formular suas próprias políticas, sempre cumprindo os normativos federais. Quando não dispõe de procedimentos de complexidade, a fim de assegurar o atendimento pleno de sua população, estabelece parcerias com outros municípios da região, articulando também com a esfera estadual. Trata-se do principal responsável pela saúde pública em seu território.

Ressalte-se que a razão de ser de qualquer sistema de saúde é atender as necessidades de saúde de sua população, o que no caso pátrio, foi adequadamente apropriado na Constituição (1988), mas que na prática ainda persistem suas dissonâncias. Neste sentido, assevera Pinotti (2019) que ao avaliar um sistema de saúde, não se deve levar em consideração somente os números difundidos sobre o crescimento da expectativa média de vida da população ou a redução da mortalidade infantil, já que esses índices tem apresentado sensíveis melhoras há décadas, no mundo todo, dada a inserção de inovações tecnológicas. Diante disso, é patente que estes e outros indicadores não expressam, de fato, a realidade brasileira, pois como ressalta Pinotti (2019), eles são significativamente piores quando comparados com o de países desenvolvidos, além de apresentar taxa de declínio mais lenta que em outros países da América Latina, com similar renda *per capita*.

Nesta esteira, Pinotti (2019, p. 32) registra que o SUS “tornou-se uma colcha de retalhos, os programas e projetos são episódicos, pontuais, parciais, fragmentados”, resultando em uma saúde deficitária para os pobres usuários do SUS e uma saúde próspera no mercado para àqueles que podem pagar por ela. Por outro lado, Mendes (2019) aponta que no sistema de saúde, ainda que positivo, dados os avanços conquistados, muitos desafios ainda estão à espreita e indicam necessidades de reestruturação tanto no contexto macro, quanto microeconômico do SUS, o que abrange um conjunto de reformas concomitantes nos modelos de gestão, financiamento e de atenção, perpassando tenaz ênfase na APS, enquanto sustentáculo radial do sistema.

À vista deste panorama, Pinotti (2019) ressalta que é possível mudar, e como um primeiro passo, sugere recorrer à Constituição Federal (1988), resultado

do labor e de reflexões dos intelectuais de saúde no Brasil, que com efeito, traduziu o SUS como uma das políticas públicas nacionais mais inclusivas, transformando toda a população brasileira em “cidadãos portadores da saúde como um direito” diluindo a figura do “indigente sanitário” conforme aponta Mendes (2019, p. 27). Segundo o mesmo autor, é imperioso no âmbito da saúde pública, maior disposição política, estratégias claras, aliado a competência operacional e paciência histórica para a partir de então vislumbrar o sistema público de saúde não como um “problema sem solução, mas uma solução com problemas” (CONASS, 2006, p. 43) que necessita de um reordenamento aos propósitos fulcrais emanados na Constituinte.

Cumpre assinalar que não consiste como ponto central desta sessão analisar as causas do fracasso ou retrocessos do SUS, nem tampouco apontar as ações necessárias para a sua correção, mas sobretudo compreender a síntese histórica do (sub)financiamento da saúde, a partir da criação do SUS e a consequente escassez de recursos que conformam um dos grandes desafios atuais.

2.5.1 A Construção do SUS e a Questão do (Sub)Financiamento

A construção do SUS, se dá “no contexto das Políticas Públicas de Seguridade Social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e Assistência Social” (CONASS, 2009, p. 11), articulado por meio de “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da Sociedade” (BRASIL, 1988). Nesta nova relação, os direitos à saúde deixam de ser restritos aos trabalhadores com carteira registrada e passam a ser universais, incluindo todos os cidadãos, independentemente de contribuição. Além disso, parte-se da compreensão básica, então pactuada pelos constituintes, que considera o cuidado ao cidadão desde o nascimento até a sua morte, ao mesmo tempo que inclui a assistência integral à saúde, com ações que englobam desde os cuidados preventivos, à exemplo das campanhas de vacinação até os tratamentos mais complexos, como os cirúrgicos e transplantes (CONASS, 2009).

De fato, esta nova interpretação acerca da Saúde, pode ser considerada um grande avanço, uma vez que, anteriormente era central a ideia de saúde, como uma situação de “não-doença” em que predominavam intervenções do ponto de vista da medicina curativa em detrimento da preventiva. Com o SUS, esta concepção, que consistia em apenas “remediar os efeitos com menor ênfase nas

causas, deu lugar a uma nova noção centrada na prevenção dos agravos e na promoção da saúde" (BRASIL, 2000, p. 5) e que pudessem traduzir melhores condições de vida para a população. Com isso, a saúde, passa a ser associada ao bem estar da população, do mesmo modo que os níveis de saúde, passam a definir a organização social e econômica do país (BRASIL, 1990), em alinhamento à concepção dos determinantes sociais da saúde incorporados pela OMS (ANDRADE *et al.*, 2012).

Igualmente importante, no tocante as diretrizes organizacionais do SUS, Silva (2011, p. 2755) lembra que a Constituição "promoveu a descentralização/regionalização e integração com formação de redes assistenciais", o que de um lado, segundo o Conass (2009) reconheceu a necessidade da conjugação dos esforços das diferentes esferas do governo, favorecendo a racionalização e otimização dos recursos, e, por outro, priorizou a municipalização, no sentido de que a esfera local é o melhor ambiente para abordar diretamente as questões sanitárias, ao reconhecer as características e conjunturas locais e formular ou ajustar estratégias, a fim de superar os problemas de saúde identificados. Sobre esse aspecto, Ugá e Marques (2005, p. 256) destacam que a partir do início da década de 1990, por meio da institucionalização do SUS, "o modelo organizacional do sistema de saúde brasileiro perdeu sua tendência 'estadualista' ora desenhada pelo Suds, passando a 'municipalização' a se constituir no eixo condutor do processo de descentralização do sistema".

Assim, como desdobramento da organização e da descentralização do Estado, no final da década de 80, foi atribuída aos municípios, através da Constituição Federal, a competência para "organizar e prestar, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão os serviços públicos de interesse local" (art. 30, inc. V), dentre os quais, pode-se destacar a responsabilidade pelo planejamento das ações e serviços de saúde em seu território. O texto Constitucional prevê desde as fontes de financiamento, a forma de divisão, o repasse de recursos entre as diferentes esferas governamentais, até os percentuais a serem dispendidos em saúde (CMN, 2018). Posteriormente, em 1990, o Congresso Nacional aprovou as Leis orgânicas da Saúde, a lei federal 8.080 e 8.142. A primeira, segundo a Confederação Nacional de Municípios (2018, p. 11) "define que os planos municipais de saúde são os instrumentos centrais de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde". Já, a segunda "trata dos condicionantes para

recebimento de recursos federais e da participação da comunidade na gestão do SUS".

Mas, foi somente a partir de setembro de 2000, quando foi aprovada a Emenda Constitucional 29 (EC-29), que foi estabelecida a administração tripartite do SUS, prevendo a participação de recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Sendo que os gestores municipais são responsáveis pela administração dos recursos, sua implantação e qualidade. A esse respeito, a Confederação Nacional de Municípios registra que (CNM, 2018, p. 11):

> A Emenda Constitucional 29/2000, marco histórico do financiamento da saúde, ratificou a vinculação de recursos financeiros da seguridade social, definindo percentuais mínimos de investimento da Receita Corrente Líquida (RCL) para os Estados (12%) e os Municípios (15%). No entanto, para o governo federal não foi estabelecido um mínimo percentual vinculado à RCL, situação que ao longo dos anos elevou, de forma substancial, os percentuais investidos em saúde pelos demais Entes da Federação.

Ao analisar a participação das três esferas de governo no gasto público total com ações e serviços públicos de saúde, Mendes e Funcia (2016) reconhecem que o processo de descentralização do SUS, seguido da aprovação da EC-29, acarretaram reflexos significativos na composição desse gasto. Para se ter uma ideia, em 1980, a União respondia com 75%[1] dos recursos públicos direcionados em saúde, mantendo sua participação quase constante, até o ano de 1990, perfazendo 74,4% do total. A partir daí, a sua participação foi decrescendo e, quando a EC-29 foi criada, no ano de 2000, o governo respondia com aproximadamente 59,8% do total, os estados, com 18,5% e a esfera municipal com 12,1%. Desde então, sua participação foi encolhendo e, no ano de 2015, registrava 43,2% do total. Ressalte-se que, entre 2000 a 2015, a participação dos estados saiu de 18,5% para 25,9%, ao passo que a dos municípios passou de 21,7% para 30,9% (MENDES; FUNCIA, 2016).

Para os autores, a quantidade de recursos destinados a saúde poderia ter sido maior, caso a União e os Estados tivessem cumprido, a rigor, a EC-29, sem utilizar-se de mecanismos diferentes, com base em interpretações, no mínimo problemáticas, à respeito dos critérios definidos pela Emenda, com vistas a reduzir a alocação de recursos. No tocante a esfera municipal, embora, em 2015, tenha se

[1] Para maiores detalhes verificar tabela extraída de Mendes e Funcia (2016, p. 154) contida no Anexo A.

verificado que os gastos efetivos em saúde tenham apresentado uma média nacional de 23%, muito acima do percentual mínimo de 15% da receita tributária estipulada pela EC-29 (MENDES; FUNCIA, 2016), Mendes (2012) chama atenção para uma realidade não homogênea entre os municípios. Para este autor, em boa parte deles, mesmo que as necessidades exigissem aplicações maiores, o percentual de 15% passou a ser utilizado à semelhança de um limite máximo ao invés de um piso mínimo, situação verificada também nas esferas federal e estadual, segundo observam Mendes e Funcia (2016).

Como parte desse contexto, cumpre mencionar que a regulamentação da Lei Orgânica do SUS, foi efetivada somente em meados de 2011, a partir do Decreto 7.508, o qual preve, dentre outras questões, a inclusão dos serviços da iniciativa privada nas ferramentas de planejamento em saúde e estabelece a "forma de organização, planejamento, assistência e articulação interfederativa" (CNM, 2018, p. 12). Além disso, semelhante atraso pode ser verificado na EC-29, cuja regulamentação somente ocorreu em 2012, através da Lei Complementar 141, que dispôs sobre a necessidade de estabelecer um método de distribuição de recursos do governo federal para os Estados e Municípios, corroborando com o expresso no art. 35 da Lei 8.080/1990. A respeito da nova legislação, registre-se que:

> A nova legislação define para fins de cumprimento do mínimo constitucional quais são os gastos com saúde e as despesas que não podem ser declaradas como Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), estabelecendo ainda a obrigatoriedade, para União, Estados, Distrito Federal e Municípios, de declarar e homologar bimestralmente os recursos aplicados em Saúde, por meio do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) (CNM, 2018, p. 12).

Posteriormente, em 2015, algumas medidas adotadas contribuiram para enfraquecer ainda mais o financiamento da seguridade social, de modo geral, e especificamente na área da saúde. De acordo com Mendes e Funcia (2016, p. 157), dentre as medidas adotadas, podem ser citadas a aprovação da Lei nº 13.097/2015, que permite à inserção de capital estrangeiro na saúde e a aprovação da EC nº 86/2015, que sucumbiu as espectativas de um financiamento mais coerente consolidando "o subfinanciamento histórico do SUS". Sobre a EC nº 86/2015, ressalte-se que:

> Apesar de definir o percentual mínimo de investimento em saúde para a União de 15% da RCL, tal emenda estabeleceu uma regra transitória de escalonamento (de 13,2% a 15%) ao longo de 5 anos, o que pode ser considerada uma das mais dramáticas derrotas da saúde pública no Brasil, visto que no ano de 2016 o valor deflacionado aplicado pela União foi inferior

> a 2015. Além disso, inseriu os valores apurados dos royalties do petróleo como uma das fontes para o cumprimento do mínimo constitucional a ser aplicado em saúde, fazendo com que uma receita que deveria ser considerada adicional se tornasse parte do mínimo (CNM, 2018, p. 12).

Caracterizando outro aspecto que, com efeito, vem ao encontro do enfraquecimento do SUS, trata-se da adoção de um novo regime fiscal decorrente da União com contingenciamentos relevantes de recursos no âmbito da seguridade social (MENDES; FUNCIA, 2016), por meio da promulgação da Emenda Constitucional 95, de 2016, a qual restringe pelos próximos 20 exercícios financeiros os gastos federais. Esses passam então a ser corrigidos com base na inflação do exercício imediatamente anterior e não mais com base no crescimento da RCL, no que se refere à saúde.

Diante desse panorama, segundo a Confederação Nacional de Municípios (CNM, 2018), com vistas a contribuir com maior autonomia do gerenciamento da saúde, em termos de gestão financeira dos recursos repassados pela União, privilegiando o planejamento local das ações em saúde, além de desburocratizar o excesso de normas e garantir a melhor utilização dos recursos públicos, que pelo regramento anterior, segundo o Conass (2018) ficavam retidos sem possibilidade de movimentação entre as áreas, foi publicada a Portaria do Ministério da Saúde, n° 3.992, em 28 de dezembro 2017, que dispõe sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS.

A principal alteração deste normativo, diz respeito ao art. 3°, o qual, segundo fiel tradução, estabelece que “os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados às despesas com ações e serviços públicos de saúde, a serem repassados na modalidade fundo a fundo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios serão organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento”: Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde, sendo que os recursos que integram cada Bloco de Financiamento, seja de custeio ou de investimento, devem ser alocados em ações e serviços públicos de saúde condizentes a cada bloco e não mais em seis blocos.

Outra aspecto inovador decorrente deste novo modelo de repasses foi a “separação inequívoca dos fluxos orçamentários e financeiros”, o que possibilita que os recursos recebidos possam ser utilizados de acordo com as demandas locais, por meio de uma melhor gestão financeira da saúde (CNM, 2018, p. 36). Segundo o Conass (2018), o Ministro da Saúde, considerou as normas como revolucionárias e

ponderou que visam assegurar que a transferência de recursos, de fato, se transforme em ações e serviços para a sociedade.

A fim de facilitar a compreensão dos normativos legais, relacionados ao financiamento do SUS, segue abaixo o Quadro 5 sintetizando sua evolução histórica, desde 1988 até o ano de 2017.

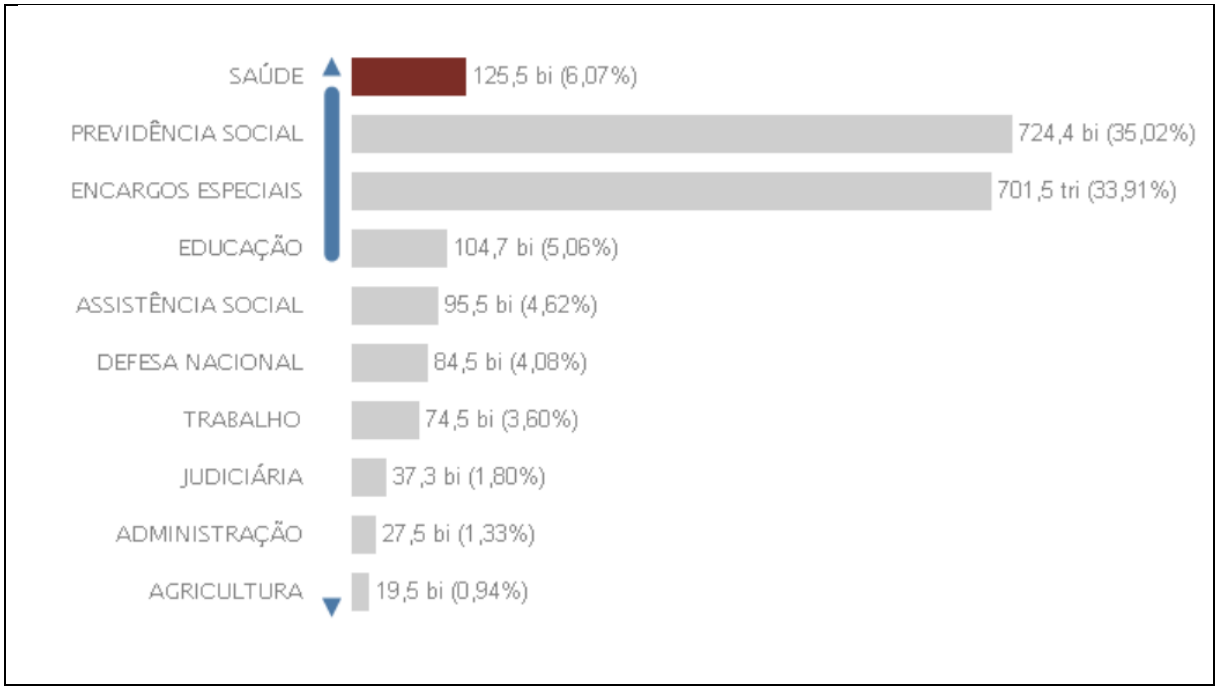
Quadro 5. Evolução cronológica das normativas legais do financiamento do SUS

Normativo Legal	Ano	Regulamentação
CF	1988	Cria o SUS
Lei n° 8.080	1990	Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes.
Lei n° 8.142	1990	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.
Emenda Constitucional 29	2000	Dispõe sobre os recursos mínimos para o financiamento das ASPS.
Portaria n° 204	2007	Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ASPS, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle
Decreto n° 7.508	2011	Regulamenta a Lei 8.080/1990, a fim de tratar da organização do SUS, do planejamento da saúde, da assistência à saúde e da articulação interfederativa.
Lei Complementar n° 141	2012	Regulamenta o §3º do art. 198 da CF para dispor sobre valores mínimos, critérios de rateio, normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas.
Emenda Constitucional n° 86	2015	Altera os arts. 165, 166 e 198 da CF, com o intuito de tornar obrigatória a execução da programação orçamentária.
Emenda Constitucional n° 95	2016	Institui o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por vinte exercícios financeiros.
Portaria n° 3.992	2017	Dispõe sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ASPS do SUS

Fonte: elaborado pela autora a partir das contribuições de CNM (2018, p. 14).

Objetivando uma melhor compreensão da realidade decorrente dos normativos supracitados, pode-se analisar os gastos do governo federal, a partir do orçamento efetivo, pago em 2019, comparando a saúde com outras áreas. Como resultado, pode-se observar que os gastos com previdência social e encargos especiais superam aos da saúde, demonstrada na Figura 1.

Figura 1. Comparativo de Saúde no orçamento efetivo (Pago 2019)



Fonte: Siga Brasil | Painel Cidadão (2019)

Como se pode observar no Figura 1, embora a quantidade de recursos seja significativa, em torno de 125,5 bilhões em moeda corrente nacional, ao mesmo tempo aponta que a saúde não é a área destinatária de mais recursos.

Caracterizando outro ponto basilar nas discussões do financiamento em saúde, merecem atenção as análises comparativas realizadas no panorama internacional. De acordo com o Observatório de Análise Política em Saúde - OAPS (2019), o Brasil é o único país, dentre os que possui um sistema de saúde público e universal a atender mais de 200 milhões de habitantes. Esta constatação pode ser verificada, a partir das análises dos paises que reconhecidamente possuem um sistema de saúde público e universal, à exemplo da Dinamarca, Canadá, Suécia, Espanha, Portugal, Reino Unido, sendo este último, o mais populoso, com cerca de 66,4 milhões de pessoas atendidas. No entanto, a questão que chama atenção, é que dentre estes países, o Brasil, além de exigir-se que o Estado preste assistência gratuita em saúde, ao mesmo tempo, é o que aplica menos recursos na área, proporcionalmente (OAPS, 2019) o que, corrobora para o fato da saúde não ser prioridade do governo Federal, dado ao baixo nível de recursos públicos empregados na saúde do país.

Como parte desta história, o quadro de crise fiscal que permeia os governos estaduais e municipais, além do governo Federal, acompanhado dos novos

formatos de transferência de recursos, em vigor desde 2018, vem ao encontro uma série de desafios. Um deles, lembra Mendes (2019, p. 368), ao que tudo indica, “será pouco provável que esses entes federativos aumentem, pelo menos no curto prazo, os recursos destinados ao financiamento do SUS”, o que impõe maior ênfase na eficiência dos gastos públicos pelos gestores municipais, em termos de melhor qualidade dos serviços a custos mais baixos. Por outro lado, segundo a Confederação Nacional de Municípios (CNM, 2018), as inovações legais relacionadas à metodologia de financiamento, apontam especialmente para a dificuldade de muitos gestores municipais em determinar a maneira correta na articulação dos recursos recebidos do Fundo Nacional de Saúde. Isso demanda maiores esforços no sentido de melhorar os controles internos atualmente existentes, a fim de não prejudicar a qualidade e a continuidade dos serviços prestados em saúde à população.

Ao tratar sobre a questão do subfinanciamento crônico em saúde, Mendes (2012, p. 99) registra que “os recursos que se alocam ao SUS são insuficientes para sustentar um sistema público universal”, além disso, aponta para um quadro de ineficiência alocativa de recursos, levando a um desvio relativo dos gastos para a atenção secundária e terciária. Sob este ângulo, o autor indica a necessidade de uma maior eficiência dos sistemas de atenção à saúde, no sentido de equilibrar as ações e os gastos entre os seus diversos componentes do sistema.

Sendo assim, o desdobramento do subfinanciamento do SUS manifesta-se, especialmente na APS, considerada a porta de acesso preferencial do Sistema. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) disponível em (BRASIL, 2006, p. 10) a APS caracteriza-se como:

> [...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior freqüência e relevância em seu território. (...) Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Conforme mencionado anteriormente, sabe-se que desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978, a APS tem assumido papel chave, enquanto sustentáculo dos sistemas de saúde. No Brasil, também conhecida por atenção

básica, foi gradativamente se fortalecendo, tornando-se centrais para a estruturação dos sistemas locais de saúde (BRASIL, 2006). No ano de 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), cujo foco prioriza o cuidado integral e contínuo, assegurando o acesso a assistência para a população e, que a partir da adoção do Piso de Atenção Básica (incentivo financeiro *per capita* para ações primárias de saúde), em 1998, reforçou a expansão do PSF por todo o território nacional. Posteriormente, em 2006, através da implementação do Plano Nacional da Atenção Básica, foi consolidado o modelo Estratégia Saúde da Família (ESF) como política prioritária para sua organização (BRASIL, 2006).

No tocante ao financiamento desta área específica, recentemente, no final de 2019, o governo federal lançou uma nova política, chamada “Previne Brasil” a qual alterou o financiamento das APS para os municípios. A iniciativa, criada por meio Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019, estabelece o novo modelo de financiamento de custeio da APS no âmbito do SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS/2017 (BRASIL, 2019), passando a basear-se: na capitação ponderada; no pagamento por desempenho; e no incentivo para Ações Estratégicas, conforme caracterizado no Quadro 6.

Quadro 6. Elementos integrantes do Programa Previne Brasil

Capitação Ponderada	Pagamento por desempenho	Incentivo para ações estratégicas
Capitação ponderada; pagamento por desempenho; incentivo para ações estratégicas. Capitação: pagamento por pessoa cadastrada (adscrita/vinculada) em equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Primária (eAP). Ponderada: são aplicados pesos sobre a população cadastrada, considerando necessidades de saúde e custos assistenciais.	Pagamento pelos resultados de indicadores alcançados pelos municípios com eSF e eAP, equipes de saúde bucal e equipes multiprofissionais. O conjunto de indicadores é relacionado a áreas estratégicas e publicado em portaria.	Pagamento por equipes, serviços ou programas da APS. Cada equipe, serviço ou programa tem seu regramento específico.

Fonte: adaptado de Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019.

O objetivo do novo programa é estruturar o formato de financiamento da APS[2], com base no incentivo ao acesso aos serviços, a cobertura efetiva de APS e o aperfeiçoamento da qualidade da assistência, a partir do resultado de indicadores

[2] Para maiores detalhes, ver o Manual instrutivo de financiamento da APS, disponível em BRASIL. Ministério da Saúde (2021)

de saúde e no atendimento das demandas de saúde da população.

Como parte deste novo quadro de financiamento, entra em pauta uma série de discussões. Algumas, como em Massuda (2020) tendem a apostar que a nova politica tem apelo restritivo e pode compromoter os aspectos de universalidade, aumentar as discrepâncias de financiamento e levar a focalização de ações do SUS. Por outro lado, outros estudos como Harzheim *et al.* (2021) indicam o fortalecimento das características da APS, tornando efetivos os principios de universalidade e equidade do SUS, contribuindo para levar a APS brasileira para o século XXI.

Para além dessas discussões, é certo que as mudanças trazem reflexos no SUS, e que integram uma realidade cada vez maior de desafios a serem administrados, especialmente pelos gestores municipais, o que torna a proposta deste estudo ainda mais relevante e oportuna, uma vez que o conhecimento dos custos das UBS, seguida das análises de eficiência, tem o potencial de auxiliar nos processos decisórios, oportunizando a qualidade do gasto público, e, ao mesmo tempo contribuindo para o aprimoramento de uma das principais políticas públicas inclusivas do país.

Dessa forma, para se compreender como os recursos estão sendo aplicados no setor público, prossegue-se com uma revisão de estudos voltados para esta temática.

2.6 Levantamento de Estudos Aplicados

Um dos passos que merecem atenção em qualquer pesquisa é conhecer o campo, enquanto lócus fundamental, que sedimenta a temática que se propõe dedicar, para a partir do que foi verificado, identificar possíveis lacunas e tendências na literatura a qual o estudo possa contribuir.

Nesse sentido, a partir da ênfase que este estudo se propõe analisar, que diz respeito à eficiência relativa das UBS vistas sob as relações dos insumos e produtos, isto é, os serviços prestados pelas unidades e nos custos envolvidos para a sua consecução, optou-se por articular esta sessão em dois momentos. Primeiramente, apresentam-se as pesquisas relacionadas aos custos na APS, para, logo na sequência, elencar a revisão de estudos que dedicaram a analisar a eficiência no âmbito do Setor Público por meio da ferramenta DEA.

2.6.1 Estudos sobre Custos na Atenção Primária

Neste contexto, a pesquisa realizada por Ferri (2018) assume particular relevância, pois serve de base nos procedimentos metodológicos deste estudo, no que tange ao custeio direto adotado e quanto a utilização da ferramenta DEA para avaliar a eficiência das UBS. A autora, objetivou 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 a consecução desse fim, a autora, em um primeiro momento, identificou e descreveu as atividades executadas pelas 54 UBS situadas no município, verificando as respectivas produções.

De posse desses primeiros dados, é importante destacar os principais achados da autora. O estudo permitiu identificar que “a quantidade de servidores das UBS não está relacionada com o tamanho da população da área de abrangência das unidades” (FERRI, 2018, p. 95), e ainda que as UBS situadas na zona rural produzem menos que as situadas na zona urbana. Ao considerar o parâmetro definido no 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, que a maior parte das unidades está de acordo com o preconizado pelo MS.

Já, a Zona Rural é a região que tem mais UBS, no entanto, é ao mesmo tempo a que concentra a menor quantidade populacional, apenas 5% do total. Em contrapartida, a Região Central é a segunda em maior concentração populacional, cerca de 20% do total, mas é a que possui o menor número de UBS e que apresenta menor produção, com relação a quantidade de atendimentos e procedimentos. No tocante à estrutura de pessoal, a variação de funcionários alocados por região é muito alta. Os valores apresentados são muito distantes da média e registram um desvio padrão de 107,7. A Zona Rural, por sua vez, indica a maior representatividade na quantidade de UBS, no entanto, registrou menor quantidade de funcionários em seu quadro. Quanto a representatividade de profissionais nas UBS, a de Educador Físico, Farmacêutico, Nutricionista e Psicólogo, são os que apresentam menor representatividade, ao passo que os profissionais no cargo de Auxiliar/Técnico Enfermagem são os maiores.

Posteriormente, Ferri (2018) levantou os custos diretos de cada UBS, mediante a seguinte classificação: “custos com pessoal”, “custos administrativos” e

“custos com materiais”. De posse das informações dos custos, a autora pode inferir que a categoria “Custos Administrativos”, os itens “Materiais para Copa, Cozinha, Limpeza e Insumos “, representam 53% do total, perfazendo o custo com maior representatividade. As UBS situadas na Zona Rural, são as que apresentam os menores custos administrativos e de materiais de consumo, comparadas às da área urbana. Nas equipes ESF, as funções auxiliares/técnicos enfermagem são as que tem os maiores custos (43,16%), seguidos por Enfermeiros (22,99%), Clínico Geral (21,40%) e Agente Comunitário de Saúde (ACS) (12, 45%). Contudo, as funções de médico e enfermeiro são as mais caras na folha de pagamento, sendo que a zona rural apresenta os menores custos de pessoal, com relação as equipes ESF. Ao observar os custos totais das UBS, pode-se verificar que o item “Custos com Pessoal” registrou 89,78%, seguido por “Material de Consumo” com 8,05% e por “Custos Administrativos” com 2,18% do total consumido pelas UBS.

Como outro passo da pesquisa, foram calculados o custo de cada atendimento nas UBS, tendo como base a comparação dos custos de cada função com os dados de produção total respectiva. Como resultado, foram identificados que o custo médio de cada atendimento/procedimento realizado foi de

> 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 (FERRI, 2018, p. 175).

Para a análise DEA, Ferri (2018) considerou como entrada (*inputs)* os dados de “Custos Administrativos”, “Material de Consumo”, “Custos com Pessoal” e “Número de Servidores”. Já para as saídas (*outputs*), “Quantidade de Serviços Prestados” e “Produção Total”. Como resultado das análises de eficiência, pode ser identificado que seis UBS apresentaram percentuais acima de 90%, e 8 delas se mostraram menos eficientes, alcançando um percentual inferior a 70%. No tocante às demais, o percentual oscilou entre 70% e 90% de eficiência.

Como destaque do 1° Encontro Científico de Pesquisas Aplicadas às Políticas Públicas em Saúde, pode-se citar o estudo realizado por Costa e Veloso (2015), o qual objetivou “saber quanto custa uma unidade de Atenção Primária – suas despesas gerais, serviços terceirizados, material de consumo, medicamentos e despesas gerais” tendo como base os Centros de Saúde da região central de Brasília/DF, no período de janeiro à outubro de 2015. De acordo com parte dos

resultados e, tendo como base o Centro de Saúde na Região Sul do DF, as autoras identificaram que as despesas de pessoal representam cerca de 88% das despesas, Material de Consumo e Medicamentos 5%, Serviços Terceirizados 7% e, 1% representa os gastos com água, luz e telefone, tratadas como despesas gerais. Em última análise, considerando os custos expressivos levantados em hospital terciário da mesma Região dos Centros de Saúde, as autoras discutiram os benefícios de se investir em prevenção, por meio da APS, uma vez que os custos são menores, a fim de qualificá-la e, por fim diminuir as lotações hospitalares, muito mais onerosas (FERRI, 2018).

Caracterizando outro aspecto importante nas pesquisas sobre custos na APS, foi o estudo desenvolvido por Castro (2011) que objetivou “analisar, a partir da revisão integrativa da literatura nacional, o conhecimento científico sobre a aferição de custos em unidades básicas de saúde”. Para tanto, a autora realizou um levantamento bibliográfico de trabalhos publicados entre os anos de 2000 e 2009, constituindo uma amostra de 10 trabalhos. Como resultado das análises, a autora pode inferir que a metade teve como base a aferição de custos de equipes básicas de PSF, sendo que, os demais focaram em equipes ampliadas de PSF, e UBS e a atividade de imunização. Também foi constatado que oito estudos utilizaram o método de custeio por absorção e dois valeram-se da metodologia ABC para aferição dos custos. No entanto, foi verificada a aplicação de conceitos e métodos de custeio com interpretações distintas nos trabalhos analisados, impossibilitando a comparação dos respectivos resultados. Apesar disso, a autora destacou que os custos mensais *per capita* variaram de R$ 3,27 a R$ 10,99, sendo que as equipes de saúde da família ampliadas com odontólogo podem apresentar custos até 77,7% maiores que as equipes básicas.

Os trabalhos de Castro *et al.* (2007), também chamam atenção por realizar uma avaliação econômica, no ano de 2002, levando em consideração os custos e a efetividade entre duas alternativas de modelo de atenção básica, o conhecido modelo “tradicional” e o PSF do município de Porto Alegre, baseado, de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, em que ambas apresentam características similares. Para tanto, os autores utilizaram o método de custeio por absorção, calculando os gastos com pessoal e despesas de material de consumo, seguido do levantamento de indicadores de efetividade selecionados, como a oferta – total de atendimentos, qualidade da atenção – atendimentos pré-natal, e indicador de

acesso/utilização – cobertura vacinal. De posse desses dados, os autores puderam evidenciar que o modelo baseado no PSF foi mais custo-efetivo, ou seja, foi o que apresentou os menores custos nas categorias estudadas, incluindo os que se referem aos custos diretos, pois embora no PSF os profissionais tenham salários maiores, as unidades tradicionais possuem um contingente de pessoal muito maior. Por fim, os autores puderam concluir que as unidades de PSF realizaram mais atividades e com maior qualidade que o modelo tradicional.

Já os trabalhos de Rocha Filho e Silva (2009), objetivaram analisar os custos de pessoal e produtividade de oito equipes do PSF de duas unidades de Fortaleza, Ceará, em 2004. Para o atendimento dessas demandas, os autores utilizaram o método de custeio por absorção. Como resultado, os autores puderam inferir que “os maiores gastos foram com pessoal (75%), principalmente com os membros das equipes do PSF, e com medicamentos (18%)” (ROCHA-FILHO; SILVA, 2009, p. 919). Além disso, alguns dos profissionais das equipes que integram o PSF “apresentaram produtividade acima das metas planejadas, porém a média geral das atividades por médico e enfermeiro nas equipes ficou abaixo da metade daquelas metas, com alta capacidade ociosa e tornando as atividades muito onerosas” (ROCHA-FILHO; SILVA, 2009, p. 919).

Com base nos trabalhos apresentados, à exceção aos estudos desenvolvidos por Ferri (2018), pode-se dizer que os objetivos são distintos e não se aplicam plenamente à realidade que se pretende desvelar, até porque a depender do método de custeio utilizado e as variáveis escolhidas para análise, os resultados podem divergir significamente, não permitindo a comparabilidade. Além disso, são poucos os estudos dedicados ao método de custeio direto, e, como abordado anteriormente, se mostra ainda mais relevante, à medida que é pouco explorado no setor público, mas que tem muito a oferecer.

2.6.2 Estudos Aplicados que utilizaram a ferramenta DEA

Uma das possibilidades de avaliar a eficiência, parte de modelos não-paramétricos voltados para a construção empírica de uma fronteira, que servirá como base para análise das melhores práticas observadas, isto é, das unidades que fizeram o melhor uso dos recursos possível e que, por este motivo, são classificadas com

eficiência de 100% (MATTOS; TERRA, 2015). Tal situação, é possível através da aplicação da ferramenta DEA.

O modelo original de Charnes, Cooper e Rhodes (1978), conhecido como CCR, dadas as iniciais dos seus idealizadores, eram aplicáveis apenas às tecnologias caracterizadas por retornos constantes de escala global. Posteriormente, em 1984, Banker, Charnes e Cooper estenderam o modelo CCR para abarcar tecnologias que exibiam retornos variáveis de escala, chamado de BCC, considerado um grande avanço para o campo. Desde então, o DEA foi imediatamente reconhecido como uma ferramenta moderna para medição de desempenho (RAY, 2004; EMROUZNEJAD; YANG, 2018).

Como resultado, pode-se observar um grande número contribuições metodológicas por diversos pesquisadores, acumuladas em um significativo volume de estudos em torno dos modelos CCR e BCC sobre aplicações DEA para avaliar a eficiência e produtividade, tanto do setor privado quanto do público. Recentemente, Emrouznejad e Yang (2018) fizeram um levantamento e análise dos primeiros 40 anos de literatura acadêmica do DEA e face a grande atenção recebida em diversos campos da ciência da gestão, puderam evidenciar o crescimento exponencial de estudos que utilizaram a ferramenta DEA para medir o desempenho de diferentes unidades organizacionais, configurando-se, por esta razão, um tópico emergente, atual e sobretudo com múltiplo alcance. No contexto internacional, por exemplo, Rocha *et al.* (2005) chamam atenção para o trabalho desenvolvido por Evans *et al.* (2000) para a OMS, que avaliou a eficiência dos sistemas de saúde de 191 países entre os anos de 1993 e 1997, considerado importante balizador, inspirando pesquisas subsequentes no campo.

Já o contexto nacional, vem ao encontro a crescente abordagem na literatura de estudos dedicados a avaliar a qualidade dos gastos públicos nas diferentes esferas governamentais, o que faz com que a educação e a saúde, por exemplo, mereçam atenção especial, uma vez que representam um dos mais importantes serviços prestados pelos entes públicos. Corroborando com esse enunciado, são apresentados alguns exemplos de estudos aplicados que utilizaram a ferramenta DEA para as análises dentro deste contexto.

No âmbito da educação, a utilização da Análise Envoltória de Dados (DEA), colaborou com o desenvolvimento dos estudos de Negreiros e Vieira (2014), para verificar a eficiência, em termos econômicos, das escolas municipais da região

metropolitana de Londrina. O trabalho dos autores serve como norteador para esta pesquisa no que se refere aos procedimentos metodológicos utilizados, já que se vale do custeio direto e do uso da DEA. A fim de alcançar os fins propostos, os autores, como um primeiro passo, fizeram o levantamento, a descrição, e o cálculo dos custos diretos, individualmente, de 131 escolas.

Para o cálculo dos custos diretos, foram considerados somente os custos consumidos diretamente no processo educacional, tais como: professores; outros funcionários (remuneração de todos os demais empregados que estavam vinculados às respectivas escolas); mão de obra Cozinha (remuneração das merendeiras e auxiliares); merenda escolar; materiais de consumo; segurança, manutenção e demais custos não relevantes. Posteriormente, os autores utilizaram a análise DEA para verificar a unidade escolar mais eficiente, a partir das seguintes entradas (*inputs*): quantidade de alunos, titulação de professores, a experiência média dos professores, custos pedagógicos, administrativos, sociais, relação aluno por professor, por demais funcionários e, ainda professor por demais funcionários.

Já, como saída (*outputs*), os autores utilizaram somente a nota do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) obtida por cada unidade escolar. De posse dos resultados obtidos, os autores puderam verificar que, no tocante aos custos, 26,72% das unidades escolares apresenta custo entre R$ 400 a R$ 500 mensais por cada aluno, o que indica relevante dissonância na alocação dos gastos públicos entre as escolas. Por outro lado, no que se refere à eficiência das 131 unidades avaliadas, 70 delas apresentaram índice de 100%, sendo consideradas eficientes.

No tocante ao uso da DEA em pesquisas que objetivam relacionar eficiência e saúde, foram encontrados sete estudos no banco de dados SCOPUS (Elsevier). O filtro de pesquisa se deu com palavras combinadas - “Eficiência e Saúde e DEA” -, que deveriam estar elencadas ou no título, ou palavra-chave ou resumo. O Quadro 7 aborda os resultados desta revisão:

Quadro 7. Síntese de estudos sobre Eficiência e Saúde e DEA

TÍTULO	AUTORES	ANO
A eficiência dos municípios do Rio de Janeiro no setor saúde: uma análise pelo DEA e regressão logística.	Medeiros e Marcolino	2018
Análise da eficiência do serviço do Sistema Único de Saúde nos Municípios do Paraná.	Vasconcelos *et al.*	2017
A prestação de serviços públicos de saúde na Amazônia Legal: uma análise sobre a eficiência dos recursos	Sousa, Santos e Sousa	2016
Eficiência do gasto público em saúde: desafio para municípios de Santa Catarina, Brasil	Mazon, Mascarenhas e Dallabrida	2015
Efeitos de um programa de atividade física adaptado na condição física de mulheres idosas: uma análise da eficiência	Sendín et al.	2012
Investigação dos níveis de eficiência no uso de recursos no setor saúde: uma análise das microrregiões de minas gerais	Fonseca e Ferreira	2009
Eficiência dos gastos municipais em saúde e educação: uma investigação por meio da análise envoltória de dados no estado do Rio de Janeiro, Brasil	Faria, Januzzi e Silva	2008

Fonte: Elaborado pela autora.

Dentre esses estudos convém destacar os seguintes:

Faria, Jannuzzi e Silva (2008), utilizaram a ferramenta DEA no campo das políticas públicas para analisar a relação entre os gastos sociais - educação, cultura, saúde e saneamento - realizados nos municípios do Estado do Rio de Janeiro, aos indicadores de condição de vida dos residentes desses locais, tendo como base os últimos anos da década de 1990. Como variáveis de entrada (*inputs*) os autores selecionaram: despesas per capita com educação, cultura, saúde e saneamento. Já para as variáveis de saída (*outputs*) foram utilizadas:

> [...] taxa de alfabetização de 10 a 14 anos; proporção de domicílios particulares permanentes com esgotamento sanitário adequado; proporção de domicílios particulares permanentes com saneamento adequado; o inverso da taxa de mortalidade por causas hídricas; a proporção de crianças de dois a cinco anos matriculadas em creches ou escolas de educação infantil. (FARIA; JANNUZZI; SILVA, 2008, p. 156).

Os autores puderam inferir que a eficiência não está necessariamente associada à disponibilidade menor ou maior de recursos, uma vez que um município pode gastar muito e, simultaneamente, gastar mal os seus recursos. Ao passo que, é possível que outro município gaste pouco, mas aplica os seus recursos de forma adequada, ou seja com eficiência.

Também pode-se citar o estudo de Fonseca e Ferreira (2009), que investigou os níveis de eficiência das microrregiões do estado de Minas Gerais,

unidades institucionais consideradas homogêneas do setor de saúde. Desta feita, a DEA foi utilizada para quantificar e comparar a eficiência no uso dos recursos na oferta das ações de saúde nas 66 microrregiões selecionadas. Foram escolhidas como variáveis de entrada (*inputs*): estabelecimentos de saúde (representados por 19 tipos de estabelecimentos, como centro de saúde, pronto-socorro, hospitais, unidade móvel, farmácia e posto de saúde); equipamentos (representados por 55 tipos de equipamentos, incluindo raio X, mamógrafo, eletrocardiógrafo, ultrassom, tomógrafo, dentre outros); e profissionais (representados por 141 profissionais, tais como assistente social, cirurgião-dentista, enfermeiro, médicos, técnico administrativo, terapeutas, dentre outros). Já, como variáveis de saída (*outputs*), foram definidos: famílias acompanhadas (quantidade de famílias acompanhadas pelos programas de atenção básica, PSF e PACS (Programa Agente Comunitários de Saúde); e produção ambulatorial (representada por 33 tipos de serviços realizados em ambulatórios, incluindo consultas, próteses, exames, cirurgias ambulatoriais, quimioterapia, entre outros). Os autores puderam concluir, com base nos resultados obtidos, que embora o desempenho das microrregiões, no tocante à otimização dos recursos, possa ser considerado bom, uma vez que grande parte delas concentram índices superiores à média do Estado, chama atenção a grande disparidade na gestão dos recursos da saúde, embasado pelos altos desvios-padrão identificados.

Ademais, os resultados auferidos pelos autores possibilitam afirmar, “considerando um intervalo de confiança de 90% de probabilidade, que os níveis de eficiência dos escores de saúde em Minas Gerais se distribuem entre 68,6% e 83,2% do máximo aproveitamento relativo possível” (FONSECA; FERREIRA, 2009, p. 210). Os autores sugerem que esses dados indicam “que a prestação de serviços de saúde à sociedade está abaixo da capacidade potencial relativa” (FONSECA; FERREIRA, 2009, p. 210), sendo que intervenções qualitativas e quantitativas provenientes de investigações *in loco*, podem contribuir para preencher possíveis *gaps* de gestão.

O uso da DEA no contexto da saúde também colaborou com o desenvolvimento do estudo de Mazon, Mascarenhas e Dallabrida (2015) que objetivou mensurar a eficiência técnica no uso dos recursos do SUS. O estudo teve como foco sete municípios que integram a 25° Região de saúde de Santa Catarina, região que manifesta os menores números de Índice de Desenvolvimento Humano do estado, além de apresentar os mais baixos indicadores no Índice de Desempenho do SUS. Considerando a metodologia DEA e o desempenho de cada município em relação à

estrutura e resultado através do cálculo do índice de eficiência Técnica em Saúde (IETS) proposto por Mendes (2005 *apud* MAZON; MASCARENHAS; DALLABRIDA, 2015), os autores definiram como variáveis de entrada (*inputs*) as despesas totais com saúde efetuadas pelos municípios, e como saídas (*outputs*) os produtos gerados (Equipes Estratégia Saúde da Família por mil habitantes e leitos hospitalares por mil habitantes).

Os municípios tiveram seu desempenho mensurado com base na confrontação dos seus resultados e de seus consumos com os de outros municípios da amostra. Sendo assim, Mazon, Mascarenhas e Dallabrida (2015) puderam observar que a região investe percentuais superiores da receita em saúde comparadas às médias do Estado de Santa Catarina, entretanto, não acompanha o comportamento destas quanto à diminuição de indicadores de mortalidade geral. Por esta razão, pode-se inferir potencial ineficiência técnica nos municípios analisados, sendo que todos eles indicaram IETS baixo, ao passo que apenas um apresentou eficiência técnica satisfatória. Por fim, os autores sugeriram a implantação de instrumentos para o acompanhamento constante, controle e avaliação das ações e do serviço de saúde local, a fim de transpor a realidade observada.

Outro estudo que merece atenção, é o de Vasconcelos *et al.* (2017), que objetivou analisar a eficiência do serviço do SUS nos Municípios do Paraná, no ano de 2015. Vasconcelos *et al.* (2017), utilizaram como uma das ferramentas, a DEA, e definiram como variáveis de entrada *(inputs*): a capacidade ambulatorial – equipamentos (quantidade de equipamentos à disposição do SUS, em 2015); valor médio das internações; quantidade de leitos-hospitalares; e média de permanência de um paciente no hospital. Já como variáveis de saída (*output*), foram utilizados: internações (quantidade total de internações); e inverso da taxa de mortalidade. Por meio da DEA, pode-se constatar que dos 244 municípios paranaenses estudados, 39 foram considerados eficientes, enquanto 127 municípios, que representam 52,04% do total, mantiveram resultados considerados abaixo da média de eficiência. Os resultados puderem evidenciar discrepâncias relevantes no nível de eficiência entre os municípios analisados, bem como na alocação de recursos das unidades de saúde atreladas ao SUS.

Em última análise, Medeiros e Marcolino (2018) buscaram avaliar os níveis de eficiência do segmento de saúde pública nos municípios do Rio de Janeiro, utilizando a DEA, como um primeiro recurso e, posteriormente a regressão logística,

a fim de apontar qual dos recursos utilizados seria capaz de melhorar as possibilidades de um município ineficiente tornar-se eficiente. As variáveis de entrada (*inputs)* utilizadas pelos autores foram: profissionais de saúde (quantidade de pessoas da área de saúde); equipamentos (somatório de equipamentos existentes nos estabelecimentos); estabelecimentos de saúde (número de estabelecimentos de saúde em funcionamento); e despesa em saúde (Despesa per capita). Já como variável de saída (*outputs*), foram utilizados: produção ambulatorial (Quantidade de procedimentos realizados pelo SUS); e famílias acompanhadas (Total de famílias acompanhadas pelo PSF e Programas de Agentes Comunitários em Saúde). Como resultado, os autores puderam verificar, que os níveis de eficiência podem ser considerados “razoavelmente bons”, contudo, observaram grande variabilidade, tanto de recursos utilizados quanto de atividades desenvolvidas no setor de saúde dos municípios, dada a grande discrepância nos níveis de eficiência verificados.

