



Revista Contabilidade & Finanças - USP
ISSN: 1519-7077
recont@usp.br
Universidade de São Paulo
Brasil

Siqueira Varella, Patrícia; Viotto Monteiro Pacheco, Regina Silvia
Federalismo e gastos em saúde: competição e cooperação nos municípios da região metropolitana de
São Paulo
Revista Contabilidade & Finanças - USP, vol. 23, núm. 59, mayo-agosto, 2012, pp. 116-127
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=257123087004>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Federalismo e Gastos em Saúde: competição e cooperação nos municípios da Região Metropolitana de São Paulo

Federalism and Health Expenditures: competition and cooperation in the Metropolitan Region of São Paulo

Patrícia Siqueira Varela

Professora Adjunta do Campus Osasco da Universidade Federal de São Paulo e Pós-doutoranda em Administração Pública e Governo pela Fundação Getúlio Vargas de São Paulo
E-mail: psvarela@unifesp.br

Regina Silvia Viotto Monteiro Pacheco

Professora Adjunta do Departamento de Gestão Pública da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas
E-mail: regina.pacheco@fgv.br

Recebido em 3.8.2011- Aceito em 18.11.2011- 4º. versão aceita em 25.5.2012

RESUMO

O objetivo do trabalho é examinar implicações da estrutura federativa brasileira na avaliação comparativa de desempenho dos gastos públicos no setor saúde. Busca discutir a responsabilização dos gestores públicos municipais e avaliar a eficiência técnica dos municípios da Região Metropolitana de São Paulo nas ações de atenção básica à saúde. A atenção básica é a única subfunção de competência exclusiva dos gestores locais; as demais ações em saúde são compartilhadas entre os próprios municípios e com os outros entes federativos, União e estados. Para explorar as características de cooperação e competição do federalismo, são analisados dados levantados relativos aos municípios e agregados para as diferentes regiões de saúde que compõem a Região Metropolitana. O foco do estudo é a avaliação da eficiência técnica, capacidade de uma entidade obter máximos *outputs* com menor quantidade de insumos, realizada com o uso da metodologia *Data Envelopment Analysis* (DEA). Os resultados indicam grande dispersão dos dados dos municípios tanto em termos de despesa quanto da quantidade de procedimentos realizados, incluindo a cobertura dos principais programas de atenção básica, o Programa de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde; e apontam menos de 20% dos municípios como eficientes. A análise dos municípios dentro de suas respectivas regiões sugere a prevalência de práticas de competição sobre as de cooperação. Tais informações podem contribuir para melhorar a integração dos serviços de saúde em redes de atenção e para repensar os pactos estabelecidos entre os municípios de uma determinada região de saúde. Além disso, este artigo, ao apontar potencialidades e limites de metodologias/técnicas para geração de informações úteis à tomada de decisão, pode contribuir para o debate atual em torno da controladoria no setor público.

Palavras-chave: Competição e cooperação federativa. Sistema Único de Saúde (SUS). Avaliação comparativa de desempenho. Eficiência dos gastos públicos. Região Metropolitana de São Paulo.

ABSTRACT

The objective of this investigation was to examine the implications of the Brazilian federative structure in the comparative evaluation of public-spending performance in the health sector. Its further aim was to discuss the accountability of municipal public administrators and evaluate the technical efficiency of the municipalities of the São Paulo Metropolitan Region in terms of primary health-care. Primary health-care is the only sub-function that is the exclusive responsibility of local managers. Other health responsibilities are shared by the municipalities and the other federation entities, union and states. To explore the characteristics of cooperative and competitive federalism, data collected from the municipalities and aggregated for the different health regions that comprise the metropolitan region were analyzed. The study's focus was the technical efficiency, which is theability of an entity to obtain maximum outputs with fewer inputs. The analysis was performed using the Data Envelopment Analysis (DEA) method. The results showed a wide dispersion of municipality data in terms of both expenditure and the number of procedures performed, including coverage of the main primary health-care programs: the Family Health Program (Programa de Saúde da Família – PSF) and the Community Health Agents Program (Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS). The results show that less than 20% of the municipalities are efficient. The analysis of the municipalities within their respective regions suggests the prevalence of competitive over cooperative practices. Such information may help improve the integration of services in health-care networks and encourage the reconsideration of the agreements existing between municipalities in a given health-care region. Furthermore, this article can contribute to the current debate on controllership in the public sector by outlining the potentialities and limitations of the methods used to generate information for decision making.

Keywords: Competition and cooperation in federalism. Unified Health System (Sistema Único de Saúde – SUS). Comparative performance assessment. Efficiency of public spending. Metropolitan Region of São Paulo.

1 INTRODUÇÃO

O tema central deste artigo é a avaliação comparativa de desempenho dos gestores públicos no contexto do federalismo brasileiro, especialmente em relação ao uso dos recursos orçamentários. Isso porque os padrões de *benchmarking* podem ser bastante úteis ao substituir metas fixadas no orçamento por avaliações que se ajustam à tecnologia de produção vigente e às situações socioeconômicas enfrentadas durante o período pelas entidades (Merchant & Otley, 2007). Mais especificamente, o texto procura discutir a responsabilização dos gestores públicos municipais quanto às ações desenvolvidas no âmbito da política de saúde.

Considerando o foco atual da administração pública por resultados, há a necessidade de desenvolver bases teórico-empíricas para o desempenho das funções de controladoria a serem exercidas pelos próprios gestores, órgãos de controle interno e externo e como subsídio ao controle social. Para isso, é preciso considerar as especificidades das atividades desenvolvidas pelo setor público que podem diferir daquelas exercidas pelas empresas porque os objetivos são imprecisos e/ou complexos, os *outputs* são de difícil mensuração, os efeitos das intervenções não são facilmente identificados e a repetição das atividades não é um fator sempre presente (Hofstede, 1981).

Além disso, é preciso observar a relação entre estrutura do setor público, desenho das políticas e avaliação de desempenho dos entes governamentais. No caso do Brasil, não se deve desconsiderar sua estrutura federativa, com elementos de cooperação e competição presentes nas políticas públicas, os quais interferem no seu desempenho e mesmo nas possibilidades de avaliá-lo e, consequentemente, na *accountability* do setor público.

A Constituição Federal de 1988 definiu competências partilhadas pelas esferas federal, estadual e municipal para um amplo conjunto de políticas públicas, sendo este o caso do Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizado por um sistema complexo de relações intergovernamentais. “A gestão do Sistema Único de Saúde é construída de forma solidária e cooperada, com apoio mútuo através de compromissos assumidos nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT).” (Portaria/MS n. 399/2006, grifos nossos).