Com base no levantamento de estudos que se beneficiaram da adoção da técnica DEA, pode-se considerar esta ferramenta profícua e útil para avaliar a eficiência relativa das UBS, o que oportuniza a extensão do conhecimento a partir deste contexto de análise.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Uma das grandes preocupações que envolvem os pesquisadores no âmbito acadêmico-científico perpassa a problemática em como melhor apreender o fenômeno e quais os critérios metodológicos que podem ser utilizados na construção do processo para uma pesquisa eficaz. A pesquisa, por sua vez, é reconhecida em Collis e Hussey (2014) como um valioso instrumento de investigação sistemático e metódico com vistas à evolução do conhecimento, o que pressupõe, no sentido estrito da Administração, fornecer informações que orientem as decisões gerenciais (COOPER; SCHINDLER, 2016). Em perspectiva análoga, Hair *et al.* (2005, p. 31) complementam que a pesquisa está relacionada ao esforço na "busca da verdade que reúne, analisa, interpreta e relata informações de modo que as decisões administrativas se tornem mais eficazes".

Estes direcionamentos coadunam na essência da presente pesquisa, uma vez que o processo de planejamento, coleta, análise e difusão dos dados e informações, têm o potencial de conferir informações relevantes aos gestores que permitam à organização adotar ações coerentes que, maximizem o seu desempenho (COOPER; SCHINDLER, 2016). Assim, partindo do pressuposto que a pesquisa contribui para a ampliação do conhecimento humano e, considerando que ela é desenvolvida ao longo de um processo que envolve inúmeras etapas, desde a adequada formulação do problema até a satisfatória apresentação dos resultados (GIL, 2019), esta sessão tem o propósito de apresentar como se dará a operacionalização deste estudo.

3.1 Classificação Geral da Pesquisa

O presente estudo é caracterizado por ser descritivo, de abordagem metodológica quantitativa e conduzido mediante viés dedutivo e aplicado.

Considerando o objetivo geral desta pesquisa que é "Analisar a eficiência relativa das Unidades Básicas de Saúde do Município de Arapongas-PR baseada na relação custo direto e produtividade, no ano de 2019", o estudo pode ser classificado como descritivo, pois seu propósito é descrever o fenômeno como ele se apresenta. Collis e Hussey, (2014) pressupõem à grande maioria dos estudos

descritivos como compreender “o que” ou “como” em virtude de os objetivos descreverem algo.

O estudo descritivo permite explorar os dados existentes para conferir possíveis informações para o tomador de decisões. Contudo, não é objetivo do estudo descritivo explicar por que um evento ocorreu ou porque as variáveis interagem de determinada forma. Neste sentido, Cooper e Schindler (2016) destacam que esta categoria de estudo é comum em pesquisas nas empresas sem fins lucrativos e outras organizações. Logo, pode-se concluir que também é coerente com investigações no campo da Administração Pública, uma vez que as análises de cunho descritivo apresentam forte apelo para o administrador e analistas de políticas em prol do planejamento, monitoramento e avaliação. Nesse contexto, as perguntas “como” “abordam questões relacionadas a quantidade, custo, eficiência, eficácia e adequação” (COOPER; SCHINDLER, 2016, p. 22), elementos que são recorrentes no presente estudo.

A abordagem metodológica desta pesquisa possui caráter essencialmente quantitativo pois envolve a utilização de dados quantitativos e numéricos desde a coleta ao tratamento e análise dos dados. Privilegia-se este recurso dado o potencial inerente de conferir fidedignidade e precisão nos resultados, o que contribui para minimizar dissonâncias nas análises e interpretações dos dados.

Pode-se afirmar que esta pesquisa é aplicada, pois o estudo foi desenhado com a finalidade de projetar os resultados em prol de uma aplicação imediata, ou pelo menos em um período não muito distante, para a sua consideração. Esta concepção é amparada por Collis e Hussey (2014, p. 6), quando afirmam que a pesquisa aplicada “descreve um estudo que é projetado para aplicar seus resultados para resolver um problema específico”. Isso coaduna na aplicação do conhecimento para a melhoria das práticas e políticas de gestão (COLLIS; HUSSEY, 2014), diferentemente dos propósitos da pesquisa básica que são mais gerais e norteadas para ampliação do conhecimento sem, no entanto, tencionar viés imediato de aplicação.

Ademais, no tocante à lógica da pesquisa, trata-se de um estudo dedutivo, que Popper (1961) reconhece como o método mais coerente, com os pressupostos elementares da ciência, segundo o qual uma estrutura conceitual e teórica é desenvolvida e então testada por observação empírica, em que “casos particulares são deduzidos de inferências gerais” (COLLIS; HUSSEY, 2014, p. 7). Por

este motivo, este é considerado um método que se movimenta do geral para o particular. Isto fica patente neste estudo, à medida que se vale de hipóteses norteadoras, como ponto de partida para as deduções, as quais convergem para a verificação empírica específica, e, como decorrência disso, podem ser validadas, caso haja suporte empírico que forneça dados concretos para a sua sustentação.

3.2 Coleta de Dados

Segundo Merrian (2009), a coleta de dados sempre envolve a seleção de dados e técnicas de coletas, cujas implicações são fundamentais para a pesquisa. A autora defende que as estratégias que serão utilizadas para a coleta dos dados, bem como as informações específicas que são considerados “dados” no estudo, são norteadas pela perspectiva teórica do pesquisador, “pelo problema de pesquisa e objetivo do estudo” (MERRIAN, 2009, p. 86).

Deste modo, toda a investigação pressupõe o levantamento de dados que podem vir de diversos tipos de fontes, estas por sua vez, podem ser classificadas em primárias e secundárias. Os dados primários consistem nas informações obtidas pelo próprio pesquisador na sua fonte de origem. Já os secundários, são dados prontos realizados por outrem. As fontes secundárias englobam basicamente, estudos publicados, documentos públicos, recuperação de informações do banco de dados da empresa. Por esta razão, os dados secundários têm pelo menos um nível de interpretação inserido entre o evento e seu registro. Já, os dados primários são mais próximos da verdade e possuem maior controle sobre os erros (COOPER; SCHINDLER, 2016, p. 87). Isto posto, e considerando a utilização de dados secundários na condução do processo de coleta dos dados, o zelo é fundamental para não conceber generalizações definitivas a partir dos resultados.

O levantamento dos dados foi realizado por meio de fontes secundárias, ou seja, dados já prontos disponíveis nos sistemas oficiais do município, obtidos juntamente com servidores responsáveis pela Secretaria de Finanças/Administração, Departamento de Recursos Humanos, bem como da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), além de outras informações de domínio público obtidas diretamente da plataforma do e-SUS, mediante acesso individual do município a ser analisado. A solicitação dos dados aos respectivos setores foi possível através de parceria institucional firmada entre a Universidade Estadual de Londrina e o

município por meio de carta de solicitação de autorização de pesquisa acadêmico-científica protocolada no dia 21 de outubro de 2021 e autorizada pelo Secretário de Saúde nesta mesma data, conforme disposto no Apêndice A.

Posteriormente, foram utilizadas ferramentas estatísticas, para extrair conhecimento significativo do volume de dados coletados. Sendo assim, inicialmente, os dados sobre os custos e a produção de cada UBS foram lançados e organizados em planilhas do *Microsoft Excel* para a conjugação de diversas análises, bem como a ferramenta DEA, por meio do *software* SIAD v.3.0 utilizados para viabilizar o cruzamento de informações e, assim identificar o desempenho obtido por cada UBS.

No tocante ao disposto na Resolução 466/2012 e na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa tendo esta última identificado a definição de informações de acesso público como:

> [...] dados que podem ser utilizados na produção de pesquisa e na transmissão de conhecimento e que se encontram disponíveis sem restrição ao acesso dos pesquisadores e dos cidadãos em geral, não estando sujeitos a limitações relacionadas à privacidade, à segurança ou ao controle de acesso. Essas informações podem estar processadas, ou não, e contidas em qualquer meio, suporte e formato produzido ou gerido por órgãos públicos ou privados" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Considerando que este estudo não envolveu a utilização de dados obtidos diretamente com participantes ou que de alguma forma pudesse apresentar algum risco inerente a vida humana, beneficiando-se exclusivamente de dados existentes em banco de dados de acesso e domínio públicos e sem vínculo associado com sujeitos identificáveis, este estudo não foi submetido ao Comitê de Ética e pesquisa.

3.2.1 População e Amostra

Uma população é identificada por Collis e Hussey (2014) como um conjunto precisamente definido de todas as pessoas ou objetos considerados para fins estatísticos. Uma pesquisa feita com a integralidade da população tende a ser mais precisa e, teoricamente, isenta de margem de erros. No entanto, nem sempre há condições de pesquisar o universo ou toda a população, uma vez que o processo de coleta de dados de um ou vários elementos do universo, pode envolver grandes proporções. Para estes casos, consoante a Collis e Hussey (2014), é impraticável a coleta de dados do todo devido à grande mobilização de recursos atinentes a este tipo

de levantamento. Como consequência, utilizam-se as amostras, que são um subconjunto imparcial da população, em que métodos estatísticos testam a probabilidade de que as características presentes na amostra também sejam encontradas na população (COLLIS; HUSSEY, 2014) ou que tenham potencial de representatividade do todo.

No contexto desta pesquisa, optou-se por conduzir um censo, ou seja, o levantamento de dados considerando a totalidade da população, neste caso, representada pelas 29 UBS existentes no município de Arapongas/PR, no ano de 2019. A extensão da aplicação deste estudo a todos os elementos da população é justificada em virtude de possíveis realidades distintas afetam a cada UBS.

Arapongas é um município situado no norte do estado do Paraná, que possui, segundo o último censo do IBGE, realizado em 2010, população de 104.150 pessoas, com estimativa de 126.545 pessoas para o ano de 2021. Neste aspecto, comparado com todos os 5.570 municípios do país, ocupa a 264 posição. Já, quando comparado com todas as cidades do estado do Paraná, ocupa a posição 16 de 399 (IBGE, 2021).

Considerando que o Estado do Paraná é dividido em 4 macrorregionais de saúde, as quais são subdivididas em regionais, vale mencionar que o município de Arapongas integra a 16° regional de saúde – denominada Apucarana, que engloba 17 municípios são eles: Apucarana, Arapongas, Bom Sucesso, Borrazópolis, Califórnia, Cambira, Faxinal, Grandes Rios, Jandaia do Sul Kaloré, Marilândia do Sul, Marumbi, Mauá da Serra, Novo Itacolomi, Rio Bom, Sabáudia e São Pedro do Ivaí.

3.2.2 Instrumento de Coleta de Dados

O levantamento de dados para esta pesquisa teve como base fontes secundárias disponíveis em bancos de dados existentes e fornecidos por servidores responsáveis pelos respectivos setores. Com o intuito de facilitar a coleta dos dados e promover uma melhor compreensão das informações a serem repassadas pelos diferentes setores, foi elaborado um roteiro incluindo os elementos considerados relevantes para o desenvolvimento deste projeto, neste havia o endereço eletrônico (*email)* para o envio dos dados. Tal instrumento de coleta está disponível em sua

íntegra no Apêndice B e a identificação e delimitação dos aspectos pertinentes coletados seguem representados sinteticamente no Quadro 8.

Quadro 8. Informações relevantes coletadas das UBS (2019)

Critério	Descrição
Pessoal	Quantidade de servidores por função e remuneração liquidada, em 2019.
Administrativo	Gastos com estrutura e outros serviços liquidados, em 2019 (Ex: luz, energia, água, telefone, manutenção, copa, cozinha, limpeza, insumos, transporte).
Materiais	Medicamentos, equipamentos e materiais repassados e/ou consumidos, em 2019.
Produção	Número de atendimentos realizados, por função, em 2019.
Infraestrutura/Equipamentos	Quantidade de equipamentos disponíveis em cada UBS, em 2019.
Famílias acompanhadas	Número de famílias acompanhadas, em 2019; Quantidade de pessoas cadastradas na área de abrangência da UBS, em 2019.

Fonte: elaborado pela autora.

No tocante as informações pertinentes à produção, estas foram coletadas por meio da SMS, que disponibilizou 29 relatórios, nos quais constavam a produção mensal e anual de cada UBS, incluindo o tipo de procedimento e atendimento realizado, e o nome do profissional responsável por sua execução. Com relação aos dados de famílias acompanhadas e pessoas cadastradas por UBS, estes foram coletados por meio de planilhas preenchidas por servidor designado pela SMS, e foram enviadas no endereço eletrônico (*e-mail*) indicado.

Quanto ao critério Infraestrutura/Equipamentos que o Quadro 8 indica, ressalta-se que em um primeiro momento, foi solicitado ao departamento de patrimônio do município a disponibilização dos relatórios dos bens e equipamentos existentes nas UBS no ano de 2019, no entanto, como estes não foram fornecidos, as análises deste critério ficaram restritas aos dados disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), vinculado ao MS, mediante filtro por UBS e competência, a qual convencionou selecionar o mês de dezembro de 2019 como referência. Embora esses dados possam não representar a realidade na prática, uma vez que se limitam ao registro no *Site* do MS pelos responsáveis das unidades, podendo ocorrer uma ou outra lacuna no lançamento das informações, estes são dados oficiais e por isso entende-se que podem ser utilizados para a análise deste critério.

Considerando a apuração dos custos diretos das UBS, cabe mencionar que buscou-se ater aos critérios desenvolvidos no estudo realizado no

município de Londrina/PR, em 2016, a fim de viabilizar a comparabilidade. Sendo assim, o levantamento se deu mediante a seguinte classificação:

Quadro 9. Classificação dos componentes de custos

Componente	Descrição
Custos com Pessoal	Refere-se à soma de todos os custos com salários e encargos sociais.
Custos com material de consumo	Referem-se aos medicamentos, materiais de enfermagem, odontológicos e médico-hospitalares além de materiais de limpeza, copa, cozinha, escritório.
Custos administrativos	Caracterizados pelos custos com água, energia, comunicação (telefone e internet) e serviços de manutenção, aluguel de imóvel, aluguel de veículos.

Fonte: elaborado pela autora.

Isto posto, cumpre observar que, para apuração dos custos diretos, o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) considera também como item de custo, a depreciação (BRASIL, 2006). Porém, sabe-se que, no contexto municipal, a contabilização deste critério, ainda é incipiente e, por esta razão, não fizeram parte das análises. Além disso, como a proposta deste estudo considera apenas os custos diretos efetivamente utilizados na prestação dos serviços de cada UBS, não foram objeto de rateio os custos indiretos, conforme previsto no PNGC.

3.2.3 Definição Operacional das Variáveis

Cooper e Schindler (2016) entendem que para os propósitos de entrada e análise dos dados, atribuem-se valores numéricos a uma variável com base em sua propriedade, destacando-se a possibilidade de variar, isto é, a capacidade de assumir diferentes valores entre os elementos que estão sendo investigados e que, portanto, podem ser medidos (COLLIS; HUSSEY, 2005).

Aliado a isso, Collis e Hussey (2005) acrescentam que diversas variáveis podem se relacionar sendo estas escolhidas e manipuladas pelo pesquisador conforme os eventos sob investigação. Para este estudo, como primeiro passo, foram escolhidas como variáveis: as variáveis de custo e as variáveis de produção. Considerando a análise de eficiência relativa, proposta deste estudo, esta foi conduzida principalmente comparando as relações dos Custos Diretos - obtidos pela somatória dos parâmetros “Custos com Pessoal”, “Custos Administrativos” e “Custos com Materiais de Consumo”, e a Produção anual por UBS - resultante da soma do fator produção médica, de enfermagem, auxiliar de enfermagem e outras

produções. Acredita-se que o desempenho relativo por UBS mantém relações entre os Custos Diretos e os resultados obtidos, em termos de produção por UBS.

Levando em consideração a validação das variáveis por meio do alinhamento ao que já foi tratado na literatura, outras também podem ser inseridas objetivando favorecer uma análise mais satisfatória da eficiência. No entanto, de acordo com a revisão teórica realizada, pode-se perceber que grande parte dos estudos enfocam no desempenho da saúde em contexto regional, sobretudo entre municípios, sendo poucos, os que partem do nível das UBS para as análises. Como resultado, boa parte das variáveis utilizadas, tanto de entrada como de saída nesses estudos, valem-se de critérios mais gerais, à exemplo da taxa de mortalidade, despesas *per capita* etc.

Ao tratar da escolha das variáveis para a avaliação da eficiência no setor da saúde, Fonseca e Ferreira (2009), reconhecem que devem ser consideradas duas dimensões fundamentais: de um lado, “a saúde preventiva – que tem como *proxy* alguma variável que reflita atendimentos de orientação e procedimentos de prevenção e manutenção da saúde e melhoria da qualidade de vida”; e de outro, a “saúde curativa – que toma como referência procedimentos capazes de traduzir o papel do Estado no oferecimento de atendimento em saúde curativa, através de infraestrutura e pessoal” (FONSECA; FERREIRA, 2009, p. 206).

Sabendo disso e, ao mesmo tempo, buscando priorizar no mínimo a essência dos elementos já utilizados em outras pesquisas que, como resultado podem ser considerados boas variáveis para as análises da eficiência, objetivou-se compor a matriz dos insumos/recursos (*inputs*) com elementos que traduzam: a infraestrutura física; os recursos financeiros; e a estrutura de pessoal. E, como variáveis de saída/produtos (*outputs*): a cobertura assistencial; a produção; e a quantidade de pessoas acompanhadas.

Além disso, em virtude da variação do número de pessoas acompanhadas em cada UBS ter o potencial de interferir nos custos diretos, assim como na quantidade de profissionais e equipamentos/infraestrutura envolvidos nas unidades, tais oscilações podem dificultar a análise comparativa entre elas. Por este motivo a utilização de indicadores pode ser útil ao trazer informações novas que podem suprir este ponto. Sabe-se que os indicadores são construídos a partir dos dados, mas diferem destes pelo potencial de demonstrar relações.

Sendo assim, optou-se por criar um indicador a fim de favorecer a

comparabilidade e inserí-lo juntamente com os resultados da análise de eficiência, detalhados mais adiante. A construção do indicador resulta na produção total do ano de 2019 de todos os serviços prestados, pela divisão do número de pessoas acompanhadas por UBS, chegando no indicador de produtividade *per capita*, nome proposto ao indicador para acrescentar e contribuir com um índice comparativo, assim como fornecer um padrão para demais estudos semelhantes, ou mesmo em outros períodos de levantamento dos dados.

A partir desses esclarecimentos, o Quadro 10 foi estruturado com as variáveis selecionadas, bem como com a identificação de alguns estudos preliminares que as utilizaram e que, portanto, entende-se ser possível validá-las.

Quadro 10. Validação das variáveis para a análise de eficiência pela DEA

Dado	Variável	Validação das Variáveis
Inputs (Insumo/Recursos)	Custos Administrativos	Ferri (2018) - (Custos Administrativos; Materiais de Consumo e de Pessoal); Medeiros e Marcolino (2018) – (Despesa em Saúde *per capita*); Mazon, Mascarenhas e Dallabrida (2015) - (Despesa total em saúde).
	Custos com Material de Consumo	
	Custos com Pessoal	
	Quantidade de Profissionais	Ferri (2018); Fonseca e Ferreira (2009).
	Equipamentos/infraestrutura	Vasconcelos et al. (2017); Fonseca e Ferreira (2009); Medeiros e Marcolino (2018).
Outputs (Produtos/Serviços)	Pessoas Acompanhadas nas UBS	Fonseca e Ferreira (2009); Medeiros e Marcolino (2018) - (n° de famílias acompanhadas pelos programas da AB)
	Produção Total	Medeiros e Marcolino (2018); Ferri (2018); Fonseca e Ferreira (2009)
	Quantidade de Serviços ofertados	Ferri (2018)
	Indicador de produtividade *per capita*	

Fonte: elaborado pela autora.

3.3 Análise dos Dados

Posterior à coleta dos dados, deu-se o início ao procedimento de análise dos dados, o qual pressupõe redução, resumo, análise de possíveis padrões e avaliação de hipóteses. É comum em pesquisas com abordagem quantitativa, a administração do grande volume de dados por meio de recursos técnicos, como programas de computadores e ferramentas de *software.* Por este motivo optou-se por tabular e analisar os dados com o auxílio da planilha eletrônica *Excel* (versão 2019).

Neste compasso, recursos técnicos estatísticos foram utilizados a fim de compor as primeiras observações. Tais ferramentas, segundo Costa (2011, p. 18), objetivam o

> [...] estudo dos processos de obtenção, coleta, organização, apresentação, descrição, análise e interpretação de dados numéricos variáveis, referentes a qualquer fenômeno, seja sobre uma população ou coleção, seja sobre um conjunto de seres para a utilização dos mesmos na tomada de decisões.

Por esta razão, explorar e examinar os dados por meio da estatística se mostra extremamente útil para as verificações que foram destinadas.

Sabendo disso, a análise estatística foi conduzida utilizando medidas descritivas que permitem averiguar as especificidades entre os dados observados, com base nos valores de média e mediana, medidas de tendência central e valores mínimo, máximo e de desvio-padrão de determinadas variáveis, atinentes às medidas de dispersão. A estatística descritiva é muito utilizada para planejar, organizar, classificar, descrever, representar os dados em tabelas e gráficos diversos, que podem envolver a utilização de histogramas, gráficos de barras e de pizza, média, mediana, moda, variância e desvio-padrão (HAIR JR *et al.,* 2005), além de calcular estimativas de parâmetros representativos desses dados, interpretação de coeficientes e exposições que viabilizam descrever com clareza o objeto de estudo (COSTA, 2011). Dito isto, os gráficos de pizza, colunas e linhas foram utilizados de forma combinada ou isoladamente como recurso visual de comunicação dos dados.

A etapa seguinte consistiu em identificar a eficiência relativa das UBS do Município, utilizando-se o *Software* SIAD v. 3.0 – Sistema Integrado de Apoio à Decisão, que foi implementado inicialmente para as aplicações DEA, com capacidade de analisar até “150 DMUs, 20 variáveis (*inputs ou outputs*) e funciona com uma precisão de seis decimais” (MEZA *et al.*, 2005, p. 496). A técnica de *Data Envelopment Analysis* (DEA), ou Análise Envoltória de Dados, como é conhecida na literatura brasileira, é uma técnica não-paramétrica de avaliação da eficiência de unidades de tomada de decisão (DMU, do inglês *Decision Marking Units*), como uma empresa, organização do setor público (RAY, 2004), programas e atividades (CHARNES*;* COOPER; RHODES, 1978), comparativamente a uma fronteira estabelecida de eficiência (MEDEIROS; MARCOLINO, 2018).

Nesse ponto, importa mencionar que os níveis de eficiência atribuídos por este modelo não são absolutos, pelo contrário, ao considerar como base de referência somente as DMUs que constituem a amostra, neste caso específico, as

UBS circunscritas no Município de Arapongas/PR, traduzem-se em eficiência relativa. Dessa maneira, Boueri (2005) argumenta que os conceitos de eficiência e produtividade estão relacionados, porém são distintos e, por isso, não se confundem. Deste modo, “a produtividade se apresenta como um conceito absoluto, enquanto a eficiência é uma grandeza relativa, ou comparativa”, complementa o autor (BOUERI, 2005, p. 270).

Assim, o principal objetivo do DEA consiste na comparação relativa de um dado número de DMUs, que possuam características semelhantes, com outras consideradas como referência ou *benchmarks*, vistas sobre as relações de insumos (*inputs*) e produtos *(output*) (BOUERI, 2005). Neste sentido, ao estabelecer as DMUs com as melhores práticas (*Benchmarks*), “DEA constrói uma fronteira de produção empírica, e o grau de eficiência varia de 0 a 1,0 (ou de 0 a 100%), dependendo da distância da unidade à fronteira” (LOBO; LINS, 2011, p. 94).

Segundo Meza *et al.* (2005), existem dois modelos clássicos para as análises DEA. O primeiro, conhecido como CCR (CHARNES; COOPER; RHODES, 1978), assume retornos constantes de escala, segundo o qual quanto maior a quantidade de insumos – *inputs,* os produtos –, os *outputs* acompanham na mesma proporção. Já, o segundo modelo, denominado BCC (BANKER; CHARNES; COOPER, 1984), apresenta retornos variáveis de escala e nenhuma proporcionalidade entre as entradas e saídas, sendo considerado por Ferreira *et al.* (2005) menos restritivo, pois permite captar os efeitos ao longo da função de produção decorrentes de alterações na escala de produção.

Além disso, outro aspecto muito importante relacionado ao DEA, é a orientação dada nas análises. Deste modo, Boueri (2005, p. 276) destaca que a eficiência pode ser analisada pela ótica do insumo, o que neste caso, trata-se do “quanto se poderia reduzir o gasto com insumos para se atingir a mesma quantidade produzida”. Por outro lado, o autor argumenta que quando se pretende a maximização dos produtos gerados, mediante uma dada quantidade de insumos, diz-se que a eficiência é definida pela ótica do produto, sendo que para cada modelo DEA escolhido, seja o CCR ou o BBC, existem as duas possibilidades de análise de eficiência (MEZA *et al.* 2005).

Nesta direção, pode-se dizer então que uma DMU será considerada eficiente quando comparada às demais DMUs da amostra, caso apresente uma maior produção dada uma quantidade fixa de recursos (ótica no produto) e/ou utilize menos

insumos para produzir uma quantidade fixa de produtos (ótica nos insumos). Ao tratar sobre o tema, Boueri (2005, p. 283) acrescenta que a ineficiência de uma DMU pode ser estimada pela amplitude “da projeção necessária para que ela alcance a referida fronteira”, sendo a projeção condicionada a ser uma contração dos insumos (orientação *input)* ou expansão dos produtos (orientação *output*).

Isto posto, considerando o tratamento analítico escolhido para mensurar a eficiência das UBS de Arapongas/PR, optou-se por trabalhar com o modelo BBC com orientação ao produto, tendo em vista retornos variáveis à escala e “maximizar o aumento proporcional nos níveis de produto” (FERREIRA *et al.*, 2005, p. 5). Nestes termos, Boueri (2005, p. 288) complementa que a “eficiência medida pelo modelo BCC passa a ser considerada o parâmetro de eficiência técnica, pois mede a relação entre a produção efetiva da DMU e a sua produção potencial dada a escala de produção”. Dessa forma, no contexto da saúde, é possível identificar qual o nível máximo de produtos e serviços prestados, dados os recursos à disposição do setor (FONSECA; FERREIRA, 2009) de modo a maximizar os benefícios ao cidadão, com potencial de refletir em avanços na qualidade de saúde, um dos principais objetivos de desenvolvimento do milênio (BRASIL, 2010).

Cumpre observar, no entanto, algumas restrições às análises DEA, como por exemplo a existência de muitas variáveis, uma vez que “uma DMU pode ser considerada eficiente ao serem atribuídos pesos nulos a quase todos os coeficientes, de tal forma que vários fatores deixam de ser considerados na avaliação, tornando-a incompleta” (MOREIRA *et al.,* 2011, p. 211). Nesse compasso, Rocha *et al.* (2005, p. 407) chamam atenção ao fato “de que a presença de outliers pode afetar consideravelmente o cálculo da eficiência” sendo oportuno, verificar de antemão se “observações atípicas estão presentes e, caso estejam, descartá-las”. Deste modo, a fim de garantir a homogeneidade das unidades de saúde a serem analisadas, Lobo e Lins (2011) recomendam que estas sejam ajustadas por porte e complexidade, para tornar a comparação válida e mais confiável.

3.4 HIPÓTESES NORTEADORAS

Um dos importantes mecanismos utilizados na construção do conhecimento no contexto acadêmico-científico são as hipóteses, que em linhas gerais, segundo Barros (2016, p. 152) compreendem “um recurso de que se vale o

raciocínio humano diante da necessidade de superar o impasse produzido pela formulação de um problema e diante do interesse em adquirir um conhecimento que ainda não se tem" (BARROS, 2016, p. 152). No tocante ao viés etimológico da palavra, hipótese é definida literalmente como "proposição subjacente" (BARROS, 2016, p. 153), nesse sentido vale considerar o conceito nodal que Cooper e Schindler (2016, p. 60) imprimem às proposições e hipóteses, perfazendo a primeira "como uma declaração sobre fenômenos observáveis (conceitos) que podem ser julgados como verdadeiros ou falsos", sendo que "quando uma proposição é formulada para testes empíricos, recebe o nome de hipótese".

Pode-se dizer então que as hipóteses assumem um caráter provisório, ou seja, estão distantes de serem configuradas como asserções óbvias, razão pela qual, considerando as etapas do processo investigativo, o pesquisador pode contar com uma série de hipóteses "descartando as que não subsistem à demonstração ou as que não encontram apoio nas fontes ou na articulação de dados empíricos (BARROS, 2016, p. 153). Sendo assim, ela pode desempenhar uma função norteadora, qual seja a de conferir um direcionamento à pesquisa, sem, no entanto, excluir possíveis achados ao longo dos cautelosos procedimentos de investigação e evidenciação.

No contexto da realização da presente pesquisa, as hipóteses desempenharam essa função norteadora e foram definidas com base nos objetivos específicos a serem cumpridos. Além disso, elas alinharam-se aos procedimentos metodológicos necessários para a sua verificação. A abordagem teórica desenvolvida deve dialogar com as hipóteses na medida em que envolve e conceitua os principais termos circunscritos nestas. Como resultado, pode-se garantir que as hipóteses mantém convergência ao propósito geral deste estudo, consistindo, enfim no que Barros (2016, p. 153) afirma ser uma espécie de "fio condutor" para a construção do conhecimento que se propõe.

Deste modo, a partir da análise dos estudos relevantes, foram formuladas algumas hipóteses, as quais foram submetidas à verificação empírica, sendo que em momento oportuno serão devidamente demonstradas e comparadas. Cumpre mencionar neste aspecto que, devido à escassez de estudos na literatura que utilizam as mesmas bases de análise, nelas incluídas o custeio direto no contexto das UBS, a quantidade de hipóteses orientativas se mantém restritas ao disposto a seguir:

- A.1) A quantidade de profissionais nas UBS não está diretamente

relacionada com o tamanho da população sob sua responsabilidade (FERRI, 2018).

- A.2) As funções de Farmacêutico, Nutricionista e Psicólogo, são as que tem menor representatividade nas UBS (FERRI, 2018).
- B.1) As UBS situadas na zona rural produzem menos que as situadas na zona urbana (FERRI, 2018).
- B.2) A produção anual dos ACS e Auxiliares/Técnicos de Enfermagem superam o volume apresentado pelos profissionais da Área Médica e Enfermeiros (FERRI, 2018).
- C.1) Os gastos com pessoal representam a maior parcela dos custos totais das UBS (FERRI, 2018; ROCHA FILHO; SILVA, 2009), em média, 74% dos custos para Rocha Filho e Silva (2009) e aproximadamente 90% em Ferri (2018).
- C.2) Os custos com medicamentos são o segundo custo mais elevado (FERRI, 2018; ROCHA FILHO; SILVA, 2009).
- C.3) Nas equipes ESF, as funções de Auxiliares/Técnicos de Enfermagem são as que tem os maiores custos, demonstrando 43,16% de representatividade, seguidos por Enfermeiros (22,99%), Médicos CG (21,40%) e ACS (12,45%) (FERRI, 2018).
- C.4) As UBS situadas na Zona Rural, são as que apresentam os menores custos quando comparadas com as da área urbana (FERRI, 2018).
- C.5) O custo médio unitário de produção do ACS é o mais baixo enquanto o do Enfermeiro é o mais elevado (FERRI, 2018).
- D.1) Os serviços de saúde prestados à sociedade situam-se abaixo da capacidade potencial relativa (FONSECA; FERREIRA, 2009).

Assim, com base nas hipóteses supracitadas, um recurso estratégico que pode ser utilizado para averiguar se estas, por sua vez, cumprem coerentemente com o que se pretende verificar na pesquisa, é a representação por meio de um quadro, no qual considera-se articular as hipóteses escolhidas com os demais aspectos da pesquisa, tais quais o tema, o objetivo geral e específicos, bem como os procedimentos metodológicos relacionados, o que se dará no próximo tópico.

3.5 Síntese Estratégica da Pesquisa

Quadro 11. Síntese estratégica da pesquisa

Objetivo Geral	Objetivo Específicos	Hipóteses Norteadoras	Procedimentos Metodológicos
Analisar a eficiência relativa das Unidades Básicas de Saúde do Município de Arapongas-PR baseada na relação custo direto e produtividade, no ano de 2019.	A) Levantar e descrever as atividades desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde;	A.1) A quantidade de profissionais nas UBS não está diretamente relacionada com o tamanho da população sob sua responsabilidade (FERRI, 2018); A.2) As funções de Farmacêutico, Nutricionista e Psicólogo, são as que tem menor representatividade nas UBS (FERRI, 2018)	Estatística exploratória/descritiva
	B) Analisar a produção das diferentes atividades desenvolvidas pelas UBS;	B.1) As UBS situadas na zona rural produzem menos que as situadas na zona urbana (FERRI, 2018); B.2) A produção anual dos ACS e Auxiliares/Técnicos de Enfermagem superam o volume apresentado pelos profissionais da Área Médica e Enfermeiros (FERRI, 2018).	Estatística exploratória/descritiva
	C) Calcular e analisar comparativamente os custos diretos de cada Unidade Básica de Saúde do Município;	C.1) Os gastos com pessoal representam a maior parcela dos custos totais das UBS (FERRI, 2018; ROCHA FILHO; SILVA, 2009), em média, 74% dos custos para Rocha Filho e Silva (2009) e aproximadamente 90% em Ferri (2018); C.2) Os custos com medicamentos são o segundo custo mais elevado (FERRI, 2018; ROCHA FILHO; SILVA, 2009); C.3) Nas equipes ESF, as funções de Auxiliares/Técnicos de Enfermagem são as que tem os maiores custos, demonstrando 43,16% de representatividade, seguidos por Enfermeiros (22,99%), Médicos CG (21,40%) e ACS (12,45%) (FERRI, 2018); C.4) As UBS situadas na Zona Rural, são as que apresentam os menores custos quando comparadas com as da área urbana (FERRI, 2018); C.5) “O custo médio unitário de produção do ACS é o mais baixo enquanto o do enfermeiro é o mais elevado”.	Estatística exploratória/descritiva
	D) Identificar a eficiência relativa da alocação dos recursos das UBS estudadas, com relação à produção correspondente, a partir da Análise Envoltória dos Dados (DEA).	D.1) Os serviços de saúde prestados à sociedade situam-se abaixo da capacidade potencial relativa (FONSECA; FERREIRA, 2009).	Estatística exploratória/descritiva Análise Envoltória dos Dados (DEA)

Fonte: elaborado pela autora.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

No intuito de conferir uma melhor abordagem dos resultados, optou-se por apresentá-los e logo em seguida discuti-los a partir das etapas propostas pelos objetivos específicos, objetivando articular as discussões de forma minuciosa e precisa.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS UBS

O modelo APS praticado no Brasil, e em particular no município de Arapongas, é articulado tendo em vista o máximo de capilaridade e descentralização a fim de garantir maior cobertura e acesso da população. Como resposta, as UBS e suas equipes vinculadas são inseridas nos locais próximos do cotidiano das pessoas e têm suas atividades desenvolvidas priorizando a saúde da família e dos indivíduos, com a ESF protagonizando este processo. Para tanto, são centrais no modelo ESF a atuação multidisciplinar de uma equipe de cuidados primários contando com médico, enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Equipes de Saúde Bucal (eSB) e outros profissionais que integram o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF - AB), além ser possível incluir Agentes de Combate à Endemias (ACE), de modo a integrar vigilância em saúde e APS.

Embora a ESF seja a estratégia prioritária da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), vale destacar que outras estratégias podem ser operacionalizadas nos municípios. Assim, considerando essencial a compreensão dos possíveis tipos de equipes existentes nas UBS, bem como a composição das categorias profissionais e respectivas funções, segue o quadro demonstrativo da estrutura das equipes, tendo em vista o PNAB 2017 - Portaria n° 2.436/2017 (Ministério da Saúde, 2017), com exceção das eAB e das equipes para populações específicas, que não contemplam a realidade das UBS de Arapongas no ano de 2019.

Quadro 12. Estrutura das equipes de saúde da Atenção Básica conforme o PNAB 2017

Tipos de Equipes	Profissionais de Nível Superior	Profissionais de Nível Médio	Demais profissionais
Equipe de Saúde da Família (eSF)	* Médico (preferencialmente especialista em medicina da família); * Enfermeiro (preferencialmente especialista em saúde da família)	* Auxiliar de Enfermagem e/ou * Técnico de Enfermagem	* Agente comunitário de saúde (ACS) * Agente de combate às endemias (ACE) - Opcional
Equipe de Saúde Bucal (eSB) Modalidade I	* Cirurgião-dentista	* Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) ou * Técnico em Saúde Bucal (TSB)	
Equipe de Saúde Bucal (eSB) Modalidade II	* Cirurgião-dentista	*TSB e ASB ou * 2 TSB	
Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS)	* Enfermeiro supervisor		* ACS; * ACE (opcional)
Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF - AB)	* Médico Acupunturista; * Assistente Social; * Profissional de Educação Física; * Farmacêutico; * Fisioterapeuta; * Fonoaudiólogo; * Médico Ginecologista/Obstetra; * Médico Homeopata; * Nutricionista; * Pediatra; * Psicólogo; * Psiquiatra; * Terapeuta Ocupacional; * Geriatra; Médico Internista (clínica médica); * Médico do Trabalho; * Médico Veterinário; * Profissional de arte e educação; * Profissional de saúde sanitarista.		

Fonte: elaborado pela autora a partir de Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) da Portaria n° 2.436, de 21 de setembro de 2017.

Apesar das constantes reformulações pelas quais passam a APS, a fim de facilitar as análises, as equipes integrantes das UBS seguirão a denominação com base do quadro acima: eSB, eSF e NASF.

Tendo em vista que a ESF é articulada no modelo de base populacional e territorialização a fim de fortalecer o compromisso com a saúde das comunidades (MENDES, 2019) uma das formas de monitorar o acesso aos serviços na APS é através do indicador de cobertura populacional estimada da Atenção Básica, conforme apresentado na Tabela 1.

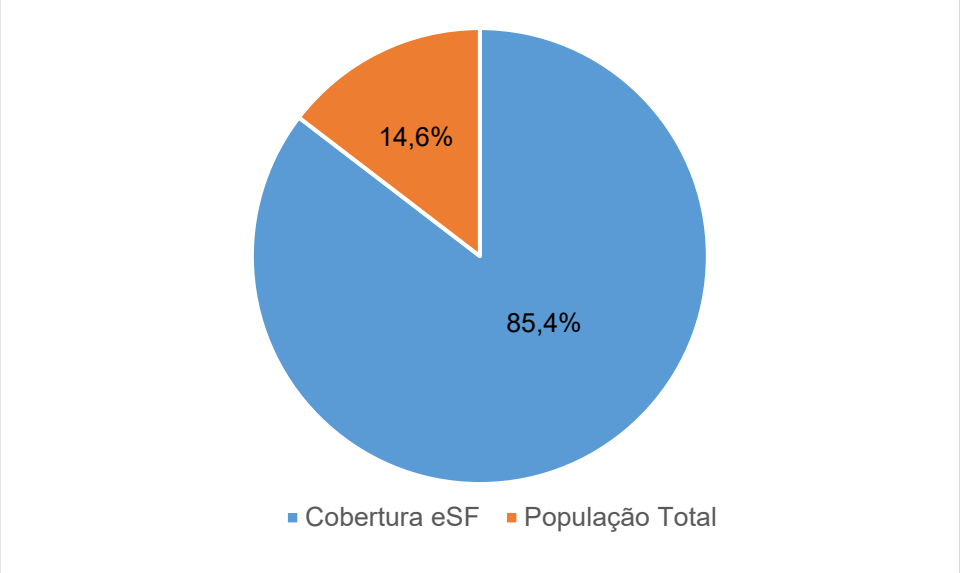
Tabela 1. Cobertura populacional da Atenção Básica em Arapongas (2019)

População	Nº eSF Cob. (*)	Teto	Nº eAB Cob.	Estim. Pop. Cob. eSF (**)	Cobertura eSF
121.198	30	58	0	103.500	85,40%

Fonte: elaborado pela autora com base nos dados do e-Gestor Atenção Básica. Desenvolvido pela Coordenação Geral de Informação da Atenção Primária - CGIAP/DESF/SAPS.
(*) Número de eSF vinculadas a estabelecimentos de saúde
(**) Estimativa de população coberta pela eSF, possui como referência a população segundo IBGE de julho do ano 2018

Graficamente, o indicador cobertura populacional estimada da Atenção Básica apresenta a seguinte representatividade sobre a população total (Gráfico 1).

Gráfico 1. Representatividade população coberta por eSF



Fonte: elaborado pela autora.

Conforme pode-se verificar na Tabela 1, a estimativa da cobertura da população por eSF vinculadas à ESF no município de Arapongas é de 103.500 pessoas, no ano de 2019, o que corresponde a 85,40% da população total coberta por este serviço. Este indicador está previsto no Caderno de Diretrizes, Objetivos,

Metas e Indicadores para os anos de 2017-2021 e considera o número ideal de 3.450 indivíduos cobertos por cada eSF. É possível observar também que o modelo ESF baseado nas eSF, é a orientação prevalecente no município, o qual elenca a representação de 30 eSF atreladas a uma Equipe da Estratégia Saúde da Família e nenhuma eAB tradicional, no ano de 2019. Deste modo, as 30 eSF se mantém vinculadas, às 29 UBS do município, sendo que a UBS Bandeirantes conta com duas eSF - a Bandeirantes e Cascata e as demais permanecem com uma eSF cada.

O parâmetro utilizado para o cálculo do teto máximo de eSF em Arapongas que a Tabela 1 identifica, é obtido por meio da fórmula População/2000, conforme sugere a PNAB 2017 - Portaria n° 2.436/2017 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017) o que possibilita ao município de Arapongas, caso seja necessário, flexibilizar a quantidade de UBS, limitando-se a 4 eSF por unidade a fim de que alcance seu potencial resolutivo.

Outra possibilidade de acompanhamento do indicador da cobertura populacional da APS se dá através do comparativo com outros municípios, conforme demonstrado no Quadro 13.

Quadro 13. Percentual da população estimada coberta pela Atenção Básica da 16ª Regional de Saúde do Paraná (2006-2019)

Municípios	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Apucarana-PR	69,8	91,2	100	100	100	100	99,6	100	100	100	100	100	100	100
Arapongas-PR	99,4	99,2	100	100	97,1	100	100	98,9	94,7	95,7	89,7	95,5	92,2	85,4
Bom Sucesso-PR	85,1	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Borrazópolis-PR	94,8	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	94,8	100
Califórnia-PR	97,5	0	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Cambira-PR	96	100	100	100	100	95,4	100	100	100	100	100	100	100	100
Faxinal-PR	91,1	93,3	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	79,7	100
Grandes Rios-PR	102	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Jandaia do Sul-PR	99,4	100	100	100	100	100	100	100	98,3	98	97,6	97,3	100	100
Kaloré-PR	85,2	0	100	100	73,1	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Marilândia do Sul-PR	98,2	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Marumbi-PR	92,8	100	100	100	100	100	100	100	100	72,6	100	100	100	100
Mauá da Serra-PR	98,1	87,3	88,3	83,5	81,7	80,7	100	100	100	100	100	100	100	99,5
Novo Itacolomi-PR	86,4	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Rio Bom-PR	90,1	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Sabáudia-PR	91,9	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	61,2
São Pedro do Ivaí-PR	94,4	72,1	72,1	69,8	69,5	67,9	67,5	100	100	96,4	95,8	95,3	100	100

Fonte: extraído com adaptações de Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS, 2022).

A partir do Quadro 13, que apresenta a estimativa do percentual da população coberta pela AB dos municípios integrantes da 16° regional de saúde do Paraná, no período compreendido entre o ano de 2006 – marco da alteração semântica do PSF para o modelo ESF - até o ano de 2019, é possível reconhecer avanços na cobertura populacional na grande maioria dos casos. Isso pode estar associado às iniciativas e incentivos das Políticas nacionais para o fortalecimento da APS. Dentre os municípios da seleção, percebe-se que Arapongas permanece como um dos poucos com percentual abaixo de 100% de cobertura em 2019, o que não quer dizer que o município tenha que ampliar as suas equipes com base neste indicador isoladamente, pois outros fatores devem ser considerados, como as condições demográficas, sociais, demanda dos usuários, situação sanitária local, além dos custos que uma possível restruturação pode incorrer, por exemplo. Apesar disso, monitorar a evolução da cobertura na APS é central para identificar possíveis desigualdades ou barreiras no acesso aos serviços a fim de garantir o atendimento de acordo com a real necessidade da população.

Com relação ao quantitativo existente das demais equipes como eSB, NASF e dos profissionais ACS, é possível visualizá-los no Painel de Indicadores da APS[3], o qual garante acesso público, que permite filtrar o período de competência e a unidade geográfica desejada. A partir dos relatórios emitidos, pode-se ter uma visão geral da quantidade e da cobertura das equipes no município de Arapongas, para o período considerado, conforme sintetizado na Tabela 2:

Tabela 2. Cobertura de eSB e ACS e quantitativo de equipes NASF em dez/2019

Estratégia	População Total *	Quantidade (*)	Estimativa População Coberta	Cobertura
eSB Mod. I **eSB Mod. II**	121.198	16 2	62.100	51,24%
ACS	121.198	168	96.600	79,70%
NASF	Nada consta	3	Nada consta	Nada consta

Fonte: Elaboração própria com base em e-Gestor Atenção Básica
(*) Refere-se à quantidade cadastrada no MS. Considera a população total do mês de julho do ano anterior, segundo o IBGE.

Tendo em vista os dados da Tabela 2, pode-se verificar que o município conta com 18 eSB, somando-se as modalidades I e II, vinculadas a ESF

[3] Disponível para acesso público no endereço eletrônico: https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/saude-familia

com população coberta estimada em 62.100, o que representa 51,24% da população total com acesso aos serviços de Saúde Bucal prestados nas UBS. Com relação aos ACS, o município possui 168 profissionais vinculados em equipes da ESF, sendo que, para o cálculo da respectiva cobertura, considera-se a quantidade de 575 cidadãos cobertos por cada ACS - conforme nota metodológica deste indicador, o que resulta na estimativa de 96.600 cidadãos cobertos ou 79,70% do total. Por último, no âmbito do NASF, é possível visualizar que o município conta com 3 equipes credenciadas no período, não considerando a respectiva estimativa de cobertura populacional, em virtude de os relatórios disponíveis não elencarem tal dado.