Na busca por um atendimento universal, equitativo e integral ao cidadão, cabem ao governo federal as funções de formulação e normatização do sistema público de saúde em âmbito nacional. Já os municípios são considerados os principais provedores de serviços na área da saúde, com responsabilidades exclusivas e integrais quanto à subfunção atenção básica à saúde, considerada a porta de entrada do sistema de saúde. Os estados coordenam o processo de descentralização e, em caráter complementar, ações desenvolvidas pelos gestores locais, além de lhes prestar apoio técnico e financeiro. Vale ressaltar que a política municipal de saúde deve estar em consonância com a política estadual e esta, por sua vez, com a política nacional (Portaria/MS n. 399/2006).

No processo de descentralização e hierarquização, as

ações e serviços de saúde de menor grau de complexidade são colocados à disposição do usuário em unidades de saúde localizadas próximas de seu domicílio. As ações especializadas ou de maior grau de complexidade são alcançadas por meio de mecanismos de referência, organizados pelos gestores das três esferas de governo. A regionalização orienta a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores estaduais e municipais. Entre os objetivos da regionalização, tem-se a racionalização dos gastos e otimização dos recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional (Portaria/MS n. 399/2006).

Dessa forma, a estrutura do sistema de saúde impõe restrições à avaliação de desempenho dos gestores municipais, já que, somente na subfunção atenção básica, eles podem ser responsabilizados exclusivamente pelo que acontece em seu território. Nos outros níveis de complexidade, há fluxos de recursos e pacientes entre os municípios que são pactuados entre os gestores dos sistemas de saúde.

Abrúcio (2005, p. 41) afirma que um dos vetores analíticos sobre o federalismo refere-se ao problema de coordenação intergovernamental, ou seja, “das formas de integração, compartilhamento e decisão conjunta presentes nas federações.” O autor ainda salienta que essa questão torna-se bastante importante com a complexificação das relações intergovernamentais, tendo como uma de suas causas a expansão ou manutenção do *Welfare State* em um contexto marcado pela escassez de recursos. “Tal situação exige melhor desempenho governamental, com fortes pressões por economia (cortar gastos e custos), eficiência (fazer mais com menos) e efetividade (ter impacto sobre as causas dos problemas sociais).”

Neste contexto, este trabalho teve como objetivo examinar as implicações da estrutura federativa brasileira na avaliação comparativa de desempenho dos gastos públicos no setor saúde e avaliar a eficiência técnica dos municípios da Região Metropolitana de São Paulo nas ações de atenção básica à saúde.

O foco deste estudo foi a avaliação de eficiência técnica, capacidade de uma entidade obter máximos *outputs* com menor quantidade de insumos, e foi realizada com o uso da metodologia *Data Envelopment Analysis* (DEA), técnica não-paramétrica baseada em programação linear e que possibilita estabelecer medida de eficiência relativa entre diferentes unidades tomadoras de decisão.

A Região Metropolitana de São Paulo está dividida em sete Regiões de Saúde e é composta por municípios diferentes quanto ao perfil socioeconômico e à capacidade financeira e gerencial. Sendo assim, a análise comparativa permite identificar os municípios com piores desempenhos, assim como aqueles que servem como referência para outras jurisdições, possibilitando a aprendizagem pelo conhecimento das práticas adotadas em cada um deles, um dos aspectos positivos do federalismo competitivo. Tais informações podem contribuir para melhorar a integração dos serviços de saúde em redes de atenção e para repen-

sar os pactos estabelecidos entre os municípios de uma determinada região de saúde. Por exemplo, em vez de se dar ênfase ao aumento da oferta de ações de média e alta complexidade, pode-se priorizar estratégias para fortalecer a atenção primária, inclusive com o melhor aproveitamento dos recursos disponíveis.

Além de possíveis desdobramentos para as decisões setoriais em saúde, o presente artigo, ao apontar potencialidades e limites de metodologias/técnicas para geração de informações úteis à tomada de decisão, pode contribuir para o debate atual em torno da controladoria no setor público. Conforme salientam Broadbent e Guthrie (2008), é de interesse da área entender como as tecnologias da contabilidade são constituídas pelo contexto social e, ao mesmo tempo, são constitutivas deste mesmo contexto.

As organizações do setor público brasileiro tornam disponíveis diversas bases de dados a fim de garantir a transparência e permitir a avaliação de desempenho por

parte da sociedade. Todavia, muitas vezes, estes dados não se traduzem em informações relevantes para a tomada de decisões pelos responsáveis por exercerem o controle das ações dos gestores públicos com o intuito de garantir o alcance e a efetividade das políticas públicas. Neste trabalho, discute-se a análise comparativa de desempenho, por meio da Análise Envoltória de Dados, o que pode ser uma alternativa para o desenvolvimento de auditorias operacionais, aumentando o alcance da atuação dos Tribunais de Contas quanto ao controle de aspectos substanciais do gasto público. Integra, assim, os esforços para passar da auditoria meramente formal à avaliação de resultados.

Além disso, a análise aqui desenvolvida, ao gerar uma medida sintética de desempenho, pode facilitar o controle social, pelo próprio significado da informação gerada e por reduzir o tempo de análise, uma das restrições à avaliação de desempenho pelo cidadão. Aponta, portanto, na direção de aproximar os campos de controle e *accountability*.

2 FEDERALISMO COMPETITIVO E COOPERATIVO, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E ACCOUNTABILITY DOS GASTOS DOS GOVERNOS MUNICIPAIS

O Brasil, assim como outros 24 países, optou por uma forma de divisão territorial de governo que, conforme salienta Souza (2008, p.29), leva “à criação de instituições que tornam muito mais complexa a tarefa de governar e que enfrentam o desafio de incorporar populações e regiões heterogêneas em uma única nação, garantindo-lhes autonomia relativa.”

Assim como são diversas as justificativas para a criação de uma federação, são inúmeras as definições de federalismo existentes na literatura, com ênfases distintas quanto às características e variáveis explicativas dos sistemas federativos. Souza (2008) mapeia as principais linhas teóricas do federalismo, consideradas as mais influentes ou as mais passíveis de aplicação ao caso brasileiro. São elas: (1) Federalismo como descentralização das instituições políticas e das atividades econômicas, (2) Federalismo como pacto, (3) Federalismo e democracia e (4) Federalismo e federações.

As duas primeiras abordagens apresentam elementos importantes para o tema que se discute neste artigo. Na primeira, o federalismo é visto como “um sistema em que a distribuição de atividade política e econômica é espacialmente descentralizada no interior de um território nacional”, permitindo a competição entre mercados políticos e promovendo, deste modo, a eficiência política e econômica. A análise privilegia as divisões políticas, os conflitos e as barganhas que envolvem os entes constitutivos da federação (Souza, 2008, p. 29).