A partir da compreensão dos indicadores de coberturas das eSF, eSB e ACS, bem como o quantitativo do NASF no panorama municipal, segue-se com a discriminação da quantidade dessas equipes por UBS credenciadas pelo MS. Esta informação pode ser consultada através da plataforma *online* do CNES (CNES, 2021), acessando *link* de acesso público para consulta de vários aspectos relacionados às unidades de saúde cadastradas, o que inclui as equipes ativas e inativas de cada estabelecimento. Deste modo, o Quadro 14 elenca a representatividade de cada equipe individualmente por UBS, no ano de 2019.

Quadro 14. População e equipes UBS (2019)

UBS	Famílias acompanhadas	Pessoas Cadastradas (Adscrita/ Vinculada)	eSF	eSB	NASF	Total
ÁGUIAS	927	2.251	1	1	1	**3**
ARICANDUVA	771	1.260	1	1	0	**2**
BANDEIRANTES	1.021	3.182	2	1	0	**3**
CAIC	1.863	1.931	1	1	0	**2**
CAMPINHO	634	751	1	0	0	**1**
CENTAURO	1.793	2.039	1	1	0	**2**
CENTRO POMBAS	1.555	3.351	1	1	0	**2**
CLEMENTE SORAES ARAUCÁRIA	1.178	3.494	1	1	0	**2**
COLONIA ESPERANCA	316	528	1	0	0	**1**
COLUMBIA	1.479	2.138	1	1	0	**2**
DEL CONDOR	1.206	1.852	1	1	0	**2**
GUADALUPE	2.350	3.803	1	1	0	**2**
JARDIM BARONEZA	1.296	1.878	1	0	0	**1**
JARDIM PANORAMA	831	1.798	1	0	0	**1**
LORI	833	1.490	1	0	0	**1**
PADRE CHICO	1.461	3.055	1	0	0	**1**
PALMARES	2.059	3.354	1	1	1	**3**
PETRÓPOLIS	1036	2884	1	1	1	**3**
PRIMAVERA	1.333	2.524	1	1	0	**2**
SAN RAPHAEL	1.871	5.510	1	0	0	**1**
SANTO ANTONIO	1.233	2.659	1	0	0	**1**

UBS	Famílias acompanhadas	Pessoas Cadastradas (Adscrita/ Vinculada)	eSF	eSB	NASF	Total
SÃO BENTO	1.302	1.898	1	0	0	**1**
SÃO VICENTE	996	1.600	1	0	0	**1**
TROPICAL	651	1.336	1	1	0	**2**
ULISSES GUIMARÃES	1174	2189	1	1	0	**2**
VILA ARAPONGUINHA	1.461	2.269	1	1	0	**2**
VILA SAMPAIO	1.165	1.313	1	1	0	**2**
VILA SÃO JOÃO	1.117	1.776	1	1	0	**2**
VILA TRIÂNGULO	2.345	2.757	1	0	0	**1**
Total	**37.257**	**66.870**	**30**	**18**	**3**	**51**
Média	1284,724	2.306				
Mediana	1206	2.138				
Máximo	2350	5.510				
Mínimo	316	528				
Variância	243775	1045139,55				
Desvio-padrão	493,7358	1.022				

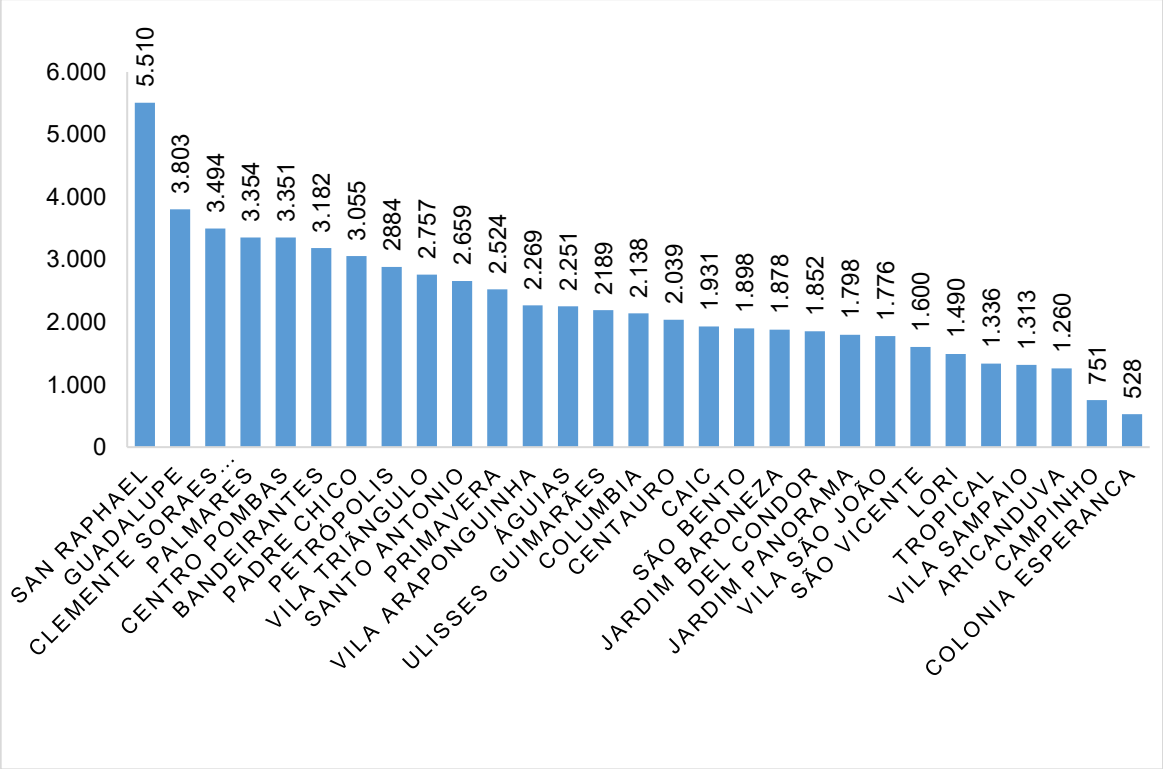
Fonte: elaborado pela autora a partir de dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e CNES (2021).

A partir do Quadro 14, além das eSF, é possível evidenciar a distribuição das 18 eSB entre as unidades, que não estão presentes apenas nas UBS Campinho, Colônia Esperança, Jardim Baroneza, Jardim Panorama, Lori, Padre Chico, San Raphael, Santo Antônio, São Bento, São Vicente e, por último Vila Triângulo. No entanto, como se verá mais adiante, algumas dessas UBS como no caso do Jardim Baroneza, San Raphael, São Bento e São Vicente, contam com Cirurgião-Dentista (CD) e ASB prestando serviços nas unidades, mesmo que não credenciados no MS no formato eSB.

Com relação aos profissionais das equipes NASF, de acordo com o CNES, as UBS Águias, Petrópolis e Palmares são as que apresentam equipes vinculadas. O NASF, amparado em sua origem pela Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, foi idealizado a fim de ampliar a capacidade resolutiva de grande parte dos problemas de saúde dos cidadãos na APS. Neste caso, as Equipes devem ser estruturadas com base nessas demandas e priorizar o cuidado compartilhado e multidisciplinar, por meio da troca de conhecimento, treinamento e responsabilidade mútua resultando na experiência e melhor capacitação de todos os profissionais envolvidos (BRASIL, 2014). Nas UBS de Arapongas, integram o NASF, profissionais nas funções de fisioterapeuta, fonoaudiólogo, farmacêutico, psicólogo, nutricionista, médico pediatra, contando com o reforço de uma rede de prestadores de serviços credenciados, além dos servidores efetivos.

Considerando que cada UBS possui responsabilidade com o respectivo território de abrangência e, logo com a população domiciliada nestes locais, outro ponto interessante que o Quadro 14 destaca, refere-se às famílias cadastradas e a população adscrita de cada UBS. Tais dados consideram o ano de 2019 e foram fornecidos pela SMS. Segundo o PNAB 2017 - Portaria n° 2.436/2017 (Ministério da Saúde, 2017), a população adscrita é a população presente no território da UBS com o intuito desta ser referência no cuidado a partir da construção de vínculos e relações de continuidade na atenção entre as equipes e os usuários objetivando o planejamento de ações voltados para as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade. Dessa forma, mapear este dado é importante para verificar a presença de alguma UBS com sobrecarga de usuários, o que pode condicionar o fluxo de cuidado ao qual se destina. No intuito de facilitar a visualização destes dados, o Gráfico 2 demonstrada na sequência a distribuição da população adscrita por UBS, ordenadas da maior para a menor.

Gráfico 2. População adscrita UBS



Fonte: elaborado pela autora a partir dos dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Conforme pode-se observar claramente a partir do Gráfico 2, a UBS San Raphael é a que possui maior representatividade neste critério contando com

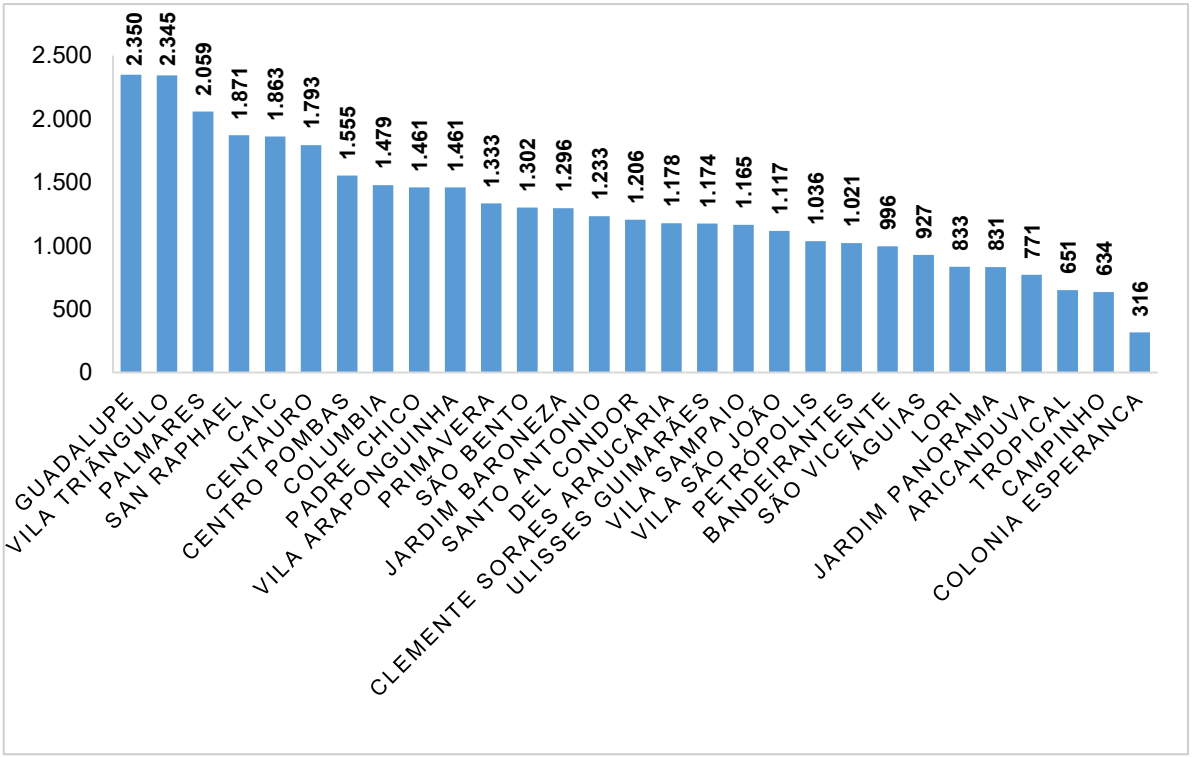
5.510 pessoas cadastradas, enquanto a UBS Colônia Esperança possui apenas 528. Vale mencionar que as três UBS com o menor número de pessoas cadastradas - Aricanduva, Campinho e Colônia Esperança correspondem a unidades situadas em áreas rurais, o que pode justificar este dado, uma vez que as regiões rurais tendem a apresentar menor densidade demográfica que as urbanas.

Outro recurso que pode ser utilizado para verificar o comportamento desses dados, trata-se das medidas de tendência central tais como a mediana e média, assim como as de dispersão como os valores mínimo, máximo, variância e desvio-padrão, devidamente apontados no Quadro 14. Assim, considerando um total de 66.870 pessoas acompanhadas no ano de 2019, cada UBS possui, em média, cerca de 2.306 pessoas cadastradas; sendo a mediana desse montante 2.138. A quantidade máxima de pessoas cadastradas foi de 5.510 e a mínima, 528 conforme já observado anteriormente. A variação total entre as UBS é grande, o que indica que os números encontrados são heterogêneos e estão dispersos em torno da média, apresentando um desvio-padrão de aproximadamente 1.022 pessoas entre o conjunto das UBS.

Para que as UBS possam garantir a qualidade na coordenação da atenção da população adscrita, a PNAB 2017 - Portaria n° 2.436/2017 (Ministério da Saúde, 2017) recomenda uma média de 2.000 a 3.500 pessoas por eSF, sendo permitido a definição de outros parâmetros populacionais a depender das especificidades locais. Sabendo disso, a UBS Bandeirantes, que possui 2 eSF, pode alcançar 7.000 pessoas aproximadamente, sem que isso comprometa a qualidade dos serviços prestados. Já, a UBS San Raphael que apresenta uma população acima dos limites recomendados pela PNAB, é necessária a adoção de estratégias como a implantação de mais eSF, ou ainda outra UBS, visto ser uma região habitacional de crescimento acelerado. Assim seria possível garantir os princípios e diretrizes da APS.

Além dos dados sobre a adscrição de indivíduos, outra informação que diz respeito às famílias cadastradas e, portanto, acompanhadas pelas UBS, é a de estratégia da APS, com base na compreensão de que os núcleos familiares, ou outros modelos de coletividade, tendem a constituir fator relevante, quando não raro, condicionante na vida das pessoas, com reflexos diretos no cuidado. Sendo assim, os dados a seguir, extraídos do Quadro 14 podem ser visualizados de outro modo através do Gráfico 3.

Gráfico 3. Famílias acompanhadas UBS (2019)



Fonte: elaborado pela autora com base em dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

A partir do Gráfico 3 pode-se perceber que do total de 37.257 famílias acompanhadas pelas unidades, a UBS Guadalupe e da Vila triângulo são as que possuem maior representatividade, apresentando 2.350 e 2.345 cadastros respectivamente. Por sua vez, Colônia Esperança, Campinho, Tropical e Aricanduva, contam com 316, 634, 651 e 771 famílias acompanhadas respectivamente. Percebe-se que a UBS San Raphael, que possui a maior expressão no critério de cadastro de pessoas, individualmente, conforme apontado no Quadro 14 e Gráfico 2. Com base nas famílias cadastradas, seu número fica aquém das UBS Palmares, Vila triângulo e Guadalupe, o que pode indicar tendência maior no cadastro de um ou outro critério nas UBS ou mesmo a existência de um possível padrão no tamanho das famílias acompanhadas pelas unidades, o que exigiria outras abordagens de estudo que distam do escopo deste projeto.

Assim, além das equipes existentes por UBS, as famílias acompanhadas e a respectiva população adscrita, outra informação que merece atenção diz respeito aos serviços ofertados nas UBS. Tais serviços, devem ser disponibilizados de acordo com as demandas de saúde da população sob responsabilidade e uma das formas de demonstrar o panorama de oferta dos serviços

se dá através do mapeamento das funções existentes em cada UBS, uma vez que a prestação do serviço está diretamente vinculada às funções atribuídas à cada profissional. Ressalte-se aqui que mapear as funções exercidas nas UBS, assim como a quantidade de profissionais a elas atreladas, não foi tarefa simples, pois exigiu certos critérios como a realocação de alguns profissionais das UBS, que estavam lotados para àquelas que efetivamente desempenharam suas funções.

Tal procedimento foi possível em virtude dos relatórios disponibilizados pela SMS, em que constavam a produção mensal e global de cada UBS, separadamente, além da identificação dos profissionais e a sua produção correspondente. De posse dessas informações, uma vez que o presente projeto visa priorizar os custos diretos, ou seja, os custos diretamente relacionados ao local da prestação do serviço, aliado ao fato de que essa estrutura de pessoal é a base para o cálculo dos custos dessa categoria, não seria coerente apropriar o custo de um profissional em determinada UBS, sabendo-se que este apresentou produção predominantemente em outra.

Para o caso das funções de Auxiliar de Serviços Gerais, Gerente Administrativo de UBS, Motorista, Fonoaudiólogo, a maioria dos Auxiliares e Técnicos de Odontologia, e em especial 2 funções de Farmacêutico, em virtude de não apresentarem produção, ateve-se à lotação indicada na planilha enviada pelo RH.

Outro ponto que cabe destacar, diz respeito às funções de ACE, cujo montante estimado em janeiro de 2019 era de 70 profissionais em exercício, conforme os dados disponíveis no Portal da Transparência do Município. Tais funções, embora tenham como referência cada UBS, no sentido de ser um ponto de apoio na jornada desses servidores, estas funções integram o Programa de Controle de Endemias atrelado a Vigilância Epidemiológica do Município, sendo deste segmento a responsabilidade e o acompanhamento desse serviço prestado, em particular. Além disso, os controles de jornada, bem como das produções dos ACEs, possuem mecanismos distintos das UBS e, por esse motivo, optou-se por não incluir esta função nem apropriar os respectivos custos nas UBS.

Diante do exposto, cumpre ainda mencionar que o quadro a seguir demonstra a composição da estrutura de pessoal em exercício nas unidades, à exceção dos afastados e àqueles com período inferior a quatro meses de trabalho. Ademais, inclui além dos servidores próprios, mas também alguns prestadores de

serviços autônomos que exercem suas funções junto às UBS, por meio de credenciamento, à exemplo de médicos e Cirurgião-Dentista.

Quadro 15. Funções desempenhadas por UBS (2019)

UBS	ACS	Aux. Serv. Gerais	Aux./Téc. Enf.	Aux./Téc. Odont.	C. Dent.	Enf.	Farm.	Fisio.	Fono.	Ger. UBS	Méd. CG	Méd. Ped.	Mot.	Nutri	Odont. Ped.	Psico.	Total por UBS
ÁGUIAS	4	1	1	1	1	1	1	3			1			1		1	16
ARICANDUVA	4	1	2	1	1	1					1		1				12
BANDEIRANTES	8	1	2	1	1	2				1	2	1					19
CAIC	6	2	1	2	2	1					1				3		18
CAMPINHO	3		1			1					1		1				7
CENTAURO	4		2	1	1	1					1						10
CENTRO POMBAS	6	1	1	1	1	1					1						12
CLEMENTE SORAES ARAUCÁRIA	6	3	2	1	1	1					1						15
COLÔNIA ESPERANÇA	5	1	1			1					1		1				10
COLUMBIA	8	1	1	1	1	1					1						14
DEL CONDOR	9	1	1	1	1	1					1						15
GUADALUPE	8	1	2	1	2	1					1						16
JARDIM BARONEZA	5	1	1		1	1					1						10
JARDIM PANORAMA	5	1	1			1			1		1						10
LORI	4	1	1			1					1						8
PADRE CHICO	6	1	1			1					1						10
PALMARES	9		1	1	1	1	1	2			2					1	19
PETRÓPOLIS	4		1	2	1	1	1	3	1		2			1		1	18
PRIMAVERA	5		1	1	1	1					1	1					11
SAN RAPHAEL	9	1	1	1	1	1					1						15
SANTO ANTÔNIO	4	1	1			1					1						8
SÃO BENTO	5	2	1	1	1	1					1						12
SÃO VICENTE	7	1	1		1	1					1						12
TROPICAL	3	1	1	1	1	1				1	1						10
ULISSES GUIMARÃES	3		1	1	1	1					1						8
VILA ARAPONGUINHA	6	1	1	1	1	1					1						12
VILA SAMPAIO	5	1	1	1	1	1					1						11
VILA SÃO JOÃO	5		1	1	1	1					1						10
VILA TRIÂNGULO	6		1			1					1						9
TOTAL	**162**	**25**	**34**	**22**	**24**	**30**	**3**	**8**	**2**	**2**	**32**	**2**	**3**	**2**	**3**	**3**	**357**

Legenda

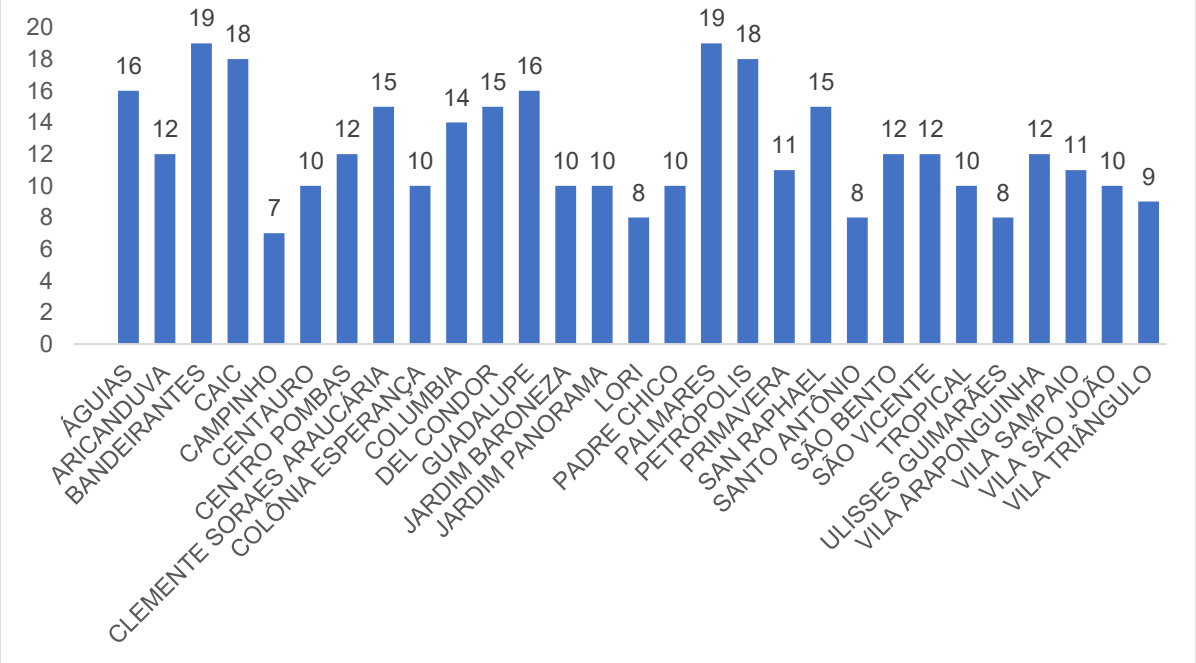
ACS – Agente Comunitário de Saúde
Aux./Téc. Enf. – Auxiliar e Técnico de Enfermagem
Aux./Téc. Odont. – Auxiliar e Técnico de Odontologia
Aux. Serv. Gerais - Auxiliar de Serviços Gerais
C. Dent. - Cirurgião Dentista
Enf. - Enfermeiro
Farm. - Farmacêutico
Fisio. – Fisioterapeuta
Fono - Fonoaudiólogo
Ger. UBS - Gerente de UBS
Méd. CG - Médico Clínico Geral
Méd. Ped. - Médico Pediatra
Mot. - Motorista
Nutri. – Nutricionista
Odont. Ped. - Odontopediatra
Psico. – Psicólogo

Fonte: elaborado pela autora.

Como pode-se observar por meio das Funções Desempenhadas nas UBS, em 2019, que o Quadro 15 identifica, as UBS Campinho, Lori, Santo Antônio e Ulisses Guimarães são as que contam com o menor número de profissionais atuantes, 7, 8, 8, 8, respectivamente. Já no tocante àquelas com maior número, identificam-se as UBS Bandeirantes, Palmares, Petrópolis e Caic, com 19, 19, 18 e 18 profissionais atuantes, respectivamente. Quanto as UBS Palmares e Petrópolis, ressalte-se que ambas, no ano em análise, funcionam em anexo a Pronto Atendimento (PA) e, portanto, não são totalmente independentes com relação aos profissionais que ali atuam, pois pode ser que um ou outro profissional preste serviços simultaneamente no PA, como no caso do farmacêutico, por exemplo, uma vez que a farmácia dessas unidades não diferencia o que foi dispensado entre a UBS e o PA. Apesar disso, procurou-se filtrar os profissionais com atuação exclusiva na UBS, a partir da confrontação com o relatório de produção destas, assunto que será melhor abordado mais adiante. Outro ponto que associa o maior número de profissionais nessas UBS citadas refere-se ao vínculo das equipes NASF na Palmares e Petrópolis e no que cabe a UBS Bandeirantes, ela é a única que conta com duas eSF, conforme já identificado anteriormente.

Em adição, a quantidade de profissionais em exercício nas UBS, pode ser observada através do Gráfico 4 conforme demonstrado na sequência.

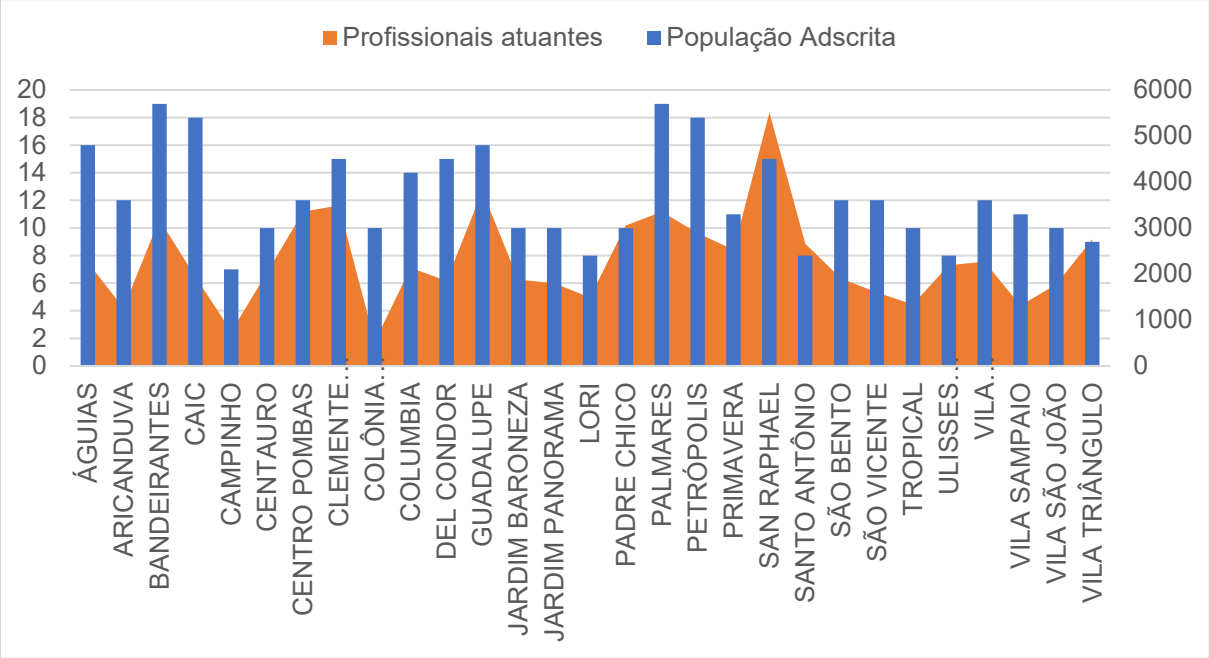
Gráfico 4. Profissionais atuantes nas UBS (2019)



Fonte: elaborado pela autora.

Ao comparar a quantidade de profissionais atuantes nas UBS com os dados extraídos do Gráfico 2 o qual identifica a população adscrita, obtém-se o Gráfico 5.

Gráfico 5. Profissionais e população adscrita por UBS (2019)



Fonte: elaborado pela autora.

Com base no que pode ser observado no Gráfico 5, embora seja possível perceber certa tendência do quantitativo de profissionais existentes nas UBS acompanharem a respectiva população adscrita, o fato não é linear. Tal situação pode ser constatada no caso da unidade Petrópolis, que conta com 18 profissionais para o acompanhamento de 2.884 pessoas, enquanto a San Raphael conta com 15 profissionais para uma população de 5.510. Fato semelhante ocorre com a maioria das UBS com menor representatividade em número de profissionais, como Lori, Santo Antônio e Ulisses Guimarães, mas que não o são em número de pessoas cadastradas.

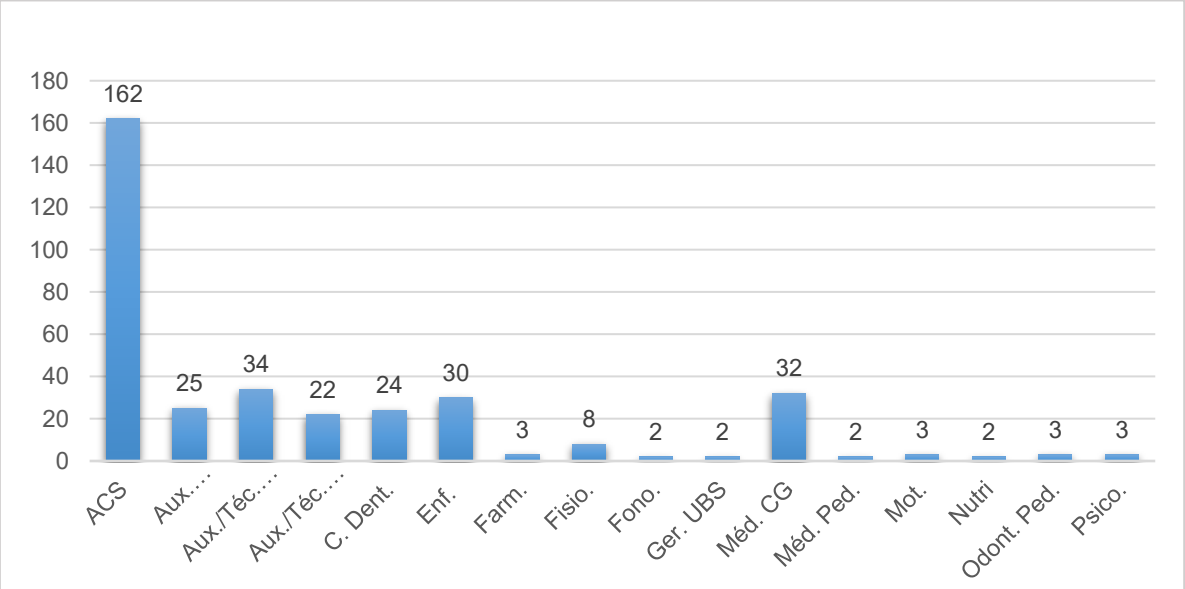
Como resultado, pode-se deduzir que a quantidade de profissionais nas UBS não está diretamente relacionada com o tamanho da população sob sua responsabilidade. Ao que parece, outros fatores podem ser levados em consideração quando da definição da estrutura de profissionais nas unidades, como maior aderência às demandas de saúde da população abrangida, ao invés do montante de pessoas cadastradas. Isso poderia explicar o fato de unidades com maior representatividade

em profissionais, não o serem em número de pessoas vinculadas, caso estas possuam maior carência de atenção, por exemplo.

Neste contexto, cumpre observar deduções semelhantes verificadas em estudos anteriores, à exemplo de uma das hipóteses que nortearam este escopo de análise, a hipótese de que “a quantidade de profissionais nas UBS não está diretamente relacionada com o tamanho da população sob sua responsabilidade” (FERRI, 2018). Como resultado, tal hipótese norteadora pode ser um indicativo de uma tendência das UBS considerando este critério em pauta.

Em relação às atividades desenvolvidas em cada UBS, sabe-se que são compatíveis com as funções atribuídas à cada profissional. Sendo assim, como é possível observar por meio do Quadro 15, no ano de 2019 integraram a estrutura de pessoal das UBS: os profissionais nas funções de ACS; Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem; Auxiliar e/ou Técnico de Odontologia; Cirurgião Dentista; Enfermeiro; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Clínico Geral e Pediatra; Nutricionista; Odontopediatra; Psicólogo; e, ainda os profissionais de apoio das unidades como Motorista, Auxiliar de Serviços Gerais e Gerente Administrativo. Em adição, os dados apontados demonstram que somente as funções ACS, Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem, Enfermeiro e a de Médico estão presentes em todas as UBS, no mais, somente algumas contam os outros serviços disponibilizados. O Gráfico 6 ilustra bem este panorama ao identificar a representatividade das funções nas UBS.

Gráfico 6. Representatividade das funções nas UBS



Fonte: elaborado pela autora.

Conforme é possível observar a partir dos dados que o Gráfico 6 apresenta, as funções de Nutricionista, Médico Pediatra, Gerente de UBS e Fonoaudiólogo são as que apresentam menor número, apenas 2 profissionais no exercício de cada função, seguida das de Farmacêutico, Odontopediatra, Psicólogo e Motorista, cuja quantidade é de 3 profissionais atuantes em cada função. Ao comparar o panorama das funções com menor quantidade de profissionais com a constatação de outros estudos tal qual assinala que as funções de Farmacêutico, Nutricionista e Psicólogo, são as que tem menor representatividade nas UBS (FERRI, 2018), pode-se dizer que, à exceção do Educador Físico, inexistente nas unidades de Arapongas para o período analisado, tais funções apresentam perfil semelhante em ambas as localidades.

Ao recorrer novamente ao Quadro 15, é possível perceber que a função de Motorista está presente somente nas UBS Aricanduva, Campinho e Colônia Esperança, as quais correspondem a unidades localizadas na região rural e, provavelmente, este serviço é utilizado como apoio para a locomoção dos profissionais em serviço decorrente das visitas domiciliares e acompanhamento da população dessas localidades.

No tocante a pequena quantidade de profissionais na função de Médico Pediatra, importa assinalar que o Município inaugurou em 2018 o Pronto Atendimento Infantil (PAI) – “Carlos Pugliese Junior”, contando com uma equipe especializada no atendimento do público infantil, incluindo vários médicos pediatras. Tal realidade é um forte indicativo de que o município prioriza a disponibilização desta categoria de atendimento, ainda que várias UBS não contem com esta função em especial. Semelhantemente, no que diz respeito a função de Médico na especialidade de Ginecologia e Obstetrícia, não encontrada em nenhuma das UBS para o período analisado, cabe destacar que o Município possui um Centro Integrado de Saúde da Mulher (CISAM), o qual é referência no cuidado de gestantes e, para tanto, engloba desde uma equipe de profissionais com formação específica nesta área até serviços de pediatria, reforçando o atendimento às lactentes. Já a representatividade menor das demais funções, deve-se ao fato da opção pela inclusão ou não destas categorias, submeter-se a avaliação do Gestor mediante as necessidades de cada localidade.

A partir das informações das funções existentes nas unidades, igualmente relevante nesta etapa é a análise da produção de cada unidade e, especial de cada função, que será apresentado na sequência.

4.2 PRODUÇÃO DAS UBS

Conforme já mencionado, a SMS disponibilizou 29 relatórios, em que constavam a produção mensal e anual de cada UBS, incluindo o tipo de procedimento e atendimento realizado e o nome do profissional responsável por sua execução. Mas, para que fosse possível vincular os dados de produção às respectivas funções, foi disponibilizado pelo departamento de RH uma planilha contendo o local de trabalho, bem como a descrição do cargo de ocupação de cada servidor. Assim, ao utilizar o recurso de filtragem por UBS, pode-se obter, inicialmente, o quadro de servidores de cada unidade, o que serviu de base para o lançamento das produções individualmente e por mês.

Outro aspecto que precisa ser destacado, diz respeito aos profissionais que tiveram suas produções contabilizadas nas UBS, mas que não integram o quadro de servidores do município, à exemplo dos prestadores de serviços que, por sua vez, são credenciados mediante contrato. Nesses casos, com o auxílio das informações disponíveis na plataforma do CNES, que permite filtrar os profissionais por competência e por UBS, foi possível relacionar as demais funções e o tipo de vínculo de trabalho mantido entre o profissional e o município.

Pode-se dizer que a produção se refere às atividades que cada profissional realiza junto ao paciente, no exercício de sua função, sejam essas ações, consultas, visitas ou procedimentos, independentemente do nível de complexidade associado aos serviços prestados. Conforme já mencionado, os relatórios referentes à produção das UBS foram fornecidos pela SMS do município, disponibilizados mediante parceria desta com a UEL em função da carta protocolada de autorização de pesquisa e assinada pelo gestor municipal disponibilizada no Apêndice A. O conteúdo dos relatórios abrange todos os atendimentos, procedimentos e serviços pormenorizadamente realizados por profissional e por UBS, contabilizados em periodicidade mensal. De posse dessas informações, com base nos fins desta pesquisa e otimização das informações, optou-se por apresentar a somatória da produção de forma anual e por função e, nominá-las por atendimentos/procedimentos.

Sabendo disso, antes de adentrar a apresentação dos dados de produção, faz-se necessário destacar como se dá o registro das informações relacionadas as ações e aos serviços prestados nas UBS.

Assim, considerando o processo de digitação dos dados referentes a produção das UBS no contexto do município de Arapongas, ele ocorre por meio de sistema próprio em que cada profissional, individualmente, realiza o lançamento dos procedimentos no instante em que estes ocorrem. Posteriormente, de posse dessas informações, um servidor designado pela SMS as exporta, mensalmente, por meio do Sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), disponível no âmbito do Sistema e-SUS AB. Este sistema integra a operacionalização da estratégia e-SUS AB, que preconiza, dentre outros objetivos, estabelecer o registro individualizado das informações de saúde para o monitoramento dos atendimentos prestados à população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Deste modo, o registro das produções é realizado de acordo com fichas padronizadas alimentadas segundo os critérios contidos no Manual para Preenchimento das Fichas de Coleta de Dados Simplificada do Sistema e-SUS Atenção Básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Trata-se de instrumentos utilizados para coletar informações sobre cadastros, visitas domiciliares, atendimentos e atividades realizadas pelas equipes da APS.

A partir disso, tendo em vista a apresentação da dinâmica do processo de registro das atividades desenvolvidas nas UBS, passa-se para a evidenciação dos dados de produção anual obtidos por função. Ressalte-se que em alguns casos é possível encontrar mais de um profissional exercendo a mesma função. Nesses casos, os números referentes a produção dos respectivos profissionais foram somados.

Quadro 16. Produção total por função e por UBS (2019)

UBS	ACS	Aux./Téc. Enf.	Aux./Téc. Odont.	C. Dent.	Enf.	Farm.	Fisio.	Méd. CG	Méd. Ped.	Nutri	Odont. Ped.	Psico.	TOTAL
Águias	18515	1632		2569	12042	551	4950	5224		363		1320	**47166**
Aricanduva	5723	2914		4754	6342			4376					**24109**
Bandeirantes	23910	9219		2969	11760			6239	1149				**55246**
Caic	10276	3107		8616	3197			3508			7550		**36254**
Campinho	4723	5627			3218			2805					**16373**
Centauro	9545	4256	157	3734	13742			4332					**35766**
Centro Pombas	19038	1516		3945	8211			4176					**36886**
Clemente Soraes Araucária	2022	10944		8463	10254			6580					**38263**
Colônia Esperança	6441	1834			8353			2221					**18849**
Columbia	16251	7326		3549	7140			2847					**37113**
Del Condor	15345	6314		3817	6429			6792					**38697**
Guadalupe	5922	5792		2370	2025			7474					**23583**
Jardim Baroneza	14846	5024		70	3568			2331					**25839**
Jardim Panorama	19908	3270			5323			4325					**32826**
Lori	14326	5171			7965			2616					**30078**
Padre Chico	14050	793			10853			4147					**29843**
Palmares	35858	4207		6972	6575		1928	7984				1290	**64814**
Petrópolis	8093	7648	260	4589	10092		6323	6202		375		1640	**45222**
Primavera	10431	4294	16	351	5677			5744	2003				**28516**
San Raphael	39235	8251		9900	12678			8819					**78883**
Santo Antônio	15443	7182			4350			5013					**31988**
São Bento	22007	6130		6102	14061			4725					**53025**
São Vicente	13073	3000		664	4615			3209					**24561**
Tropical	2987	2104	54	3947	3824			4591					**17507**
Ulisses Guimarães	9170	2841		5810	4672			5980					**28473**
Vila Araponguinha	20435	4088	1	2940	9484			6149					**43097**
Vila Sampaio	5735	3658		2260	7668			5058					**24379**
Vila São João	3868	3905	289	5553	7265			3402					**24282**
Vila Triângulo	29198	7547			5443			6040					**48228**
Total	**416374**	**139594**	**777**	**93944**	**216826**	**551**	**13201**	**142909**	**3152**	**738**	**7550**	**4250**	**1039866**
Média	14358	4814	130	4270	7477	551	4400	4928	1576	369	7550	1417	35857
Mediana	14050	4256	105,5	3881	7140	551	4950	4725	1576	369	7550	1320	32826
Máximo	39235	10944	289	9900	14061	551	6323	8819	2003	375	7550	1640	78883
Mínimo	2022	793	1	70	2025	551	1928	2221	1149	363	7550	1290	16373
Variância	87651893	6253894	15664,3	6876462	11300297,19		5055606	2965261	364658	72		37633,33	206722788
Desvio Padrão	9362,2.	2500,78	125,16	2622,30	3361,59		2248,47	1721,99	603,87	8,48		193,99	14378

Legenda

ACS – Agente Comunitário de Saúde	Enf. – Enfermeiro	Méd. Ped. – Médico Pediatra
Aux./Téc. Enf. – Auxiliar e Técnico de Enfermagem	Farm. – Farmacêutico	Nutri. – Nutricionista
Aux./Téc. Odont. – Auxiliar e Técnico de Odontologia	Fisio. – Fisioterapeuta	Odont. Ped. – Odontopediatra
C. Dent. – Cirurgião Dentista	Méd. CG – Médico Clínico Geral	Psico. – Psicólogo

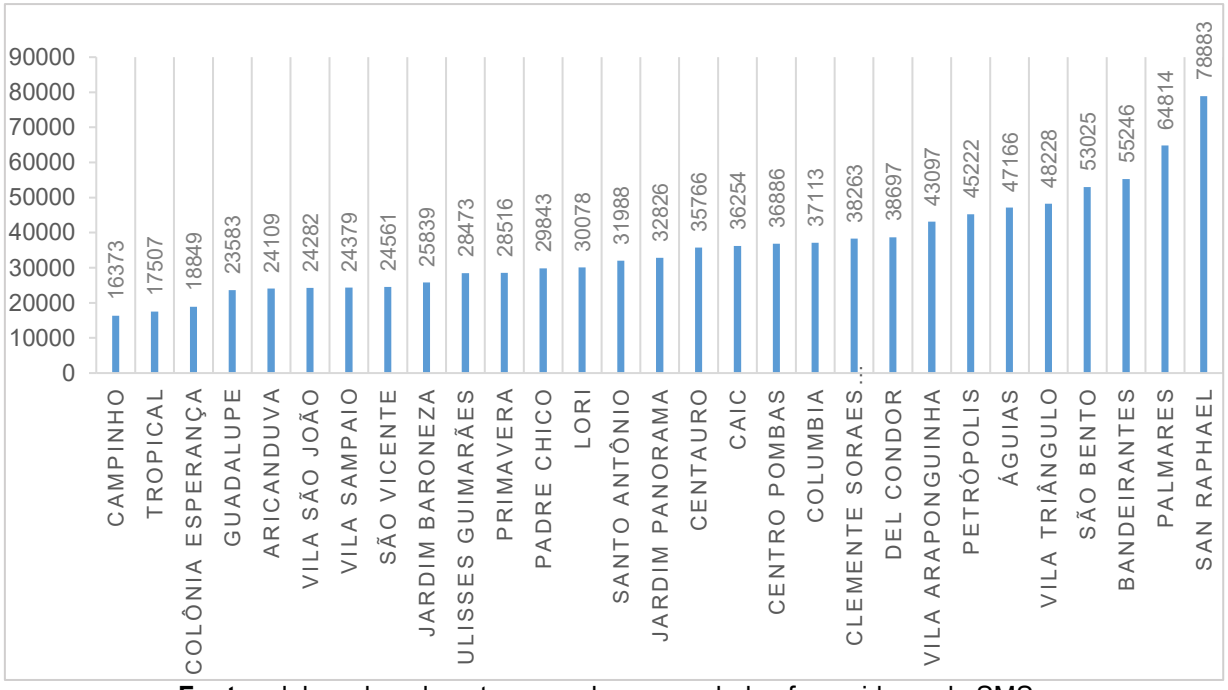
Fonte: elaborado pela autora com base nos dados fornecidos pela SMS.

Com base no Quadro 16, é possível verificar que a produção total efetivada por todas as funções nas respectivas unidades, no ano de 2019, foi de 1.039.866 (um milhão, trinta e nove mil e oitocentos e sessenta e seis) atendimentos/procedimentos. Assim, considerando esse montante, cada UBS apresenta em média 35.857 atendimentos/procedimentos realizados no ano; sendo a mediana de 32.826. A quantidade máxima de produção encontrada foi de 78.883, que corresponde a UBS San Raphael – a qual detém o maior número de pessoas cadastradas. A e a quantidade mínima de produção encontrada foi de 16.373, da unidade Campinho, que por sua vez situa-se em região rural, possui menor representatividade de profissionais e conta com apenas 751 pessoas cadastradas, conforme dados já analisados anteriormente. Os dados de produção variam bastante entre as UBS, o que indica que são heterogêneos e encontram-se dispersos com relação à média, apresentando um desvio-padrão de cerca de 14.378 atendimentos/procedimentos entre as UBS.

Ao comparar a produção total efetivada no município de Londrina, em 2016, que foi de 84.373 e a mínima de 12.806 (FERRI, 2018), pode-se dizer que as UBS de Arapongas possuem perfil bem atuante junto à população, ou pode indicar ainda maior dependência dos usuários com relação aos serviços ofertados nas unidades, tendo em vista que Arapongas possui porte populacional aproximadamente quatro vezes menor que o de Londrina. O mesmo vale ao tratar da produção total das UBS em ambos os municípios: de um lado, Londrina registrou 2.037.614 atendimentos/procedimentos em 2016 (FERRI, 2018); e de outro, Arapongas produziu o montante de 1.039.866. Isso corresponde a um percentual, aproximadamente, 49% menor que as UBS Londrinenses.

Outro recurso que pode ser utilizado para analisar o comportamento da produção total, sem distinguir as funções se dá através do Gráfico 7.