Nesta vertente, enquadra-se a literatura sobre federalismo fiscal que “vê o federalismo como mecanismo descentralizador capaz de promover a competição entre governos para criar ou preservar as vantagens de uma economia de mercado.” (Souza, 2008, p. 30). Um dos seus teóricos representativos é Tiebout (1956) que desenvolveu um modelo no qual a descentralização fiscal permitiria a revelação das preferências dos consumidores/eleitores. Isso porque cada

jurisdição poderia apresentar pacotes diferentes de bens e tributos que melhor se ajustariam às preferências dos consumidores/eleitores e estes escolheriam e se deslocariam para a jurisdição que oferecesse a cesta de sua preferência, votando com os pés. De acordo com esta visão, a competição promoveria a eficiência econômica.

A segunda abordagem tem como um de seus clássicos Elazar (1991, p.12), para o qual a definição mais simples de federalismo é “*self-rule plus shared rule*.” Isto significa a “combinação, via pacto ou aliança, do princípio da unidade com o princípio da autonomia interna” (Souza, 2008, p. 31). Cada um dos governos – federal, estadual e municipal – tem garantida a sua autonomia, mas, ao mesmo tempo, existe uma relação de interdependência entre eles.

Em essência, um arranjo federal é uma parceria, estabelecida e regulada por um pacto, cujas ligações internas refletem o tipo especial de divisão que deve prevalecer entre os parceiros, baseada no reconhecimento mútuo da integridade de cada um e do esforço de promover uma unidade especial entre eles. (Elazar, 1991, p. 5, tradução nossa).

Conforme salienta Abrúcio (2005, p. 43), a soberania compartilhada será mantida ao longo do tempo se houver uma relação de equilíbrio entre autonomia dos pactuantes e sua interdependência. Para Elazar (1991, p. 34, tradução nossa), uma característica fundamental da federação é a não centralização, existindo a “difusão de poder entre muitos centros, cuja autoridade legítima é garantida constitucionalmente.” Sendo assim, não é possível a um governo retirar estes direitos dos demais, como no caso da União em relação aos estados e municípios. Além disso, a interdependência é alcançada em uma estrutura matricial, já que o poder está tão distribuído que a ordem de importância dos diversos governos não é fixada. Cada esfera de governo tem maior importância relativa em uma área ou outra, mas não a ponto de se tornar um centro de poder mais relevan-

te e impor ações aos demais governos. “Em uma matriz, não existem centros de poderes superiores ou inferiores, somente arenas mais amplas ou mais restritas de ação e tomada de decisão política.” (Elazar, 1991, p. 37).

O federalismo como descentralização das instituições políticas e econômicas tem como característica marcante a competição entre os entes federados, notavelmente nos níveis subnacionais que são considerados responsáveis pela provisão de diversos bens públicos e, para que isso ocorra, concorrem pela obtenção de recursos. Para garantir a autonomia dos governos subnacionais, a Constituição normalmente limita a ação do governo federal a poucas áreas de políticas públicas e prevê raras competências comuns entre governos central e subnacionais (Franzese, 2010).

Por sua vez, o federalismo como pacto tem como elemento chave a cooperação. As responsabilidades pelas diversas políticas públicas são compartilhadas entre os entes federados, com o governo federal assumindo o papel de formulador de grande parte das políticas públicas e os governos subnacionais, os encargos quanto à sua implementação. A competição tributária dá espaço para um sistema de taxação conjunta e equalização vertical e horizontal (Franzese, 2010). “O federalismo cooperativo possui instituições que incentivam os atores territoriais a colaborarem, dividindo os poderes entre eles funcionalmente e prevendo tarefas a serem executadas conjuntamente.” (Franzese, 2010, p. 68).

Nas relações intergovernamentais, tanto as formas de competição quanto de cooperação entre as esferas de governo apresentam aspectos positivos e negativos. A competição federativa é importante para os controles mútuos entre governos, também pode propiciar a busca pela inovação e pelo melhor desempenho das gestões locais, além de evitar os excessos de compartilhamento e desresponsabilização, bem como o paternalismo e o parasitismo causados por certa dependência em relação às esferas superiores de poder. Por outro lado, o excesso de concorrência pode afetar a solidariedade entre as partes e incentivar a guerra fiscal entre níveis de governo. Adicionalmente, a visão de que os cidadãos votam com os pés, levada ao extremo, pode piorar a questão distributiva, se os governos adotarem como estratégia gerar baixos níveis de taxação e oferta de uma estrutura mínima de prestação de serviços (Abrúcio, 2005).

De acordo com Abrúcio (2005), a cooperação federativa favorece a otimização do uso de recursos comuns, o auxílio a governos menos capacitados ou pobres na execução de determinadas tarefas, a integração do conjunto de políticas públicas compartilhadas, o ataque a comportamentos financeiros predatórios e a disseminação de fórmulas administrativas bem sucedidas. Por outro lado, a cooperação mal dosada pode resultar mais em subordinação do que em parceria e conduzir à “armadilha da decisão conjunta”. Neste último caso, “todas as decisões são o máximo possível compartilhadas e dependem da anuência de praticamente todos os atores federativos.” Isso leva a uma tendência de uniformização das políticas, “processo que pode diminuir o ímpeto inovador dos níveis de governo, enfraquecer os *checks and balances* intergovernamentais e dificultar a responsabilização da administração pública.” (Abrúcio, 2005, p. 44).

Considerando os efeitos negativos que a competição e a cooperação mal dosadas podem gerar para a sociedade, o que se busca é uma combinação entre essas características em que se sobressaiam os aspectos positivos e sejam minimizados os negativos. No entanto, esta solução não está livre de problemas, pois aumenta os custos de fazer o sistema funcionar. Conforme salienta Aguirre (2007), qualquer combinação entre as características dos dois tipos de federalismo representa custos de transação mais elevados.

O desempenho do papel preponderante do Estado de promover o bem-estar social é afetado pelos modelos federativos vigentes – mais voltados à competição ou à cooperação. De acordo com Franzese (2010), a literatura comparada sinaliza que o federalismo cooperativo favorece a expansão do Estado de Bem-estar Social, assim como as políticas sociais podem transformar o modelo federativo com a introdução de mecanismos de cooperação.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 definiu competências comuns para um amplo conjunto de políticas públicas, entre elas a de saúde. Os cidadãos têm a garantia constitucional do direito ao acesso universal, equitativo e integral à saúde que deve ser atendido pela atuação conjunta da União, estados, distrito federal e municípios, o que gera incentivos à adoção de mecanismos de cooperação federativa. Todavia, a Constituição não estabeleceu claramente as responsabilidades que cada ente federativo deveria assumir. Este tipo de distribuição de competências criou um ambiente propício para produzir superposição de ações, desigualdades territoriais na provisão de serviços e mínimos denominadores comuns nas políticas nacionais (Arretche, 2004).