Gráfico 7. Produção total por USB (2019)

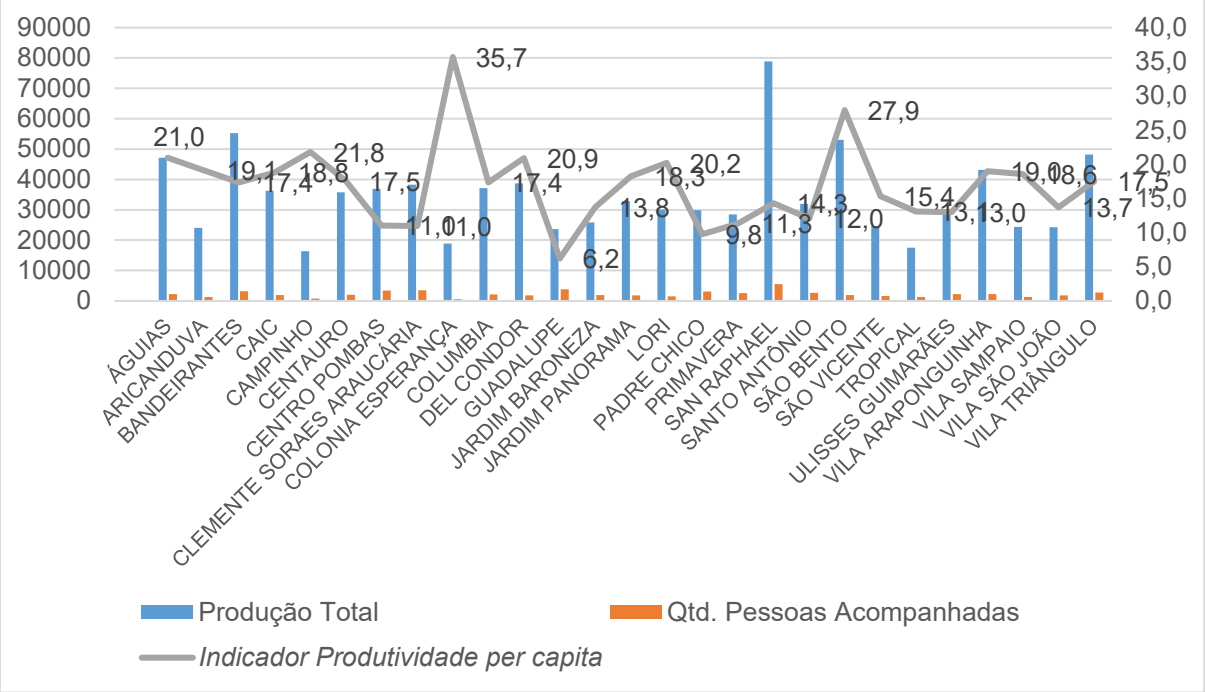


Fonte: elaborado pela autora com base nos dados fornecidos pela SMS.

Com base nos dados que o Gráfico 7 indica, as UBS com maior representatividade de produção, todas com mais de 50 mil atendimentos/procedimentos no ano, são as unidades de San Raphael (78.883), Palmares (64.814), Bandeirantes (55.246) e São Bento (53.025), o que representa, um percentual de 7,59%, 6,23%, 5,31% e 5,10% do total de atendimentos/procedimentos, respectivamente. Em contrapartida, as unidades que apresentaram menor produção (abaixo de 20 mil atendimentos/procedimentos no ano), foram as UBS Campinho (1,57%), Tropical (1,68%) e Colônia Esperança (1,81%). Ao que parece, a produção menor nessas unidades pode estar associada à localização geográfica, ou ainda ao número reduzido de população adscrita, conforme demonstrado em gráfico correspondente.

Tratando-se do Indicador de Produtividade *per capita* mencionado nos procedimentos metodológicos o qual foi construído com base nas relações entre os dados de Produção Total Anual e da Quantidade de Pessoas Acompanhadas nas respectivas UBS, pode-se extrair informações interessantes apresentadas no Gráfico 8 a seguir.

Gráfico 8. Indicador de produtividade *per capita*, produção total e quantidade de pessoas acompanhadas por UBS (2019)



Fonte: elaborado pela autora.

Conforme pode-se observar, a UBS Colônia Esperança é uma das que menos produz. Essa UBS registrou cerca de 18.849 (dezoito mil, oitocentos e quarenta e nove) atendimentos/procedimentos no ano e ainda é a que apresenta a menor quantidade de pessoas acompanhadas (528), uma vez que está localizada em área rural. Em contrapartida, demonstra o melhor resultado no Indicador de Produtividade *per capita*, destacando-se pela capacidade produtiva ao prestar cerca de 35,7 atendimentos para cada pessoa acompanhada no ano de 2019. Ao analisar a UBS San Raphael, ainda que conte com a maior quantidade de pessoas acompanhadas (5.510), e a que mais produziu no ano, aproximadamente 78.883 (setenta e oito mil, oitocentos e oitenta e três) atendimentos, alcançou um índice de 14,3 atendimentos por pessoa acompanhada. Como se observa, a análise deste indicador, além de ser uma ferramenta para mensurar o desempenho das UBS, pode indicar a necessidade de ajustes na força de trabalho a fim de suprir possíveis demandas de saúde da população sob responsabilidade.

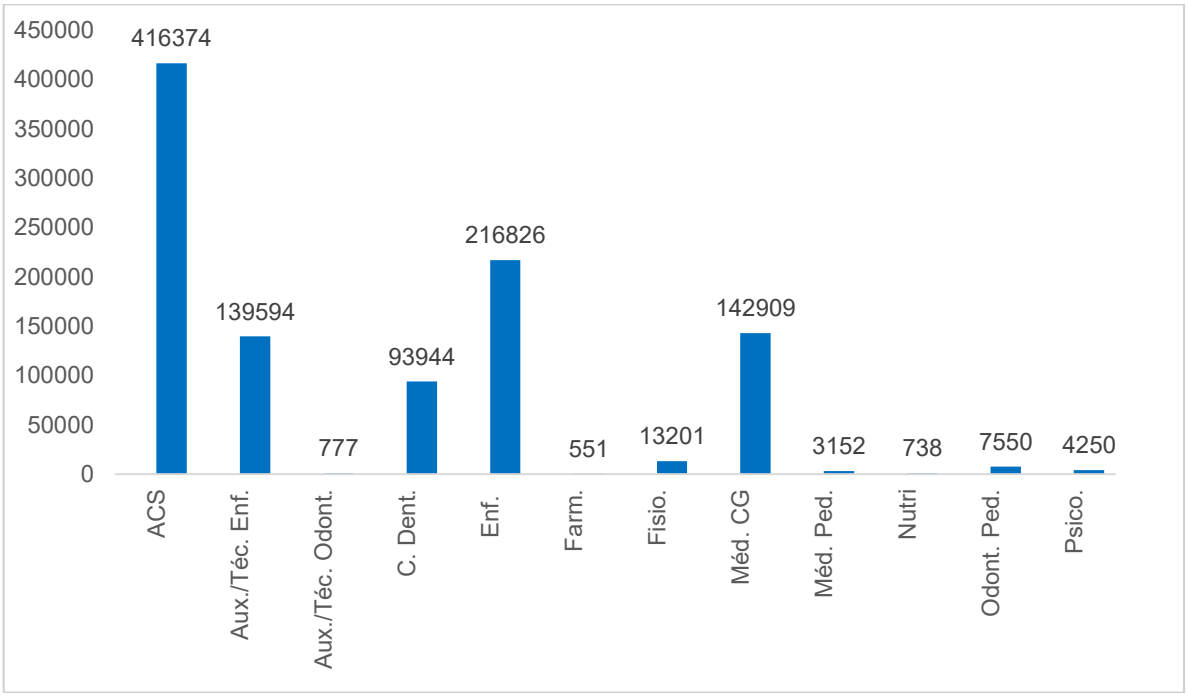
Outras unidades que se destacaram neste aspecto, todas com indicador acima de vinte e um atendimentos por pessoa acompanhada, condizem com as UBS Campinho e São Bento, as quais demonstraram índice de 21,8 e 27,9,

respectivamente neste critério. Vale ressaltar que Campinho é a unidade que menos produz e a que apresenta o segundo menor número de pessoas acompanhadas, no entanto, demonstra o terceiro melhor desempenho no Indicador de Produtividade *per capita.* Semelhantemente, a UBS São Bento apresenta baixo quantitativo de pessoas acompanhadas, mas à medida que estes dados são comparados com a produção que registra, lhe confere o segundo maior resultado com base nesse indicador.

Com base no exposto, pode-se constatar que a utilização de indicadores como o que este estudo se dedicou a construir podem ser úteis ao trazer informações novas, que permitem outras análises comparativas. Além disso, o acompanhamento do Indicador de Produtividade *per capita* pode servir como instrumento para mensurar a capacidade produtiva dos profissionais das UBS a partir da quantificação dos resultados entregues, e mensurar se estes são compatíveis com o que se espera deles, dado o porte populacional sob responsabilidade.

Posterior ao esclarecimento desse aspecto, ainda é possível representar graficamente a produção por função conforme ilustra o Gráfico 9.

Gráfico 9. Produção por função (2019)



Fonte: elaborado pela autora.

Ao analisar o Gráfico 9 o qual apresenta a produção por função sem distinguir as UBS, pode-se perceber que as funções responsáveis pela maior quantidade de atendimentos/procedimentos no ano de 2019, foram a função ACS

(416.374), seguida do Enfermeiro (216.826), Médico CG (142.909) e a do Aux./Téc. Enfermagem (139.594). Todas contabilizaram mais de 100 mil ações efetivadas no exercício de cada função, o que somadas correspondem a cerca de 88% do total. Convém lembrar que essas são funções integrantes da ESF, que pressupõem a composição de no mínimo estes profissionais no contexto das UBS.

Ao comparar estes dados com a hipótese norteadora “B.2” que afirma que: “A produção anual dos ACS e Auxiliares/Técnicos de Enfermagem superam o volume apresentado pelos profissionais da Área Médica e Enfermeiros” (FERRI, 2018), pode-se dizer que esta não pode ser confirmada, uma vez que a produção registrada pelos Enfermeiros e Médicos concentram o segundo e o terceiro maior volume, ficando atrás somente dos ACS. No entanto, cabe ressaltar que os ACS costumam produzir mais do que os demais profissionais, uma vez que registram suas produções a partir de visitas domiciliares, enquanto o Auxiliar/Técnico de Enfermagem as contabiliza por meio de procedimentos realizados, como curativos, coleta de materiais, aferição de pressão arterial, entre outros. Somado a isso, atendimentos médicos e de enfermagem demandam mais tempo para serem concluídos, o que contribui com menor volume de registros por parte destes profissionais.

Sinteticamente, de acordo com o PNAB 2017 – Portaria n° 2.436/2017 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017), as principais atribuições desses profissionais são:

- Médico: realizar a atenção à saúde aos indivíduos e famílias sob sua responsabilidade, através de consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, ações em grupo seja na UBS, nos domicílios ou em outros locais comunitários, além do encaminhamento dos usuários para outros pontos de atenção, ou internação, caso necessário;
- Enfermeiro: realizar atenção à saúde aos indivíduos e às famílias atreladas às equipes na UBS, nos domicílios e em espaços comunitários, além de consultas de enfermagem, procedimentos, solicitação de exames complementares, quando necessário, prescrição de medicações consoante protocolos. Também, são corresponsáveis pelo planejamento e avaliação das ações desempenhadas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE;

- Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem: participar das ações de atenção à saúde conforme procedimentos regulamentados no exercício da profissão, seja na UBS, nos domicílios ou nos demais espaços comunitários; realizar procedimentos de curativos, administração de medicamentos, vacinas, entre outras atribuições que sejam de sua área de atuação e responsabilidade;
- ACS: atuar em base geográfica definida, cadastrando e atualizando os dados dos indivíduos e das famílias, levando em consideração o perfil sociodemográfico, cultural, econômico e o panorama epidemiológico locais, através do acompanhamento domiciliar da respectiva população, além de ações sob sua responsabilidade associadas a promoção da saúde.

Ainda com relação as funções de maior representatividade no número de atendimentos/procedimentos nas UBS, é possível notar que elas também o são em número de profissionais, conforme já indicado no Quadro 15. Quando somadas, representam, aproximadamente, 72% do total das funções desempenhadas nas UBS.

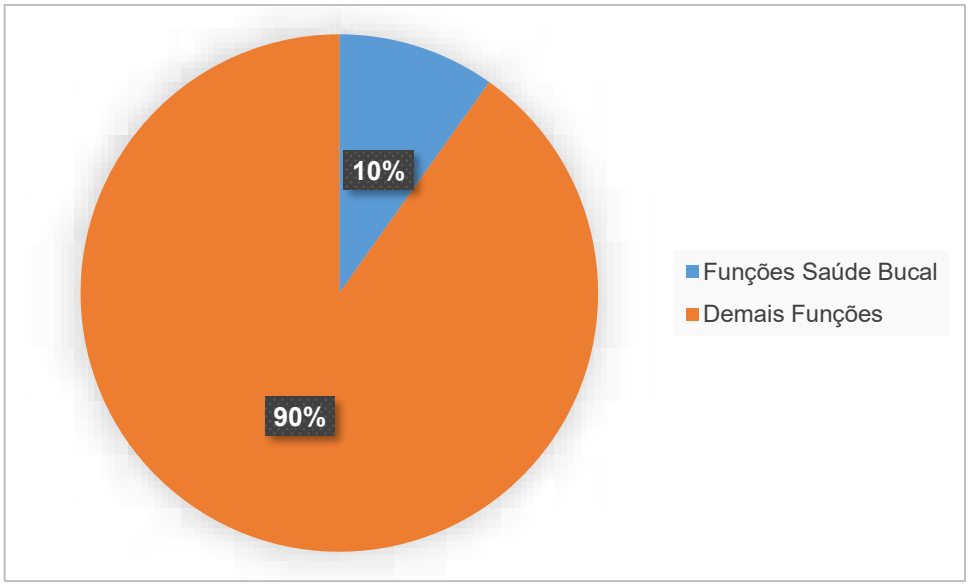
Por outro lado, as funções com menor representatividade em produção, que o Gráfico 9 ilustra, são as do Aux./Téc. Odont. (777), Nutricionista (738) e Farmacêutico (571), o que corresponde a cerca de 0,20% do total dos atendimentos/procedimentos quando somados. Neste viés, comparando com os dados do Quadro 15, pode-se observar que, com exceção do Aux./Téc. Odont., cuja representatividade neste critério é cerca de 6% do total, as demais são condizentes com o menor número de profissionais no exercício da função, o que corrobora, nesses casos, para a baixa representatividade de atendimentos/procedimentos. Cumpre observar, no entanto, que foram poucos os profissionais na função de Aux./Téc. Odont. Cuja produção pôde ser identificada, fato decorrente desses profissionais serem um apoio no acompanhamento dos procedimentos realizados pelo Cirurgião-Dentista, sendo exigíveis desse a contabilização dos serviços prestados.

No que se refere ao Farmacêutico, é válido mencionar que somente um dos três profissionais na função, apresentou produção. Os demais pertenciam as UBS Palmares e Petrópolis, que não eram totalmente independentes na época. Ao funcionar conjuntamente ao PA, é provável que suas produções tenham sido computadas observando os critérios desse ponto de atenção, que são distintos das

UBS. Mesmo assim, pode-se dizer que esses serviços foram disponibilizados nestas unidades, mas não se sabe ao certo, por meio dos dados disponibilizados, o grau de participação desses profissionais exclusivamente nas respectivas UBS.

Outro panorama que pode ser observado através do Gráfico 10, refere-se à produção, em especial, das funções atreladas à Saúde Bucal das UBS. Dentre elas, englobam as funções de Cirurgião-Dentista, Odontopediatra e, Aux./Téc. De Odontologia. O gráfico destaca a representatividade da produção destas funções somadas com relação ao total produzido pelas demais funções.

Gráfico 10. Representatividade produção Saúde Bucal e demais funções



Fonte: elaborado pela autora.

A partir do Gráfico 10, é possível identificar que as funções pertencentes à área de Saúde Bucal produziram cerca de 10% (102.271) do total de atendimentos/procedimentos realizados nas UBS no ano de 2019. A atenção em saúde bucal, segundo o PNAB 2017 – Portaria n° 2.436/2017 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017), é orientada para a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, monitoramento e manutenção da saúde, a fim de assegurar o bem-estar das famílias e dos indivíduos. Com base nisso, o PNAB 2017 apresenta as principais atribuições desses profissionais sintetizadas a seguir:

- Cirurgião-Dentista: realizar os procedimentos clínicos, cirúrgicos, atendimentos de urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais, dentre outras atribuições sob sua responsabilidade e ainda

coordenar as ações coletivas de promoção da saúde e à prevenção das doenças bucais;

- ASB/TSB: atuar no acompanhamento e desenvolvimento das atividades voltadas à saúde bucal com os demais integrantes da equipe; instrumentar os profissionais nos procedimentos clínicos, bem como organizar, limpar, esterilizar os equipamentos odontológicos e realizar o acolhimento dos pacientes.

Além das funções elencadas no PNAB 2017, o município conta com a presença de três profissionais na função de odontopediatra atuando em UBS no ano de 2019, com especial destaque para a unidade Caic, uma das referências neste tipo de atendimento. A função de odontopediatria é uma especialidade dentro da odontologia voltada para a saúde bucal do público infantil que vai desde o nascimento até os 12 anos e além de ser disponibilizada no município através das UBS. Tal função está presente também em outros pontos de atendimento à exemplo do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), o qual conta com a cobertura de várias especialidades na área da saúde bucal, conferindo destaque estadual ao município de Arapongas neste âmbito de atenção. Prova disso, é a premiação no ano de 2018 do Conselho Regional de Odontologia do Paraná, como a segunda melhor cidade do Estado no desenvolvimento de ações em saúde bucal.

4.3 Infraestrutura e Equipamentos

Outro ponto que o PNAB 2017 – Portaria n° 2.436/2017 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017) aborda refere-se à infraestrutura das UBS, o que não significa estabelecer um padrão estrutural físico para as unidades, e sim contribuir que este parâmetro não constitua fator que comprometa os fluxos de trabalho das equipes. Nesse sentido, a fim de que os profissionais possam desempenhar as suas funções com qualidade e resolutividade, pressupõe-se a existência de espaços físicos compatíveis e ambiente adequado para o acolhimento e acomodação dos respectivos usuários. Além disso, os parâmetros estruturais devem levar em conta o quantitativo da população adscrita e seu perfil, as ações e os serviços a serem ofertados no local, assim como os tipos e a composição das equipes de modo a responder às demandas de saúde locais.

Dessa forma é recomendado, de acordo com o normativo da APS, que as unidades tenham salas para atendimento médico, de enfermagem, procedimentos, vacinas, inalação, coleta/exames, curativos, esterilização, observação, atividades coletivas e quando da participação de profissionais de saúde bucal, deve haver um consultório específico, englobando equipamento odontológico completo, além de outros ambientes quando necessários.

Sabendo disso, foi elaborado um quadro que aborda a infraestrutura/equipamentos existentes nas UBS. Este foi construído com base nos dados disponíveis para acesso público na plataforma do CNES, vinculado ao MS, mediante filtro por UBS e competência, a qual convencionou selecionar o mês de dezembro de 2019 como referência. Esses dados englobam informações a respeito dos equipamentos cadastrados, o que, nesse caso, verificou-se restringir à equipamentos atrelados à saúde bucal, instalações físicas existentes que podem ser clínica básica, outros consultórios não médicos, sala de curativos, de enfermagem, odontologia, imunização, sala para nebulização. Os equipamentos cadastrados também se referem aos recursos de apoio das unidades, como ambulância, esterilização de materiais, farmácia, lavanderia, serviço de prontuário ao paciente, banco de leite, lactário, manutenção de equipamentos, nutrição dietética e serviço social, os quais não apresentam distinção se são serviços próprios ou terceirizados.

Ressalte-se que em um primeiro momento foi solicitado ao departamento de patrimônio do município a disponibilização dos relatórios dos bens/equipamentos existentes nas UBS no ano de 2019. No entanto, como estes não foram fornecidos, as análises deste critério ficaram restritas aos dados disponíveis no CNES, o que pode não representar a realidade na prática, uma vez que se limitam ao registro no *site* do MS pelos responsáveis das unidades e, portanto, pode ocorrer uma ou outra lacuna no lançamento das informações.

Ainda cumpre observar, que estes critérios não são suficientes, se analisados isoladamente, para afirmar se a formatação da UBS é adequada ou não, pois a capacidade das UBS em assegurar a coordenação da atenção em saúde da população sob sua responsabilidade depende ainda de outros fatores, como: os insumos necessários, recursos materiais e profissionais competentes, por exemplo. Mesmo assim, são elementos relevantes que podem ser determinantes, ou ainda condicionantes do cuidado e constituindo informações oficiais demandadas pelo MS com vistas ao acompanhamento das UBS. Portanto, entende-se que podem ser

consideradas. Diante do exposto, segue-se com a apresentação do Quadro 17, que aponta a infraestrutura/equipamentos existentes em cada UBS, no ano de 2019.

Quadro 17. Infraestrutura e Equipamentos por UBS (2019)

UBS	EQUIPAMENTOS		INSTALAÇÃO FÍSICA AMBULATORIAL							RECURSOS DE APOIO DA UBS (próprios/terceirizados)										TOTAL
	Equipamentos de Odontologia	Equipamento de Diagnóstico por Imagem	Clínica Básica	Outros Consultórios	Sala de Curativo	Sala de Enfermagem	Sala de Odontologia	Sala de Imunização	Sala de Nebulização	Ambulância	Central de Esterilização de Material	Farmácia	Lavanderia	Serviço de Prontuário ao Paciente	Banco de Leite	Lactário	Serviço de Manutenção de Equipamentos	Nutrição Dietética	Serviço Social	
ÁGUIAS	1		3		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			1			15
ARICANDUVA	1		1		1		1	1	1	1	1	1		1			1			11
BANDEIRANTES	1		2		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			1			14
CAIC	3	1	1	2	1		1	1	1	1	1	1	1	1			1			17
CAMPINHO			1			1				1		1		1						5
CENTAURO	1		1		1		1	1		1	1	1	1	1			1			11
CENTRO POMBAS	1		1		1	1			1	1	1	1	1	1						10
CLEMENTE SORAES ARAUCÁRIA	7		2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25
COLÔNIA ESPERANÇA	6		1		1		1			1	1			1			1			13
COLUMBIA	1		1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			1			13
DEL CONDOR	1		1		1	1			1	1	1	1	1	1			1			11
GUADALUPE	1		1		1	1		1	1	1	1	1	1	1			1			12
JARDIM BARONEZA	1		1		1	1			1		1	1	1	1						9
JARDIM PANORAMA			1		1	1			1	1	1	1	1	1						9
LORI			2		1	1			1	1	1	1	1	1						10
PADRE CHICO	2	1	1		1	1				1	1	1	1	1			1			12
PALMARES	1		3	1	1	1	2	1	1											11
PETRÓPOLIS	1		3	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1			1			18
PRIMAVERA	1	1	1		1		1	1	1	1		1	1	1			1		1	13
SAN RAPHAEL	1		1		1	1			1	1	1	1	1	1						10
SANTO ANTÔNIO	1		1		1					1	1	1	1	1						8
SÃO BENTO	7		1		1	1			1	1	1	1		1						15
SÃO VICENTE			2		1	1			1		1	1	1	1						9
TROPICAL	1		1		1		1	1	1	1	1	1	1	1			1			12
ULISSES GUIMARÃES	1		1		1	1	1		1	1	1	1	1	1			1			12
VILA ARAPONGUINHA	1		1		1	1	2	1	1	1	1	1	1	1			1			14
VILA SAMPAIO	1		1		1	1			1	1	1	1	1	1						10
VILA SÃO JOÃO	1		2		1	1			1	1	1	1	1	1			1			12

UBS	EQUIPAMENTOS		INSTALAÇÃO FÍSICA AMBULATORIAL							RECURSOS DE APOIO DA UBS (próprios/terceirizados)										TOTAL
	Equipamentos de Odontologia	Equipamento de Diagnóstico por Imagem	Clínica Básica	Outros Consultórios	Sala de Curativo	Sala de Enfermagem	Sala de Odontologia	Sala de Imunização	Sala de Nebulização	Ambulância	Central de Esterilização de Material	Farmácia	Lavanderia	Serviço de Prontuário ao Paciente	Banco de Leite	Lactário	Serviço de Manutenção de Equipamentos	Nutrição Dietética	Serviço Social	
VILA TRIÂNGULO			1		1	1			1	1	1	1	1	1			1			10
TOTAL	44	3	40	6	28	22	17	13	24	26	26	27	24	28	1	1	18	1	2	351

Fonte: elaborado pela autora com base nos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Conforme pode-se observar no Quadro 17 as unidades com maior estrutura física, equipamentos e recursos de apoio para o desempenho das atividades são a UBS Clemente Soares Araucária, a Petrópolis, seguidas da Caic, contando com 25, 18 e 17 elementos, respectivamente. Por outro lado, as unidades com menor representatividade neste parâmetro são Campinho, Santo Antônio, Jardim Baroneza, Jardim Panorama e São Vicente, cujos números na sequência são 5, 8 e 9 igualmente para as três últimas.

Ao relacionar os dados do Quadro 17 com as informações dos tipos de equipes existentes nas UBS indicadas no Quadro 14, pode-se notar que as UBS com maior configuração estrutural são as que possuem equipes eSB vinculadas, o que justifica a demanda de ambientes que sejam compatíveis com os serviços ofertados. Uma análise análoga pode ser feita com base nas UBS que apresentaram menor panorama estrutural: todas elas, não contam com eSB vinculadas.

4.4 Descrição da Metodologia de Cálculo dos Custos

Posterior a etapa da descrição das atividades desenvolvidas nas UBS, das equipes existentes, das produções e o cenário de Infraestrutura/Equipamentos, passa-se a apresentação dos dados relacionados aos custos. Como um primeiro passo, é necessário abordar os critérios adotados para o cálculo dos respectivos valores. Sobre isso, é bom lembrar tratar somente dos custos diretos com fins gerenciais, cujo foco é distinto da legislação fiscal.

Desse modo, para a apuração dos custos das UBS, foram solicitados os relatórios dos valores liquidados no ano de 2019, considerando os parâmetros “Custos com Pessoal”, “Custos Administrativos” e “Custos com Material de Consumo”, conforme já evidenciados por meio do Quadro 9.

No Contexto dos Custos Administrativos, foi disponibilizado pelo Gerência de Patrimônio do Município, um arquivo contendo os valores correspondentes à cada serviço fornecido pelas Concessionárias - energia elétrica, água, telefone e *internet*. Conforme se poderá notar mais adiante, algumas UBS não apresentaram os custos de alguns dos serviços, em virtude de os arquivos enviados não elencarem tais dados. Já os valores referentes aos custos com manutenção predial preventiva e corretiva das UBS foi fornecido pela Diretoria de Obras, Transportes e Desenvolvimento Urbano do município. Este relatório identificava o

local da prestação do serviço, o tipo de serviço realizado, a data e os respectivos custos. Com relação aos valores gastos com aluguéis de imóveis para o funcionamento de algumas UBS, segue-se sem a apresentação desses custos em virtude da sua não disponibilização, restringindo os custos administrativos aos valores atribuídos às Concessionárias e aos serviços de manutenções das UBS.

Em relação aos custos com medicamentos, foram fornecidos alguns relatórios por servidor responsável pela Farmácia Central do município, dos quais um deles trazia a relação de todos os medicamentos dispensados por cada UBS no ano de 2019, com a indicação dos respectivos valores. Outro, continha a relação e os valores dos medicamentos transferidos da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) para cada unidade.

Entende-se que os medicamentos dispensados são aqueles atribuídos aos pacientes, ou seja, que foram de fato consumidos, sendo por este motivo considerados como custos. Ressalte-se, no entanto, que algumas UBS apresentaram valores muito divergentes da realidade no relatório de dispensação de medicamentos e, para esses casos, optou-se por utilizar os valores condizentes aos medicamentos transferidos da CAF.

Já no que se refere aos custos com outros materiais foi disponibilizado pelo almoxarifado central do município, um arquivo que trazia uma planilha indicando os valores mensais, sem discriminação do tipo de material repassado por UBS. Foi informado por correio eletrônico (*e-mail*), tratar-se exclusivamente de materiais de consumo englobando materiais hospitalares, de enfermagem, odontológicos, materiais de escritório, limpeza, copa e cozinha. Por este motivo, não foi possível separar os custos com materiais de escritório, limpeza, copa e cozinha e apropriá-los em conjunto com os “Custos Administrativos” sendo classificados todos como “Insumos” na categoria dos “Custos com Material de Consumo”. Os custos com equipamentos, mobiliários e outros bens não foram fornecidos.

No que se refere aos “Custos com Pessoal”, alguns ajustes foram demandados para que fosse possível apropriar os custos diretos de cada unidade, conforme algumas considerações já feitas. Assim, de posse de planilha fornecida pelo departamento de RH que trazia os locais de trabalho, função exercida e regime previdenciário dos servidores, foi possível elaborar um quadro de lotação para cada UBS, o qual serviu de base para o lançamento das produções individualmente e por mês.

O que se percebeu ao longo dos registros das produções, foi o fato de alguns servidores desempenharem suas funções em UBS as quais não estavam lotados. Ao que parece, a situação ocorre na prática sem que a informação, em tempo oportuno, seja repassada ao RH. Como resultado, optou-se por realocar os profissionais junto ao local que ocorreu, de fato, a prestação do serviço, o que foi possível ao analisar os relatórios de produção de cada UBS fornecidos pela SMS.

Assim, para as funções que não se exige o registro de produção de acordo com os normativos do MS, como as de Motorista, Auxiliar de Serviços Gerais, Gerente de UBS e para a maioria dos Auxiliares e Técnicos de Odontologia, os custos respectivos foram apropriados nas unidades que estavam lotados, conforme a planilha do RH. Foram tratados da mesma maneira os profissionais na função de Fonoaudiólogo e dois dos três Farmacêuticos, sobre os quais não foram encontrados registros de produção em nenhuma das unidades, o que pode indicar que estes podem não ter trabalhado nas UBS, ou ainda, indicar alguma falha no processo de lançamento da produção. Nesses casos, também se optou por apropriar os custos desses profissionais nas UBS em que estavam lotados.

A partir desses ajustes no quadro funcional, foi solicitado ao departamento de RH, planilha contendo os valores das remunerações liquidadas em 2019, individualizada por servidor e que pudesse ser identificada a função exercida. De posse desses dados e da informação de que o município conta com três regimes previdenciários, resultando em distintos encargos sociais patronais, foi solicitado ao setor, as respectivas alíquotas atribuídas a cada regime para o ano em pauta. Vale mencionar que estes cálculos foram viabilizados apelo fato de que a planilha de remunerações inclui também a base para o cálculo previdenciário, portanto os valores relacionados aos custos de pessoal, apresentam-se somados aos respectivos encargos, a depender do regime previdenciário atrelado. Em seguida, esses valores foram somados para se obter o custo total de cada função nas UBS.

Em um segundo momento, a partir da identificação de profissionais que prestaram serviços nas UBS e que, por sua vez, não integravam o quadro de servidores, foi solicitado ao responsável pelo setor de credenciamentos das UBS, os relatórios contendo os contratos firmados no ano de 2019. Isso se deu a fim de que, na posse desses dados fosse possível vincular o profissional, a função e o valor pago pelos serviços prestados. Em virtude da não disponibilização desses relatórios, com exceção dos valores pagos, as demais informações foram extraídas do CNES,

mediante acesso público, ao filtrar a UBS e em seguida os profissionais existentes por competência. Tal recurso permitiu conciliar a função desempenhada assim como o tipo de vínculo mantido entre o profissional e o município, sendo identificados alguns profissionais na função de Médico, Cirurgião Dentista e Nutricionista que prestaram serviços mediante contrato. Posteriormente, o servidor responsável pelos credenciamentos forneceu a carga horária dos profissionais e os valores pagos por função para o ano considerado no intuito de apropriar os respectivos custos demandados.

Como resultado, sabendo-se que o valor pago por hora dedicada na função de Médico era de R$ 81,50 e de R$ 35,00 para a função de Cirurgião Dentista, e considerando a carga horária de 8 horas diárias em 252 dias úteis no ano de 2019, foi possível obter o custo anual de R$ 164.304,00 para cada função de Médico e R$ 70.560 para a de Cirurgião Dentista. Importa mencionar que não foi possível apropriar os custos de um dos profissionais na função de Nutricionista, uma vez que este serviço não foi custeado diretamente pelo município, ademais, parece ter sido parte de uma estratégia de cuidado realizada no âmbito de consórcio, o que dificulta saber com precisão os valores decorrentes exclusivamente deste serviço, ainda que possua contrapartida do município.

Esclarecidos os procedimentos utilizados para a apuração dos custos e os principais pontos no tratamento dos dados, segue-se a apresentação dos valores obtidos.

4.5 CUSTOS DAS UBS

Inicialmente, são apresentados os dados individualizados dos “Custos Administrativos”, seguido dos “Custos com Material de Consumo” e os “Custos com Pessoal”, sendo estes posteriormente somados a fim de compor o custo total de cada UBS

4.5.1 Custos Administrativos

Os custos diretos que integram os Custos Administrativos são os valores relacionados tanto aos Serviços de Manutenção realizados nas UBS quanto aos serviços fornecidos pelas Concessionárias – Água, Energia e Comunicação -,

sendo este último representado pela soma dos valores correspondentes à Telefone e *Internet*.

Quadro 18. Custos Administrativos

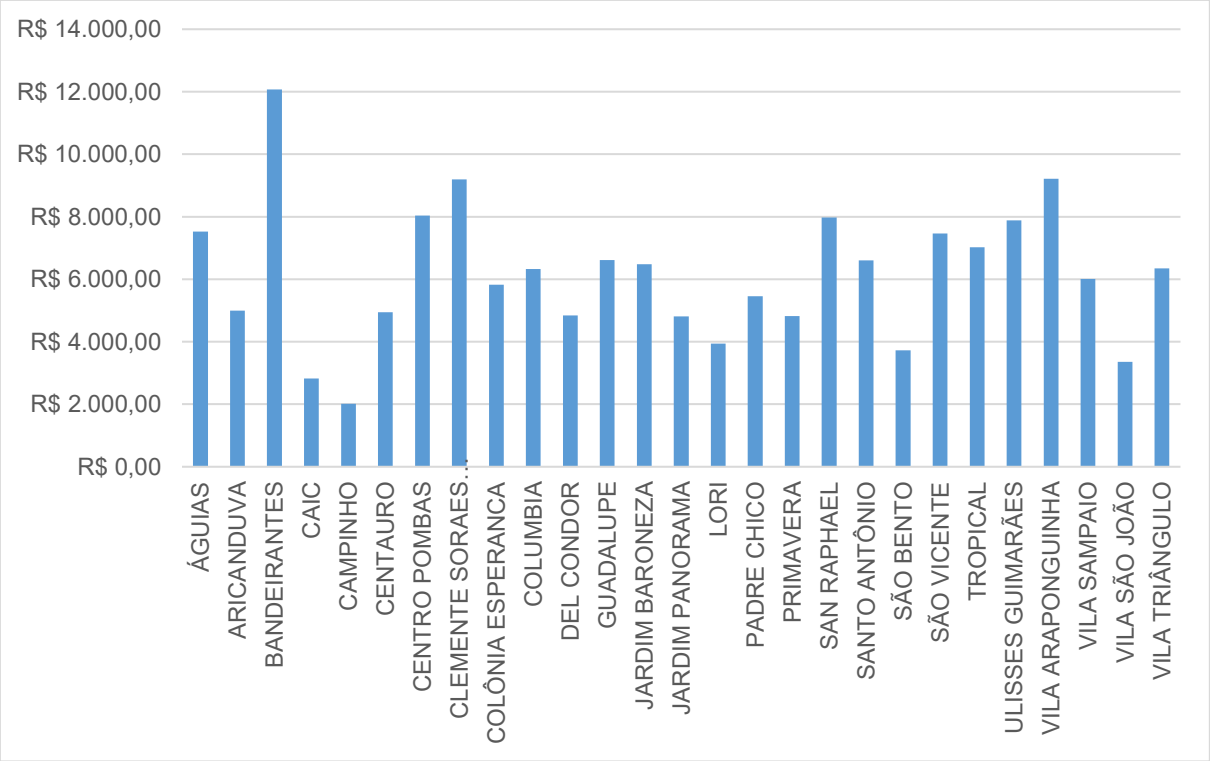
UBS	CUSTOS ADMINISTRATIVOS			
	SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO	CONCESSIONÁRIAS		
		ÁGUA	ENERGIA	TELEFONE / *INTERNET*
ÁGUIAS		R$ 867,25	R$ 4.862,99	R$ 1.793,46
ARICANDUVA		R$ 424,06	R$ 2.455,55	R$ 2.116,03
BANDEIRANTES		R$ 1.508,95	R$ 6.123,36	R$ 4.436,12
CAIC				R$ 2.827,10
CAMPINHO		R$ 396,49	R$ 1.615,30	
CENTAURO		R$ 1.342,42	R$ 2.544,46	R$ 1.055,52
CENTRO POMBAS		R$ 2.298,15	R$ 2.047,74	R$ 3.695,31
CLEMENTE SORAES ARAUCÁRIA	R$ 341,98	R$ 2.420,66	R$ 2.086,58	R$ 4.341,40
COLÔNIA ESPERANCA		R$ 742,50	R$ 1.352,05	R$ 3.732,92
COLUMBIA		R$ 423,14	R$ 3.582,23	R$ 2.326,22
DEL CONDOR		R$ 1.042,17	R$ 2.136,17	R$ 1.667,94
GUADALUPE		R$ 652,78	R$ 1.103,17	R$ 4.853,54
JARDIM BARONEZA	R$ 389,87	R$ 926,51	R$ 1.844,53	R$ 3.319,21
JARDIM PANORAMA		R$ 777,21	R$ 1.511,68	R$ 2.519,41
LORI	R$ 388,04	R$ 758,04	R$ 1.667,32	R$ 1.124,60
PADRE CHICO		R$ 932,75	R$ 1.833,69	R$ 2.692,60
PALMARES				
PETRÓPOLIS				
PRIMAVERA		R$ 843,43	R$ 991,41	R$ 2.990,23
SAN RAPHAEL		R$ 1.154,52	R$ 5.299,12	R$ 1.526,14
SANTO ANTÔNIO		R$ 440,68	R$ 2.676,90	R$ 3.485,01
SÃO BENTO		R$ 394,61	R$ 2.053,85	R$ 1.272,65
SÃO VICENTE	R$ 672,99	R$ 2.779,12	R$ 2.455,83	R$ 1.551,08
TROPICAL	R$ 444,09	R$ 863,66	R$ 3.698,32	R$ 2.020,63
ULISSES GUIMARÃES		R$ 750,51	R$ 2.192,08	R$ 4.942,21
VILA ARAPONGUINHA		R$ 2.431,30	R$ 1.492,95	R$ 5.289,02
VILA SAMPAIO		R$ 796,34	R$ 1.924,84	R$ 3.285,57
VILA SÃO JOÃO		R$ 727,24	R$ 1.492,31	R$ 1.141,13
VILA TRIÂNGULO	R$ 318,10	R$ 842,23	R$ 2.069,03	R$ 3.119,15
TOTAL	**R$ 2.555,07**	**R$ 27.536,72**	**R$ 63.113,46**	**R$ 73.124,20**

Fonte: elaborado pela autora.

A partir do Quadro 18, destaca-se que a UBS Caic e Campinho não apresentam determinados valores relacionados às Concessionárias, isso se dá em virtude de estes não terem sido fornecidos. Situação semelhante ocorre com as UBS Palmares e Petrópolis, as quais não apresentam os valores relacionados aos custos administrativos. Mas, nesses casos, em particular, a não disponibilização dos dados se deve ao fato dessas unidades possuírem PA anexo, conforme já abordado anteriormente, sendo estes custos absorvidos neste nível de atenção.

Esclarecidos estes pontos, é possível ilustrar a representatividade dos Custos Administrativos por UBS a partir da somatória de seus componentes conforme demonstrado no Gráfico 11.

Gráfico 11. Representatividade custos administrativos por UBS

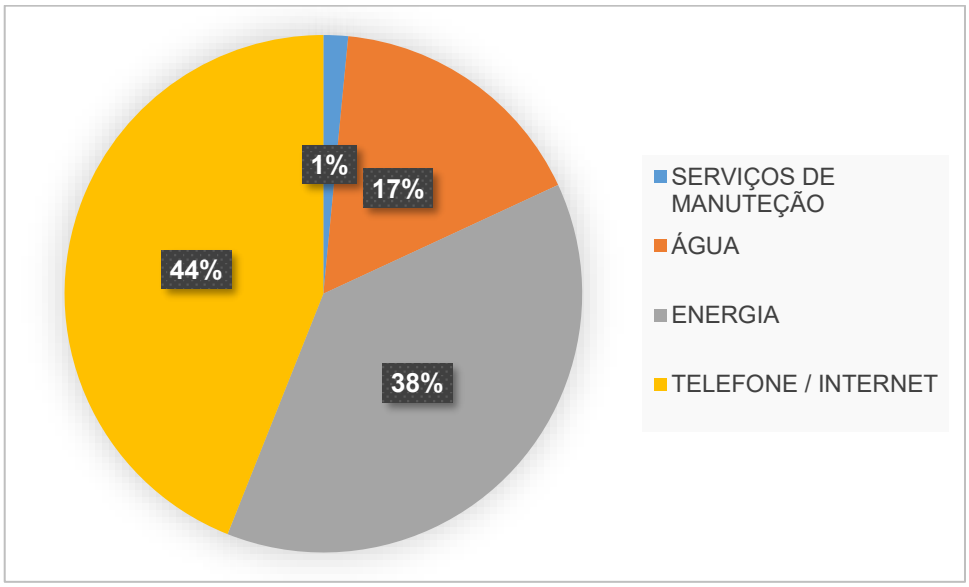


Fonte: elaborado pela autora.

Como pode-se observar no Gráfico 11, as UBS com maior representatividade no critério “Custos Administrativos” são: Bandeirantes (R$ 12.068,43); Vila Araponguinha (R$ 9.213,27); Clemente Soares Araucária (R$ 9.190,62); e Centro Pombas (R$ 8.041,20). Todas com gastos acima de R$ 8.000,00, o que em percentual representa 7,26%, 5,54%, 5,53% e 4,84%, respectivamente. Por outro lado, as UBS que apresentam os menores valores considerando este critério, com exceção de Caic, são as unidades de Campinho (R$ 2.011,79), Vila São João (R$ 3.360,68), São Bento (R$ 3.721,11) e Lori (R$ 3.938,00), cuja representatividade, em percentual, alcança, respectivamente,1,21%, 2,02%, 2,24% e 2,37% do total consumido pelas UBS. Ao analisar o conjunto de UBS com menor representatividade neste âmbito de custos, pode-se notar que não se trata exclusivamente de unidades localizadas em área rural e, por este motivo, não é possível indicar um padrão geográfico de custos atendo-se apenas aos custos administrativos.

Considerando os valores totais das UBS é possível obter a representatividade dos Custos Administrativos conforme demonstra o Gráfico 12.

Gráfico 12. Representatividade custos administrativos



Fonte: elaborado pela autora.

É possível observar a partir dos dados que o Gráfico 12 demonstra, que do total dos “Custos Administrativos”, os valores relacionados aos serviços de Comunicação (Telefone e *Internet*) representam 44% do total consumido pelas UBS, enquanto os gastos com Energia representam 38%, seguido dos custos com fornecimento de água 17% e, por fim, os serviços de manutenção, os quais consumiram apenas 1% do total desta categoria.

4.5.2 Custos com Material de Consumo

Posterior a etapa de análise dos “Custos Administrativos”, segue-se com a apresentação dos dados classificados como Material de Consumo, que por sua vez, foram distribuídos em dois grupos. De um lado, os medicamentos dispensados nas UBS, e do outro, os valores referentes aos materiais de limpeza, copa, cozinha, materiais de enfermagem, odontológicos e médico-hospitalares, os quais a fim de simplificação foram denominados “Insumos”. No entanto, antes de apresentar estes custos, considera-se interessante apresentar as relações dos medicamentos que foram dispensados nas UBS e os que foram atribuídos às UBS por meio de transferência da CAF. Para tanto, foi elaborado o Quadro 19.

Quadro 19. Medicamentos dispensados/transferidos por UBS

UBS	MEDICAMENTOS	
	DISPENSADOS NAS UBS	TRANSFERIDOS DA CAF PARA AS UBS
ÁGUIAS	R$ 22.338,30	R$ 19.081,39
ARICANDUVA	R$ 14.482,54	R$ 19.300,99
BANDEIRANTES	R$ 17.578,35	R$ 26.366,71
CAIC	R$ 4.550,92	R$ 6.615,47
CAMPINHO	R$ 9.297,15	R$ 13.529,78
CENTAURO	R$ 15.216,48	R$ 14.372,03
CENTRO POMBAS	R$ 12.759,85	R$ 17.008,79
CLEMENTE SORAES ARAUCÁRIA	R$ 8.515,74	R$ 16.384,73
COLÔNIA ESPERANCA	R$ 3.350,35	R$ 5.299,35
COLUMBIA		R$ 2.378,02
DEL CONDOR	R$ 9.554,22	R$ 14.780,46
GUADALUPE	R$ 31.198,41	R$ 27.314,50
JARDIM BARONEZA	R$ 2,70	R$ 1.094,01
JARDIM PANORAMA	R$ 9.484,00	R$ 9.874,41
LORI	R$ 10.992,77	R$ 10.331,51
PADRE CHICO	R$ 9.120,85	R$ 10.540,94
PRIMAVERA	R$ 17.316,85	R$ 16.027,29
SAN RAPHAEL	R$ 4.628,34	R$ 13.803,62
SANTO ANTÔNIO	R$ 2.836,07	R$ 3.611,80
SÃO BENTO	R$ 12.148,41	R$ 15.387,67
SÃO VICENTE	R$ 19.554,58	R$ 19.255,35
TROPICAL	R$ 14.748,93	R$ 16.497,34
ULISSES GUIMARÃES	R$ 17,35	R$ 3.869,57
VILA ARAPONGUINHA	R$ 19.085,28	R$ 17.667,60
VILA SAMPAIO	R$ 9.757,92	R$ 11.915,74
VILA SÃO JOÃO	R$ 10.259,91	R$ 10.279,96
VILA TRIÂNGULO	R$ 19.898,96	R$ 17.158,65
TOTAL	**R$ 308.695,22**	**R$ 359.747,68**
PALMARES	R$ 153.925,12	R$ 165.867,50
PETRÓPOLIS	R$ 127.122,43	R$ 146.428,36
TOTAL	**R$ 281.047,55**	**R$ 312.295,86**
TOTAL GERAL	**R$ 589.742,76**	**R$ 672.043,54**

Fonte: elaborado pela autora.

Com base no Quadro 19 é possível notar que os valores referentes aos medicamentos transferidos são ligeiramente maiores que os dispensados nas UBS, o que se situa dentro da normalidade, uma vez que nem tudo que é transferido para as unidades são atribuídos aos pacientes. Sobre este quadro, cumpre destacar que somente os valores relacionados aos medicamentos que foram dispensados nas UBS serão considerados para as análises dos custos diretos, exceto nos casos das unidades Ulisses Guimarães, Jardim Baroneza e Columbia, cujos valores se distanciam muito da realidade. Isso torna oportuno considerar os valores referentes aos medicamentos transferidos, ao invés dos dispensados. A partir desses

esclarecimentos, segue-se a apresentação do Quadro 20, que indica os valores consumidos no ano de 2019 dos componentes Medicamentos e Insumos, ambos classificados como Material de Consumo.