De acordo com Dourado e Elias (2011), a primeira década do SUS foi marcada por um intenso processo de transferência de recursos e competências para os municípios diretamente da União, considerada a principal formuladora e financiadora da política de saúde. Ainda assim, a década de 1990 foi marcada por pouca prática de mecanismos de cooperação e disputas entre governos estaduais e municipais pela administração de serviços de saúde. A estrutura municipalizada, por si só, não foi suficiente para atender aos objetivos do SUS frente à extrema diversidade e desigualdade que caracteriza a federação brasileira. Sendo assim, na década de 2000, introduziu-se o conceito de regionalização, pensada para atender à “necessidade de racionalização do sistema para equacionar a fragmentação na provisão dos serviços e as disparidades de escala e capacidade produtiva existentes entre os municípios, sob o risco de perda de eficiência e, consequentemente, de piores resultados.” (Dourado & Elias, 2011, p. 207). A Norma Operacional para Assistência à Saúde que implementou a regionalização não foi bem-sucedida, tendo em vista as resistências por parte dos municípios a uma possível “recentralização” ao atribuir aos estados a competência para o planejamento regional (Dourado & Elias, 2011, p. 208).

O Pacto pela Saúde 2006 foi instituído nessas circunstâncias e a partir de uma ideia do Ministério da Saúde e da Comissão Intergestores Tripartite de que a efetiva responsabilização dos gestores deveria surgir de um acordo

de vontades por meio do qual seriam assumidos compromissos negociados e definidas metas a serem atingidas de forma cooperativa e solidária (Dourado & Elias, 2011, p. 208). A regionalização foi reafirmada como um eixo estruturante do Pacto de Gestão, subitem do Pacto pela Saúde, para orientar a descentralização das ações e serviços de saúde. Assim, as regiões de saúde foram qualificadas como um espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa através de um Colegiado de Gestão Regional (Portaria/MS n. 399/2006). Para Dourado e Elias (2011, p. 209), os colegiados representam “uma proposta de equilíbrio entre os dois mecanismos básicos de cooperação e coordenação federativa: negociações diretas entre os governos locais (relação horizontal) e indução pelo ente central (relação vertical).”

Desde o Pacto pela Saúde 2006, as ações e serviços de atenção básica são responsabilidades não compartilhadas que devem ser assumidas por todos os municípios. As demais ações e serviços de saúde serão atribuídos de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade das unidades que compõem a rede de serviços localizadas no território municipal. Uma das preocupações do Pacto de Gestão é estabelecer as responsabilidades de cada ente federativo de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais evidente quem deve fazer o quê, fortalecendo a gestão compartilhada e solidária no SUS.

A reformulação da política de saúde incorpora novos mecanismos de cooperação ao sistema federativo brasileiro. Todavia, como salienta Franzese (2010, p. 70), “boa parte da literatura especializada em federalismo tende a observar a diminuição da competição com olhar crítico, ressaltando novos problemas que o maior entrelaçamento entre as esferas de governo trouxe para as federações.”

Um destes novos problemas é o impacto na *accountability*. Isso porque “a cooperação tende a dificultar, por parte do eleitor, a identificação de qual esfera de governo é responsável por determinada política”, o que desfavorece o uso do principal mecanismo de *accountability* democrática que é “a possibilidade que o cidadão tem de responsabilizar o candidato por aquilo que foi realizado por ele, ou por seu partido, no exercício do mandato.” (Franzese, 2010, p. 71). Citando Cameron e Simeon (2002), Franzese (2010, p. 71) afirma que “parte da literatura observa a cooperação entre os governos como uma forma de ‘conluio’ por meio do qual os participantes da negociação decidem de acordo com o que é melhor para eles e não para os cidadãos.” A competição evitaria tal situação, pois os governos buscariam o melhor para os cidadãos já que é a eles que devem prestar contas.

Em uma análise específica sobre o Sistema Único de Saúde, Franzese (2010, p. 168) conclui que houve avanços quanto à *accountability* com os Termos de Compromissos que devem ser assinados pelos gestores quando da pactuação de metas, estabelecendo uma nova modalidade de responsabilização por resultados. Adicionalmente, a autora afirma que o papel de apoio estadual aos municípios permanece pouco viável e de difícil responsabilização. A autora ainda destaca que a mudança de foco de atribuições

aos estados e municípios para a organização das ações em redes aumenta a dificuldade de *accountability*.

A pactuação de metas inerentes aos Termos de Compromissos assinados entre os gestores se insere no contexto de esforços recentes de modernização da administração pública, cujos focos são a gestão voltada para resultados e o uso eficiente dos recursos. Nas negociações entre os entes federados, são contratualizados resultados a serem alcançados em um horizonte de tempo, com base em indicadores previamente determinados. Todavia, este é ainda um tema recente e as administrações públicas têm passado por um processo de aprendizado para saber como incorporar medidas de eficiência, eficácia e efetividade nos acordos firmados não somente com as entidades do setor público, mas também com as do setor privado (Trosa, 2001).

Uma das dificuldades inerentes ao processo de avaliação da provisão de bens e serviços públicos é mensurar os seus produtos, efeitos e impactos. De acordo com Cohen e Franco (2004), os produtos (*outputs*) são os resultados concretos das atividades desenvolvidas a partir dos insumos (*inputs*) disponíveis, os efeitos são os resultados da utilização dos produtos e o impacto (*outcomes*) é a consequência dos efeitos de um projeto/programa social, ou seja, o grau de consecução dos objetivos (estado desejado) em relação à população alvo. Por exemplo, os governos municipais fazem o acompanhamento da população hipertensa, cujos produtos oferecidos são medicamentos e consultas médicas, o que gera como efeito a redução na taxa de internação de pacientes por acidente cardiovascular, promovendo então, como impacto, a redução da mortalidade por este tipo de doença.

O uso de indicadores de produtos diretos (*outputs*) como parâmetro para a contratualização de resultados é menos complexo do que a utilização de indicadores de efeitos ou de impactos. Isso porque é difícil estabelecer uma relação direta entre ações desempenhadas pelos gestores públicos e os efeitos e, principalmente, os impactos na situação de saúde da população. Em alguns casos, existe um *lag* de tempo entre ações e mudanças nos indicadores, além disso, é difícil afirmar que os efeitos e os impactos foram gerados exclusivamente pela implementação de uma determinada política pública (Trosa, 2001).

Tais considerações são também aplicáveis quando se procura relacionar gastos do setor público com indicadores de efeitos e impactos, ou seja, é preciso buscar identificar como os gastos correntes e defasados influenciam os resultados alcançados pelo setor público. Esta é uma limitação em modelos de avaliação de eficiência do gasto de estudos desenvolvidos por autores como Gupta e Verhoeven (2001), Afonso e Aubyn (2004), Retzlaff-Roberts, Chang, e Rubin (2004) e Mirmirani e Mirmirani (2005). Além do mais, há de se pensar na influência de programas de outras áreas nos indicadores de saúde.