Quadro 20. Custos com material de consumo por UBS

UBS	MATERIAL DE CONSUMO		
	MEDICAMENTOS	INSUMOS	TOTAL
ÁGUIAS	R$ 22.338,30	R$ 10.638,38	**R$ 32.976,68**
ARICANDUVA	R$ 14.482,54	R$ 9.450,76	**R$ 23.933,30**
BANDEIRANTES	R$ 17.578,35	R$ 14.169,71	**R$ 31.748,06**
CAIC	R$ 4.550,92	R$ 11.869,30	**R$ 16.420,22**
CAMPINHO	R$ 9.297,15	R$ 6.285,54	**R$ 15.582,69**
CENTAURO	R$ 15.216,48	R$ 19.196,79	**R$ 34.413,27**
CENTRO POMBAS	R$ 12.759,85	R$ 25.850,99	**R$ 38.610,84**
CLEMENTE SORAES ARAUCÁRIA	R$ 8.515,74	R$ 24.713,77	**R$ 33.229,51**
COLÔNIA ESPERANCA	R$ 3.350,35	R$ 8.649,83	**R$ 12.000,19**
COLUMBIA	R$ 2.378,02	R$ 15.972,08	**R$ 18.350,10**
DEL CONDOR	R$ 9.554,22	R$ 17.342,35	**R$ 26.896,57**
GUADALUPE	R$ 31.198,41	R$ 14.710,97	**R$ 45.909,38**
JARDIM BARONEZA	R$ 1.094,01	R$ 8.208,01	**R$ 9.302,02**
JARDIM PANORAMA	R$ 9.484,00	R$ 10.474,75	**R$ 19.958,75**
LORI	R$ 10.992,77	R$ 7.865,81	**R$ 18.858,58**
PADRE CHICO	R$ 9.120,85	R$ 11.875,20	**R$ 20.996,05**
PRIMAVERA	R$ 17.316,85	R$ 14.710,97	**R$ 32.027,82**
SAN RAPHAEL	R$ 4.628,34	R$ 20.899,70	**R$ 25.528,04**
SANTO ANTÔNIO	R$ 2.836,07	R$ 10.580,38	**R$ 13.416,45**
SÃO BENTO	R$ 12.148,41	R$ 8.188,44	**R$ 20.336,85**
SÃO VICENTE	R$ 19.554,58	R$ 14.433,47	**R$ 33.988,05**
TROPICAL	R$ 14.748,93	R$ 13.782,73	**R$ 28.531,66**
ULISSES GUIMARÃES	R$ 3.869,57	R$ 9.162,63	**R$ 13.032,20**
VILA ARAPONGUINHA	R$ 19.085,28	R$ 12.335,22	**R$ 31.420,51**
VILA SAMPAIO	R$ 9.757,92	R$ 12.176,25	**R$ 21.934,16**
VILA SÃO JOÃO	R$ 10.259,91	R$ 7.735,01	**R$ 17.994,92**
VILA TRIÂNGULO	R$ 19.898,96	R$ 17.822,90	**R$ 37.721,86**
TOTAL	**R$ 316.016,77**	**R$ 359.101,94**	**R$ 675.118,70**
PALMARES UBS/PA	R$ 153.925,12		R$ 153.925,12
PETRÓPOLIS UBS/PA	R$ 127.122,43		R$ 127.122,43
TOTAL UBS/PA	**R$ 281.047,55**	**R$ 0,00**	**R$ 281.047,55**
TOTAL GERAL	**R$ 597.064,31**	**R$ 359.101,94**	**R$ 956.166,25**

Fonte: elaborado pela autora.

Observa-se que o Quadro 20 demonstra os custos com Material de Consumo separadamente das UBS que no ano de 2019 eram desmembramentos de PA. Isto porque esses valores, em especial dos Medicamentos, foram atribuídos a ambos os pontos de atenção. Nesse ponto, importa lembrar que os valores condizentes aos Insumos destas unidades não foram fornecidos. Ao comparar a representatividade do componente Medicamentos das UBS/PA com o que foi consumido pelas demais UBS, tem-se a seguinte composição no Quadro 21.

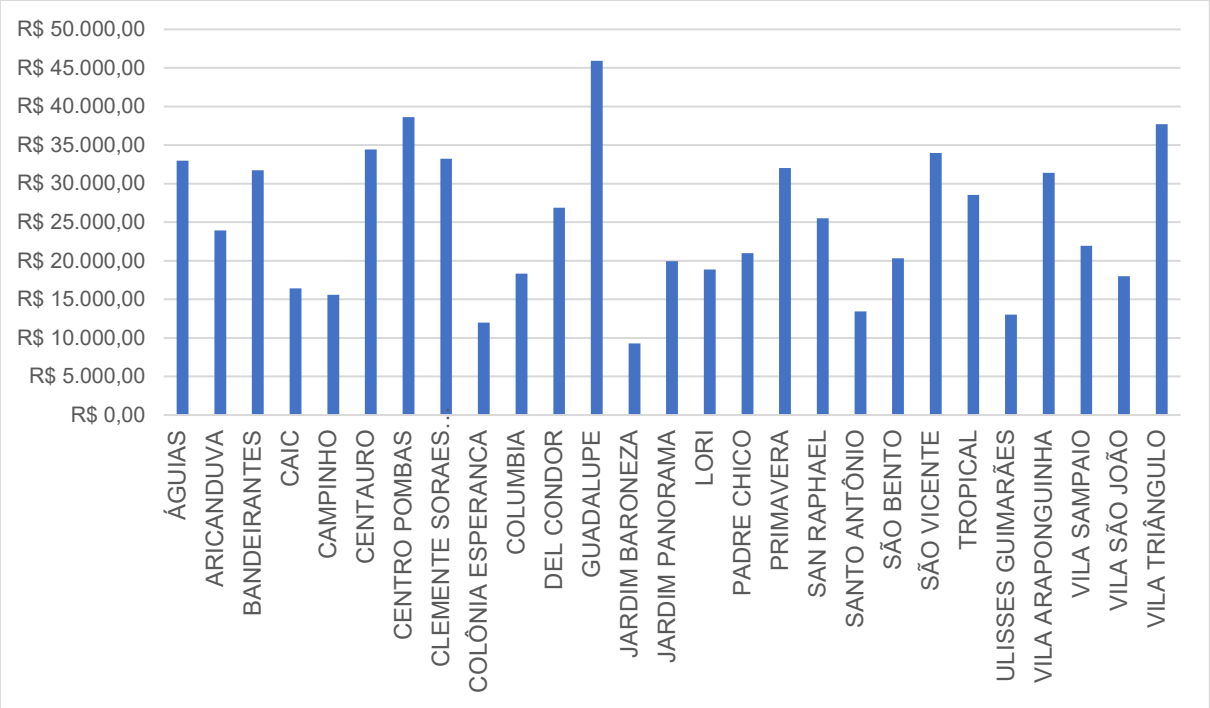
Quadro 21. Percentual custos com medicamentos UBS e UBS/PA

UBS	MEDICAMENTOS	
Total UBS	R$ 316.016,77	52,93%
Total UBS/PA	R$ 281.047,55	47,07%
Total Geral	**R$ 597.064,31**	**100,00%**

Fonte: elaborado pela autora.

Como pode-se notar, a partir do Quadro 21, os valores relacionados aos custos com Medicamentos nas UBS/PA Palmares e UBS/PA Petrópolis representam 47,07% do total consumido por todas as outras UBS, enquanto as demais apresentaram um consumo de 52,93%. Como resultado desse cenário, reforça-se a necessidade de manter estas unidades separadas para certas análises, pois não representam a realidade dos custos diretos especialmente dessas UBS. Ao se considerar somente as UBS, excluindo-se UBS/PA Palmares e UBS/PA Petrópolis, tem-se o Gráfico 13.

Gráfico 13. Representatividade custos com material de consumo por UBS

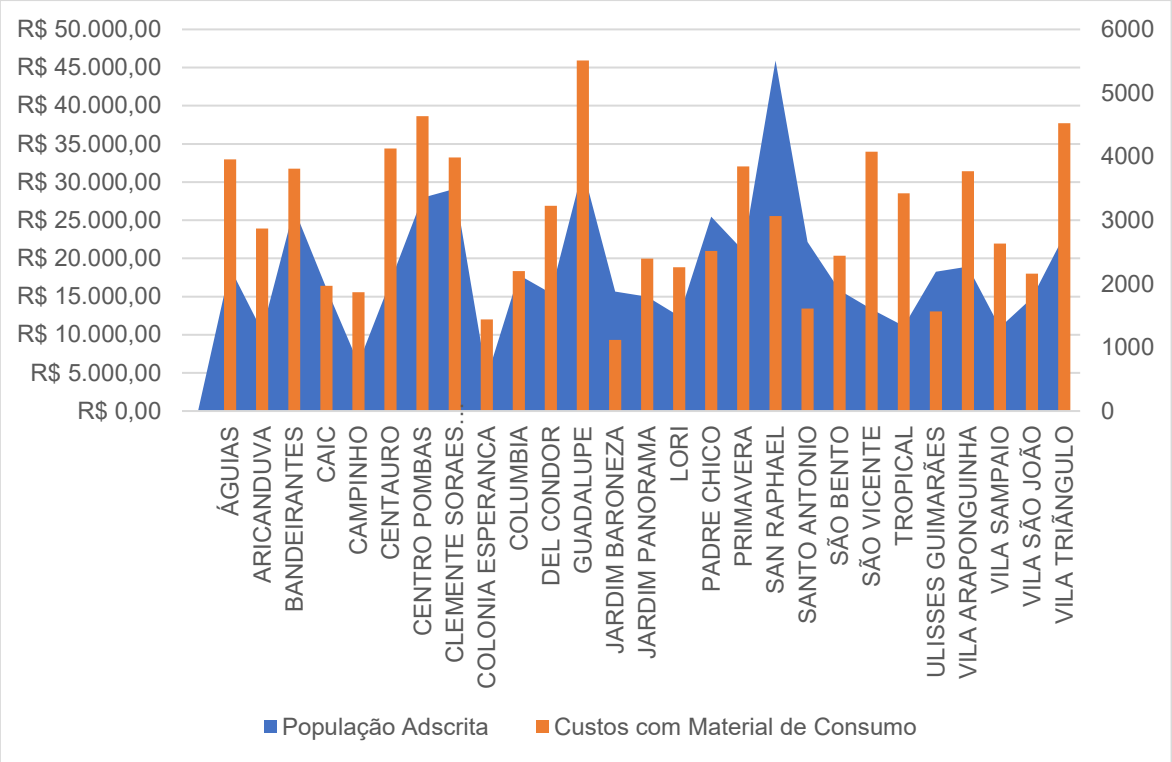


Fonte: elaborado pela autora.

O Gráfico 13 demonstra que as UBS que mais consumiram medicamentos e insumos no ano, todas com valores acima de R$ 34.000,00 (trinta e quatro mil reais), foram as unidades de Guadalupe (R$ 45.909,38), Centro Pombas (R$ 38.610,84), Vila Triângulo (R$ 37.721,86) e Centauro (R$ 34.413,27), correspondendo estes valores, em percentual, 6,8%, 5,7%, 5,6% e 5,1% do total dos custos com material de consumo, respectivamente. Já no conjunto das que apresentaram os menores índices percentuais em consumo, situam-se as UBS do Jardim Baroneza (1,38%), Colônia Esperança (1,78%), Ulisses Guimarães (1,93%) e Santo Antônio (1,99%), todas com valores abaixo de R$ 14.000,00 (catorze mil reais).

Ao comparar as informações do Gráfico 13 com os dados referentes à população adscrita extraídos do Gráfico 2, mais uma vez excluindo-se as unidades de Palmares e Petrópolis, é possível obter a seguinte composição gráfica (Gráfico 14).

Gráfico 14. Custos com material de consumo e população adscrita por UBS



Fonte: elaborado pela autora.

Observa-se a partir dessa combinação de dados que o comportamento dos Custos com Material de Consumo acompanha em determinados pontos os dados referentes à população adscrita das UBS, o que não significa referir-se a um padrão. Isto se deve ao fato de que a UBS com maior população adscrita - a unidade San Raphael - não é a que mais consome medicamentos e insumos, por exemplo. Por outro lado, dentre as unidades que apresentaram os menores custos com material de consumo, tal qual Colônia Esperança, condiz com a menor população vinculada. No tocante à Guadalupe e Centro Pombas, a maior representatividade em custos com material de consumo, ao que parece, pode estar relacionada ao número da população adscrita, mediante as necessidades de saúde da população local, uma vez que segundo informações de servidor responsável pela Diretoria de Compras, a UBS Centro Pombas disponibiliza cerca de 1.500 sondas traqueais por mês aos pacientes.

No que diz respeito ao que já foi verificado em estudos anteriores, as UBS situadas na Zona Rural apresentam os menores custos, quando comparadas com as da área urbana (FERRI, 2018)., É possível observar que esse cenário não é compatível com as UBS do município de Arapongas. Isto porque, ao contrário da

unidade de Colônia Esperança, que consumiu R$ 12.000,19 de Medicamentos e Insumos, correspondendo ao segundo menor valor, as demais, Campinho e Aricanduva, apresentaram custos de, respectivamente, R$ 15.582,69 e R$ 23.933,30, valores mais elevados aos de algumas UBS situadas na zona urbana.

4.5.3 Custos com Pessoal

Posterior à fase de apresentação e análise dos custos diretos classificados como Custos Administrativos e Custos com Material de Consumo, segue-se à evidenciação dos Custos com Pessoal. Optou-se por apresentar tais custos, inicialmente, agrupados em equipes para, em um segundo momento, somando-se os respectivos valores, compor os custos totais com pessoal. Convém lembrar, conforme já mencionado anteriormente, que os valores a seguir referem-se à remuneração total paga em 2019, somados aos encargos de acordo com o regime previdenciário pertencente à cada servidor em exercício das UBS, além de incluir os valores pagos no ano pelos serviços prestados por alguns profissionais sob regime de contrato de credenciamento.

Ressalte-se aqui, no que se refere aos custos com pessoal das UBS/PA Palmares e Petrópolis, a viabilidade de apresentá-los em conjunto com os das demais UBS, sem comprometer as análises, uma vez que foi possível apropriar essa categoria de custos restringindo-se às atividades desenvolvidas nas UBS, sendo apenas algumas situações pontuais que podem sugerir influência, oportunamente sinalizadas mais adiante.

Dessa forma, parte-se com a demonstração dos custos relacionados com as funções integrantes da eSF.

Quadro 22. Custos com Pessoal – eSF

UBS	Médico Clínico Geral		Enfermeiro		Aux./Téc. Enf.		ACS	
	Qtde	Pgto Anual	Qtde	Pgto Anual	Qtde	Pgto Anual	Qtde	Pgto Anual
ÁGUIAS	1	R$ 164.304,00	1	R$ 66.982,13	1	R$ 27.645,81	4	R$ 99.396,26
ARICANDUVA	1	R$ 164.304,00	1	R$ 69.170,41	2	R$ 69.761,06	4	R$ 115.702,66
BANDEIRANTES	2	R$ 328.608,00	2	R$ 134.705,98	2	R$ 57.250,05	8	R$ 232.320,37
CAIC	1	R$ 164.304,00	1	R$ 66.973,59	1	R$ 29.597,64	6	R$ 175.963,77
CAMPINHO	1	R$ 164.304,00	1	R$ 74.017,85	1	R$ 27.559,06	3	R$ 87.073,04
CENTAURO	1	R$ 164.304,00	1	R$ 66.890,40	2	R$ 48.270,30	4	R$ 111.542,00
CENTRO POMBAS	1	R$ 164.304,00	1	R$ 66.964,00	1	R$ 28.700,00	6	R$ 176.040,16
CLEMENTE SORAES ARAUCÁRIA	1	R$ 164.304,00	1	R$ 69.170,41	2	R$ 59.850,91	6	R$ 181.690,06
COLONIA ESPERANÇA	1	R$ 164.304,00	1	R$ 82.590,23	1	R$ 26.926,73	5	R$ 142.708,31
COLUMBIA	1	R$ 164.304,00	1	R$ 65.348,63	1	R$ 24.597,64	8	R$ 232.684,81
DEL CONDOR	1	R$ 164.304,00	1	R$ 82.590,23	1	R$ 27.110,54	9	R$ 250.061,39
GUADALUPE	1	R$ 164.304,00	1	R$ 67.413,05	2	R$ 45.094,73	8	R$ 240.653,18
JARDIM BARONEZA	1	R$ 164.304,00	1	R$ 75.487,92	1	R$ 28.752,15	5	R$ 146.111,04
JARDIM PANORAMA	1	R$ 164.304,00	1	R$ 67.001,84	1	R$ 25.211,67	5	R$ 147.501,32
LORI	1	R$ 164.304,00	1	R$ 73.496,81	1	R$ 26.960,18	4	R$ 118.002,57
PADRE CHICO	1	R$ 164.304,00	1	R$ 67.025,00	1	R$ 29.884,78	6	R$ 173.071,22
PALMARES	2	R$ 328.608,00	1	R$ 51.614,14	1	R$ 28.441,93	9	R$ 266.715,48
PETRÓPOLIS	2	R$ 328.608,00	1	R$ 102.775,91	1	R$ 36.054,44	4	R$ 116.717,69
PRIMAVERA	1	R$ 164.304,00	1	R$ 77.637,76	1	R$ 28.752,00	5	R$ 145.031,84
SAN RAPHAEL	1	R$ 164.304,00	1	R$ 71.901,10	1	R$ 26.985,89	9	R$ 258.282,91
SANTO ANTÔNIO	1	R$ 164.304,00	1	R$ 79.614,76	1	R$ 27.910,00	4	R$ 118.005,30
SÃO BENTO	1	R$ 164.304,00	1	R$ 67.290,36	1	R$ 26.946,26	5	R$ 144.758,42
SÃO VICENTE	1	R$ 164.304,00	1	R$ 71.920,32	1	R$ 26.925,46	7	R$ 194.532,00
TROPICAL	1	R$ 164.304,00	1	R$ 67.413,05	1	R$ 23.729,40	3	R$ 85.830,87
ULISSES GUIMARÃES	1	R$ 164.304,00	1	R$ 66.959,05	1	R$ 27.117,89	3	R$ 85.138,27
VILA ARAPONGUINHA	1	R$ 164.304,00	1	R$ 66.886,44	1	R$ 19.437,61	6	R$ 174.193,35
VILA SAMPAIO	1	R$ 164.304,00	1	R$ 67.191,85	1	R$ 31.419,25	5	R$ 128.280,04
VILA SÃO JOÃO	1	R$ 154.967,96	1	R$ 67.833,43	1	R$ 29.643,97	5	R$ 124.490,93
VILA TRIÂNGULO	1	R$ 164.304,00	1	R$ 66.977,60	1	R$ 28.151,54	6	R$ 173.465,37
TOTAL	**32**	**R$ 5.248.391,96**	**30**	**R$ 2.121.844,25**	**34**	**R$ 944.688,89**	**162**	**R$ 4.645.964,62**
Legenda:								
Aux./Téc. Enf. - Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem					ACS - Agente Comunitário de Saúde			

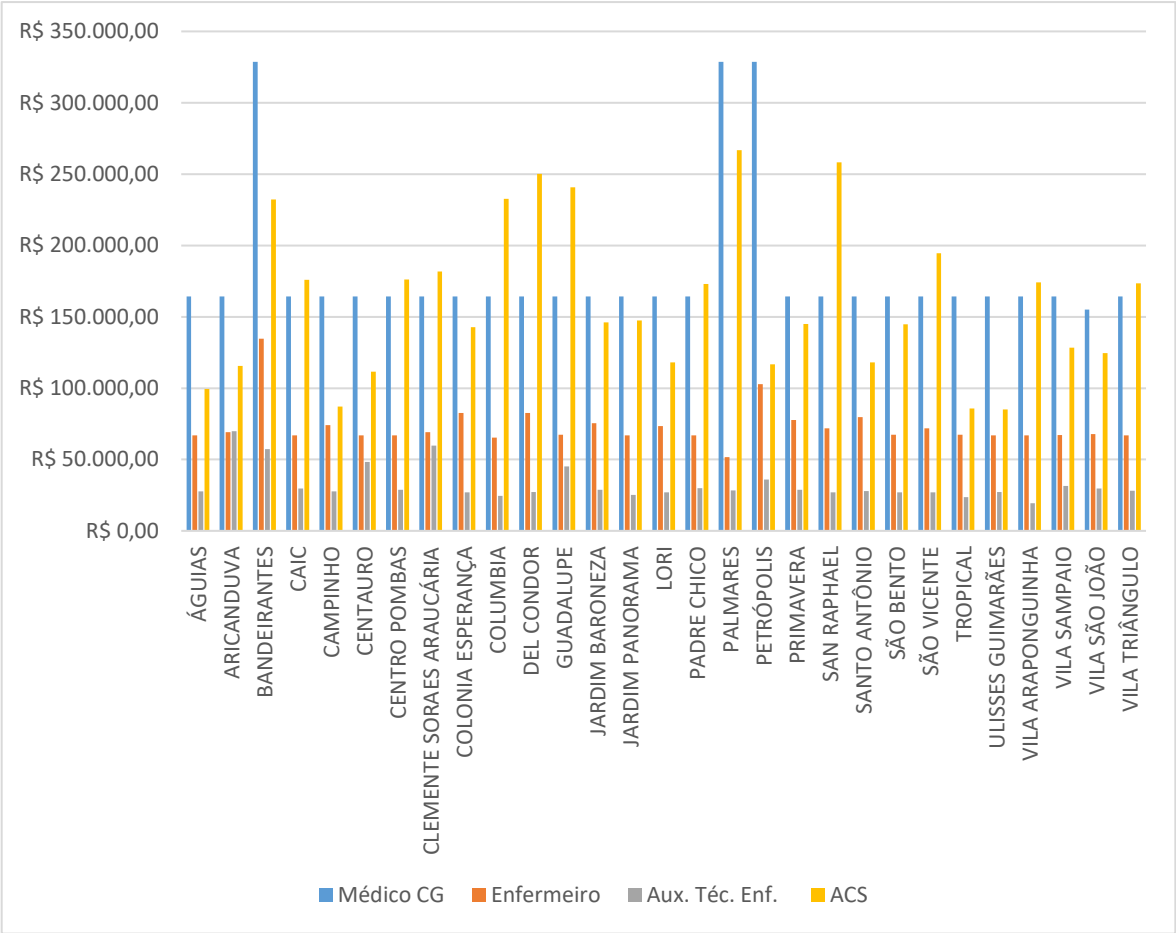
Fonte: elaborado pela autora.

O Quadro 22 auxilia a observar que as UBS com os menores custos com pessoal da eSF, todas com valores abaixo de R$ 360.000,00 (trezentos e sessenta mil reais), são as unidades de Tropical (R$ 341.277,32), Ulisses Guimarães (R$ 343.519,21), Campinho (R$ 352.953,95) e Águias (R$ 358.328,20), que representam em percentual 2,63%, 2,65%, 2,72% e 2,76% do total dos custos com o pessoal da eSF, respectivamente. Da mesma maneira, essas UBS são as que apresentam a menor quantidade em profissionais nas funções de Médico CG, Enfermeiro, Aux./Téc. Enfermagem e ACS, isto é, das funções que compõem a eSF. Todas as UBS mencionadas contam com a presença de seis profissionais ao todo, exceto Águias, que conta com sete no total. Considerando a localização geográfica das unidades, somente a UBS Campinho situa-se em zona rural, enquanto as demais, em zona urbana, o que pode indicar que estes custos não têm relação direta com a localização deste conjunto de UBS.

Em contraponto, com os maiores custos com pessoal eSF, registrando valores acima de R$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) cada, destacam-se as UBS Bandeirantes (R$ 752.884,40), Palmares (R$ 675.379,55), Petrópolis (R$ 584.156,04), Del Condor (R$ 524.066,16), San Raphael (R$ 521.473,90) e Guadalupe (R$ 517.464,96). Pode-se notar que Bandeirantes coincide com o maior número de profissionais lotados. Isto se deve ao fato de ser a única com a presença de dois eSF em exercício na mesma UBS. Palmares e Petrópolis, por sua vez, são duas das poucas, além da Bandeirantes, a contar com a atuação de dois Médicos CG, o que acaba por onerar os custos. No tocante ao custo da função de Enfermeiro na unidade de Petrópolis, os valores estão um pouco acima quando comparado com o de outras UBS, essa situação é decorrente de adicionais de horas extras auferidas pelo exercício da função, o que talvez pode ser influência dos horários estendidos de funcionamento do PA anexo, exigindo desta maior cobertura de serviço. Quanto a UBS Del Condor, San Raphael e Guadalupe percebe-se que contam com o mesmo montante de profissionais, ao todo 12 nas eSF, ao passo que no caso de San Raphael e Guadalupe, conforme já visto anteriormente, são as que mais produziram no ano de 2019.

A representatividade dos custos com pessoal das eSF por função e por UBS também pode acessada por meio da ilustração do Gráfico 15.

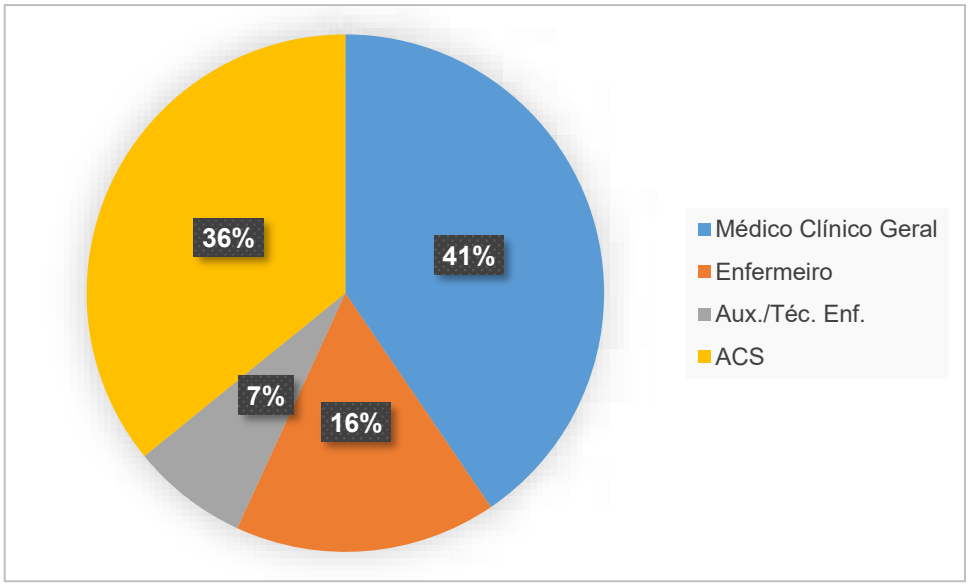
Gráfico 15. Representatividade Custos eSF por função e UBS



Fonte: elaborado pela autora.

Ademais, é possível observar, a partir do Quadro 22, que os profissionais condizentes às equipes da ESF custaram, no ano de 2019, R$ 12.960.889,73 (doze milhões, novecentos e sessenta mil, oitocentos e oitenta e nove reais e setenta e três centavos). Assim, é possível verificar a representatividade dos custos totais por função, sem distinção das UBS através do Gráfico 16.

Gráfico 16. Representatividade custo total eSF por função



Fonte: elaborado pela autora.

Como pode-se observar, os dados que o Gráfico 16 ilustra, o custo da função de médico CG é a mais cara, consumindo o montante de R$ 5.248.391,96 (cinco milhões, duzentos e quarenta e oito mil, trezentos e noventa e um reais e noventa e seis centavos) no ano de 2019, com base em 32 profissionais em exercício; seguido da função de ACS, com custo de R$ 4.645.964,62 para o desempenho da atividade de 162 profissionais. Por outro lado, as funções que apresentam os menores custos são a função de Enfermeiro (R$ 2.121.844,25) e Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem (R$ 944.688,89), ambas incluem 30 e 34 profissionais atuantes por função, respectivamente.

Ao confrontar este mesmo contexto de análise com o que já foi observado em estudos anteriores e que integram o conjunto de hipóteses norteadoras, afirmam-se que as funções de Auxiliares/Técnicos de Enfermagem são as que tem os maiores custos, demonstrando 43,16% de representatividade, seguidos por Enfermeiros (22,99%), Médicos CG (21,40%) e ACS (12,45%) (FERRI, 2018). Essa assertiva não é compatível com o cenário presente nas UBS de Arapongas. Nota-se que neste município os custos com as funções de Médico CG são as mais onerosas, representando 41%, seguidas dos ACS (36%), Enfermeiro (16%) e Aux. Téc. Enfermagem (7%), bem diferente do panorama verificado em localidade diversa desta, o que significa que essa hipótese norteadora pode ser refutada.

No que se refere aos custos das Equipes de Saúde Bucal, ou como são denominadas pelo PNAB 2017, eSB, destaca-se que ao todo são 18 equipes em atuação no ano de 2019 no município. No entanto, além dessas equipes, estão presentes em algumas UBS, profissionais nas funções de Cirurgião-Dentista e Técnico/Auxiliar de saúde bucal, mesmo que não atrelados enquanto eSB no MS. Desta forma, os custos com todos os serviços prestados neste âmbito de cuidado foram incluídos e demonstrados sem distinção, denominando-a, para tanto, Equipe de Saúde Bucal ao invés de eSB, conforme demonstrado no Quadro 23.

Quadro 23. Custos com pessoal – Equipe de Saúde Bucal

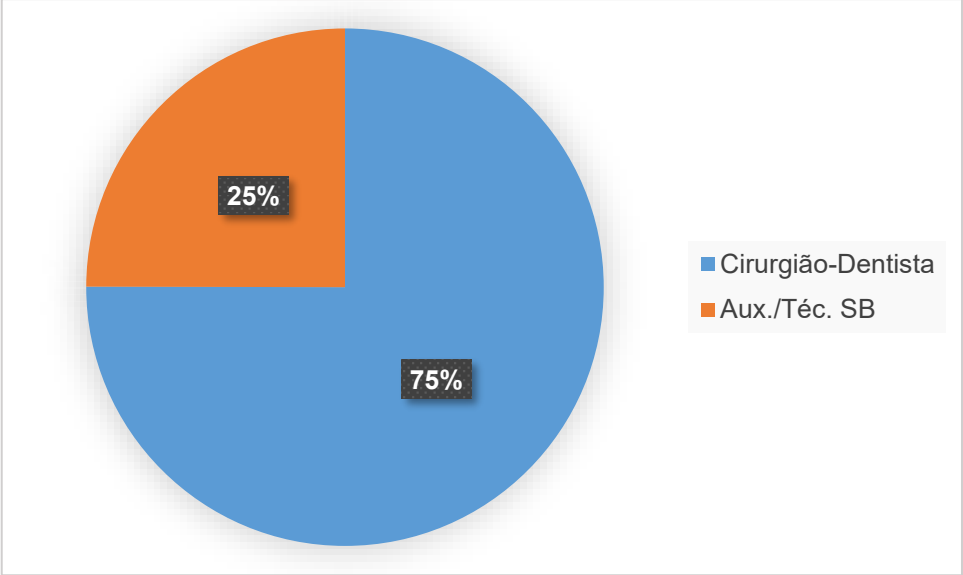
UBS	Cirurgião-Dentista		Aux./Téc. SB		Total
	Qtde	Pgto Anual	Qtde	Pgto Anual	
ÁGUIAS	1	R$ 115.728,71	1	R$ 26.553,55	**R$ 142.282,27**
ARICANDUVA	1	R$ 110.398,59	1	R$ 31.282,04	**R$ 141.680,63**
BANDEIRANTES	1	R$ 117.528,00	1	R$ 29.510,93	**R$ 147.038,93**
CAIC	2	R$ 231.781,04	2	R$ 63.533,07	**R$ 295.314,11**
CAMPINHO					
CENTAURO	1	R$ 103.447,22	1	R$ 29.474,29	**R$ 132.921,51**
CENTRO POMBAS	1	R$ 128.621,48	1	R$ 28.421,00	**R$ 157.042,48**
CLEMENTE SORAES ARAUCÁRIA	1	R$ 70.560,00	1	R$ 29.520,94	**R$ 100.080,94**
COLONIA ESPERANÇA					
COLUMBIA	1	R$ 117.310,10	1	R$ 36.979,30	**R$ 154.289,40**
DEL CONDOR	1	R$ 116.409,61	1	R$ 31.282,04	**R$ 147.691,65**
GUADALUPE	2	R$ 197.823,32	1	R$ 29.520,94	**R$ 227.344,26**
JARDIM BARONEZA					
JARDIM PANORAMA					
LORI					
PADRE CHICO					
PALMARES	1	R$ 70.560,00	1	R$ 29.530,09	**R$ 100.090,09**
PETRÓPOLIS	1	R$ 110.017,54	2	R$ 60.453,75	**R$ 170.471,29**
PRIMAVERA			1	R$ 32.399,82	**R$ 32.399,82**
SAN RAPHAEL	1	R$ 70.560,00	1	R$ 31.280,00	**R$ 101.840,00**
SANTO ANTÔNIO					
SÃO BENTO	1	R$ 70.560,00	1	R$ 36.045,36	**R$ 106.605,36**
SÃO VICENTE					
TROPICAL	1	R$ 112.940,16	1	R$ 31.797,44	**R$ 144.737,60**
ULISSES GUIMARÃES	1	R$ 70.560,00	1	R$ 27.430,82	**R$ 97.990,82**
VILA ARAPONGUINHA	1	R$ 70.560,00	1	R$ 30.529,17	**R$ 101.089,17**
VILA SAMPAIO	1	R$ 70.560,00	1	R$ 27.430,82	**R$ 97.990,82**
VILA SÃO JOÃO	1	R$ 70.560,00	1	R$ 31.281,00	**R$ 101.841,00**
VILA TRIÂNGULO					
TOTAL	**21**	**R$ 2.026.485,78**	**22**	**R$ 674.256,37**	**R$ 2.700.742,14**
Legenda:					
Aux./Téc. SB - Auxiliar e/ou Técnico em Saúde Bucal					

Fonte: elaborado pela autora.

Conforme pode-se observar no Quadro 23, as Equipes de Saúde Bucal custaram ao município, no ano de 2019, R$ 2.700.742,14 (dois milhões,

setecentos mil, setecentos e quarenta e dois reais e catorze centavos), com destaque para a função de Cirurgião-Dentista, com representatividade em percentual de 75% e Auxiliar e/ou Técnico em Saúde Bucal, 25%, conforme ilustra o Gráfico 17.

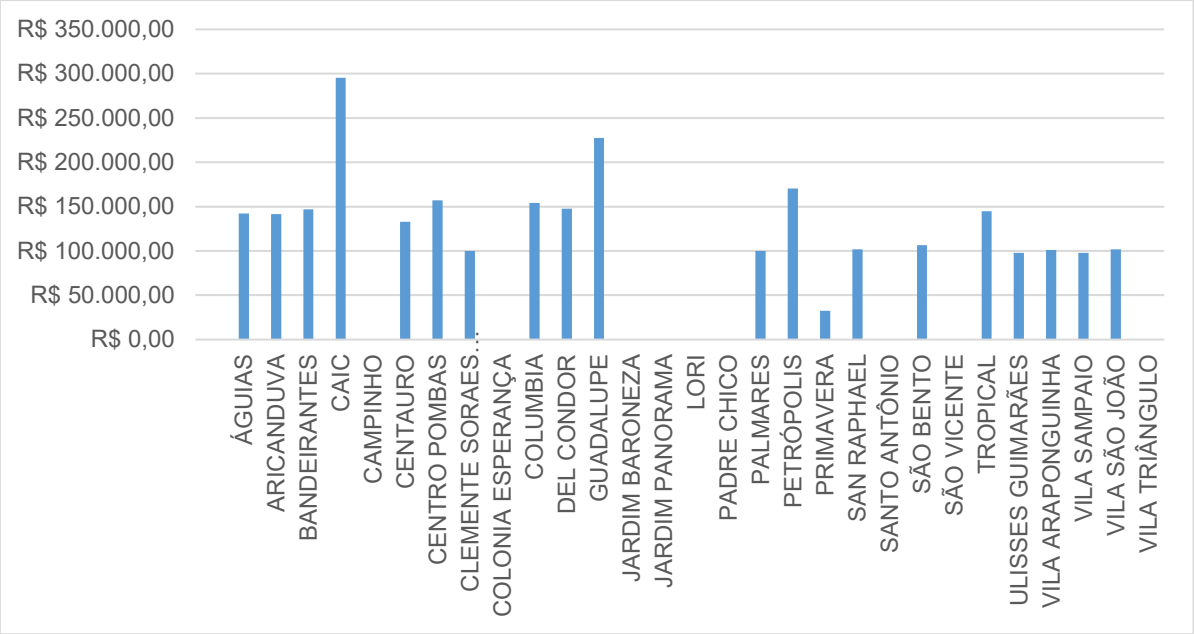
Gráfico 17. Representatividade custos com pessoal – Equipe Saúde Bucal por função



Fonte: elaborado pela autora.

Ao considerar os custos com as Equipes de Saúde Bucal das UBS, conforme evidencia o Quadro 23, todos com valores acima de R$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais) no ano, as UBS que mais consumiram foram Caic (R$ 295.314,11), Guadalupe (R$ 227.344,26), Petrópolis (R$ 170.471,29), Centro Pombas (R$ 157.042,48) e Columbia (R$ 154.289,40). Com relação a Caic é válido lembrar tratar-se de uma das referências nos cuidados de saúde bucal, e ao mesmo tempo é a que conta com mais profissionais alocados nessas funções, ao todo quatro, enquanto Guadalupe e Petrópolis possuem três em cada unidade, seguido de Centro Pombas e Columbia, ambas com dois. A representatividade dos custos por UBS pode ser demonstrada no Gráfico 18.

Gráfico 18. Custo Total – Equipe Saúde Bucal por UBS



Fonte: elaborado pela autora

Observa-se que as UBS Campinho, Colônia Esperança, Jardim Baroneza, Jardim Panorama, Lori, Padre Chico, Santo Antônio, São Vicente, Vila Triângulo não apresentam valores indicados (Gráfico 18). No entanto, dentre elas, ressalte-se que na unidade do Jardim Baroneza foi identificado alguns poucos meses de produção da função de Cirurgião-Dentista, cujo custo não foi possível apropriar na respectiva UBS devido ao profissional estar lotado em unidade distinta a qual mantém concentrado o exercício da função. Semelhante situação ocorre nas UBS São Vicente e Primavera, sendo que nesta, em particular, foi possível apropriar somente o custo do Auxiliar em Saúde Bucal, mas sabe-se que contou com a presença de Cirurgião-Dentista em determinadas ocasiões. Apesar disso, reconhece-se que tais serviços foram disponibilizados. Assim, à exceção desses casos pontuais, as que apresentam os menores custos com Equipe em Saúde Bucal, com valores abaixo de R$ 101.000,00 (cento e um mil reais) citam-se as unidades de Ulisses Guimarães (R$ 97.990,82), Vila Sampaio (R$ 97.990,82), Clemente Soares Araucária (R$ 100.080,94) e Palmares (R$ 100.090,09).

Outro grupo que aborda o PNAB 2017 trata-se da Equipe NASF. Composta por uma rede de profissionais em diversas especialidades em apoio às eSF, contribui com o cuidado integral aos usuários do SUS sobretudo por meio da expansão da clínica e confere maior capacidade de análise e intervenção nos problemas e necessidades de saúde da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Sabendo disso, o Quadro 24 a seguir demonstra os custos condizentes a este grupo em especial e inclui outros profissionais que, de certa maneira, representam semelhante finalidade, sendo por este motivo, conjuntamente denominados Equipe Multiprofissional, ao invés de Equipe NASF para os fins da presente análise.

Quadro 24. Custos com pessoal – Equipe multiprofissional por UBS

UBS	Méd. Ped.		Odonto.		Farm.		Fono.		Fisio.		Nutri.		Psico.		Total
	Qtde	Pgto Anual	Qtde	Pgto Anual	Qtde	Pgto Anual	Qtde	Pgto Anual	Qtde	Pgto Anual	Qtde	Pgto Anual	Qtde	Pgto Anual	
Águias					1	R$ 49.311,05			3	R$ 116.589,33	1	R$ 53.982,29	1	R$ 47.587,47	**R$ 267.470,14**
Aricanduva															**R$ 0,00**
Bandeirantes	1	R$ 175.147,72													**R$ 175.147,72**
Caic			3	R$ 374.526,69											**R$ 374.526,69**
Campinho															**R$ 0,00**
Centauro															**R$ 0,00**
Centro Pombas															**R$ 0,00**
Clemente Soraes Araucária															**R$ 0,00**
Colônia Esperança															**R$ 0,00**
Columbia															**R$ 0,00**
Del Condor															**R$ 0,00**
Guadalupe															**R$ 0,00**
Jardim Baroneza															**R$ 0,00**
Jardim Panorama							1	R$ 66.990,90							**R$ 66.990,90**
Lori															**R$ 0,00**
Padre Chico															**R$ 0,00**
Palmares					1	R$ 53.488,46			2	R$ 66.549,21			1	R$ 65.198,61	**R$ 185.236,28**
Petrópolis					1	R$ 67.008,00	1	R$ 60.291,81	3	R$ 86.229,90			1	R$ 109.377,60	**R$ 322.907,31**
Primavera	1	R$ 170.703,84													**R$ 170.703,84**
San Raphael															**R$ 0,00**
Santo Antônio															**R$ 0,00**
São Bento															**R$ 0,00**
São Vicente															**R$ 0,00**
Tropical															**R$ 0,00**
Ulisses Guimarães															**R$ 0,00**
Vila Araponguinha															**R$ 0,00**
Vila Sampaio															**R$ 0,00**
Vila São João															**R$ 0,00**
Vila Triângulo															**R$ 0,00**
TOTAL	**2**	**R$ 345.851,56**	**3**	**R$ 374.526,69**	**3**	**R$ 169.807,51**	**2**	**R$ 127.282,71**	**8**	**R$ 269.368,44**	**1**	**R$ 53.982,29**	**3**	**R$ 222.163,68**	**R$ 1.562.982,88**

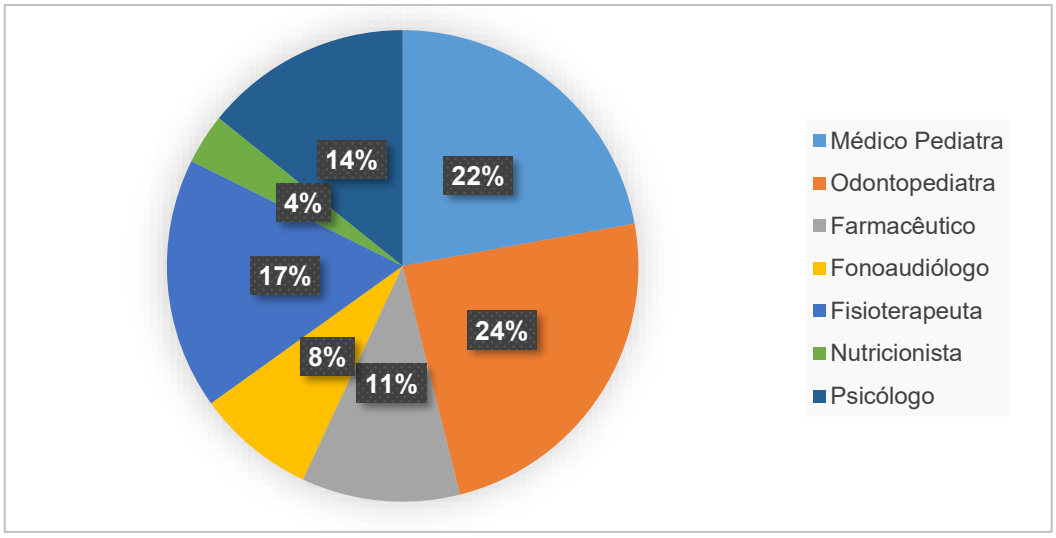
Legenda:

Méd. Ped. – Médico Pediatra Odont. – Odontopediatra Farm. – Farmacêutico Fono. - Fonoaudiólogo Fisio. - Fisioterapeuta Nutri. – Nutricionista Psic. - Psicólogo

Fonte: elaborado pela autora.

O Quadro 24 apresenta o custo total demandado pela Equipe Multiprofissional em exercício nas UBS no ano de 2019, cujo total corresponde ao valor de R$ 1.562.982,88 (um milhão, quinhentos e sessenta e dois mil, novecentos e oitenta e dois reais e oitenta e oito centavos). Essa equipe é composta pelas especialidades de pediatria, odontopediatria, farmácia, psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia e nutrição, sendo possível representar os custos individualmente por função conforme ilustra o Gráfico 19.

Gráfico 19. Representatividade custos com pessoal – equipe multiprofissional por função



Fonte: elaborado pela autora.

Conforme pode-se observar por meio do Gráfico 19, as funções com a maior representatividade em custos, no que tange às equipes multiprofissionais em exercício nas UBS, no ano de 2019, são as funções de Odontopediatra (24%), Médico Pediatra (22%), seguida pelo Fisioterapeuta (17%) e Psicólogo (14%) e as que menos consumiram, Nutricionista (4%), Fonoaudiólogo (8%) e, Farmacêutico (14%).

Observa-se por meio do Quadro 24 que, dentre as UBS que registram custos acima de R$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil reais) com Equipe Multiprofissional, destacam-se as unidades de Caic (R$ 374.526,69), Petrópolis (R$ 322.907,31) e Águias (R$ 267.470,14), sendo estas duas últimas as que possuem o maior número de profissionais nestes termos, ambas com seis cada. Por outro lado, ao desconsiderar as UBS cujos custos não estão apontados, dentre as unidades com os menores índices, todas com consumo abaixo de R$ 200.000,00 (duzentos mil reais)

cada, citam-se Jardim Panorama (R$ 66.990,90), Primavera (R$ 170.703,84), seguido de Bandeirantes (R$ 175.147,72) e Palmares (R$ 185.236,28). Com exceção de Palmares, que possui quatro profissionais representando a Equipe Multiprofissional, as demais contam com apenas um profissional em cada.

Além dos custos dessas funções, mesmo que não exigíveis o registro de produção como as demais, acrescentam-se os custos daquelas necessárias ao apoio das atividades desenvolvidas pelas equipes das UBS, como a de Motorista, Gerente de UBS e Auxiliar de Serviços Gerais classificados como Equipe de Apoio neste projeto, conforme demonstra o Quadro 25.

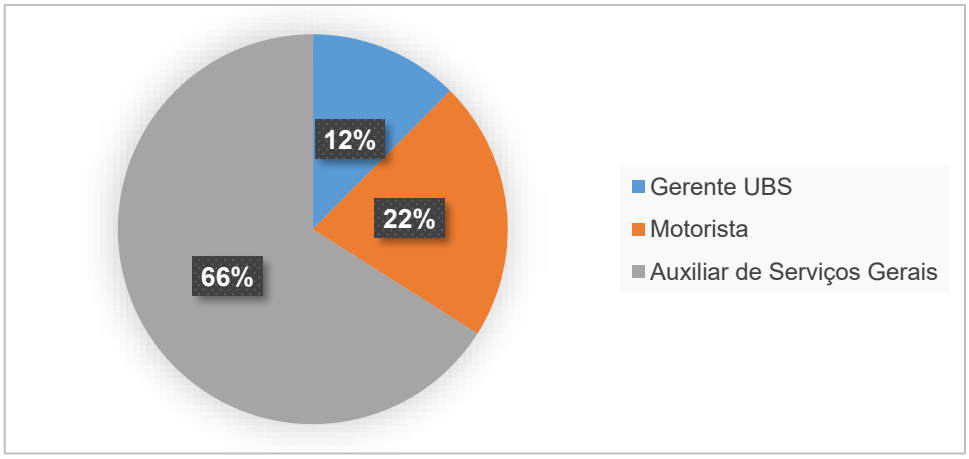
Quadro 25. Custos com pessoal – equipe de apoio UBS

UBS	Gerente UBS		Motorista		Auxiliar de Serviços Gerais		Total
	Qtde	Pgto Anual	Qtde	Pgto Anual	Qtde	Pgto Anual	
ÁGUIAS					1	R$ 25.573,33	**R$ 25.573,33**
ARICANDUVA			1	R$ 94.675,88	1	R$ 26.228,77	**R$ 120.904,65**
BANDEIRANTES	1	R$ 72.132,00			1	R$ 26.930,88	**R$ 99.062,88**
CAIC					2	R$ 52.124,55	**R$ 52.124,55**
CAMPINHO			1	R$ 65.581,56			**R$ 65.581,56**
CENTAURO							
CENTRO POMBAS					1	R$ 25.895,78	**R$ 25.895,78**
CLEMENTE SORAES ARAUCÁRIA					3	R$ 77.265,09	**R$ 77.265,09**
COLÔNIA ESPERANÇA			1	R$ 52.386,43	1	R$ 26.229,82	**R$ 78.616,25**
COLUMBIA					1	R$ 27.246,01	**R$ 27.246,01**
DEL CONDOR					1	R$ 25.804,20	**R$ 25.804,20**
GUADALUPE					1	R$ 25.824,28	**R$ 25.824,28**
JARDIM BARONEZA					1	R$ 25.580,98	**R$ 25.580,98**
JARDIM PANORAMA					1	R$ 25.799,10	**R$ 25.799,10**
LORI					1	R$ 25.314,51	**R$ 25.314,51**
PADRE CHICO					1	R$ 26.147,70	**R$ 26.147,70**
PALMARES							
PETRÓPOLIS							
PRIMAVERA							
SAN RAPHAEL					1	R$ 27.911,91	**R$ 27.911,91**
SANTO ANTÔNIO					1	R$ 28.094,67	**R$ 28.094,67**
SÃO BENTO					2	R$ 46.863,98	**R$ 46.863,98**
SÃO VICENTE					1	R$ 27.550,00	**R$ 27.550,00**
TROPICAL	1	R$ 50.745,00			1	R$ 25.454,52	**R$ 76.199,52**
ULISSES GUIMARÃES							
VILA ARAPONGUINHA					1	R$ 26.702,51	**R$ 26.702,51**
VILA SAMPAIO					1	R$ 26.930,88	**R$ 26.930,88**
VILA SÃO JOÃO							
VILA TRIÂNGULO							
TOTAL	**2**	**R$ 122.877,00**	**3**	**R$ 212.643,86**	**25**	**R$ 651.473,47**	**R$ 986.994,34**

Fonte: elaborado pela autora.

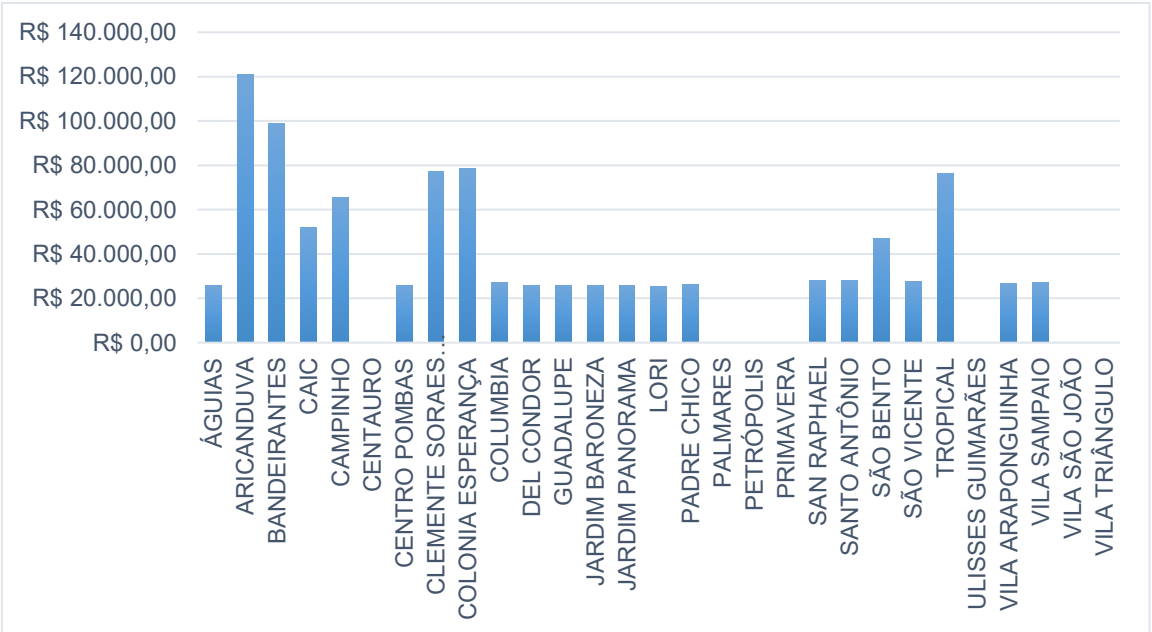
Observa-se que os custos com Equipe de Apoio das UBS, no ano de 2019, totalizam R$ 986.994,34 (novecentos e oitenta e seis mil, novecentos e noventa e quatro reais e trinta e quatro centavos), dos quais R$ 651.473,47 (seiscentos e cinquenta e um mil, quatrocentos e setenta e três reais e quarenta e sete centavos) correspondem aos custos da função de Auxiliar de Serviços Gerais, seguido pelo Motorista (R$ 212.643,86) e Gerente de UBS (R$ 122.877,00), o que condizem aos seguintes percentuais, 66%, 22% e 12%, respectivamente, como bem ilustra o Gráfico 20.

Gráfico 20. Representatividade custos com pessoal – equipe de apoio por função



Fonte: elaborado pela autora.

Gráfico 21. Representatividade custos com pessoal – equipe de apoio por UBS



Fonte: elaborado pela autora.

A partir dos dados que o Gráfico 21 indica, é possível observar que as unidades com os maiores custos com Equipe de Apoio em 2019, cujos valores ultrapassam R$ 70.000,00 (setenta mil reais) cada, são as UBS Aricanduva (R$ 120.904,65), Bandeirantes (R$ 99.062,88), Colônia Esperança (R$ 78.616,25), Clemente Soares Araucária (R$ 77.265,09) e Tropical (R$ 76.199,52). Ressalte-se que dentro deste grupo, situam-se integralmente as UBS localizadas em área rural, as quais são as únicas a contar com a função de Motorista para o auxílio das atividades das equipes. Enquanto, excluindo-se as que não indicam valores, as UBS com a menor representatividade em custos com Equipe de Apoio, todas com valores abaixo de R$ 26.000,00 (vinte e seis mil reais), destacam-se Lori (R$ 25.314,51), Águias (R$ 25.573,33), Jardim Baroneza (R$ 25.580,98), Jardim Panorama (R$ 25.799,10), seguido por Del Condor (R$ 25.804,20), Guadalupe (R$ 25.824,28) e Centro Pombas (R$ 25.895,78), as quais contam individualmente com um Auxiliar de Serviços gerais no âmbito da Equipe de Apoio.

Como parte deste contexto e considerando o detalhamento dos custos com pessoal das eSF, Equipe de Saúde Bucal, Equipe Multiprofissional e Equipe de Apoio é possível articular esses custos comparando-os entre si conforme demonstrado no Quadro 26.

Quadro 26. Custos com pessoal por equipe UBS

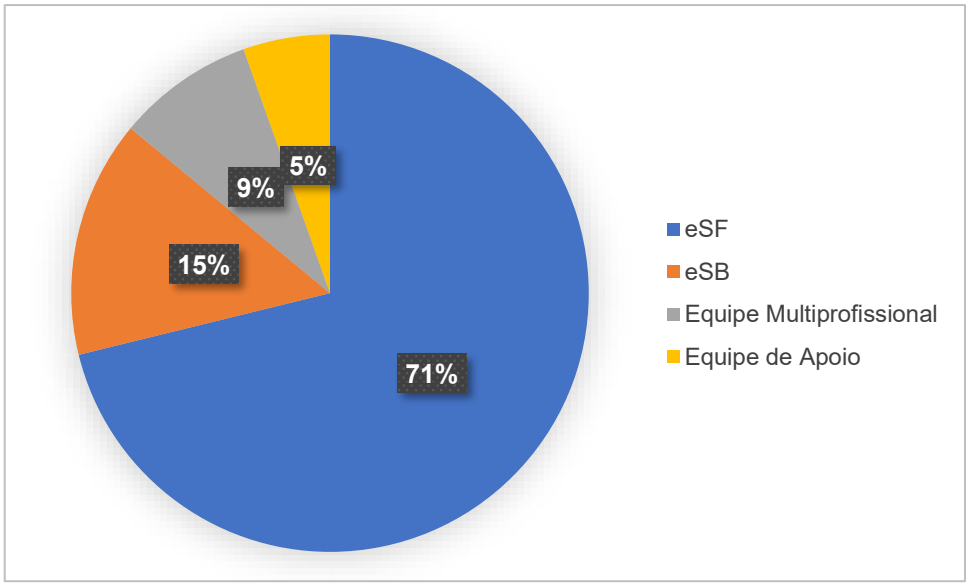
UBS	eSF	eSB	Equipe Multiprofissional	Equipe de Apoio	Total
	Pgto Anual	Pgto Anual	Pgto Anual	Pgto Anual	
ÁGUIAS	R$ 358.328,20	R$ 142.282,27	R$ 267.470,14	R$ 25.573,33	**R$ 793.653,93**
ARICANDUVA	R$ 418.938,13	R$ 141.680,63		R$ 120.904,65	**R$ 681.523,41**
BANDEIRANTES	R$ 752.884,40	R$ 147.038,93	R$ 175.147,72	R$ 99.062,88	**R$ 1.174.133,93**
CAIC	R$ 436.839,00	R$ 295.314,11	R$ 374.526,69	R$ 52.124,55	**R$ 1.158.804,35**
CAMPINHO	R$ 352.953,95			R$ 65.581,56	**R$ 418.535,51**
CENTAURO	R$ 391.006,70	R$ 132.921,51			**R$ 523.928,22**
CENTRO POMBAS	R$ 436.008,16	R$ 157.042,48		R$ 25.895,78	**R$ 618.946,43**
CLEMENTE SORAES ARAUCÁRIA	R$ 475.015,38	R$ 100.080,94		R$ 77.265,09	**R$ 652.361,41**
COLONIA ESPERANÇA	R$ 416.529,26			R$ 78.616,25	**R$ 495.145,51**
COLUMBIA	R$ 486.935,08	R$ 154.289,40		R$ 27.246,01	**R$ 668.470,48**
DEL CONDOR	R$ 524.066,16	R$ 147.691,65		R$ 25.804,20	**R$ 697.562,00**
GUADALUPE	R$ 517.464,96	R$ 227.344,26		R$ 25.824,28	**R$ 770.633,50**
JARDIM BARONEZA	R$ 414.655,12			R$ 25.580,98	**R$ 440.236,09**
JARDIM PANORAMA	R$ 404.018,82		R$ 66.990,90	R$ 25.799,10	**R$ 496.808,82**
LORI	R$ 382.763,56			R$ 25.314,51	**R$ 408.078,08**
PADRE CHICO	R$ 434.285,00			R$ 26.147,70	**R$ 460.432,70**

UBS	eSF	eSB	Equipe Multiprofissional	Equipe de Apoio	Total
	Pgto Anual	Pgto Anual	Pgto Anual	Pgto Anual	
PALMARES	R$ 675.379,55	R$ 100.090,09	R$ 185.236,28		**R$ 960.705,92**
PETRÓPOLIS	R$ 584.156,04	R$ 170.471,29	R$ 322.907,31		**R$ 1.077.534,64**
PRIMAVERA	R$ 415.725,60	R$ 32.399,82	R$ 170.703,84		**R$ 618.829,26**
SAN RAPHAEL	R$ 521.473,90	R$ 101.840,00		R$ 27.911,91	**R$ 651.225,81**
SANTO ANTÔNIO	R$ 389.834,06			R$ 28.094,67	**R$ 417.928,73**
SÃO BENTO	R$ 403.299,04	R$ 106.605,36		R$ 46.863,98	**R$ 556.768,38**
SÃO VICENTE	R$ 457.681,77			R$ 27.550,00	**R$ 485.231,77**
TROPICAL	R$ 341.277,32	R$ 144.737,60		R$ 76.199,52	**R$ 562.214,44**
ULISSES GUIMARÃES	R$ 343.519,21	R$ 97.990,82			**R$ 441.510,03**
VILA ARAPONGUINHA	R$ 424.821,41	R$ 101.089,17		R$ 26.702,51	**R$ 552.613,08**
VILA SAMPAIO	R$ 391.195,15	R$ 97.990,82		R$ 26.930,88	**R$ 516.116,85**
VILA SÃO JOÃO	R$ 376.936,29	R$ 101.841,00			**R$ 478.777,29**
VILA TRIÂNGULO	R$ 432.898,51				**R$ 432.898,51**
TOTAL	**R$ 12.960.889,73**	**R$ 2.700.742,14**	**R$ 1.562.982,88**	**R$ 986.994,34**	**R$ 18.211.609,08**
Legenda:					
eSF - Equipe de Saúde da Família			eSB: Equipe de Saúde Bucal		

Fonte: elaborado pela autora.

Sob o prisma do Quadro 26, o qual indica os custos totais com pessoal separados por Equipes e por UBS percebe-se que foram consumidos ao todo a quantia de R$ 18.211.609,08 (dezoito milhões, duzentos e onze mil, seiscentos e nove reais e oito centavos) no ano de 2019. Desse montante, R$ 12.960.889,73 (doze milhões, novecentos e sessenta mil, oitocentos e oitenta e nove reais e setenta e três centavos) condizem aos custos com eSF, o que em percentual corresponde à 71% do total consumido, enquanto a Equipe de Saúde Bucal representa 15%, seguido da Equipe Multiprofissional e da Equipe de Apoio, com 9% e 5% dos custos totais com as equipes em exercício nas UBS, respectivamente, conforme mostra o Gráfico 22.

Gráfico 22. Representatividade custos totais com pessoal por equipes



Fonte: elaborado pela autora.

4.5.4 Custos Totais

Após a demonstração individualizada das diferentes categorias de custos – “Custos Administrativos”, “Custos com Material de Consumo” e “Custos com Pessoal”, segue a apresentação da somatória desses custos, assim como os respectivos percentuais de representatividade sobre o montante global.

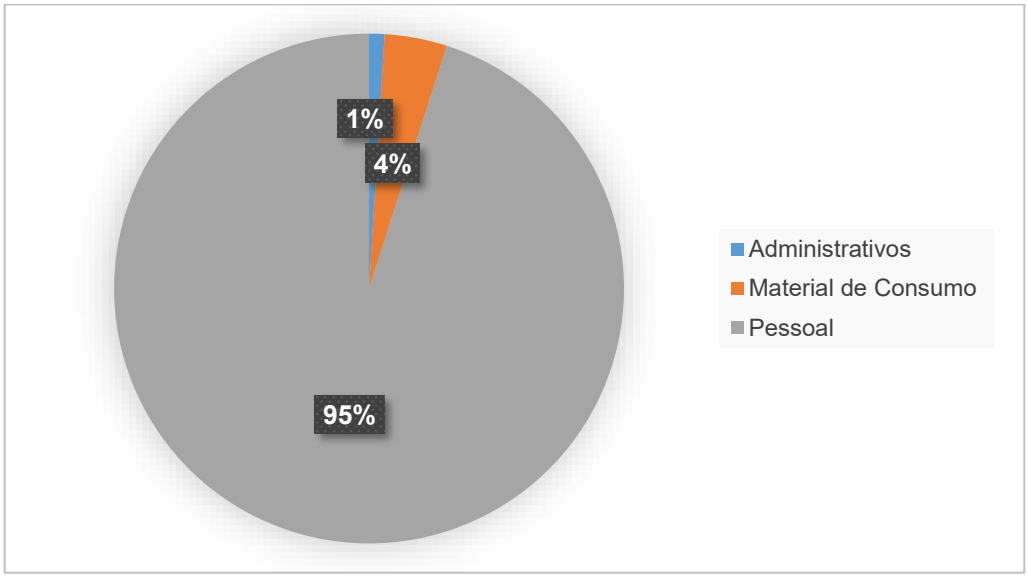
Quadro 27. Custos totais por UBS

UBS	CUSTOS			TOTAL
	Administrativos	Material de Consumo	Pessoal	
ÁGUIAS	R$ 7.523,70	R$ 32.976,68	R$ 793.653,93	R$ 834.154,31
ARICANDUVA	R$ 4.995,64	R$ 23.933,30	R$ 681.523,41	R$ 710.452,35
BANDEIRANTES	R$ 12.068,43	R$ 31.748,06	R$ 1.174.133,93	R$ 1.217.950,42
CAIC	R$ 2.827,10	R$ 16.420,22	R$ 1.158.804,35	R$ 1.178.051,67
CAMPINHO	R$ 2.011,79	R$ 15.582,69	R$ 418.535,51	R$ 436.129,99
CENTAURO	R$ 4.942,40	R$ 34.413,27	R$ 523.928,22	R$ 563.283,88
CENTRO POMBAS	R$ 8.041,20	R$ 38.610,84	R$ 618.946,43	R$ 665.598,47
CLEMENTE SORAES ARAUCÁRIA	R$ 9.190,62	R$ 33.229,51	R$ 652.361,41	R$ 694.781,54
COLÔNIA ESPERANÇA	R$ 5.827,47	R$ 12.000,19	R$ 495.145,51	R$ 512.973,17
COLUMBIA	R$ 6.331,59	R$ 18.350,10	R$ 668.470,48	R$ 693.152,18
DEL CONDOR	R$ 4.846,28	R$ 26.896,57	R$ 697.562,00	R$ 729.304,85
GUADALUPE	R$ 6.609,49	R$ 45.909,38	R$ 770.633,50	R$ 823.152,37
JARDIM BARONEZA	R$ 6.480,12	R$ 9.302,02	R$ 440.236,09	R$ 456.018,23

UBS	CUSTOS			TOTAL
	Administrativos	Material de Consumo	Pessoal	
JARDIM PANORAMA	R$ 4.808,30	R$ 19.958,75	R$ 496.808,82	R$ 521.575,87
LORI	R$ 3.938,00	R$ 18.858,58	R$ 408.078,08	R$ 430.874,65
PADRE CHICO	R$ 5.459,04	R$ 20.996,05	R$ 460.432,70	R$ 486.887,78
PRIMAVERA	R$ 4.825,07	R$ 32.027,82	R$ 618.829,26	R$ 655.682,15
SAN RAPHAEL	R$ 7.979,78	R$ 25.528,04	R$ 651.225,81	R$ 684.733,63
SANTO ANTÔNIO	R$ 6.602,59	R$ 13.416,45	R$ 417.928,73	R$ 437.947,78
SÃO BENTO	R$ 3.721,11	R$ 20.336,85	R$ 556.768,38	R$ 580.826,34
SÃO VICENTE	R$ 7.459,02	R$ 33.988,05	R$ 485.231,77	R$ 526.678,84
TROPICAL	R$ 7.026,70	R$ 28.531,66	R$ 562.214,44	R$ 597.772,80
ULISSES GUIMARÃES	R$ 7.884,80	R$ 13.032,20	R$ 441.510,03	R$ 462.427,03
VILA ARAPONGUINHA	R$ 9.213,27	R$ 31.420,51	R$ 552.613,08	R$ 593.246,86
VILA SAMPAIO	R$ 6.006,75	R$ 21.934,16	R$ 516.116,85	R$ 544.057,76
VILA SÃO JOÃO	R$ 3.360,68	R$ 17.994,92	R$ 478.777,29	R$ 500.132,89
VILA TRIÂNGULO	R$ 6.348,51	R$ 37.721,86	R$ 432.898,51	R$ 476.968,88
TOTAL	**R$ 166.329,45**	**R$ 675.118,70**	**R$ 16.173.368,53**	**R$ 17.014.816,68**
PALMARES UBS/PA		R$ 153.925,12	R$ 960.705,92	**R$ 1.114.631,04**
PETRÓPOLIS UBS/PA		R$ 127.122,43	R$ 1.077.534,64	**R$ 1.204.657,06**
TOTAL	**R$ 0,00**	**R$ 281.047,55**	**R$ 2.038.240,56**	**R$ 2.319.288,10**
TOTAL GERAL	**R$ 166.329,45**	**R$ 956.166,25**	**R$ 18.211.609,08**	**R$ 19.334.104,78**

Fonte: elaborado pela autora

Gráfico 23. Representatividade custos totais



Fonte: elaborado pela autora

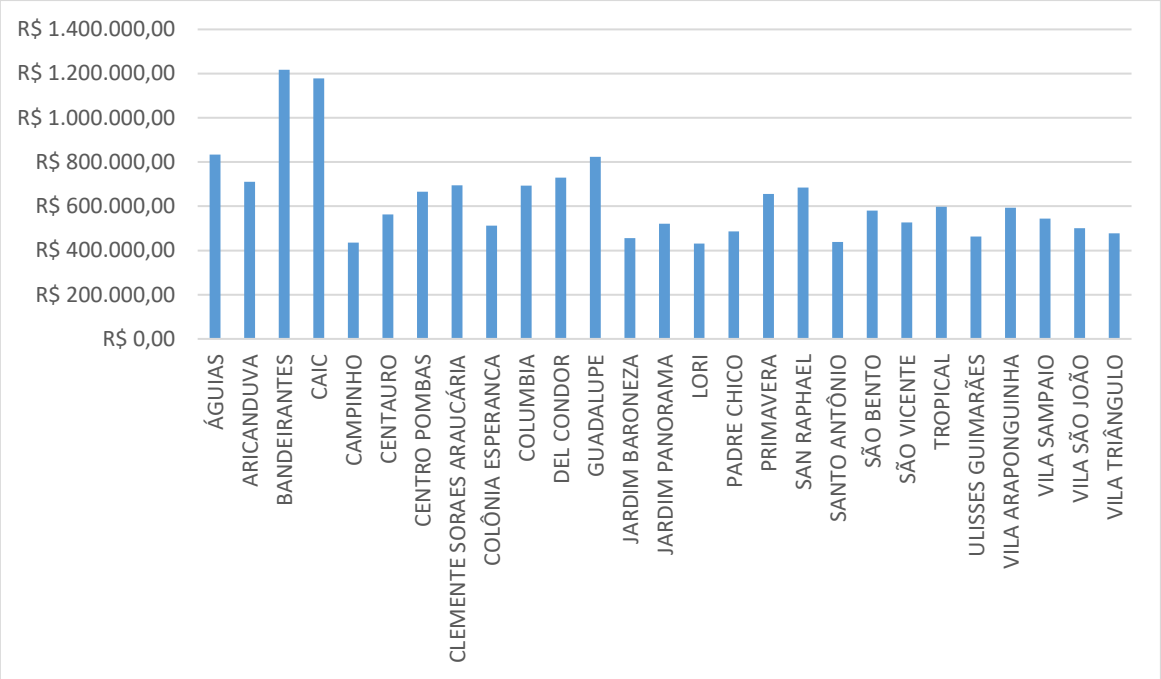
O Gráfico 23 demonstra o percentual de representatividade de cada categoria de custos sobre o montante global, excluindo os custos totais das UBS Palmares e Petrópolis em virtude de estas incluírem os custos do PA, conforme já

esclarecido anteriormente, o que inviabiliza este tipo de análise. Sabendo disso, percebe-se que os Custos com Pessoal representam cerca de 95% dos custos totais, seguido dos Custos com Material de Consumo e Administrativos, com 4% e 1%, nesta ordem.

Ao comparar estes resultados encontrados com uma das hipóteses norteadoras deste estudo, onde os gastos com pessoal representam a maior parcela dos custos totais das UBS (ROCHA FILHO; SILVA, 2009; FERRI, 2018), sendo em média, 74% dos custos para Rocha Filho e Silva (2009) e, aproximadamente, 90% para Ferri (2018), pode-se dizer que condizem ao cenário encontrado nas UBS de Arapongas para o ano de 2019, sendo validadas tais assertivas. Por outro lado, no tocante a afirmação de que os custos com medicamentos representam o segundo custo mais elevado (ROCHA FILHO; SILVA, 2009; FERRI, 2019), não pode ser confirmada. Tal fato se deve aos custos com insumos serem superiores em R$ 43.085,17 (quarenta e três mil reais e dezessete centavos) em relação aos custos com Medicamentos. Todavia, em virtude de os insumos deste estudo incluírem os custos com materiais para Copa, Cozinha e Limpeza, os quais foram considerados como Custos Administrativos em Ferri (2018), pode explicar que os resultados seriam diferentes caso apropriados da mesma forma, entretanto, pelo fato de que os custos relacionados aos insumos foram disponibilizados já somados, esse recorte foi inviabilizado.

O Gráfico 24 demonstra os custos totais por UBS sem considerar as UBS Palmares e Petrópolis.

Gráfico 24. Representatividade custos totais por UBS



Fonte: elaborado pela autora.

Com base nos dados que o Gráfico 24 aponta, percebe-se que as UBS com os maiores custos, cujos valores superam o consumo de R$ 700.000 (setecentos mil reais), condizentes aos mais elevados índices percentuais sobre o montante considerado de R$ 17.014.816,68 (dezessete milhões, catorze mil, oitocentos e dezesseis reais e sessenta e oito centavos), correspondem às unidades de Bandeirantes (7,16%), Caic (6,92%), Àguias (4,90%), Guadalupe (4,84%), Del Condor (4,29%) e Aricanduva (4,18%). Em contraponto, das UBS que menos consumiram no ano de 2019, destacam-se, Lori (2,53%), Campinho (2,56%), Santo Antônio (2,57%), Jardim Baroneza (2,68%), Ulisses Guimarães (2,72%), Vila Triângulo (2,80%) e Padre Chico (2,86%). Essas registraram consumo abaixo dos R$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) no ano de 2019.

4.5.5 Relação Custos e Produção

Uma das possíveis maneiras de verificar as relações entre os custos e a produção se dá a partir da mensuração dos serviços prestados, comparado aos recursos investidos. Isto pode ser obtido por meio da divisão dos custos com pessoal liquidados no ano de 2019 pelas respectivas produções por função. Nesse caso,

excluem-se as funções da Equipe de Apoio, as quais não registram produção, assim como as de Auxiliar/Técnico em Saúde Bucal, que por representarem um suporte nos procedimentos realizados pelo Cirurgião-Dentista, de um modo geral, têm registros baixos. Além disso, nesta categoria de análise é possível articular os dados das UBS Palmares e Petrópolis em conjunto, visto que apenas são considerados os custos de pessoal e as respectivas produções, as quais condizem às atividades exclusivas das UBS. Dessa forma, o quadro abaixo apresenta o custo unitário das produções, distinguindo-se as funções.

Quadro 28. Custos da produção unitária anual por função

UBS	ACS	Aux/Téc. Enf.	Cirur. Dent.	Enferm.	Farm.	Fisio.	Médico CG	Médico Pediatra	Nutri.	Odonto.	Psic.
	Pgto/Prod.	Pgto/Prod.	Pgto/Prod.	Pgto/Prod.	Pgto/Prod.	Pgto/Prod.	Pgto/Prod.	Pgto/Prod.	Pgto/Prod.	Pgto/Prod.	Pgto/Prod.
ÁGUIAS	R$ 5,37	R$ 16,94	R$ 45,05	R$ 5,56	R$ 89,49	R$ 23,55	R$ 31,45		R$ 148,71		R$ 36,05
ARICANDUVA	R$ 20,22	R$ 23,94	R$ 23,22	R$ 10,91			R$ 37,55				
BANDEIRANTES	R$ 9,72	R$ 6,21	R$ 39,59	R$ 11,45			R$ 52,67	R$ 152,43			
CAIC	R$ 17,12	R$ 9,53	R$ 26,90	R$ 20,95			R$ 46,84			R$ 49,61	
CAMPINHO	R$ 18,44	R$ 4,90		R$ 23,00			R$ 58,58				
CENTAURO	R$ 11,69	R$ 11,34	R$ 27,70	R$ 4,87			R$ 37,93				
CENTRO POMBAS	R$ 9,25	R$ 18,93	R$ 32,60	R$ 8,16			R$ 39,34				
CLEMENTE SORAES ARAUCÁRIA	R$ 89,86	R$ 5,47	R$ 8,34	R$ 6,75			R$ 24,97				
COLONIA ESPERANCA	R$ 22,16	R$ 14,68		R$ 9,89			R$ 73,98				
COLUMBIA	R$ 14,32	R$ 3,36	R$ 33,05	R$ 9,15			R$ 57,71				
DEL CONDOR	R$ 16,30	R$ 4,29	R$ 30,50	R$ 12,85			R$ 24,19				
GUADALUPE	R$ 40,64	R$ 7,79	R$ 83,47	R$ 33,29			R$ 21,98				
JARDIM BARONEZA	R$ 9,84	R$ 5,72		R$ 21,16			R$ 70,49				
JARDIM PANORAMA	R$ 7,41	R$ 7,71		R$ 12,59			R$ 37,99				
LORI	R$ 8,24	R$ 5,21		R$ 9,23			R$ 62,81				
PADRE CHICO	R$ 12,32	R$ 37,69		R$ 6,18			R$ 39,62				
PALMARES	R$ 7,44	R$ 6,76	R$ 10,12	R$ 7,85		R$ 34,52	R$ 41,16				R$ 50,54
PETRÓPOLIS	R$ 14,42	R$ 4,71	R$ 23,97	R$ 10,18		R$ 13,64	R$ 52,98				R$ 66,69
PRIMAVERA	R$ 13,90	R$ 6,70		R$ 13,68			R$ 28,60	R$ 85,22			
SAN RAPHAEL	R$ 6,58	R$ 3,27	R$ 7,13	R$ 5,67			R$ 18,63				
SANTO ANTONIO	R$ 7,64	R$ 3,89		R$ 18,30			R$ 32,78				
SÃO BENTO	R$ 6,58	R$ 4,40	R$ 11,56	R$ 4,79			R$ 34,77				
SÃO VICENTE	R$ 14,88	R$ 8,98		R$ 15,58			R$ 51,20				
TROPICAL	R$ 28,73	R$ 11,28	R$ 28,61	R$ 17,63			R$ 35,79				
ULISSES GUIMARÃES	R$ 9,28	R$ 9,55	R$ 12,14	R$ 14,33			R$ 27,48				
VILA ARAPONGUINHA	R$ 8,52	R$ 4,75	R$ 24,00	R$ 7,05			R$ 26,72				
VILA SAMPAIO	R$ 22,37	R$ 8,59	R$ 31,22	R$ 8,76			R$ 32,48				
VILA SÃO JOÃO	R$ 32,18	R$ 7,59	R$ 12,71	R$ 9,34			R$ 45,55				
VILA TRIÂNGULO	R$ 5,94	R$ 3,73		R$ 12,31			R$ 27,20				
Média	R$ 16,94	R$ 9,24	R$ 26,94	R$ 12,12	R$ 89,49	R$ 23,90	R$ 40,46	R$ 118,83	R$ 148,71	R$ 49,61	R$ 51,10
Mediana	R$ 12,32	R$ 6,76	R$ 26,90	R$ 10,18	R$ 89,49	R$ 23,55	R$ 37,93	R$ 118,83	R$ 148,71	R$ 49,61	R$ 50,54
Máximo	R$ 89,86	R$ 37,69	R$ 83,47	R$ 33,29	R$ 89,49	R$ 34,52	R$ 73,98	R$ 152,43	R$ 148,71	R$ 49,61	R$ 66,69
Mínimo	R$ 5,37	R$ 3,27	R$ 7,13	R$ 4,79	R$ 89,49	R$ 13,64	R$ 18,63	R$ 85,22	R$ 148,71	R$ 49,61	R$ 36,05
Variância	267,85	54,49	305,44	42,02		109,08	211,28	2258,65			234,97
Desvio Padrão	16,37	7,38	17,48	6,48		10,44	14,54	47,53			15,33

Fonte: elaborado pela autora.

Ao observar o Quadro 28, verifica-se que a média do custo unitário mais baixa condiz com a função de Auxiliar/Técnico de Enfermagem (R$ 9,24) e a mais alta com a função de Nutricionista (R$ 148,71). Ressalta-se, no entanto, que a depender da função desempenhada, como a de Nutricionista e Farmacêutico, por exemplo, os registros de produção são mais baixos e não estão presentes em todas as UBS e como resultado isso reflete no custo da produção unitária destas funções. No que tange ao maior valor de atendimento por função, destaca-se a do Médico Pediatra, que custou R$ 152,43 (cento e cinquenta e dois reais e quarenta e três centavos) e a menor, a do Auxiliar/Técnico de Enfermagem, com custo de R$ 3,27 (três reais e vinte e sete centavos).

Com base no exposto, ao tratar da hipótese norteadora que afirma que “O custo médio unitário de produção do ACS é o mais baixo enquanto o do enfermeiro é o mais elevado” (FERRI, 2018), é visto que não há semelhança no presente campo de pesquisa, restando-se refutar essa hipótese. O maior valor médio por cada atendimento/procedimento realizado no município de Arapongas em 2019, refere-se à função de Nutricionista seguida do Médico Pediatra, ao passo que que o do Aux./Téc. Enf. demonstra o menor.

Outro panorama que pode ser observado a partir das relações entre os custos e a produção, se dá através da divisão dos custos diretos totais do ano de 2019 de cada unidade pelas respectivas produções, sem distinguir as funções. Vale ressaltar que para esta modalidade de análise estão excluídas as UBS Palmares e Petrópolis e englobam todos os custos diretos envolvidos para que as produções (Atendimentos/Procedimentos) de fato possam ser entregues.

Quadro 29. Custo direto por produção e custo *per capita* por UBS (2019)

UBS	Custo por Produção	Custo *per capita*
ÁGUIAS	R$ 17,69	R$ 370,57
ARICANDUVA	R$ 29,47	R$ 563,85
BANDEIRANTES	R$ 22,05	R$ 382,76
CAIC	R$ 32,49	R$ 610,07
CAMPINHO	R$ 26,64	R$ 580,73
CENTAURO	R$ 15,75	R$ 276,25
CENTRO POMBAS	R$ 18,04	R$ 198,63
CLEMENTE SORAES ARAUCÁRIA	R$ 18,16	R$ 198,85
COLONIA ESPERANÇA	R$ 27,21	R$ 971,54
COLUMBIA	R$ 18,68	R$ 324,21
DEL CONDOR	R$ 18,85	R$ 393,79
GUADALUPE	R$ 34,90	R$ 216,45
JARDIM BARONEZA	R$ 17,65	R$ 242,82

UBS	Custo por Produção	Custo *per capita*
JARDIM PANORAMA	R$ 15,89	R$ 290,09
LORI	R$ 14,33	R$ 289,18
PADRE CHICO	R$ 16,31	R$ 159,37
PRIMAVERA	R$ 22,99	R$ 259,78
SAN RAPHAEL	R$ 8,68	R$ 124,27
SANTO ANTÔNIO	R$ 13,69	R$ 164,70
SÃO BENTO	R$ 10,95	R$ 306,02
SÃO VICENTE	R$ 21,44	R$ 329,17
TROPICAL	R$ 34,14	R$ 447,43
ULISSES GUIMARÃES	R$ 16,24	R$ 211,25
VILA ARAPONGUINHA	R$ 13,77	R$ 261,46
VILA SAMPAIO	R$ 22,32	R$ 414,36
VILA SÃO JOÃO	R$ 20,60	R$ 281,61
VILA TRIÂNGULO	R$ 9,89	R$ 173,00
Média	R$ 19,96	R$ 334,90
Mediana	R$ 18,16	R$ 289,18
Máximo	R$ 34,90	R$ 971,54
Mínimo	R$ 8,68	R$ 124,27
Variância	49,68880175	32596,89707
Desvio Padrão	R$ 7,05	R$ 180,55
Coeficiente de Variação (CV)	35%	54%

Fonte: elaborado pela autora.

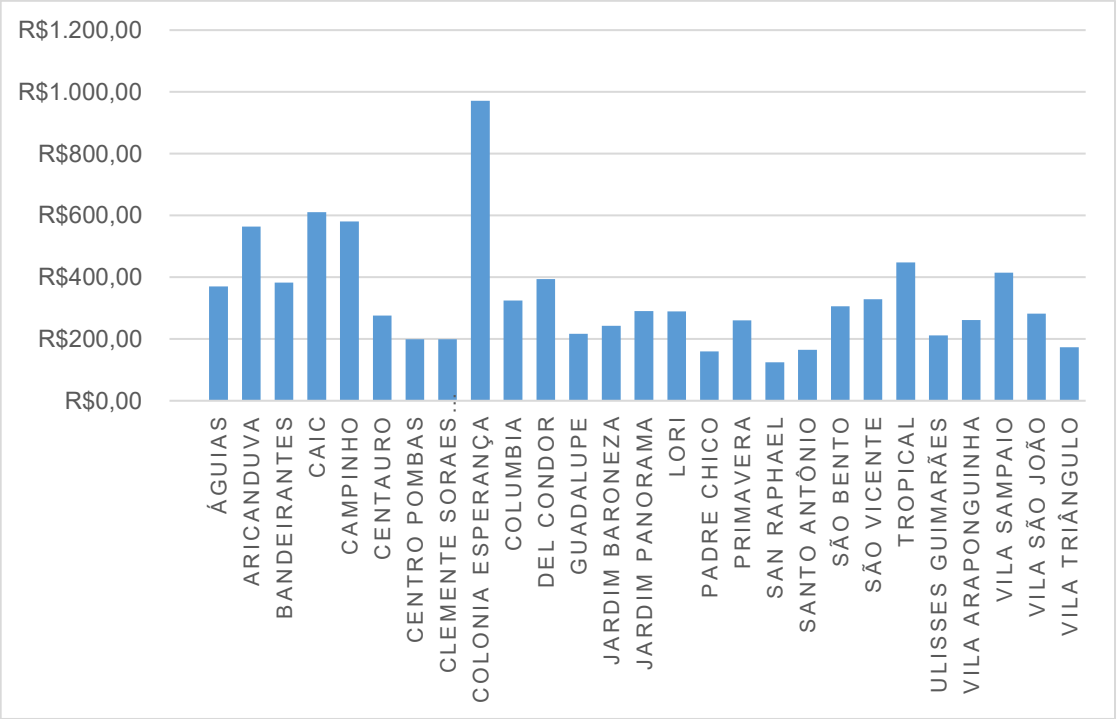
Ao considerar as relações do custo direto total e a produção total de cada UBS, obtém-se o custo por produção anual, que o Quadro 29 indica. Desse dado é possível extrair das medidas de centralidade e de dispersão que cada atendimento/procedimento, sem distinguir a função do profissional e o grau de complexidade dos serviços prestados, custam em média R$ 19,96 (dezenove reais e noventa e seis centavos), sendo a mediana R$18,16 (dezoito reais e dezesseis centavos). Com relação aos valores máximo e o mínimo encontrados foram respectivamente R$ 34,90, por produção condizente com a UBS Guadalupe, e R$ 8,68 em San Raphael. Os valores se situam dispersos com relação à média com um desvio padrão de aproximadamente R$ 7,05 dentre o conjunto analisado.

Além disso, outra perspectiva de análise que o Quadro 29 mostra, denominada neste estudo de Custo *per capita* anual por UBS, é obtida através dos custos diretos totais de cada UBS dividido pela respectiva quantidade de pessoas cadastradas, excluindo-se, para tanto, os dados das UBS Palmares e Petrópolis. Sendo assim, ao analisar esses dados, pode-se observar que o valor médio *per capita* por UBS no ano de 2019 foi de R$ 334,90 (trezentos e trinta e quatro reais e noventa centavos), atingindo a mediana o custo de R$ 289,18 (duzentos e oitenta e nove reais e dezoito centavos). Em contrapartida, o maior e o menor custo *per capita* encontrados referem-se respectivamente à: UBS Colônia Esperança (R$ 971,54), a qual convém

lembrar que é a que menos possui pessoas cadastradas e situa-se em área rural; e San Rafael (R$ 124,27), cujo número de pessoas vinculadas é o mais elevado. Além disso, os valores apresentam-se dispersos em relação à média com desvio padrão de R$ 180,55 (cento e oitenta reais e cinquenta e cinco centavos) indicando um elevado Coeficiente de Variação.

Sob este prisma, ainda que a maior parte das UBS (55,55%) possua custo *per capita* anual que oscila de R$ 200,00 (duzentos reais) à R$ 400,00 (quatrocentos reais), pode-se dizer que existe grande disparidade na alocação de recursos públicos entre as unidades, uma vez que há seis UBS (22,22%) com custo registrado de até R$ 200,00 (duzentos reais) anuais por pessoa cadastrada, enquanto outras seis (22,22%), os valores ultrapassam R$ 400,00 (quatrocentos reais) no ano de 2019, conforme expressa o Gráfico 25.

Gráfico 25. Representatividade custo direto *per capita* anual por UBS



Fonte: elaborado pela autora.

4.6 Análise de Eficiência

A fim de mensurar a eficiência das UBS utilizou-se a técnica chamada Análise Envoltória de Dados (DEA, do inglês *Data Envelopment Analysis)* com o auxílio do *software* SIAD 3.0 para o cálculo dos resultados, conforme detalhado nos procedimentos metodológicos. Esta técnica permite calcular o grau de eficiência de cada DMU, o alvo a ser alcançado por cada unidade ineficiente para tornar-se eficiente, além de indicar, nesses casos, as DMUs de referência, isto é, os *benchmarks* nos quais devem se basear.

Sobre isso, é válido lembrar que, para alcançar resultados válidos e mais confiáveis é necessário que as DMUs comparadas sejam homogêneas, ou seja, utilizem os mesmos recursos e produzam os mesmos produtos, distinguindo-se apenas quanto as quantidades consumidas e as produzidas. Deste modo, cada UBS representa uma DMU e devido a lacuna de dados em algumas delas, das 29 unidades, 27 foram submetidas à execução da DEA.

Optou-se pelo modelo BCC, o qual assume retornos variáveis de escala e não considera a mesma proporcionalidade entre os insumos e produtos e, como orientação o *output,* tendo em vista a maximização dos resultados.

Um ponto a ser destacado baseia-se no fato de que, dependendo das variáveis selecionadas, tanto as de entrada quanto as de saída, os níveis de eficiência alcançados podem variar. Isto significa que ao atribuir eficiência para uma ou outra UBS não quer dizer que de fato sejam eficientes e isentas de aprimoramentos e constantes avanços, uma vez que os níveis de eficiência demonstrados por meio da DEA não são absolutos e definitivos, pelo contrário, ao manter estreita correlação às DMUs da amostra e ao conjunto selecionado de variáveis, trata-se exclusivamente de eficiência relativa. No Quadro 30 são destacadas as variáveis selecionadas para a análise da eficiência relativa das UBS.

Quadro 30. Variáveis utilizadas na análise DEA

Dado	Variável	Descrição	Procedimento de coleta
inputs	Custos Administrativos	Caracterizados pelos custos com água, energia, comunicação (telefone e internet) e serviços de manutenção	Serviços de Manutenção: Relatório fornecido pelo setor de Obras. Demais dados obtidos junto ao setor de Patrimônio do município mediante planilhas preenchidas.
	Custos com Material de Consumo	Referem-se aos medicamentos, materiais de enfermagem, odontológicos e médico-hospitalares além de materiais de limpeza, copa, cozinha, escritório.	Medicamentos: relatórios fornecidos pela Farmácia Central. Demais itens: fornecidos por gerente responsável pelo almoxarifado central através de planilhas preenchidas.
	Custos com Pessoal	Refere-se à soma de todos os custos com salários e encargos sociais	Planilhas fornecidas pelo setor de recursos humanos
	Quantidade de Profissionais	Corresponde à soma de todos os profissionais que trabalharam em cada UBS	Planilhas fornecidas pelo setor de recursos humanos
	Equipamentos/infraestrutura	Refere-se à soma dos equipamentos e instalações disponíveis em cada UBS	Informações coletadas diretamente do site do e-SUS, por meio de acesso individual do município analisado - dados de acesso público
outputs	Pessoas Acompanhadas nas UBS	Corresponde ao total de indivíduos cadastrados em cada UBS	Planilhas preenchidas pela Secretaria de Saúde do Município
	Produção Total	Somatório das quantidades referentes aos atendimentos e procedimentos realizados por todas as funções em cada UBS	Relatórios fornecidos pela Secretaria de Saúde do Município
	Quantidade de Serviços ofertados	Número de funções exercidas pelos profissionais nas UBS, com exceção das funções de apoio – Podendo fornecer até 13 serviços: ACS, Aux./Téc. Enfermagem, Aux./Tec. Odonto, Médico, Cirurgião-Dentista, Enfermeiro, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Odontopediatra, Pediatra e Psicólogo.	Planilhas fornecidas pelo setor de RH do município
	Indicador de produtividade *per capita*	Refere-se à relação dos procedimentos/atendimentos por cada paciente	Obtido pela divisão dos dados da produção pela quantidade de pessoas acompanhadas nas respectivas UBS

Fonte: elaborado pela autora.

Esclarecidos estes aspectos, passa-se para a apresentação dos resultados obtidos por cada UBS a partir da composição dos recursos de entrada (*inputs*) e de saída (*outputs*) escolhidos. A fim de contribuir para uma melhor compreensão dos critérios que levaram as unidades a alcançarem os melhores índices, optou-se por ordená-las pelo percentual de eficiência demonstrado, conforme pode-se observar no Quadro 31.