Ao adotar como unidade de análise o país, tais estudos eliminam uma das grandes dificuldades para a avaliação de desempenho comparativa: o fluxo de pacientes e recursos entre governos. Já Marinho (2003) e Faria, Jannuzzi, e Silva (2008) desenvolveram estudos sobre a eficiência técnica

em municípios do Rio de Janeiro referentes ao setor saúde, no entanto, sem considerar o fluxo de pacientes e recursos nem estruturas homogêneas de produção, o que limita a robustez de seus resultados.

O setor público está passando por um processo de aprendizagem quanto à contratualização de resultados, mas ainda serão necessários vários esforços para que os gestores públicos possam ser efetivamente responsabilizados pelo impacto das ações por eles desenvolvidas. A contratualização de resultados em termos de produtos (*outputs*) diretos é um avanço, mas não é suficiente para avaliar o desempenho do gestor público municipal quanto à aplicação dos recursos públicos, pois a oferta de procedimentos da área de saúde ao menor custo não significa alcançar efetividade com o menor emprego de recursos possível. A mudança no estado de saúde da população depende de como as diversas ações são combinadas em programas governamentais, além das condições ambientais que os governos enfrentam. Por exemplo, a combinação de procedimentos preventivos e curativos pode ter maior impacto sobre a mortalidade por acidente cardiovascular do que apenas a oferta de tratamento curativo; por sua vez, o resultado em certa medida depende dos comportamentos e estilos de vida adotados pela população, como o uso do tabaco.

A gestão compartilhada e solidária, típica do federalismo cooperativo, impõe restrições adicionais à avaliação de desempenho, principalmente a comparativa, e à responsabilização dos gestores públicos municipais. Os resultados alcançados em uma determinada região dificilmente podem ser individualizados para cada município. Ainda assim, os gestores municipais pactuam resultados referentes a indicadores, tais como: mortalidade infantil e mortalidade neonatal. Mesmo considerando a sensibilidade destes indicadores aos cuidados relativos à atenção básica, os gestores municipais dependem da rede regionalizada de atenção à saúde para os casos que envolvam procedimentos de média e alta complexidade, principalmente em pequenos municípios.

Alternativamente, para os indicadores de impacto poder-se-ia optar pela pontuação não por municípios, mas por regiões de saúde. Neste caso, o problema em relação

à alta complexidade permanece o mesmo, pois as regiões de saúde devem ser suficientes para prover certo grau de resolutividade em seu território, com suficiência na atenção básica e parte da média complexidade (Portaria/MS n. 399/2006). Para garantir a atenção na alta complexidade e em parte da média, as regiões devem pactuar entre si arranjos inter-regionais, com agregação de mais de uma região em uma macrorregião (Portaria/MS n. 399/2006). Sendo assim, a unidade de análise mais propícia para avaliar impacto seria a macrorregião; mas essa escala pode favorecer o jogo do empurra-empurra entre os gestores municipais no momento de se responsabilizarem pelas metas não alcançadas pela macrorregião.

Enfim, a responsabilização dos gestores pela eficiência dos gastos públicos quanto à oferta de *outputs* diretos é bem menos complexa do que a avaliação de eficiência dos gastos quanto aos efeitos e, mormente, impactos gerados pelas ações de saúde. As possibilidades de avaliação de desempenho dos gestores públicos municipais são bem maiores no primeiro caso. Porém, o que de fato interessa é se a população está se tornando mais saudável – mas isso implica uma *accountability* municipal mais complexa, tanto pela natureza dos indicadores envolvidos, como pelos entrelaçamentos dos entes federados para promover a atenção à saúde.

No caso da atenção básica, definida como subfunção não compartilhada, parece que o balanceamento entre mecanismos de cooperação e competição federativa pode favorecer a *accountability* e melhores resultados alcançados pelo sistema de saúde. O desempenho dos gestores municipais quanto aos cuidados primários afeta os resultados das regiões e macrorregiões de saúde. Isso porque a atenção básica é a porta de entrada do sistema de saúde e responsável pelo seu ordenamento; sua ênfase está na prevenção e não em tratamentos curativos, estes últimos típicos dos cuidados ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade. Sendo assim, o bom desempenho do gestor municipal na atenção básica contribui para o bom desempenho das redes de atenção à saúde e, em última análise, do SUS como um todo.

3 AVALIAÇÃO DE EFICIÊNCIA TÉCNICA DA ATENÇÃO BÁSICA – ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 População pesquisada.

A unidade de análise deste estudo foi o município, enquanto responsável pela subfunção atenção básica à saúde. A população foi composta pelos municípios da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), escolhidos por causa da relevância da sua economia no Brasil e pela diversidade socioeconômica. A RMSP é formada por 39 municípios divididos em sete regiões de saúde; possui, aproximadamente, 20 milhões de habitantes; é responsável por 57,3% do Produto Interno Bruto (PIB) estadual, 19,4% do nacional e um quarto dos impostos recolhidos no país; porém abriga municípios com diferentes níveis de qualidade de vida (Observa Saúde, 2011). O estudo foi realizado através de um censo dos municípios de tal região.

Os municípios de Guarulhos e São Paulo são os mais populosos da RMSP, com 11.037.590 e 1.299.283 habitantes respectivamente, constituindo duas regiões de saúde do Estado de São Paulo. As outras cinco regiões e suas respectivas populações são: Alto do Tietê (1.511.076), Franco da Rocha (519.696), Grande ABC (2.605.266), Mananciais (974.620) e Rota dos Bandeirantes (1.829.553).

Os municípios de cada região de saúde estabelecem compromissos com base nas prioridades, objetivos, metas e indicadores dos Pactos pela Vida e de Gestão que compõem o Pacto pela Saúde (Portaria MS n. 2669/2009). De acordo com o tipo de indicador, o acordado só poderá ser alcançado se houver a cooperação entre os entes federados, como, por exemplo, os indicadores referentes à prioridade

de redução da mortalidade infantil e materna.

Uma das prioridades do Pacto pela Saúde é o fortalecimento da atenção básica, cujos indicadores, em sua grande maioria, já vêm sendo pactuados desde 2007. Os indicadores específicos da atenção primária são, basicamente, de duas naturezas: cobertura e de efeitos.

3.2 Técnicas de análise dos dados.

A eficiência, capacidade de uma entidade obter máximos *outputs* ao menor custo, é um dos parâmetros de avaliação de desempenho governamental. Para medir a eficiência em atenção básica à saúde, é preciso que se conheça a função de produção dos municípios, ou seja, como os recursos são utilizados para produzir os *outputs* do sistema. Na prática, não existe uma função de produção definida e ela precisa ser estimada a partir de uma amostra de dados com o uso de métodos paramétricos ou não paramétricos, sendo este último o caso da Análise Envoltória de Dados, considerada adequada para avaliar a eficiência de unidades que produzem múltiplos *outputs*.