Quadro 31. Análise DEA por UBS

DMU	UBS	Eficiência	Custos Adm.	Custos Mat. Consumo	Custos Pessoal	Qtd. Prof.	Eq./Infr.	Qtd. Pes. Acomp.	Qtde. Serv.	Prod. Total	Indic. Prod.
DMU01	**ÁGUIAS**	**100,0%**	R$ 7.523,70	R$ 32.976,68	R$ 793.653,93	16	15	2251	10	47166	21,0
DMU04	**CAIC**	**100,0%**	R$ 2.827,10	R$ 16.420,22	R$ 1.158.804,35	18	17	1931	7	36254	18,8
DMU05	**CAMPINHO**	**100,0%**	R$ 2.011,79	R$ 15.582,69	R$ 418.535,51	7	5	751	4	16373	21,8
DMU06	**CENTAURO**	**100,0%**	R$ 4.942,40	R$ 34.413,27	R$ 523.928,22	10	11	2039	6	35766	17,5
DMU09	**COLÔNIA ESPERANÇA**	**100,0%**	R$ 5.827,47	R$ 12.000,19	R$ 495.145,51	10	13	528	4	18849	35,7
DMU13	**JARDIM BARONEZA**	**100,0%**	R$ 6.480,12	R$ 9.302,02	R$ 440.236,09	10	9	1878	5	25839	13,8
DMU15	**LORI**	**100,0%**	R$ 3.938,00	R$ 18.858,58	R$ 408.078,08	8	10	1490	4	30078	20,2
DMU16	**PADRE CHICO**	**100,0%**	R$ 5.459,04	R$ 20.996,05	R$ 460.432,70	10	12	3055	4	29843	9,8
DMU17	**PRIMAVERA**	**100,0%**	R$ 4.825,07	R$ 32.027,82	R$ 618.829,26	11	13	2524	7	28516	11,3
DMU18	**SAN RAPHAEL**	**100,0%**	R$ 7.979,78	R$ 25.528,04	R$ 651.225,81	15	10	5510	6	78883	14,3
DMU19	**SANTO ANTÔNIO**	**100,0%**	R$ 6.602,59	R$ 13.416,45	R$ 417.928,73	8	8	2659	4	31988	12,0
DMU20	**SÃO BENTO**	**100,0%**	R$ 3.721,11	R$ 20.336,85	R$ 556.768,38	12	15	1898	6	53025	27,9
DMU23	**ULISSES GUIMARÃES**	**100,0%**	R$ 7.884,80	R$ 13.032,20	R$ 441.510,03	8	12	2189	6	28473	13,0
DMU26	**VILA SÃO JOÃO**	**100,0%**	R$ 3.360,68	R$ 17.994,92	R$ 478.777,29	10	12	1776	6	24282	13,7
DMU27	**VILA TRIÂNGULO**	**100,0%**	R$ 6.348,51	R$ 37.721,86	R$ 432.898,51	9	10	2757	4	48228	17,5
DMU07	**CENTRO POMBAS**	**98,5%**	R$ 8.041,20	R$ 38.610,84	R$ 618.946,43	12	10	3351	6	36886	11,0
DMU25	**VILA SAMPAIO**	**98,3%**	R$ 6.006,75	R$ 21.934,16	R$ 516.116,85	11	10	1313	6	24379	18,6
DMU14	**JARDIM PANORAMA**	**94,2%**	R$ 4.808,30	R$ 19.958,75	R$ 496.808,82	10	9	1798	5	32826	18,3
DMU11	**DEL CONDOR**	**93,3%**	R$ 4.846,28	R$ 26.896,57	R$ 697.562,00	15	11	1852	6	38697	20,9
DMU24	**VILA ARAPONGUINHA**	**93,1%**	R$ 9.213,27	R$ 31.420,51	R$ 552.613,08	12	14	2269	6	43097	19,0
DMU10	**COLUMBIA**	**92,2%**	R$ 6.331,59	R$ 18.350,10	R$ 668.470,48	14	13	2138	6	37113	17,4
DMU12	**GUADALUPE**	**90,5%**	R$ 6.609,49	R$ 45.909,38	R$ 770.633,50	16	12	3803	6	23583	6,2
DMU21	**SÃO VICENTE**	**90,3%**	R$ 7.459,02	R$ 33.988,05	R$ 485.231,77	12	9	1600	5	24561	15,4
DMU03	**BANDEIRANTES**	**90,3%**	R$ 12.068,43	R$ 31.748,06	R$ 1.174.133,93	19	14	3182	7	55246	17,4
DMU22	**TROPICAL**	**88,1%**	R$ 7.026,70	R$ 28.531,66	R$ 562.214,44	10	12	1336	6	17507	13,1
DMU08	**CLEMENTE SORAES ARAUCÁRIA**	**85,3%**	R$ 9.190,62	R$ 33.229,51	R$ 652.361,41	15	25	3494	6	38263	11,0
DMU02	**ARICANDUVA**	**85,2%**	R$ 4.995,64	R$ 23.933,30	R$ 681.523,41	12	11	1260	6	24109	19,1

Fonte: elaborado pela autora.

Como resultado, dentre as 27 UBS comparadas na análise DEA, 12 delas sugerem desempenho menor que a capacidade potencial relativa sendo as demais, ao todo 15 unidades, consideradas 100% eficientes, o que significa que a partir dos recursos disponíveis, ou mesmo utilizados, são estas as que apresentaram os melhores resultados.

Ao ordenar os elementos de entrada em posição crescente de valores e os de saída em forma decrescente, visto que o que se espera é utilizar menos recursos e produzir melhores resultados, observa-se, no tocante aos *inputs,* que a DMU 01 (Águias) fica em 21° lugar no item “Custos Administrativos”; 21°, em “Custos com Material de Consumo”; 25°, em “Custos com Pessoal”; 25° em “Quantidade de Profissionais”; 25°, em “Equipamentos/Infraestrutura. Por outro lado, ocupa o 11° lugar, em “Quantidade de Pessoas Acompanhadas”; 1°, em “Quantidade de Serviços ofertados”; 5°, em “Produção Total” e, 4° lugar no “Indicador de Produtividade”. Embora a DMU 01 figure entre as unidades que apresentam os custos diretos mais elevados e uma das que possuem o maior quadro de profissionais e equipamentos/infraestrutura, quando comparado ao que ela entrega, está entre as que: mais registraram atendimentos/procedimentos; alcançou um dos melhores índices de produtividade; além de ser a que mais oferta serviços. Essas informações sugerem que uma UBS pode ter custos mais elevados sem que isso comprometa seu nível de eficiência, uma vez que os resultados obtidos podem compensar os recursos aplicados.

De modo semelhante, a DMU 04 (CAIC), mesmo que não tenha grande representatividade em “Custos Administrativos” e no item “Custos com Material de Consumo”, quando se consideram os Custos Diretos Totais, consta como a segunda UBS mais onerosa, dado indicado anteriormente no Quadro 27. Por outro lado, demonstra ser eficiente ao equilibrar os investimentos realizados e os resultados alcançados. Observa-se que nos itens de entrada: ocupa o 2° lugar no item “Custos Administrativos”; 6°, em “Custos com Material de Consumo”; 26°, em “Custos com Pessoal”; 26°, em “Quantidade de Profissionais”; 26°, em “Equipamentos/Infraestrutura. Quanto aos itens de saída situa-se em 15°, em “Quantidade de Pessoas Acompanhadas”; 4°, em “Quantidade de Serviços ofertados”; 11°, em “Produção Total” e, 9° lugar no “Indicador de Produtividade”.

A DMU 18 (San Raphael), por sua vez, nos itens de entrada situa-se em: 23° lugar no item “Custos Administrativos”; 15°, em “Custos com Material de

Consumo”; 19°, em “Custos com Pessoal”; 21°, em “Quantidade de Profissionais”; e, 10° em “Equipamentos/Infraestrutura”. No que se refere aos elementos de saída, ocupa: a 1° posição, em “Quantidade de Pessoas Acompanhadas”; 5°, em “Quantidade de Serviços ofertados”; 1°, em “Produção Total”; e, 17° em “Indicador de Produtividade”. Como pode-se observar, San Raphael correspondeu aos altos investimentos realizados com base nos bons resultados que alcançou. É a unidade com o maior número de pessoas cadastradas e a que mais produziu no ano, além de possuir bom índice de produtividade e figurar entre as que mais ofertam serviços.

Assim, tomando como exemplo unidades 100% eficientes como a DMU 01 (Águias), DMU 04 (CAIC) e DMU 18 (San Raphael) pode-se observar que não são as que utilizaram menos recursos no desempenho das atividades, mas as que se mostraram equilibradas nas relações entre os custos e os resultados entregues.

Ao comparar as UBS rurais, Campinho, Colônia Esperança e Aricanduva é possível notar que duas delas apresentam 100% eficiência. A primeira, a UBS Campinho (DMU 05), é uma das que menos consome recursos e embora destaque-se no índice de produtividade, não apresenta os maiores resultados. Mesmo assim, considerando o baixo custo incorrido, torna-se econômica e levando em conta o que se entrega, demonstra bom desempenho. Ela fica em: 1° lugar no item “Custos Administrativos”; 5°, em “Custos com Material de Consumo”; 3°, em “Custos com Pessoal”; 1° em “Quantidade de Profissionais”; 1°, em “Equipamentos/Infraestrutura”. Por outro lado, ocupa o: 26° lugar, em “Quantidade de Pessoas Acompanhadas”; 26°, em “Quantidade de Serviços oferecidos”; 27°, em “Produção Total”; e, 3° lugar no “Indicador de Produtividade”.

A segunda, Colônia Esperança (DMU 09) apresentou as seguintes colocações nos itens de entrada e saída: 12° lugar no item “Custos Administrativos”; 2°, em “Custos com Material de Consumo”; 10°, em “Custos com Pessoal”; 9° em “Quantidade de Profissionais”; 19°, em “Equipamentos/Infraestrutura”; 27°, em “Quantidade de Pessoas Cadastradas”; 27°, em “Quantidade de Serviços ofertados”; 25°, em “Produção Total” e, 1° lugar no “Indicador de Produtividade”. De modo semelhante ao identificado na UBS Campinho, a composição dos baixos recursos investidos e dos resultados obtidos em Colônia Esperança permitiu performance 100% eficiente.

Por outro lado, a UBS Aricanduva, com índice de eficiência relativa de 85,2%, um dos menores entre as unidades analisadas, ocupa quanto aos itens de entrada: o 10° lugar no item “Custos Administrativos”; 14°, em “Custos com Material de Consumo”; 22°, em “Custos com Pessoal”; 19°, em “Quantidade de Profissionais”; 12°, em “Quantidade de Equipamentos/Infraestrutura”. E nos itens de saída, ocupa o: 25° lugar em “Quantidade de Pessoas Acompanhadas”; 18°, em “Quantidade de Serviços ofertados”; 23°, em “Produção Total”; e, 7° lugar no “Indicador de Produtividade”. Como se observa, os custos envolvidos na operação de Aricanduva e os resultados entregues sugerem melhor balanceamento. Pode-se compreender que uma unidade pode ser eficiente gastando mais desde que os resultados entregues compensem a operação ou ainda sendo econômica quando se realiza menos.

Nesta direção, o DEA ainda permite comparar as informações das entradas atuais com as metas de cada DMU, ou seja, o que pode ser realizado a fim de obter melhores respostas a partir dos recursos atuais. Essa perspectiva contribui, especialmente no que que diz respeito às unidades menos eficientes, uma vez que, aliado a isso, o DEA fornece a comparação relativa de um determinado número de DMUs de características semelhantes, com outras consideradas *benchmarks,* isto é, aquelas que tiveram as melhores práticas e que podem oferecer meios possíveis de alcançar um desempenho mais satisfatório nas que obtiveram um *score* inferior. Para tanto, estas unidades modelo apresentam-se em porcentagem, onde quanto mais próximo de 100% significa ser a melhor referência para uma dada DMU.

Quadro 32. *Benchmark* e metas UBS menos eficientes

		DMU 21 (90,3%)	**DMU 03 (90,3%)**	**DMU 22 (88,1%)**	**DMU 08 (85,3%)**	**DMU 02 (85,2%)**
Custos Administrativos	Atual	R$ 7.459,02	R$ 12.068,43	R$ 7.026,70	R$ 9.190,62	R$ 4.995,64
	Meta	R$ 5.168,56	R$ 7.154,11	R$ 7.026,70	R$ 7.845,30	R$ 4.995,64
Custos com Material de Consumo	Atual	R$ 33.988,05	R$ 31.748,06	R$ 28.531,66	R$ 33.229,51	R$ 23.933,30
	Meta	R$ 17.310,87	R$ 28.028,84	R$ 18.986,61	R$ 25.326,57	R$ 23.933,30
Custos com Pessoal	Atual	R$ 485.231,77	R$ 1.174.133,93	R$ 562.214,44	R$ 652.361,41	R$ 681.523,41
	Meta	R$ 485.231,77	R$ 699.750,70	R$ 533.489,15	R$ 652.361,41	R$ 627.237,02
Qtde. Profissionais	Atual	12	19	10	15	12
	Meta	9	15	10	14	12
Qtde. Equip./ Infraestrutura	Atual	9	14	12	25	11
	Meta	9	13	12	12	11
Qtde. Pessoas Cadastradas	Atual	1.600	3.182	1.336	3.494	1.260
	Meta	1.771	3.551	2.054	4.098	1.532
Qtde. Serviços Prestados	Atual	5	7	6	6	6
	Meta	6	8	7	7	7
Produção Total	Atual	24.561	55.246	17.507	38.263	24.109
	Meta	28.571	61.186	31.805	62.054	33.245

		DMU 21 (90,3%)	DMU 03 (90,3%)	DMU 22 (88,1%)	DMU 08 (85,3%)	DMU 02 (85,2%)
Indicador Produtividade	Atual	15	17	13	11	19
	Meta	18	19	16	16	22
Benchmarks	DMU 01	11,2%	43,8%	25,1%	25,9%	48,2%
	DMU 04					2,4%
	DMU 05	45,7%		11,2%		39,2%
	DMU 09					6,4%
	DMU 17			3,5%		
	DMU 18	7,0%	41,5%		57,0%	
	DMU 20		14,7%			3,8%
	DMU 23	36,1%		60,2%	17,1%	

Fonte: elaborado pela autora

Como parte das metas propostas pelo *software* SIAD demonstradas por meio do Quadro 32, para que as UBS em destaque possam tornar-se mais eficientes é possível notar a sugestão da redução dos Custos Diretos para a maioria delas. Ao mesmo tempo, observa-se ainda que para alguns itens os números atuais e as respectivas metas permanecem inalteradas, indicando não necessitar de modificações em virtude da correspondência existente entre os elementos do conjunto analisado.

Assim, considerando exclusivamente os “Custos Administrativos”, é sugerido o corte de R$ 2.290,46 (dois mil, duzentos e noventa reais e quarenta e seis centavos) na DMU 21 (São Vicente); R$ 4.914,32 (quatro mil, novecentos e quatorze reais e trinta e dois centavos) na DMU 03 (Bandeirantes) e, R$ 1.345, 32 (mil trezentos e quarenta e cinco reais e trinta e dois centavos) na DMU 08 (Clemente Soares Araucária). A Exceção limita-se à DMU 22 (Tropical) e DMU 02 (Aricanduva), as quais, dentro do conjunto de metas sugeridas a redução neste gasto pode não refletir em melhor performance.

No tocante aos “Custos com Material de Consumo” a meta é reduzir R$ 16.677,18 (dezesseis mil, seiscentos e setenta e sete reais e dezoito centavos) na DMU 21 (São Vicente); na DMU 03 (Bandeirantes), R$ 3.719,22 (três mil, setecentos e dezenove reais e vinte e dois centavos); R$ 9.545,05 (nove mil, quinhentos e quarenta e cinco reais e cinco centavos), na DMU 22 (Tropical); R$ 7.902,94 (sete mil, novecentos e dois reais e noventa e quatro centavos), na DMU 08 (Clemente Soares Araucária), mantendo-se os gastos atuais apenas para a DMU 02 (Aricanduva).

Ao tratar dos “Custos com Pessoal”, excluindo-se somente a DMU 21 (São Vicente) e a DMU 08 (Clemente Soares Araucária), as quais não se sugere alteração, é indicado reduzir R$ 28.725,29 (vinte e oito mil, setecentos e vinte e cinco

reais e vinte e nove centavos) na DMU 22 (Tropical). Já para a DMU 02 (Aricanduva) aprimorar seu índice de eficiência, a meta é diminuir R$ 54.286,39 (cinquenta e quatro mil, duzentos e oitenta e seis reais e trinta e nove centavos), limitando-se a redução apenas a esta categoria de gasto. Em contraponto, chama atenção o corte de custo sugerido para a DMU 03 (Bandeirantes) ao montante de R$ 474.383,23 (quatrocentos e setenta e quatro mil, trezentos e oitenta e três reais e vinte e três centavos). Sobre esta unidade, cumpre lembrar ser a que mais possui profissionais e a segunda que mais oferta serviços para atender cerca de 3.200 pessoas cadastradas. Tais dados indicam que uma possível otimização dos recursos investidos parte da revisão da estrutura de pessoal existente, o que pode refletir em melhor performance.

Por seu turno, no que se refere à “Quantidade de Profissionais” e “Equipamentos/Infraestrutura”, é indicado a redução somente para a DMU 03 (Bandeirantes) e DMU 08 (Clemente Soares Araucária), incluindo a DMU 21 (São Vicente) quanto ao primeiro critério. Em contrapartida, no item referente à “Quantidade de Serviços Ofertados”, para todas as DMUs do Quadro 32, sugere-se o aumento da oferta de serviço, melhoria que também é evidenciada nos itens relacionados às “Quantidades de Pessoas Acompanhadas”, “Produção Total” e “Indicador de Produtividade”, resguardado o grau de variação recomendado em cada caso.

Neste sentido, cabe ainda subtrair informações interessantes com base no Quadro 31. Ao observar de forma isolada os itens de entrada e saída, dentre as UBS que apresentam um dos maiores consumos relacionados aos itens “Custos Administrativos” e “Custos com Materiais de Consumo” destaca-se a unidade de Centro Pombas, classificada com índice de 98,5% de eficiência. Por outro lado, é a quarta unidade que mais possui pessoas acompanhadas e a oitava em disponibilização de serviços, mas demonstra um dos mais baixos índices de produtividade de todas.

Guadalupe foi a que mais gastou no item “Custos com Material de Consumo” além de registrar o quarto maior consumo em “Custos com Pessoal”. Em contrapartida, a sua produção é uma das menores e mesmo tendo o segundo maior número de pessoas acompanhadas fica em último lugar no “Indicador de Produtividade” alcançando 90,5% de eficiência. Casos como esses indicam a possibilidade de otimizar a alocação de recursos a partir da reestruturação do quadro funcional acompanhado de melhores controles dos demais gastos o que pode favorecer a eficiência.

Outro ponto relevante que o Quadro 32 identifica para as DMUs classificadas com índices abaixo de 100% de eficiência, trata-se das *Benchmarks*, unidades com as melhores práticas que servem de exemplo a ser seguido. Estas unidades “modelo” apresentam-se em porcentagem, sendo que quanto mais próximo de 100% significa ser a melhor referência para uma dada DMU.

Deste modo, para a DMU 21 (São Vicente), que alcançou 90,3% de eficiência as unidades de referência são Águias, Campinho, San Rafael e Ulisses Guimarães. Para a DMU 03 (Bandeirantes), com índice de 90,3%, as UBS modelo são Águias, São Bento e San Rafael. Já para a DMU 22 (Tropical), com 88,1% de eficiência as *benchmarks* são Águias, Campinho, Primavera e Ulisses Guimarães. No caso da DMU 08 (Clemente Soares Araucária), que atingiu o percentual de 85,3% as unidades são Águias, Ulisses Guimarães e San Rafael. E, por último as UBS consideradas modelos a serem seguido pela DMU 02 (Aricanduva), que se mostrou 85,2% eficiente, são: Águias, Caic, Campinho, Colônia Esperança e São Bento.

Além disso, a DEA pode contribuir com um olhar sobre o desempenho das funções nas UBS, a partir da identificação daquelas com os melhores e os menores índices de eficiência. Tal cenário pode ser obtido ao utilizar como *input* os valores dos “Custos com Pessoal” de cada função e como *output* a quantidade de Atendimentos/Procedimentos realizados no ano de 2019 por função, respectivamente. Nesse caso, em especial, é possível englobar os dados referentes às UBS Palmares e Petrópolis sem comprometer as análises. Optou-se por incluir somente as funções presentes na maioria das unidades a fim de viabilizar os comparativos, como as de ACS, Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem, Cirurgião-Dentista, Enfermeiro e, por fim Médico Clínico-Geral, demonstradas nesta ordem (Quadro 33).

Quadro 33. Eficiência ACS – DEA

DMU1	ÁGUIAS	100,00%	DMU5	CAMPINHO	45,25%
DMU20	SAN RAPHAEL	100,00%	DMU10	COLUMBIA	44,89%
DMU25	ULISSES GUIMARÃES	100,00%	DMU19	PRIMAVERA	41,56%
DMU29	VILA TRIÂNGULO	100,00%	DMU23	SÃO VICENTE	41,25%
DMU17	PALMARES	91,39%	DMU11	DEL CONDOR	40,11%
DMU22	SÃO BENTO	87,83%	DMU18	PETRÓPOLIS	38,51%
DMU14	JARDIM PANORAMA	78,21%	DMU4	CAIC	34,84%
DMU21	SANTO ANTÔNIO	72,85%	DMU24	TROPICAL	31,04%
DMU26	VILA ARAPONGUINHA	69,78%	DMU2	ARICANDUVA	27,43%
DMU15	LORI	67,58%	DMU9	COLÔNIA ESPERANÇA	26,01%
DMU3	BANDEIRANTES	66,12%	DMU27	VILA SAMPAIO	25,29%
DMU7	CENTRO POMBAS	64,53%	DMU28	VILA SÃO JOÃO	17,48%
DMU13	JARDIM BARONEZA	58,79%	DMU12	GUADALUPE	15,94%
DMU16	PADRE CHICO	48,21%	DMU8	CLEMENTE SORAES ARAUCÁRIA	6,70%
DMU6	CENTAURO	47,10%			

Fonte: elaborado pela autora.

A partir do Quadro 33, que aborda a eficiência dos ACS individualmente por UBS, as unidades que se destacam são: Águias, San Raphael, Ulisses Guimarães e Vila Triângulo – todas com 100% de eficiência, ou seja, com base nos recursos investidos são as que demonstram os melhores resultados no desempenho da função. Sendo assim, os ACS na UBS Águias custaram no ano de 2019, R$ 99.396,26 (noventa e nove mil, trezentos e noventa e seis reais e vinte e seis centavos), R$ 258.282,26 em San Raphael, seguidos de Ulisses Guimarães, com R$ 85.138,27 e 173.465,37 em Vila Triângulo, contabilizando, respectivamente, 18.515 (dezoito mil, quinhentos e quinze), 39.235 (trinta e nove mil e duzentos e trinta e cinco), 9.170 (nove mil cento e setenta) e 29.198 (vinte e nove mil, cento e noventa e oito) visitas domiciliares. Por outro lado, as UBS com menor eficiência na função ACS, com índices abaixo de 27% são: Colônia Esperança (26,01%), Vila Sampaio (25,29%), Vila São João (17,48%), Guadalupe (15,94%) e Clemente Soares Araucária (6,70%).

Complementar a apresentação dos *benchmarks* e das Metas das UBS menos eficientes, o DEA também permite demonstrar qual o nível máximo de produtos a partir dos recursos que se tem à disposição voltados para focos específicos de análise, além de indicar os modelos a serem seguidos, conforme as informações no Quadro 34.

Quadro 34. *Benchmark* e metas UBS menos eficientes – ACS

		DMU9 (26,01%)	DMU27 (25,29%)	DMU28 (17,48%)	DMU12 (15,94%)	DMU8 (6,70%)
Custos com Pessoal - ACS	Atual	R$ 142.708,31	R$ 128.280,04	R$ 124.490,93	R$ 240.653,18	R$ 181.690,06
	Meta	R$ 142.708,31	R$ 128.280,04	R$ 124.490,93	R$ 240.653,18	R$ 181.690,06
Produção Total - ACS	Atual	6.441	5.735	3.868	5.922	2.022
	Meta	24.762	22.681	22.134	37.149	30.171
Benchmarks	DMU1	42%	61%	66%		
	DMU20				79%	10%
	DMU29	58%	39%	34%	21%	90%

Fonte: elaborado pela autora.

Com base no Quadro 34, identificam-se os *Benchmarks*, ou seja, as unidades de referência para cada DMU ineficiente neste critério e inclui o quanto em percentual deve-se parecer com elas, além das metas propostas pelo *software* SIAD, em termos de Custos com Pessoal e Produção. Desse modo, em alinhamento ao modelo BBC – orientado ao *output*- mantendo-se os custos atuais, para que as UBS alcancem 100% de eficiência, sugere-se o aumento dos níveis de produção para todas. Como exemplo, à Colônia Esperança propõe-se assemelhar-se à Águias em 42% e Vila Triângulo, 58%, aumentando a produção dos ACS em 18.321 (dezoito mil e trezentos e vinte um) atendimentos/procedimentos. Já no caso de Clemente Soares Araucária, cuja eficiência dos ACS condiz com 6,70%, recomenda-se o aumentar a produção em 28.149 (vinte e oito mil e cento e quarenta e nove), tendo como modelo, neste critério, as UBS Vila Triângulo (90%) e San Raphael (10%), o que pode favorecer a possibilidade de melhoria do atual cenário.

Por outro lado, ao demonstrar a eficiência do Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem, percebe-se que uma das UBS mais eficientes no ano de 2019 foi a Clemente Soares Araucária, conforme Quadro 35.

Quadro 35. Eficiência auxiliar e/ou técnico de enfermagem – DEA

DMU8	**CLEMENTE SORAES ARAUCÁRIA**	**100,00%**
DMU10	**COLUMBIA**	**100,00%**
DMU20	**SAN RAPHAEL**	**100,00%**
DMU26	**VILA ARAPONGUINHA**	**100,00%**
DMU29	**VILA TRIÂNGULO**	**90,42%**
DMU21	**SANTO ANTÔNIO**	**86,25%**
DMU3	**BANDEIRANTES**	**85,91%**
DMU18	**PETRÓPOLIS**	**85,03%**
DMU11	**DEL CONDOR**	**76,43%**
DMU22	**SÃO BENTO**	**74,43%**
DMU5	**CAMPINHO**	**67,81%**
DMU15	**LORI**	**62,75%**
DMU13	**JARDIM BARONEZA**	**59,84%**
DMU12	**GUADALUPE**	**59,50%**
DMU19	**PRIMAVERA**	**51,15%**
DMU17	**PALMARES**	**50,26%**
DMU28	**VILA SÃO JOÃO**	**46,11%**
DMU14	**JARDIM PANORAMA**	**43,23%**
DMU6	**CENTAURO**	**42,58%**
DMU27	**VILA SAMPAIO**	**42,46%**
DMU4	**CAIC**	**36,70%**
DMU23	**SÃO VICENTE**	**36,46%**
DMU25	**ULISSES GUIMARÃES**	**34,39%**
DMU24	**TROPICAL**	**31,03%**
DMU2	**ARICANDUVA**	**26,63%**
DMU9	**COLÔNIA ESPERANÇA**	**22,29%**
DMU1	**ÁGUIAS**	**19,65%**
DMU7	**CENTRO POMBAS**	**18,07%**
DMU16	**PADRE CHICO**	**9,34%**

Fonte: elaborado pela autora.

Assim, identifica-se a partir do Quadro 35, que dentre as UBS cuja função de Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem se mostrou mais eficiente estão: Clemente Soares Araucária; Columbia; San Raphael; e Vila Araponguinha. Na outra extremidade, condizente aos menores índices de eficiência, todos abaixo de 30%, estão as UBS: Aricanduva (26,63%); Colônia Esperança (22,29%); Águias (19,65%); Centro Pombas (18,07%); e Padre Chico (9,34%). Nesses casos, em especial, apresentam-se as metas e os *Benchmarks,* definidos pelo SIAD, a fim de favorecer a possibilidade de mudanças.

Quadro 36. *Benchmark* e metas UBS menos eficientes – Aux./Téc. de Enfermagem

		DMU2 (26,6%)	**DMU9 (22,3%)**	**DMU1 (19,7%)**	**DMU7 (18,1%)**	**DMU16 (9,3%)**
Custos com Pessoal - Aux./Téc. Enf.	Atual	R$ 69.761,06	R$ 26.926,73	R$ 27.645,81	R$ 28.700,00	R$ 29.884,78
	Meta	R$ 59.850,91	R$ 26.926,73	R$ 27.645,81	R$ 28.700,00	R$ 29.884,78
Produção Total - Aux./Téc. Enf.	Atual	2.914	1.834	1.632	1.516	793
	Meta	10.944	8.228	8.305	8.391	8.489
Benchmarks	DMU8	100,0%		2,0%	5,2%	8,8%
	DMU10		2,5%			
	DMU20		97,5%	98,0%	94,8%	91,2%

Fonte: elaborado pela autora.

Percebe-se com base no quadro acima que a meta de redução dos custos com pessoal restringe-se ao caso da UBS de Aricanduva, em que é sugerido R$ 9.910,15 (nove mil, novecentos e dez reais e quinze centavos) a menos que o valor atual gasto com a função de Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem. Ao contrário, no tocante às produções, é sugerido o aumento em todas as unidades que integram este grupo, conforme indicação das respectivas metas. Ao fazer menção às UBS que podem ser tomadas como *Benchmarks* incluem-se as UBS Columbia, San Raphael e Clemente Soares Araucária.

Quadro 37. Eficiência cirurgião-dentista – DEA

DMU20	**SAN RAPHAEL**	**100%**
DMU4	**CAIC**	**87%**
DMU8	**CLEMENTE SORAES ARAUCÁRIA**	**85%**
DMU17	**PALMARES**	**70%**
DMU22	**SÃO BENTO**	**62%**
DMU25	**ULISSES GUIMARÃES**	**59%**
DMU28	**VILA SÃO JOÃO**	**56%**
DMU2	**ARICANDUVA**	**48%**
DMU18	**PETRÓPOLIS**	**46%**
DMU24	**TROPICAL**	**40%**
DMU7	**CENTRO POMBAS**	**40%**
DMU11	**DEL CONDOR**	**39%**
DMU6	**CENTAURO**	**38%**
DMU10	**COLUMBIA**	**36%**
DMU3	**BANDEIRANTES**	**30%**
DMU26	**VILA ARAPONGUINHA**	**30%**
DMU1	**ÁGUIAS**	**26%**
DMU12	**GUADALUPE**	**24%**
DMU27	**VILA SAMPAIO**	**23%**

Fonte: elaborado pela autora.

A eficiência do Cirurgião-Dentista (Quadro 37) pode ser medida comparando o desempenho da função em 19 UBS. Dentre elas, a unidade mais eficiente foi San Raphael, a qual realizou 9.900 (nove mil e novecentos) atendimentos/procedimentos ao longo do ano de 2019, ao custo de R$ 70.560,00 (setenta mil e quinhentos e sessenta reais). Por outro lado, a Vila Sampaio, com custo equivalente, registrou apenas 2.260 serviços no âmbito da saúde bucal, sugerindo-se o aumento da produção desta em 7.640 (sete mil e seiscentos e quarenta), a fim de assemelhar-se ao total contabilizado pela UBS San Raphael, seu *benchmark,* conforme demonstra o Quadro 38.

Quadro 38. *Benchmark* e metas UBS menos eficientes – cirurgião-dentista

		DMU3 (30%)	DMU26 (30%)	DMU1 (26%)	DMU12 (24%)	DMU27 (23%)
Custos com Pessoal - CD	Atual	R$ 117.528,00	R$ 70.560,00	R$ 115.728,71	R$ 197.823,32	R$ 70.560,00
	Meta	R$ 70.560,00	R$ 70.560,00	R$ 70.560,00	R$ 70.560,00	R$ 70.560,00
Produção Total - CD	Atual	2.969	2.940	2.569	2.370	2.260
	Meta	9.900	9.900	9.900	9.900	9.900
Benchmark	DMU20	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: elaborado pela autora.

Quadro 39. Eficiência enfermeiro – DEA

DMU17	**PALMARES**	**100,00%**
DMU22	**SÃO BENTO**	**100,00%**
DMU6	**CENTAURO**	**99,08%**
DMU20	**SAN RAPHAEL**	**90,16%**
DMU1	**ÁGUIAS**	**86,55%**
DMU3	**BANDEIRANTES**	**83,64%**
DMU16	**PADRE CHICO**	**77,89%**
DMU8	**CLEMENTE SORAES ARAUCÁRIA**	**72,93%**
DMU18	**PETRÓPOLIS**	**71,77%**
DMU26	**VILA ARAPONGUINHA**	**68,39%**
DMU9	**COLÔNIA ESPERANÇA**	**59,41%**
DMU7	**CENTRO POMBAS**	**59,05%**
DMU15	**LORI**	**56,65%**
DMU27	**VILA SAMPAIO**	**54,72%**
DMU10	**COLUMBIA**	**54,36%**
DMU28	**VILA SÃO JOÃO**	**51,67%**
DMU11	**DEL CONDOR**	**45,72%**
DMU2	**ARICANDUVA**	**45,10%**
DMU19	**PRIMAVERA**	**40,37%**
DMU29	**VILA TRIÂNGULO**	**39,13%**
DMU14	**JARDIM PANORAMA**	**38,23%**
DMU25	**ULISSES GUIMARÃES**	**33,60%**
DMU23	**SÃO VICENTE**	**32,82%**
DMU21	**SANTO ANTÔNIO**	**30,94%**
DMU24	**TROPICAL**	**27,20%**
DMU13	**JARDIM BARONEZA**	**25,38%**
DMU4	**CAIC**	**22,98%**
DMU5	**CAMPINHO**	**22,89%**
DMU12	**GUADALUPE**	**14,40%**

Fonte: elaborado pela autora.

Com relação à função de Enfermeiro, destacam-se as UBS Palmares e São Bento, as quais demonstraram maior percentual de eficiência no ano de 2019. A primeira custou R$ 51.614,14 (cinquenta e um mil, seiscentos e quatorze reais e quatorze centavos) e registrou 6.575 procedimentos, ao passo que a segunda, realizou 14.061 procedimentos ao custo de R$ 67.290,36. Na extremidade oposta, identifica-se a unidade Guadalupe, que apresenta o menor percentual de eficiência, apenas 14,40%, custou R$ 67.413,05 (seiscentos e sete mil, quatrocentos e treze reais e cinco centavos) e registrou 2.025 procedimentos/atendimentos.

De modo semelhante ao recurso utilizado para analisar as unidades menos eficientes nas demais funções, tem-se no Quadro 40 as sugestões das metas de custos e produção a fim de que as UBS com os menores percentuais de eficiência na função de Enfermeiro possam alcançar índices maiores.

Quadro 40. *Benchmark* e metas UBS menos eficientes – enfermeiro

		DMU24 (27,20%)	DMU13 (25,38%)	DMU4 (22,98%)	DMU5 (22,89%)	DMU12 (14,40%)
Custos com Pessoal - Enf.	Atual	R$ 67.413,05	R$ 75.487,92	R$ 66.973,59	R$ 74.017,85	R$ 67.413,05
	Meta	R$ 67.290,36	R$ 67.290,36	R$ 66.973,59	R$ 67.290,36	R$ 67.290,36
Produção Total - Enf.	Atual	3.824	3.568	3.197	3.218	2.025
	Meta	14.061	14.061	13.910	14.061	14.061
Benchmarks	DMU17			2,0%		
	DMU22	100,0%	100,0%	98,0%	100,0%	100,0%

Fonte: elaborado pela autora.

Percebe-se com base no Quadro 40, que a unidade a ser tomada como *benchmark* para a DMU 24 (Tropical), DMU 13 (Jardim Baroneza), DMU 5 (Campinho) e DMU 12 (Guadalupe) restringe-se somente a UBS São Bento (DMU 22) e, para a DMU 4 (Caic), além da São Bento ao grau de 98% o SIAD ainda propõe 2% de proximidade com a unidade de Palmares.

O Quadro 41 aborda a relação dos percentuais de eficiência atingidos pelas UBS na função do Médico Clínico Geral.

Quadro 41. Eficiência médico clínico geral – DEA

DMU20	**SAN RAPHAEL**	**100,0%**
DMU28	**VILA SÃO JOÃO**	**100,0%**
DMU17	**PALMARES**	**90,5%**
DMU12	**GUADALUPE**	**84,7%**
DMU11	**DEL CONDOR**	**77,0%**
DMU8	**CLEMENTE SORAES ARAUCÁRIA**	**74,6%**
DMU3	**BANDEIRANTES**	**70,7%**
DMU18	**PETRÓPOLIS**	**70,3%**
DMU26	**VILA ARAPONGUINHA**	**69,7%**
DMU29	**VILA TRIÂNGULO**	**68,5%**
DMU25	**ULISSES GUIMARÃES**	**67,8%**
DMU19	**PRIMAVERA**	**65,1%**
DMU1	**ÁGUIAS**	**59,2%**
DMU27	**VILA SAMPAIO**	**57,4%**
DMU21	**SANTO ANTÔNIO**	**56,8%**
DMU22	**SÃO BENTO**	**53,6%**
DMU24	**TROPICAL**	**52,1%**
DMU2	**ARICANDUVA**	**49,6%**
DMU6	**CENTAURO**	**49,1%**
DMU14	**JARDIM PANORAMA**	**49,0%**
DMU7	**CENTRO POMBAS**	**47,4%**
DMU16	**PADRE CHICO**	**47,0%**
DMU4	**CAIC**	**39,8%**
DMU23	**SÃO VICENTE**	**36,4%**
DMU10	**COLUMBIA**	**32,3%**
DMU5	**CAMPINHO**	**31,8%**
DMU15	**LORI**	**29,7%**
DMU13	**JARDIM BARONEZA**	**26,4%**
DMU9	**COLÔNIA ESPERANÇA**	**25,2%**

Fonte: elaborado pela autora

Como se pode observar no Quadro 41, em relação à função do Médico Clínico Geral, as UBS que alcançaram 100% de eficiência foram San Raphael

e Vila São João. Como destaque, San Raphael é a que demonstra a maior quantidade de produção, 8.819 atendimentos/procedimentos realizados no ano de 2019, ao custo de R$ 164.304,00 (cento e sessenta e quatro mil e trezentos e quatro reais). A unidade Vila São João, por sua vez, realizou apenas 3.402 serviços com custo de R$ 154.967,96 (cento e cinquenta e quatro mil, novecentos e sessenta e sete reais e noventa e seis centavos). Na extremidade oposta, apresentando os menores índices de eficiência situam-se as UBS Columbia, Campinho, Lori, Jardim Baroneza e, por último, Colônia Esperança, com 25,2% de eficiência. Para esta, em especial, na busca de melhor performance, o SIAD sugere o aumento da produção desta de 2.221 atendimentos para 8.819, mantendo-se os custos atuais. No entanto, sabe-se que por tratar-se de UBS situada em área rural e ainda com a menor quantidade de pessoas acompanhadas, o alcance desta meta fica comprometido. Mesmo assim, vale mencionar que a UBS tomada como *benchmark* nesse caso e para as demais UBS menos eficientes é a San Raphael, conforme apresenta o Quadro 42.

Quadro 42. *Benchmark* e metas UBS menos eficientes – médico clínico geral

		DMU10 (32,3%)	**DMU5 (31,8%)**	**DMU15 (29,7%)**	**DMU13 (26,4%)**	**DMU9 (25,2%)**
Custos com Pessoal - Med. CG.	Atual	R$ 164.304,00	R$ 164.304,00	R$ 164.304,00	R$ 164.304,00	R$ 164.304,00
	Meta	R$ 164.304,00	R$ 164.304,00	R$ 164.304,00	R$ 164.304,00	R$ 164.304,00
Produção Total - Med. CG.	Atual	2.847	2.805	2.616	2.331	2.221
	Meta	8.819	8.819	8.819	8.819	8.819
Benchmarks	DMU20	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: elaborado pela autora.

Outro cenário que pode ser visualizado, refere-se à média geral dos índices de eficiência das funções analisadas, comparando as de maior eficiência média àquelas com os menores índices gerais, conforme demonstra o Quadro 43.

Quadro 43. Eficiência média das funções por UBS

MAIORES EFICIÊNCIA MÉDIA GERAL							
UBS	**DMU**	**ACS**	**Aux_Enf**	**Enf**	**C. Dent.**	**Méd_CG**	**Eficiência Média**
SAN RAPHAEL	DMU20	100,0%	100,0%	90,2%	100,0%	100,0%	98,0%
PALMARES	DMU17	91,4%	50,3%	100,0%	70,4%	90,5%	80,5%
SÃO BENTO	DMU22	87,8%	74,4%	100,0%	61,6%	53,6%	75,5%
VILA TRIÂNGULO	DMU29	100,0%	90,4%	39,1%		68,5%	74,5%
ARAUCÁRIA	DMU8	6,7%	100,0%	72,9%	85,5%	74,6%	67,9%
VILA ARAPONGUINHA	DMU26	69,8%	100,0%	68,4%	29,7%	69,7%	67,5%
BANDEIRANTES	DMU3	66,1%	85,9%	83,6%	30,0%	70,7%	67,3%
MENORES EFICIÊNCIA MÉDIA GERAL							
UBS	**DMU**	**ACS**	**Aux_Enf**	**Enf**	**C. Dent.**	**Méd. CG**	**Eficiência Média**
PADRE CHICO	DMU16	48,2%	9,3%	77,9%		47,0%	45,6%
CAIC	DMU4	34,8%	36,7%	23,0%	87,0%	39,8%	44,3%
JARDIM BARONEZA	DMU13	58,8%	59,8%	25,4%		26,4%	42,6%
CAMPINHO	DMU5	45,2%	67,8%	22,9%		31,8%	41,9%
VILA SAMPAIO	DMU27	25,3%	42,5%	54,7%	22,8%	57,4%	40,5%
GUADALUPE	DMU12	15,9%	59,5%	14,4%	23,9%	84,7%	39,7%
ARICANDUVA	DMU2	27,4%	26,6%	45,1%	48,0%	49,6%	39,4%
SÃO VICENTE	DMU23	41,3%	36,5%	32,8%		36,4%	36,7%
TROPICAL	DMU24	31,0%	31,0%	27,2%	39,9%	52,1%	36,2%
COLÔNIA ESPERANÇA	DMU9	26,0%	22,3%	59,4%		25,2%	33,2%

Fonte: elaborado pelos autora.

Baseando-se nos dados que o Quadro 43 indica, as UBS que alcançaram a maior média de eficiência geral, a partir das funções analisadas, são San Raphael, Palmares, São Bento e Vila Triângulo, todas com eficiência média superior a 70%. Por outro lado, as UBS que, no geral, apresentaram eficiência média abaixo dos 40% foram: Guadalupe (39,7%); Aricanduva (39,4%); São Vicente (36,7%); Tropical (36,2%); e Colônia Esperança (33,2%). Com exceção de Guadalupe, que possui 3.803 pessoas acompanhadas em seu território de abrangência, as demais contam no máximo com 1.600, o que pode favorecer o alcance de índices não tão satisfatórios, nesta perspectiva de análise.

Ao tratar da hipótese norteadora “D.1” que afirma que “os serviços de saúde prestados à sociedade se situam abaixo da capacidade potencial relativa” (FONSECA; FERREIRA, 2009), observa-se que essa condiz com o panorama empírico estudado. A partir dos dados de eficiência média geral das funções por UBS, comparando as de maior eficiência média com as de menores índices gerais, é possível notar grande disparidade nos níveis de eficiência média obtida pelas funções desempenhadas em cada UBS, o que sugere que os serviços de saúde prestados

pelos profissionais possuem capacidade ociosa e não demonstram o maior aproveitamento possível, indicando potencial relativo para melhorar.

4.7 Implicações Gerenciais

Ao levar um estudo a efeito é possível que surjam alguns obstáculos durante a coleta e análise dos dados que podem comprometer o progresso das pesquisas. Sendo assim, esta seção é dedicada a evidenciar situações observadas ao longo do desenvolvimento deste projeto e os procedimentos adotados como forma de contribuir com o avanço de estudos semelhantes.

Como ponto de partida, os dados levantados referentes as atividades desenvolvidas nas UBS buscou-se identificar a quantidade das equipes existentes no panorama municipal, a composição das categorias profissionais e as respectivas funções exercidas. Partindo desse primeiro olhar, vale destacar que mapear as funções exercidas nas UBS assim como atrelar a quantidade de profissionais em cada unidade, não foi tarefa simples, pois exigiu a adoção de certos critérios, como a realocação de alguns profissionais das UBS que estavam lotados para àquelas que efetivamente desempenharam suas funções. Tal procedimento foi possível, em virtude dos relatórios disponibilizados pela SMS que constavam a produção mensal de cada UBS além da identificação dos profissionais e a sua produção correspondente. De posse dessas informações, uma vez que o presente projeto priorizou os custos diretamente relacionados ao local da prestação do serviço, aliado ao fato dessa estrutura de pessoal ser a base para o cálculo dos custos dessa categoria, não seria coerente apropriar o custo de um profissional em determinada UBS, sabendo-se que apresentou produção predominantemente em outra.

Deste modo, o que se percebeu ao longo dos registros das produções, foi o fato de alguns servidores desempenharem suas funções em UBS as quais não estavam lotados. Ao que parece, a situação ocorre na prática sem que a informação, em tempo oportuno, seja repassada ao RH ou mesmo à plataforma de acesso público do MS, a qual semelhantemente espelha tais dados. Como resultado, optou-se por realocar os profissionais junto ao local que ocorreu de fato a prestação do serviço, o que foi viabilizado, conforme mencionado, ao analisar os relatórios de produção de cada UBS fornecidos pela SMS.

Por este motivo, a fim de reforçar maior controle sobre estes pontos e

contribuir com estudos futuros de levantamento de custos, mesmo que a realidade das UBS possa apresentar certas dificuldades para o registro dos dados de todas as ações empreendidas, sugere-se que as informações relacionadas à lotação dos profissionais de cada UBS possam manter alinhamento entre os dados do RH do Município, da plataforma *online* do MS e os relatórios de produção de cada UBS. Paralelamente, seria importante desenvolver mecanismos de controles internos no setor de RH que sejam capazes de identificar mudanças nos locais de trabalho dos profissionais ou ainda uma maneira que permita registrar as diferentes lotações daqueles que atendem em mais de uma UBS.

No que se refere aos “Custos com Pessoal”, alguns ajustes foram demandados para que fosse possível apropriar os custos diretos de cada unidade, conforme algumas considerações já feitas. Assim, de posse de planilha fornecida pelo departamento de RH que trazia os locais de trabalho, função exercida e regime previdenciário dos servidores que poderia ser um dos três regimes existentes no município resultando em diferentes encargos sociais patronais, foi solicitado junto ao setor, as respectivas alíquotas atribuídas a cada regime para o ano em pauta. Vale mencionar que estes cálculos foram viabilizados devido à planilha de remunerações incluir também a base para o cálculo previdenciário, portanto os valores relacionados aos custos com pessoal, apresentam-se somados aos respectivos encargos a depender do regime previdenciário atrelado, o que em caso de estudos semelhantes recomenda-se reservar atenção neste ponto em especial.

Com relação aos “Custos Administrativos”, em especial aos gastos com aluguéis de algumas UBS, estes não foram computados devido a sua não disponibilização. Já, no que se refere aos custos com materiais foi disponibilizada planilha que trazia os valores mensais, sem discriminação do tipo de material repassado por UBS. Tal fato impediu representar a composição desses custos, apresentando-se somados materiais hospitalares e de escritório, por exemplo.

Outro aspecto observado trata-se da carência de rígidos controles de estoques em cada unidade o que impossibilitou mensurar os já existentes no ano de 2019. É válido mencionar que alguns avanços na gestão de custos envolvem refinada gestão dos estoques e isso se deve ao fato desta ser capaz de assegurar a segurança no ressuprimento e prever demandas de modo a não incorrer em falta do material a ser utilizado além de evitar perdas e despercícios, favorecendo a economicidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo caracterizou-se como descritivo e com abordagem metodológica quantitativa, conduzido mediante viés dedutivo e aplicado, considerando a totalidade da população representada pelas 29 UBS existentes no município no ano de 2019. A pesquisa objetivou “Analisar a eficiência relativa das Unidades Básicas de Saúde do Município de Arapongas-PR baseada na relação custo direto e produtividade, no ano de 2019”. Para este fim, foram elaborados os objetivos específicos apresentados a seguir: A) Levantar e descrever as atividades desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde; B) Analisar a produção das diferentes atividades desenvolvidas pelas UBS; C) Calcular e analisar comparativamente os custos diretos de cada Unidade Básica de Saúde do Município; D) Identificar a eficiência relativa da alocação dos recursos das UBS estudadas, com relação à produção correspondente, a partir da Análise Envoltória dos Dados (DEA).

Alinhado à literatura levantada, foram formuladas hipóteses norteadoras para serem confirmadas ou refutadas ao longo do processo de cumprimento de cada objetivo específico. Para tanto, foram coletados dados do ano de 2019 referentes às UBS, tais como: quantidade de profissionais por função e remuneração liquidada; gastos com estrutura e outros serviços liquidados; medicamentos e materiais repassados; número de atendimentos realizados por função; quantidade de equipamentos disponíveis; e, quantidade de pessoas cadastradas por UBS.

Em um primeiro momento, os dados levantados referentes as atividades desenvolvidas nas UBS (Objetivo específico A) permitiram identificar a composição das categorias profissionais e respectivas funções exercidas, assim como a cobertura populacional e quantidade das equipes existentes no panorama municipal. Verificou-se que para o ano de 2019 a estrutura de pessoal das UBS condizem aos profissionais nas funções de ACS, Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem, Auxiliar e/ou Técnico de Odontologia, Cirurgião Dentista, Enfermeiro, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Clínico Geral e Pediatra, Nutricionista, Odontopediatra, Psicólogo e, ainda os profissionais de apoio das unidades como Motorista, Auxiliar de Serviços Gerais e Gerente Administrativo. Ademais, constatou-se que somente as funções ACS, Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem, Enfermeiro, e a de Médico estão presentes em todas as UBS e no que se refere aos profissionais

que exercem as outras funções, somente algumas UBS contam com os serviços disponibilizados.

Considerando que cada UBS possui responsabilidade com o respectivo território de abrangência e, logo com a população domiciliada nestes locais, outro ponto interessante analisado refere-se à população adscrita de cada UBS. A partir desses dados constatou-se que as UBS situadas em áreas rurais são as que possuem o menor número de pessoas cadastradas, o que está alinhado à tendência dessas regiões apresentarem menor densidade demográfica que as das áreas urbanas.

Ao comparar os dados levantados da quantidade de profissionais atuantes nas UBS, com os dados da população adscrita pode-se confirmar a hipótese norteadora A.1, a qual afirma que “a quantidade de profissionais nas UBS não está diretamente relacionada com o tamanho da população sob sua responsabilidade” (FERRI, 2018). Essa situação foi constatada no caso da unidade Petrópolis, que conta com 18 profissionais para o acompanhamento de 2.884 pessoas, enquanto a San Raphael possui 15 profissionais para uma população de 5.510. Foi verificado fato semelhante na maioria das UBS com menor representatividade em número de profissionais, como Lori, Santo Antônio e Ulisses Guimarães que, não o são em número de pessoas cadastradas. Portanto, outros fatores podem ser levados em consideração quando da definição da estrutura de profissionais nas unidades, como maior aderência às demandas de saúde da população abrangida ao invés do montante de pessoas cadastradas, o que poderia explicar o fato de unidades com maior representatividade em profissionais não o serem em número de pessoas vinculadas, caso estas possuam maior carência de atenção, por exemplo.

Quanto à hipótese A.2, a qual indica que “as funções de Farmacêutico, Nutricionista e Psicólogo são as que tem menor representatividade nas UBS” (FERRI, 2018), foi passível de confirmação, pois apresentou o menor número de profissionais em exercício: 3, 2 e 3, respectivamente, demonstrando perfil semelhante no contexto do município analisado.

Na etapa seguinte da pesquisa foi analisada a produção das diferentes atividades desenvolvidas pelas UBS (Objetivo específico B), e os dados permitiram identificar que as UBS com maior representatividade de produção, todas com mais de 50 mil atendimentos/procedimentos no ano, situam-se em área urbana, como as unidades de San Raphael (78.883), Palmares (64.814), Bandeirantes

(55.246) e São Bento (53.025), o que representa, um percentual de 7,59%, 6,23%, 5,31% e 5,10% do total de atendimentos/procedimentos, respectivamente. Em contrapartida, as unidades que apresentaram menor produção, ou seja, abaixo de 20 mil atendimentos/procedimentos no ano, foram as UBS Campinho (1,57%), Tropical (1,68%) e Colônia Esperança (1,81%).

A partir desses dados observou-se que dentre as UBS que registram menos atendimentos identifica-se a Tropical – situada em região urbana e, por este motivo a Hipótese B.1, que afirma “as UBS situadas na zona rural produzem menos que as situadas na zona urbana” (FERRI, 2018), não pode ser confirmada, sendo refutada nesta pesquisa.

Ao tratar a produção por função, sem distinção das UBS, foi possível observar que as funções responsáveis pelo maior volume de atendimentos/procedimentos no ano de 2019, foram a função ACS (416.374), seguida do Enfermeiro (216.826), Médico CG (142.909) e a de Aux./Téc. Enfermagem (139.594). Todas contabilizaram mais de 100 mil ações efetivadas no exercício de cada função o que, somadas, correspondem a cerca de 88% do total. Ao comparar estes resultados com a hipótese norteadora B.2, “A produção anual dos ACS e Auxiliares/Técnicos de Enfermagem superam o volume apresentado pelos profissionais da Área Médica e Enfermeiros” (FERRI, 2018), essa não pode ser confirmada, uma vez que a produção registrada pelos Enfermeiros e Médicos concentram o segundo e o terceiro maior volume, ficando atrás somente dos ACS.

No entanto, sob este prisma de análise, cabe ressaltar que os ACS costumam produzir mais que os demais profissionais, uma vez que registram suas produções a partir de visitas domiciliares, enquanto o Auxiliar/Técnico de Enfermagem as contabilizam por meio de procedimentos realizados, como curativos, coleta de materiais, aferição de pressão arterial, entre outros. Somado a isso, atendimentos médicos e de enfermagem demandam mais tempo para serem concluídos, o que contribui com o menor volume de registros por parte destes profissionais. Mesmo assim, com base na investigação empírica, esta hípotese mostra-se refutada, pois não demonstra a realidade do município de Arapongas no ano de 2019.

Ao tratar sobre o Indicador de Produtividade *per capita,* o qual foi construído com base nas relações entre os dados de Produção Total Anual e da Quantidade de Pessoas Acompanhadas nas respectivas UBS, foi possível extrair informações interessantes. A partir desta perspectiva, constatou-se que a UBS

Colônia Esperança, mesmo sendo uma das que menos produz e ainda a que apresenta a menor quantidade de pessoas acompanhadas, foi a que demonstrou o melhor resultado no Indicador de Produtividade *per capita*, destacando-se pela capacidade produtiva ao prestar cerca de 35,7 atendimentos para cada pessoa acompanhada no ano de 2019. Em contrapartida, ao analisar a UBS San Raphael, ainda que possua a maior quantidade de pessoas acompanhadas e a que mais produziu no ano, alcançou um índice de 14,3 atendimentos por pessoa acompanhada. Como se observa, a análise deste indicador, além de ser uma ferramenta para mensurar o desempenho das UBS, pode indicar a necessidade de ajustes na força de trabalho a fim de suprir possíveis demandas de saúde da população sob responsabilidade.

A etapa seguinte do estudo consistiu em “Calcular e analisar comparativamente os custos diretos de cada Unidade Básica de Saúde do Município” (Objetivo específico C) considerando os parâmetros: “Custos com Pessoal” (soma de todos os custos com salários e encargos sociais); “Custos Administrativos” (custos com água, energia, comunicação - telefone e internet e serviços de manutenção); e “Custos com Material de Consumo” (medicamentos, materiais de enfermagem, odontológicos e médico – hospitalares, além de materiais de limpeza, copa e cozinha). A união desses dados permitiu identificar que os “Custos com Pessoal” representam cerca de 95% dos custos totais, seguido dos “Custos com Material de Consumo” e “Custos Administrativos”, com 4% e 1%, respectivamente.

Com base nesses resultados foi possível confirmar a hipótese C.1, onde “Os gastos com pessoal representam a maior parcela dos custos totais das UBS (ROCHA FILHO; SILVA, 2009; FERRI, 2018), em média, 74% dos custos para Rocha Filho e Silva (2009) e aproximadamente 90% em Ferri (2018)”. Por outro lado, no tocante a afirmação C.2 de que “Os custos com medicamentos são o segundo custo mais elevado (ROCHA FILHO; SILVA, 2009; FERRI, 2018)”, foi refutada neste estudo. Esse fato se deve aos custos com insumos (materiais de enfermagem, odontológicos, médico-hospitalares, materiais de limpeza, copa e cozinha) serem superiores em R$ 43.085,17 (quarenta e três mil reais e dezessete centavos) em relação aos custos com Medicamentos, ao ponto destes representarem o terceiro custo mais elevado nas UBS estudadas.

Ao considerar somente os Custos com Pessoal das equipes ESF a hipótese norteadora C.3, em que “as funções de Auxiliares/Técnicos de Enfermagem

são as que tem os maiores custos, demonstrando 43,16% de representatividade, seguidos por Enfermeiros (22,99%), Médicos CG (21,40%) e ACS (12,45%) (FERRI, 2018)", entende-se que esta não é compatível com o cenário encontrado nas UBS de Arapongas, refutando-se a assertiva. Com base nos custos das equipes ESF articuladas pelo município, constatou-se que os custos com as funções de Médico CG são as mais onerosas, representando 41%, seguidas dos ACS (36%), Enfermeiro (16%) e Aux. Téc. Enfermagem (7%), um panorama bem diferente do que já foi identificado em estudos relacionados.

A hipótese C.4 não pode ser afirmada neste estudo, essa indica que "As UBS situadas na Zona Rural, são as que apresentam os menores custos quando comparadas com as da área urbana" (FERRI, 2018). Os resultados apurados dos custos a partir da somatória de todas as categorias estudadas constatou-se que as UBS que menos consumiram foram Lori, Campinho, Santo Antônio, Jardim Baroneza, Ulisses Guimarães, Vila Triângulo e Padre Chico, as quais registraram consumo abaixo dos R$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) no ano de 2019, sendo que somente Campinho situa-se em zona rural, enquanto as demais estão circunscritas em perímetro urbano. Deste modo, considerando a localização das unidades, não foi possível estabelecer um padrão geográfico de custos atendo-se ao local - urbano ou rural – do conjunto de UBS estudadas.

Ao tratar a hipótese norteadora C.5 que afirma que "O custo médio unitário de produção do ACS é o mais baixo enquanto o do enfermeiro é o mais elevado" (FERRI, 2018), foi possível observar que não houve correspondência no presente campo de pesquisa, refutando tal hipótese. O resultado das relações dos custos com pessoal e as respectivas produções possibilitou identificar que o maior valor médio por cada atendimento/procedimento realizado no município de Arapongas em 2019 foi condizente à função de Nutricionista, seguida do Médico Pediatra, ao passo que o do Auxiliar/Técnico Enfermagem demonstrou o menor custo médio unitário.

Com relação ao Custo *per capita* anual por UBS, extraído a partir do resultado da divisão dos custos diretos totais de cada UBS, pela respectiva quantidade de pessoas cadastradas, foi possível verificar que ainda que a maior parte das UBS (55,55%) possua custo *per capita* anual que oscila de R$ 200,00 (duzentos reais) à R$ 400,00 (quatrocentos reais), pode-se dizer que existe grande disparidade na alocação de recursos públicos entre as unidades, uma vez que há seis UBS (22,22%)

com custo registrado de até R$ 200,00 (duzentos reais) anuais por pessoa cadastrada, enquanto outras seis (22,22%), os valores ultrapassam R$ 400,00 (quatrocentos reais) no ano de 2019.

A etapa seguinte do trabalho consistiu em identificar a eficiência relativa dos recursos das UBS, com relação à produção correspondente, a partir da ferramenta DEA (Objetivo específico D). Para tanto, as variáveis de entrada consideraram os dados referentes aos Custos Administrativos, Custos com Material de Consumo, Custos com Pessoal, Quantidade de Profissionais, Equipamentos/Infraestrutura e, como váriáveis de saída, a Quantidade de Pessoas acompanhadas nas UBS, a Produção total, Quantidade de Serviços ofertados e Indicador de Produtividade *per capita*.

Como resultado, foi possível constatar que dentre as 27 UBS comparadas, aproximadamente, 55% delas foram classificadas com 100% de eficiência. Cerca de 33% demonstraram percentuais superiores à 90% de eficiência, e, somente 11% das unidades se apresentaram menos eficientes, evidenciando percentuais inferiores a 90%. Das unidades, 12 delas (44,44%) apontaram desempenho abaixo da capacidade potencial relativa, enquanto as demais foram consideradas 100% eficientes. Isso significa que a partir dos recursos disponíveis, ou mesmo utilizados, foram estas as que alcançaram os melhores resultados.

Partindo-se do propósito geral da pesquisa buscou-se observar a correspondência dos custos diretos na eficiência alcançada a partir dos resultados demonstrados pelas UBS. Tomando como exemplo unidades 100% eficientes, como a DMU 01 (Águias), DMU 04 (CAIC) e DMU 18 (San Raphael), foi possível verificar que essas não são as unidades que utilizaram menos recursos no desempenho das atividades, mas se mostraram equilibradas nas relações entre os custos e os resultados entregues. Tais informações sugerem que uma UBS pode ter custos mais elevados sem que isso comprometa seu nível de eficiência, uma vez que os resultados obtidos podem compensar os recursos aplicados.

Ao comparar somente as UBS rurais, foi possível notar que duas delas apresentaram 100% de eficiência. A UBS Campinho (DMU 05), por exemplo, foi uma das que menos consumiu recursos e ainda que destacando-se no índice de produtividade *per capita*, não apresentou os maiores resultados. Mesmo assim, considerando o baixo custo incorrido mostrou-se econômica e ao considerar o que se entrega, demonstrou bom desempenho. Ao analisar a segunda, Colônia Esperança

(DMU 09), de modo semelhante ao identificado na DMU 05, constatou-se que a composição dos baixos recursos investidos e dos resultados obtidos permitiu-lhe performance 100% eficiente. Por outro lado, em relação à DMU 02 (Aricanduva), com índice de eficiência relativa de 85,2%, um dos menores dentre as unidades analisadas, observou-se que os custos envolvidos na operação e os resultados entregues sugerem melhor balanceamento. Dessa forma, foi possível compreender que uma unidade pode ser eficiente gastando mais, desde que os resultados entregues compensem a operação, ou ainda sendo econômica quando se realiza menos.

Como parte das metas propostas pelo *software* SIAD para que as UBS menos eficientes possam tornar-se mais eficientes constatou-se a sugestão da redução dos Custos Diretos para a maioria delas. Isso deixa claro que uma possível otimização dos recursos investidos parte da revisão da estrutura de pessoal e do monitoramento dos demais custos envolvidos, o que nesses casos poderiam refletir em melhor performance.

Além do mais, a DEA contribuiu com um olhar sobre o desempenho das funções exercidas nas UBS. E com o intuito de viabilizar os comparativos, somente as funções presentes na maioria das unidades foram incluídas como as de ACS, Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem, Cirurgião-Dentista, Enfermeiro e Médico Clínico-Geral. Sob este prisma de análise, ao tratar da hipótese norteadora D.1 que afirma que “os serviços de saúde prestados à sociedade situam-se abaixo da capacidade potencial relativa” (FONSECA; FERREIRA, 2009), foi possível confirmá-la, dado o panorama empírico encontrado. Baseando-se nos dados de eficiência média geral das funções por UBS, comparando as de maior eficiência média com as de menores índices gerais, notou-se grande disparidade nos níveis de eficiência média obtida pelas funções desempenhadas em cada unidade. Isso sugere que os serviços de saúde prestados pelos profissionais possuem capacidade ociosa e não demonstram o maior aproveitamento possível, indicando potencial relativo para melhorar.

Assim, conforme os resultados obtidos pela pesquisa acredita-se ter cumprido não somente com o que foi proposto verificar, mas também corroborar com o avanço teórico e prático ao fornecer informações pioneiras relacionadas aos custos e eficiência de um dos principais serviços de responsabilidade Municipal na APS e ainda servir de referência para a continuidade de estudos semelhantes, ou mesmo em

outros períodos de levantamento dos dados.

Entende-se também, que a pesquisa apresenta contribuição metodológica relevante ao propor um mecanismo de avaliação das atividades operacionais das UBS de forma padronizada e ao favorecer o avanço da produção científica com esse escopo. Além disso, a utilização de indicadores como o que este estudo se dedicou a construir podem ser úteis ao trazer informações novas, que permitem outras análises comparativas e ainda ser um instrumento para mensurar a capacidade produtiva das UBS a partir da quantificação dos resultados entregues.

Em termos práticos, as informações geradas por meio desta pesquisa podem auxiliar o gestor municipal de saúde no controle e direcionamento da aplicação de recursos e servir de base para a elaboração das propostas orçamentárias e, ainda incentivá-lo à ações gerenciais mais amplas como o estabelecimento de uma rotina de gestão de custos que possibilite a melhoria da qualidade dos gastos públicos e maior transparência para o acompanhamento da sociedade. Ao mesmo tempo, espera-se favorecer a reflexão da necessidade de uma nova Administração Pública e a repensar os moldes tradicionais de gestão para um modelo mais moderno, ágil, com foco no cidadão, em que a eficiência da alocação de recursos seja priorizada.

Com relação às limitações da pesquisa, cumpre observar que os *scores* de eficiência obtidos pelo método DEA, tratam-se de eficiência relativa e são sensíveis ao conjunto de variáveis utilizadas e ao desempenho dos pares da amostra, o que torna o presente cenário suscetível a outros resultados caso modifique-se um ou outro elemento. Portanto, a eficiência relativa pode ser reavaliada a partir da utilização de outras dimensões, outras amostras e, tantas variáveis a depender da discricionariedade do pesquisador.

Outro ponto baseia-se no fato de que, ao focar nesta pesquisa a avaliação em saúde pública mediante métricas de custos e produtividade é importante mencionar que representa apenas uma das lentes dentre as várias possíveis que podem ser consideradas para avaliá-la. Sabe-se que enquanto prática social complexa para a melhoria do nivel de saúde dos cidadãos a avaliação em saúde requer a conjugação de múltiplas análises. Apesar disso, face a reconhecida limitação de recursos públicos destinados ao setor pede que estes sejam cuidadosamente alocados a fim de favorecer o melhor uso dos recursos possível. Portanto, olhar a saúde em termos econômicos no sentido de assegurar a redução de desperdícios e corte de gastos desnecessários pode suprir um ponto que compromete a capacidade

dos gestores no financiamento de serviços de saúde mais preementes, por exemplo. Sabe-se que a gestão eficiente dos recursos, especialmente na APS, tem o potencial de refletir no sistema de saúde como um todo, o que oportuniza a necessidade de se expandir o conhecimento a partir deste contexto de análise.

Com relação à indicações de pesquisa futura, sugere-se a continuidade de estudos nestas características para monitorar e avaliar a tendência para os anos seguintes e, sobretudo, contribuir para oportunizar uma rotina de gestão de custos que proporcione apoio gerencial na alocação dos recursos públicos no nível das UBS. Outra possíbilidade diz respeito ao desenvolvimento de pesquisas voltadas para estimar o custo necessário para prevenir determinadas doenças, comparando aos custos derivados do tratamento destas no nível da atenção especialidada do SUS. E ainda pode-se desenvolver pesquisas qualitativas dedicadas a analisar a percepção do cidadão, enquanto usuário do serviço prestado, da qualidade do atendimento recebido.

Por fim, espera-se que este estudo contribua com informações capazes de auxiliar os gestores para que os serviços públicos em saúde prestados pelo Estado sejam cada vez mais eficientes, partindo da busca pelo equilíbrio das relações cujo menor custo possível permita atender com qualidade as demandas da sociedade.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L**. O Impacto do Modelo Gerencial na Administração Pública:** um breve estudo sobre a experiência internacional recente. Brasília: Cadernos ENAP, 1997, 52 p.

ALONSO, M. Custos no Serviço Público. **Revista do Serviço Público**, v.50, n. 1, p. 37-63, 1999.

ANDRADE, E. de O. *et al*. Índice de desenvolvimento em saúde: conceituação e reflexões sobre sua necessidade. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 4, p. 413-421, 2012

BATISTA JÚNIOR, O. A. O Estado Democrático de Direito Pós-Providência Brasileiro em busca da Eficiência Pública e de uma Administração Pública mais Democrática. **Revista Brasileira de Estudos Políticos**, v. 98, p. 119-158, 2008.

ARRETCHE, M.T. C. **Avaliação de políticas sociais:** uma questão em debate. In: E. M. RICO (Org.) - 5. Ed. – São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais, 2007.

ARRUDA NETO, P. T de. Reforma do Estado e evolução dos modelos de gestão pública no Brasil: a democracia deliberativa como fundamentos de uma nova administração pública constitucional. **Revista de direito administrativo**, v. 253, p. 133-158, 2010.

BARROS, J. D. As hipóteses nas Ciências Humanas—considerações sobre a natureza, funções e usos das hipóteses. **Sisifo**, n. 7, p. 151-162, p. 147-156, 2016.

BARZELAY, M. **Breaking through bureaucracy:** a new vision for managing in government. Berkeley: University of California Press, 1992.

BELTRÃO, H. **Descentralização e liberdade**. Rio de Janeiro: Record, 1984.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **O SUS de A a Z:** garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009

_____. O. D. M. Objetivos de desenvolvimento do milênio. **Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília: IPEA, 2010.

_____. 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°. 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.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual instrutivo financiamento do APS [recurso eletrônico]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.222 de 10 de dezembro de 2019. **Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 239, p. 172, 11 dez. 2019. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481. Acesso em: 30. Ago. 2021.

_____. Norma Brasileira de Contabilidade, NBC TSP 34, de 18 de novembro de 2021. **Aprova a NBC TSP 34 - Custos no Setor Público**. Diário Oficial da União, 10 de dezembro de 2021, edição 232, seção 1, página 131. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/norma-brasileira-de-contabilidade-nbc-tsp-34-de-18-de-novembro-de-2021-366061719. Acesso em: 30 ago. 2022.

BRESSER-PEREIRA, L C. Da Administração Pública Burocrática à Gerencial. **Revista do Serviço Público**, v. 47, n.1, 1996.

_____. Uma reforma gerencial da administração pública no Brasil. **Revista do Serviço Público**, v. 49, n. 1, p. 5-42, 1998a.

_____. **Reforma do Estado para a cidadania**. São Paulo: Ed. 34, 1998b.

BOUERI R. *In:* BOUERI, R.; ROCHA, F.; RODOPOULOS, F. (Orgs). **Avaliação da qualidade do gasto público e mensuração da eficiência**. Ministério da Fazenda, Secretaria do Tesouro Nacional, 2015. p. 269-331.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE [CNES]. **Consulta Estabelecimento – Identificação.** 2021. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp. Acesso em: 01 mai. 2021.

CAMARGO, F. de O.; GUIMARÃES, K. M. S. O princípio da eficiência na gestão pública. **Revista CEPPG**, v. 28, p. 133-145, 2013

CAMPELO, G. S. B. Administração pública no Brasil: ciclos entre patrimonialismo, burocracia e gerencialismo, uma simbiose de modelos. **Ciência & Trópico**, v. 34, 2010.

CASTRO, P. de S. **Aferição de custos em unidades básicas de saúde:** revisão integrativa da literatura. 2011. Dissertação (Mestrado em Fundamentos e Administração de Práticas do Gerenciamento em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

CASTRO, J. D. de; ROCHA, V. da; MARINHO, M.; PINTO, S.. Custo-efetividade: comparação entre o modelo “tradicional” e o Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, v.3, n. 10, 2007.

CHARNES, A.; COOPER, W.; RHODES, E. Measuring the efficiency of decision making units. **European Journal of Operational Research***,* v. *2, n.*6, 429-444, 1978.

COLLIS, J.; HUSSEY, R. **Business research**: A practical guide for undergraduate and postgraduate students. 4ª ed. New York: Palgrave Macmillan International Higher Education, 2014.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS [CNM]. **Mudanças no Financiamento da Saúde**. Brasília, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE CONTABILIDADE [CFC]. **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.

CONSELHO FEDERAL DE CONTABILIDADE [CFC]. Versão física da Carteira de Identidade Profissional poderá ser solicitada a partir de abril deste ano. Conselho Federal de Contabilidade, 2022. Disponível em: https://cfc.org.br/sem-categoria/versao-fisica-da-carteira-de-identidade-profissional-podera-ser-solicitada-a-partir-de-abril-deste-ano/. Acesso em: 30 ago. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE [CONASS]. **SUS:** avanços e desafios. Brasília: CONASS, 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE [CONASS]. O Sistema Único de Saúde e a qualificação do acesso. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE [CONASS]. **Gestores começam o ano com mudanças na forma de repasse de recursos**. 2018. Disponível em: https://www.conass.org.br/consensus/gestores-comecam-o-ano-com-mudancas-na-forma-de-repasse-de-recursos/. Acesso em: 28 de ago. 2021.

COSTA, P. R. da. **Estatística**. 3. ed. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, Colégio Técnico Industrial de Santa Maria, Curso Técnico em Automação Industrial, 2011.

COSTA, E. P. da S. R.; VELOSO, M. C. Gerenciamento de Custos da Atenção primária: ferramenta de gestão e transparência. *In:* **Pesquisasus-1º encontro científico de pesquisas aplicadas às políticas públicas em saúde**, 1, 2015.

COSTIN, C. **Administração pública**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CREPALDI, G. S.; CREPALDI, S. A. **Orçamento público**. São Paulo: Saraiva Educação S.A., 2017.

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

COOPER, D. R.; SCHINDLER, P. **Métodos de Pesquisa em Administração**. 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2016.

DINIZ, E. **Crise, Reforma do Estado e governabilidade**. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1997.

EMROUZNEJAD, A.; YANG, G. A survey and analysis of the first 40 years of scholarly literature in DEA: 1978–2016. **Socio-economic planning sciences**, v. 61, p. 4-8, 2018.

EVANS, D. B. *et al.* The comparative efficiency of national health systems in producing health: an analysis of 191 countries. **World Health Organization**, v. 29, n. 29, p. 1-36, 2000.

FADUL, E. M. C.; SILVA, L. P. Retomando o debate sobre a Reforma do Estado e a Nova Administração Pública. *In:* Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração, 32., 2008. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: Anpad, 2008.

FADUL, E.; SOUZA, A. R. de. Políticas de reformas da administração pública brasileira: uma compreensão a partir de seus mapas conceituais. *In:* Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração, 29., 2005. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: Anpad, 2005.

FAORO, R. **Os donos do poder**: formação do patronato político brasileiro. 3. ed. São Paulo: Globo, 2001

FARIA, J. H. de. **Gestão participativa**: relações de poder e de trabalho nas organizações. São Paulo: Atlas, 2008.

FARIA, L. R. de. Os primeiros anos da reforma sanitária no Brasil e a atuação da Fundação Rockefeller (1915-1920). **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 5, p. 109-130, 1995.

FARIA, F. P.; JANNUZZI, P. de M.; SILVA, S. J.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**, v.42, n.1, p. 155-177, 2008.

FEIJÓ, P. H. **Entendendo as Mudanças na Contabilidade Aplicada ao Setor Público**. Brasília: Gestão Pública, 2013.

FEIJÓ, P. H. et al.. **Entendendo as Demonstrações aplicadas ao Setor Público**. 1. Ed. Brasília: Gestão Pública, 2017.

FERRI, C. M. **Análise da Relação de Custos e Eficiência de Unidades Básicas de Saúde**: um estudo no município de Londrina. 2018. 198 p. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018

FERREIRA, M. A. M. **Eficiência técnica e de escala de cooperativas e sociedades de capital na indústria de laticínios do Brasil**. 2005. Tese (Doutorado em Economia Aplicada) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2005.

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

GHELMAN, S.; COSTA, S. R. R. da. Adaptando o BSC para o setor público utilizando os conceitos de efetividade, eficácia e eficiência. Simpósio de Engenharia da Produção, 12., 2006. **Anais [...]**. Bauru, 2006.

GIACOMONI, J. **Orçamento Público**. 10. Ed. São Paulo: Atlas, 2001.

GIAMBAGI, F.; ALÉM, A. C. **Finanças Públicas:** teoria e prática no Brasil. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

GIL, A C. **Como elaborar projetos de Pesquisa**. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GOMES, M. L. S.; OLIVEIRA, F. C. de. Modelos organizacionais de administração pública: um estudo dos aspectos da realidade cearense na estrutura de referência das reformas do Estado. **Revista de Ciências da Administração**, p. 105-126, 2010.

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 mai. 2021.

HAIR JR., J. *et al.* **Fundamentos de Métodos de Pesquisa em Administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HARZHEIM, E. *et al.* Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde

no Brasil. **Ciência & Saúde**, v. 25, n. 4, p. 1361-1374, 2020.

HOLANDA, N. A Crise Gerencial do Estado Brasileiro. *In:* VELLOSO, J. P. R., (Org.). **Brasil**: a superação da crise. São Paulo: Nobel, 1993.

HOLANDA, V. B.; LATTMAN-WELTMAN, F.; GUIMARÃES, F. (Org.). **Sistema de informação de custos na administração pública federal:** uma política de Estado. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

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

IBGE. **Panorama dos municípios.** Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/arapongas/panorama. Acesso em: 22 set. 2021.

KLERING, L. R.; PORSSE, M. de C. S.; GUADAGNIN, L. A. Novos caminhos da administração pública brasileira. **Análise–Revista de Administração da PUCRS**, v. 21, n. 1, 2010

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos da metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LOBO, M. S. de C.; LINS, M. P. E. Avaliação da eficiência dos serviços de saúde por meio da análise envoltória de dados. **Cad. saúde colet.**, v. 19, n. 1, 2011.

MACHADO, N.; HOLANDA, V. B. de. Diretrizes e Modelo Conceitual de Custos para o Setor Público a partir da Experiência no Governo Federal do Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 44, n. 4, p. 791-820, 2010.

MACHADO, N. **Sistema de informação de custo**: diretrizes para integração ao orçamento público e à contabilidade governamental. Brasília: Enap, 2002.

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

MARIANO, E. B. Conceitos básicos de análise de eficiência produtiva. In: XII Simpósio de Engenharia de Produção, 12., 2007, São Paulo. **Anais [...].** São Paulo: SIMPEP, 2007.

MARTINS, E. **Contabilidade de custos**. 6. ed São Paulo: Atlas, 1998.

MARTINS, E. *et al.* **Contabilidade de custos**. São Paulo: Atlas, 2003.

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

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

_____. **Curso de Administração Pública:** foco nas instituições e ações governamentais. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

_____. **Administração pública.** Foco nas Instituições e Ações Governamentais. 5. ed. rev. atual. São Paulo: Atlas, 2018.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1181-1188, 2020.

MATTOS, E. TERRA, R. O que é eficiência? *In:* BOUERI, R.; ROCHA, F.; RODOPOULOS, F. (Orgs.). **Avaliação da qualidade do gasto público e mensuração da eficiência**. Ministério da Fazenda, Secretaria do Tesouro Nacional, 2015. p. 211-265.

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.

MEDEIROS, R. de V. V.; MARCOLINO, V. A. A Eficiência dos munícipios do Rio de Janeiro no setor de saúde: uma análise através da DEA e Regressão Logística. **Revista Meta: Avaliação**, v. 10, n. 28, p. 183-210, 2018.

MENDES, Á. **Tempos turbulentos na saúde pública brasileira:** impasses do financiamento no capitalismo financeirizado. São Paulo: Hucitec, 2012.

MENDES, E. V. Desafios do SUS. *In:* **Desafios do SUS**. Brasilia, DF: CONASS, 2019, p. 869-869.

MENDES, A; FUNCIA, F. O. SUS e seu financiamento. In: MARQUES R. M. et al (Orgs.). **Sistema de saúde no Brasil:** organização e financiamento. Brasília, DF: ABRES, 2016, p. 139-168.

MERRIAN, S. B. **Qualitative research**: a guide to design and implementation. San Francisco: Jossey-Bass, 2009

MERTON, R. K. **Sociologia:** teoria e estrutura. São Paulo: Ed. Mestre Jou, 1949.

MEZA, L. A. *et al.* ISYDS-Integrated System for Decision Support (SIAD-Sistema Integrado de Apoio à Decisão): a software package for data envelopment analysis model. **Pesquisa Operacional**, v. 25, n. 3, p. 493-503, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Entendendo o SUS**. 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/entendendo_o_sus.pdf. Acesso em: 30 maio 2021.

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

_____. 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).**

_____. **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.

MONTEIRO, B. R. P. *et al.* O processo de implantação do sistema de informação de custos do Governo Federal do Brasil. *In:* I Congresso Informação de Custo e Qualidade do Gasto no Setor Público. 1., Brasília. **Anais [...]** 2011, p. 1-14.

MORAES, A. de. **Direito Constitucional**. São Paulo, Editora Atlas S/A, 2001.

MOREIRA, N. P. *et al.* Fatores determinantes da eficiência dos programas de pós-graduação acadêmicos em Administração, Contabilidade e Turismo. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior**, v. 16, n. 1, 2011

MUSGRAVE, R. A. **Teoria das finanças públicas**. São Paulo: Atlas, VOL. 1. 1973

NEGREIROS, L. F. de; VIERA, S. F. A. A Eficiência das Escolas da Região Metropolitana de Londrina: um estudo a partir da Análise Envoltória de Dados. *In:* Congresso USP Controladoria e Contabilidade, 14., 2014, São Paulo. **Anais [...]** São Paulo, 2014.

OMS - Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial da Saúde. 2010. **Financiamento dos Sistemas de Saúde:** o caminho para a cobertura universal. 2010. Disponível em:http://www.who.int/whr/2010/en/. Acesso em: 26 mai. 2021.

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

PASSOS, J. P.; CIOSAK, S. I. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 4, p. 464-468, 2006.

PAULA, A. P. P. de. Administração pública brasileira entreo gerencialismo e a gestão social. **Revista de administração de empresas**, v. 45, n. 1, p. 36-49, 2005.

PINOTTI, J. A. **Saúde no Brasil:** provocações e reflexões. In: SANTOS, A. de O., SARNEY, J., PINOTTI, M (Orgs.). Brasilia, DF: CONASS, 2019.

POLLITT, C. **Managerialism and the public services**. Oxford: Basil Blackwell, 1990.

POPPER, K. **The logic of scientific discovery**. New York: Basic Books, 1961.

PROJETO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE

[PROADESS]. **Cobertura populacional estimada na Atenção Básica**. 2022. Disponível em: https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=fic_mu&cod=A55&tab=1. Acesso em: 09 mar. 2022.

RAY, S. C. **Data envelopment analysis:** theory and techniques for economics and operations research. Cambridge: Cambridge University Press, 2004.

REZENDE, F. da Cunha. Por que reformas administrativas falham? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 17, p. 123-142, 2002.

REZENDE, F.; CUNHA, A.; BEVILACQUA, R.. Informações de custos e qualidade do gasto público: lições da experiência internacional. **Revista de Administração Pública**, v. 44, p. 959-992, 2010.

ROCHA FILHO, F. dos S.; SILVA, M. G. C. da. Análise de Custos com Pessoal e Produtividade de Equipes do Programa de Saúde da Família em Fortaleza, Ceará. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 919-928, 2009.

SACUNO LUZ, L. K.. **Análise do processo de implementação do Sistema de Informações de Custos no Senado Federal**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Ciências Contábeis) - Universidade de Brasília-UnB, Brasília, 2015.

SALA, A.; MENDES, J. D. V. Perfil de indicadores da atenção primária à saúde no Estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 912-926, 2011

SANO, H.; ABRUCIO, F. L. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**, v. 48, p. 64-80, 2008.

SECCHI, L. Modelos Organizacionais e Reformas da Administração Pública. **Revista de Administração Pública**, v. 43, n. 2, p. 347-69, 2009.

SECRETARIA DO TESOURO NACIONAL [STN]. **Manual do Portal de Custos do Governo Federal.** Versão 1. Brasília: Ministério da Fazenda, 2017.

SENDÍN, F. A. et al. Efeitos de um programa de atividade física adaptada na capacidade física e parâmetros de saúde de mulheres idosas: análise de eficiência. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 16, n. 4, p. 328-336, 2012.

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=shOrcamentoVisaoGeral. Acesso em: 30 mai. 2021.

SILVA, Silvio Fernandes da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2753-2762, 2011.

SLOMSKI, V. **Manual de Contabilidade Pública:** um enfoque na contabilidade municipal, de acordo com a Lei de Responsabilidade Fiscal. São Paulo, Atlas, 2001

SOUSA, D. S. P.; SANTOS, R. B. N. dos; SOUSA, L. C. R. A oferta dos serviços de saúde pública na Amazônia Legal: Uma análise sobre recurso e eficiência. **Revista Espacios**, v. 37, n. 8, p. 26, 2016.

TORRES, M. D. de F. **Estado, democracia e administração pública no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2004.

UGÁ, M. A. D.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N. T. *et al.* (Org.). **Saúde e Democracia:** história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 223-269.

VASCONCELOS, M. C. *et al*. Análise da eficiência do atendimento do sistema único de saúde nos municípios paranaenses. **Revista de Globalização, Competitividade e Governabilidade**, v. 11, n. 2, p. 42-61, 2017.

VASCONCELLOS, M. A. S. de; GARCIA, M. E. **Fundamentos de econômica**. 2. Ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

WERNKE, R. **Análise de custos e preços de venda**. São Paulo: Saraiva Educação S.A., 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global health data repository**: health financing, 2015. Geneva: WHO, 2018.

APÊNDICE

APÊNDICE A – AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

PREFEITURA MUNICIPAL
PROTOCOLO Nº. 28714
EM 21 OUT. 2021
Gustavo
PROTOCOLISTA

Universidade Estadual de Londrina
CESA - Centro de Estudos Sociais
Departamento de Administração

Londrina, 21 de outubro de 2021

Ref: Solicitação de autorização para pesquisa acadêmico-científica

Ao Senhor
SERGIO ONOFRE DA SILVA
Prefeito do Município de Arapongas/PR.

Ilustríssimo Sr. Prefeito,

Através do presente instrumento, solicitamos autorização para a realização da pesquisa integrante do projeto de dissertação de mestrado da discente Suzana Loureiro, número de matrícula 202012900010, vinculada ao Programa de Pós-graduação em Administração, do Departamento de Administração da Universidade Estadual de Londrina. O objetivo dessa pesquisa é "**Analisar a relação do custo direto na eficiência das Unidades Básicas de Saúde do Município de Arapongas-Pr, no ano de 2019**", sob orientação do Prof. Dr. Saulo Fabiano Amâncio Vieira.

A coleta de dados será realizada através da aplicação do Roteiro de pesquisa, conforme modelo anexo. Nesse sentido, solicitamos que, na medida do possível e no prazo mais apropriado, sejam disponibilizados os dados requeridos para a realização do presente estudo.

Desde já, antecipamos os nossos agradecimentos pela colaboração e empenho da Prefeitura do Município de Arapongas, para o desenvolvimento de mais um projeto que visa contribuir para a extensão do conhecimento e aperfeiçoamento da gestão da saúde pública municipal.

Suzana Loureiro (Discente)

Prof. Dr. Saulo Fabiano Amâncio Vieira

À Saúde
Em 21 OUT 2021
Gustavo
Protocolista

Autorizado
12/10/21
IVANACIR PALUDETTO JUNIOR
Secretário Municipal
de Saúde

- Favor apresentar cronograma de realização do pesquisa

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Universidade Estadual de Londrina
CESA - Centro de Estudos Sociais
Administração

Considerando que a presente pesquisa **objetiva Analisar as relaçoes do custo direto na eficiência das Unidades Básicas de Saúde do Município de Arapongas/PR, no ano de 2019,** pede-se o levantamento da **população atendida por cada UBS** (população adscrita/número de pessoas na área de abrangência), e as informações elencadas, na sequência, lembrando que são dados referentes ao ano de **2019**, de cada UBS:

CRITÉRIO PESSOAL: Quantidade de servidores por função e remuneração liquidada, em 2019.

1) Qual a quantidade de empregados, por cada função (Exemplo: médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, equipe NASF, administrativos, limpeza, vigilância, entre outros, lotados em cada UBS, no ano de 2019. OBS: Caso o empregado, tenha sido lotado em mais de uma UBS, em 2019, favor apontar, identificando as respectivas UBS de exercício.
2) Qual o valor total pago, por cada função, existente nesta UBS, no ano de 2019. (Exemplo: salário + vencimentos + benefícios + 13°). OBS: Considerando que as remunerações dos empregados podem variar, decorrente de gratificações, adicionais e progressões na carreira, pode-se enviar os dados brutos, sem a necessidade de que se realizem cálculos, omitindo dados pessoais, mas com o cuidado de manter a função.
3) Existem outros gastos com pessoal, no ano de 2019, nesta Unidade? Caso existam, favor detalhar os valores pagos, bem como a função exercida. (Exemplo: Serviços terceirizados,

cessão de empregados para outras unidades.

CRITÉRIO ADMINISTRATIVO: Gastos com estrutura e outros serviços liquidados, em 2019. (*OBS: Podem ser enviados dados brutos, sem a somatória dos valores totais gastos pelas unidades*).

4) Apresentar os valores totais gastos com Energia elétrica, nesta UBS, em 2019.
5) Apresentar os valores totais gastos com telecomunicações (Telefone, internet), nesta UBS, em 2019.
6) Apresentar os valores totais gastos com água, nesta UBS, em 2019.
7) Apresentar os valores totais gastos com transporte (Exemplo: combustível, manuteção de veículos, seguros, entre outros) nesta UBS, em 2019.
8) Existem outros valores gastos, que foram realizados, em 2019, nesta unidade, para a manutenção da estrutura física? Caso afirmativo, favor detalhar. (Exemplo: reformas, reparos, consertos em mobiliário, equipamentos que não foram pagos pelo setor de manutenção da saúde do município, mas que foram desembolsados diretamente pela unidade).

CRITÉRIO MATERIAIS: Medicamentos, equipamentos e materiais repassados e/ou consumidos, em 2019. (*OBS: podem ser enviados os valores brutos, apontando apenas as quantidades disponibilizadas por cada UBS e os valores individualizados de cada item).*

9) Apresentar a quantidade e os valores totais gastos com medicamentos, nesta UBS, em 2019.
10) Apresentar a quantidade e os valores totais gastos com aquisição de equipamentos (Exemplo: Oxímetro, estetoscópio, termômetro, aferidor de pressão, balança, computador, impressoras, entre outros) nesta UBS, em 2019.
11) Apresentar a quantidade e os valores totais gastos com materiais de escritório (Exemplo: sulfite, grampeador, caneta,

carimbo, entre outros) nesta UBS, em 2019.

12) Existem outros valores gastos, que foram liquidados, em 2019, nesta unidade, que não foram citados anteriormente? Caso afirmativo, favor detalhar.

CRITÉRIO PRODUÇÃO: Número de atendimentos realizados, por função, em 2019. (*OBS: podem ser enviados os valores brutos, apontando apenas as quantidades individualizadas de cada item, por UBS*.

13) Apresentar a quantidade de atendimentos realizados nesta UBS, em 2019, *por função* (Exemplo: por cada enfermeiro, fisioterapeuta, médico, nutricionista, entre outros).

14) Discriminar os procedimentos realizados nesta UBS, em 2019, por função (Exemplo: aplicação de vacinas, puericultura, coleta de CO, entre outros).

15) Existem outros tipos de atendimentos e procedimentos que são contabilizados e, que não foram enquadrados nos itens anteriores? Caso existam, favor detalhar.

CRITÉRIO INFRAESTRUTURA/EQUIPAMENTOS: Quantidade de equipamentos disponíveis em cada UBS, em 2019.

16) Apresentar a quantidade e discriminar os equipamentos existentes em cada UBS, em 2019 de acordo com o manual instrutivo do PMAQ. (Exemplo: geladeira exclusiva de vacina, balança infantil, estetoscópio, aparelho de pressão adulto, régua antropométrica infantil, entre outros.).

Todos as informações podem ser enviadas para o *e-mail*:
suzana.loureiro@uel.br

ANEXO

ANEXO A – GASTOS PÚBLICOS DAS TRÊS ESFERAS

Tabela 2 - Gasto público das três esferas com ações e serviços públicos em saúde, 1980/1990/1995-2015, em percentagem (%) e como proporção do PIB

Ano	Federal	Estadual	Municipal	Total	% do PIB
1980	75,0	18,0	7,0	100,0	n.d.
1990	74,4	13,5	12,1	100,0	n.d.
1995	62,8	18,1	19,1	100,0	3,0
1996	58,4	21,3	20,3	100,0	2,7
1997	61,9	18,5	19,6	100,0	2,9
1998	58,4	21,3	20,3	100,0	2,9
1999	62,5	17,5	20,0	100,0	3,0
2000	59,8	18,5	21,7	100,0	2,9
2001	56,1	20,7	23,2	100,0	3,1
2002	52,8	21,5	25,7	100,0	3,2
2003	51,1	23,0	25,9	100,0	3,1
2004	50,2	24,6	25,2	100,0	3,4
2005	49,7	23,1	27,2	100,0	3,5
2006	48,5	23,5	28,0	100,0	3,6
2007	47,5	24,2	28,3	100,0	3,5
2008	44,7	25,7	29,6	100,0	3,6
2009	45,9	25,4	28,7	100,0	3,9
2010	44,7	26,7	28,6	100,0	3,7
2011	45,4	25,8	28,8	100,0	3,8
2012	45,5	25,2	29,3	100,0	3,9
2014	42,7	26,6	30,7	100,0	3,9
2015	43,2	25,9	30,9	100,0	3,9

Fonte: Adaptado de Estimativas Ipea (1980 e 1990); SIOPS (1995 A 1999) apud Mendes (2005); SPO/MS - Esfera Federal - RIPSA e SIOPS - Esferas Estadual e Municipal (2000 a 2011) apud Servo et al. (2011); SIOPS (2009 a 2011) apud Brasil (2013). Dados 2012 (CARVALHO, 2013); dados 2014 (LEVI; MENDES, 2015); dados 2015 (LUIZ, 2016). Obs: n.d = não disponível.