A *Data Envelopment Analysis* (DEA), termo usado primeiramente por Charnes, Cooper e Rhodes (1978), é uma técnica de otimização, baseada em programação linear e projetada para estabelecer uma medida de eficiência relativa entre diferentes unidades tomadoras de decisão (DMUs). Os vários modelos de DEA se baseiam na análise de eficiência das DMUs com múltiplos insumos (*inputs*) e produtos (*outputs*) e partem da ideia de construir uma fronteira de eficiência, em que as DMUs mais eficientes se situem sobre a superfície da fronteira enquanto as menos eficientes se situem internamente abaixo da fronteira. A forma geométrica da superfície envolvente depende do modelo DEA utilizado.

Os modelos DEA podem ter orientação para a maximização de *outputs* ou minimização de *inputs*, o que vai depender das variáveis sobre as quais o administrador tem mais controle: *inputs* ou *outputs*. Especificamente, foi usado o modelo BCC – Banker, Charnes, e Cooper (1984) com orientação para *outputs*. Isso porque os gestores públicos da área de saúde têm um orçamento fixado e, com os recursos disponíveis, devem procurar realizar a maior quantidade possível de procedimentos e ações dentro de certos padrões de qualidade. Atualmente, um dos principais desafios do SUS é garantir o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde, o que se relaciona com as reivindicações para aumentar os recursos orçamentários da função saúde, já que o sistema não consegue atender integralmente as necessidades da população. O modelo BCC considera retornos variáveis à escala, o que se mostrou adequado após análises preliminares dos dados.

Para a análise de eficiência, assume-se que existem *n* DMUs para serem avaliadas. Cada DMU consome quantidades variadas de *m* diferentes *inputs* para produzir *s* diferentes *outputs*. Especificamente, DMU*j* consome a quantidade *x_{ij}* de *input* *i* e produz *y_{rij}* de *output* *r*. Assume-se que *x_{ij} ≥ 0* e *y_{rij} ≥ 0* e, além disso, que cada DMU tem pelo menos um valor de *input* e *output* positivo. Matematicamente, o modelo pode ser expresso por:

$$\begin{aligned} \max \phi &+ \varepsilon \left(\sum_{i=1}^m s_i^- + \sum_{r=1}^s s_r^+ \right) \\ \sum_{j=1}^n x_{ij} \lambda_j + s_i^- &= x_{i0} \quad i=1,2, \dots, m; \\ \sum_{j=1}^n y_{rij} \lambda_j - s_r^+ &= y_{r0} \quad r=1,2, \dots, s; \\ \lambda_j &\geq 0 \quad j=1,2, \dots, n; \\ \sum_{j=1}^n \lambda_j &= 1 \end{aligned}$$

O escore de eficiência técnica é dado pela medida $1 \leq \theta < \infty$, e $\theta - 1$ é o aumento proporcional em *outputs* que se poderia alcançar pela DMU, mantendo a quantidade de *inputs* constante. Observa-se que $100/\theta$ define o escore de eficiência técnica que varia entre zero e 100%. O valor de θ significa que todos os *outputs* podem ser simultaneamente aumentados na mesma proporção, sem alterar o *mix* pelo qual eles são produzidos.

Os *slack*s s_i^- ou s_r^+ diferentes de zero significam que existe a possibilidade de redução de *input* ou aumento de *outputs* que necessariamente mudaria a proporção dos *outputs*. Em outras palavras, para a orientação para *outputs*, o escore de eficiência θ indica o aumento proporcional de todos os *outputs* de uma DMU, considerando o seu padrão de produção vigente. Todavia, com os recursos disponíveis ela poderia produzir uma quantidade maior de alguns dos *outputs*, sinalizando “ineficiências de *mix*”, ou seja, quanto à combinação de produtos por ela oferecidos (Cooper, Seiford, & Tone, 2007).

Para complementar o estudo, foram realizadas análises comparativas dos resultados da DEA com os indicadores do fortalecimento da atenção básica específicos de cada município e agregados por regiões de saúde.

3.3 Variáveis do modelo de eficiência.

Inicialmente, poder-se-ia pensar em relacionar indicadores do Pacto pela Saúde referentes à prioridade Fortalecimento da Atenção Básica com os gastos realizados em tal subfunção. Todavia, as limitações já discutidas ao relacionar recursos orçamentários e desempenho quanto aos indicadores de efeitos estariam presentes. Além disso, existem restrições relacionadas à DEA quanto às medidas das variáveis sob análise. Conforme Dyson et al. (2001), não se deve misturar índices, geralmente associados com medidas de desempenho, com níveis de atividade/medidas de volume, o que provocaria distorções nos escores de eficiência calculados. Por exemplo, para obter 55% de cobertura do Programa Saúde da Família (PSF), o município de São Paulo teria um gasto muito maior do que qualquer outro município da RMSP. Na DEA, ao comparar os valores de despesa com o percentual de cobertura, São Paulo seria considerado ineficiente. A solução seria então usar valores de despesa *per capita*, mesmo assim persistiriam as distorções, pois a base de composição dos indicadores nem sempre é a população total.

Sendo assim, optou-se por estimar a fronteira de produção da atenção básica à saúde com base em medidas de volume. Os *outputs* são representados pela quantidade de

procedimentos da atenção básica agrupados segundo tipos específicos de ação e pela quantidade de famílias acompanhadas pelo PSF e pelo Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) e os *inputs* pelas despesas em tal subfunção.

A ideia inicial era que a despesa com atenção básica fosse desagregada em seus principais elementos: pessoal e encargos, serviços de terceiros, material de consumo e de distribuição gratuita e outras. Isso permitiria entender as decisões relacionadas à composição do gasto, além de excluir da análise valores de despesas que não contribuem para a geração de produtos (como pensões e aposentadorias e contribuições) ou que beneficiam a produção em vários exercícios, o que é o caso das despesas de capital.

Todavia, a relação entre quantidade de casos e de variáveis não possibilitou um bom ajuste do modelo. Isso porque

os dados obtidos junto ao Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cuja fonte foram os Balancetes das Prefeituras Municipais encaminhados ao sistema Auditoria Eletrônica do Estado de São Paulo (AUDESP), eram de apenas 33 dos 39 municípios da RMSP e os dados de dois destes municípios estavam inconsistentes com aqueles fornecidos para o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Sendo assim, a decisão foi escolher como variável de *input* os dados agregados de despesa com atenção básica.

Para os municípios da RMSP, foi estimada uma função de produção composta de um insumo (*input*) e de seis produtos diretos referentes às ações de atenção básica, ao Programa de Saúde da Família (PSF) e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (*outputs* 1 a 6), conforme Tabela 1. Os dados coletados são referentes ao exercício de 2009.

Tabela 1 Variáveis de Input e Outputs do modelo de eficiência técnica dos Municípios da Região Metropolitana de São Paulo - 2009

Tipo	Variável	Descrição	Fonte
INPUT 1	Despesa com Atenção Básica	Total da despesa liquidada com a subfunção atenção básica à saúde.	SIOPS/DATASUS
OUTPUT 1	Ações de Promoção e Prevenção em Saúde	Quantidade de procedimentos realizados neste tipo de ação.	SIA/DATASUS
OUTPUT 2	Procedimentos com Finalidade Diagnóstica	Quantidade de procedimentos realizados neste tipo de ação.	SIA/DATASUS
OUTPUT 3	Procedimentos Clínicos	Quantidade de procedimentos realizados neste tipo de ação.	SIA/DATASUS
OUTPUT 4	Procedimentos Cirúrgicos	Quantidade de procedimentos realizados neste tipo de ação.	SIA/DATASUS
OUTPUT 5	Ações Complementares da Atenção Básica	Quantidade de procedimentos realizados neste tipo de ação.	SIA/DATASUS
OUTPUT 6	Famílias Cadastradas pelo PSF e PACS	Quantidade de famílias cadastradas pelo Programa Saúde de Família e pelo Programa Agentes Comunitários.	SIAB/DATASUS

Três municípios foram excluídos da análise por falta de dados sobre despesa com atenção básica: Franco da Rocha, Guararema e Juquitiba.

4 RESULTADOS

As estatísticas descritivas das variáveis do modelo de eficiência, em termos *per capita*, indicam uma grande dispersão dos dados dos municípios tanto em termos de despesa

com atenção básica quanto da quantidade de procedimentos realizados. O mesmo pode ser dito sobre a cobertura dos programas PACS e PSF tomados em conjunto.

Tabela 2 Estatísticas Descritivas das Variáveis usadas no Modelo de Eficiência Técnica, em termos *per capita* e de cobertura - Municípios da RMSP - 2009

Estatística	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Percentis		
					25	50	75
Despesa com Atenção Básica	158,740	95,371	33,976	469,338	86,534	149,574	208,819
Ações Promoção/Prevenção	1,592	1,237	0,025	5,160	0,539	1,636	2,354
Procedimentos Diagnósticos	1,015	0,650	0,226	3,126	0,550	0,778	1,317
Procedimentos Clínicos	4,912	2,241	1,826	9,728	3,009	4,433	6,761
Procedimentos Cirúrgicos	0,201	0,095	0,062	0,397	0,130	0,181	0,284
Ações Complementares	0,008	0,005	0,000	0,022	0,005	0,007	0,011
Cobertura PSF/PACS	34,189	27,231	0,000	100,000	12,678	28,770	51,603

Fonte: Dados obtidos do DATASUS, 2011.

Conforme Tabela 2, a despesa com atenção básica *per capita* varia muito entre municípios. Enquanto o grupo formado pelos 25% dos governos que gastam menos apresenta valores *per capita* de até R\$ 86,53, o grupo formado pelos

25% dos governos que gastam mais possui valores *per capita* acima de R\$ 208,82. Existe, também, uma grande variabilidade na quantidade *per capita* de ações e procedimentos oferecidos para a população de cada município, com exce-

ção de procedimentos cirúrgicos e ações complementares. A ênfase está nos procedimentos clínicos e ações de promoção e prevenção. A cobertura do PSF é uma das metas acordadas pelo Pacto pela Saúde, mas observa-se que existem municípios que ainda não haviam aderido a nenhum dos dois programas – PSF e PACS.

Para a estimativa da fronteira de eficiência, espera-se que as variáveis de insumos estejam positivamente correlacionadas com as variáveis de produtos. Todos os *outputs* do modelo apresentaram correlações estatisticamente significativas com a despesa com atenção básica ao nível de significância de 0,01.

A fronteira de eficiência técnica estimada pela DEA foi formada por sete dos 36 municípios sob análise. Os outros 29 municípios encontram-se abaixo da fronteira, ou seja, deveriam oferecer mais serviços de saúde dado o dispêndio com atenção básica. Os resultados sinalizam que 19,44% dos municípios foram considerados eficientes e 80,56% ineficientes.

Quando se analisa somente os municípios ineficientes, a média dos escores de eficiência é de 42,75%, indicando que se poderia aumentar a oferta de produtos diretos da atenção básica em 57,25%, em média, sem a necessidade de direcionar mais recursos do orçamento público para a área da saúde. Pela avaliação geral da representatividade das metas de melhorias dos *outputs*, conforme Figura 1, a ação dos municípios ineficientes deveria estar voltada para aumentar a cobertura do PACS/PSF, a quantidade de ações de promoção e prevenção e de procedimentos diagnósticos. Isso considerando os acréscimos proporcionais referentes ao escore de eficiência e as possibilidades de acréscimos não proporcionais representados pelos *slack*s.

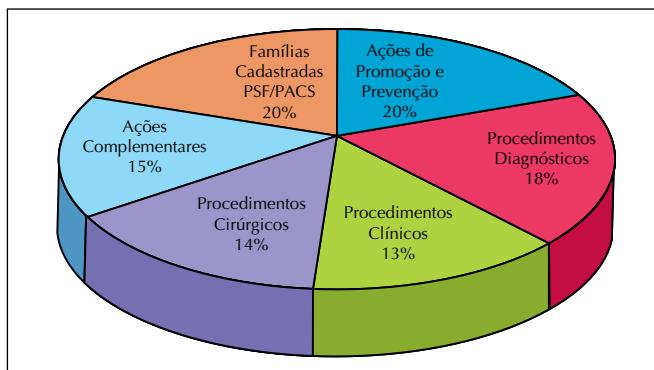


Figura 1 Representatividade das metas de melhorias para os Outputs

Na Tabela 3, são apresentados os escores de eficiência e os indicadores do fortalecimento da atenção básica para cada um dos municípios, bem como a média e desvio padrão de cada uma das respectivas regiões. A análise dos municípios dentro de suas respectivas regiões permite discutir questões referentes à cooperação e competição federativas.

O município/região de São Paulo é considerado eficiente, o mesmo não podendo ser dito de Guarulhos que tem escore de eficiência menor do que quatro outros municípios, três deles pertencentes à região dos Mananciais.

Os dois municípios menos eficientes da RMSP são Biritiba-Mirim e Cotia, e estão, respectivamente, nas regiões Alto do Tietê e Mananciais. Pela análise dos dados desagregados de despesas, estes municípios foram os que apresentaram maior percentual de despesa de capital, sendo assim, havia uma expectativa de que se aumentasse o volume de suas atividades. Cabe ressaltar que, ao retirar dos *inputs* a despesa de capital, Cotia passa a ser o mais ineficiente e Biritiba-Mirim continua entre os mais ineficientes. Este último município apresentou o segundo maior percentual de despesas com Subvenções Sociais, atrás apenas de Salesópolis.

Com exceção da região de Franco da Rocha e Guarulhos, existe pelo menos um município eficiente em cada região, com maior concentração no Grande ABC, o que o fez obter a segunda maior média do escore de eficiência. A menor média dos escores é da região da Rota dos Bandeirantes em que, apesar de Osasco ser considerado eficiente, todos os demais municípios apresentam baixos índices de eficiência. Nas demais regiões, existem grandes diferenças quanto à eficiência técnica entre os municípios.

Ainda em relação aos dados desagregados de despesa, uma situação chama a atenção. Diadema, Suzano e Embu estão entre os municípios mais eficientes e a maior concentração da despesa está em serviços de terceiros, 47%, 85% e 68% respectivamente. Tais municípios não indicaram valores de despesas com pessoal e encargos, sinalizando que não trabalharam com pessoal próprio ou que não conseguiram classificar adequadamente a despesa.

Em relação aos indicadores da atenção básica, pela análise de correlação de *Spearman* com os escores de eficiência, ficou claro que não existe uma relação estatisticamente significante entre eficiência técnica dos gastos e melhor *performance* dos indicadores.

Em relação à cobertura do PSF (IND 1), a expectativa nacional era que, em 2010, o número de famílias cadastradas fosse de 54,5%. Todavia, em média, nenhuma região apresentava, em 2009, o indicador neste patamar, estando bem abaixo do previsto. Quando se observa os municípios individualmente, somente São Lourenço da Serra, Cajamar e Diadema já estavam dentro da meta. Em 2009, oito municípios ainda não tinham aderido à Estratégia de Saúde da Família.

Quanto às consultas de pré-natal (IND 2), as médias das regiões eram próximas e apenas 4 municípios da Região do Alto Tietê ainda não haviam alcançado o valor desejado de 62,91% de mães de nascidos vivos com 7 ou mais consultas. São eles: Suzano, Salesópolis (municípios considerados eficientes tecnicamente), Itaquaquecetuba e Biritiba-Mirim.

A internação hospitalar por diabetes *mellitus* (IND 3) estava, em média, no patamar desejado (menor ou igual a 6,0 por 10.000 habitantes para 2010) em todas as regiões, com exceção do Alto do Tietê que possuía dois municípios com valores acima do esperado para a meta nacional – Salesópolis (21,2) e Santa Isabel (6,5). Além disso, Jandira da região da Rota dos Bandeirantes possuía o indicador de 7,9 em 2009.

Tabela 3 Escores de Eficiência Técnica e Indicadores do Fortalecimento da Atenção Básica - Municípios da RMSP por Região de Saúde - 2009

Região	Município	Escore	Fortalecimento da atenção básica							
			IND1	IND2	IND3	IND4	IND5	IND6	IND7	IND8
São Paulo	São Paulo	100,0%	30,1	74,1	2,9	5,5		21,2	4,0	1,0
Guarulhos	Guarulhos	60,4%	20,4	66,7	2,7	6,7	3,0	25,3	8,5	1,2
Mananciais	São Lourenço da Serra	100,0%	75,5	64,0	1,4	1,4	2,2	71,9	0,0	13,6
	Embu	79,7%	22,7	66,8	2,1	6,1	4,4	55,8	12,5	13,7
	Itapecirica da Serra	73,7%	2,1	71,7	3,1	7,7	1,7	90,0	2,1	9,8
	Taboão da Serra	69,5%	37,2	69,1	5,2	7,5	3,0	47,4	10,6	12,9
	Embu-Guaçu	44,9%	20,9	68,9	5,1	5,1	5,1	63,1	16,7	1,4
	Vargem Grande Paulista	31,0%	31,6	74,1	1,2	6,4	6,2	71,0	23,1	10,2
	Cotia	16,9%	4,3	71,5	3,5	5,7	2,2	62,0	5,7	0,7
	Média	59,4%	27,8	69,4	3,1	5,7	3,5	65,9	10,1	8,9
	Desvio Padrão	29,4%	24,7	3,4	1,6	2,1	1,7	13,6	8,2	5,6
Rota dos Bandeirantes	Osasco	100,0%	0,0	72,6	1,5	5,4	2,4	26,9	0,0	7,4
	Barueri	35,5%	0,0	87,5	2,7	6,9	2,1	59,5	0,0	21,9
	Carapicuíba	34,8%	0,0	63,9	3,7	7,0	2,4	42,2	0,0	0,0
	Itapevi	29,8%	32,6	68,6	1,5	7,0	4,7	31,1	8,4	0,0
	Pirapora do Bom Jesus	24,2%	32,4	73,8	1,8	3,7	7,4	24,0	22,0	0,0
	Jandira	22,6%	0,0	75,4	7,9	4,0	2,5	71,5	0,0	3,8
	Santana de Parnaíba	20,7%	4,8	80,1	0,4	1,1	5,5	96,2	6,0	4,9
	Média	38,2%	10,0	74,6	2,8	5,0	3,8	50,2	5,2	5,4
	Desvio Padrão	27,8%	15,5	7,7	2,5	2,2	2,0	26,8	8,2	7,8
Franco da Rocha	Mairiporã	72,9%	26,4	83,5	3,2	3,5	2,8	38,3	8,7	9,6
	Caieiras	38,3%	0,0	71,5	2,9	1,4	3,2	50,8	0,0	9,6
	Cajamar	29,5%	65,9	89,1	1,2	6,4	4,4	68,8	32,5	11,6
	Francisco Morato	29,1%	49,5	61,8	6,2	8,4	4,1	47,0	15,4	0,0
	Média	42,4%	35,4	76,5	3,4	4,9	3,6	51,2	14,1	7,7
	Desvio Padrão	20,8%	28,6	12,2	2,1	3,1	0,8	12,8	13,8	5,2
Grande ABC	Diadema	100,0%	83,6	78,4	2,6	8,7	2,7	42,2	41,6	3,5
	Santo André	100,0%	16,9	76,8	3,8	4,0	2,4	31,5	4,1	0,2
	São Caetano do Sul	100,0%	51,3	86,1	3,2	6,8	0,4	80,9	18,2	0,6
	São Bernardo do Campo	47,3%	6,2	80,6	2,1	7,3	2,2	46,5	0,0	0,5
	Mauá	36,0%	36,2	79,6	2,3	6,3	2,2	46,7	0,0	0,1
	Ribeirão Pires	34,0%	0,0	82,9	2,8	6,0	3,7	22,2	0,0	2,9
	Rio Grande da Serra	30,5%	35,2	73,9	1,3	7,0	2,2	17,9	0,0	0,4
	Média	64,0%	32,8	79,8	2,6	6,6	2,3	41,1	9,1	1,2
	Desvio Padrão	34,1%	28,8	4,0	0,8	1,4	1,0	20,9	15,8	1,4
Alto do Tietê	Suzano	100,0%	10,7	58,2	1,5	2,2	3,1	56,4	4,9	0,5
	Salesópolis	100,0%	0,0	51,6	21,2	11,4	4,0	41,1	0,0	0,5
	Mogi das Cruzes	58,8%	6,5	69,5	4,4	6,4	4,3	36,2	0,0	0,0
	Santa Isabel	55,2%	51,2	83,4	6,5	18,5	4,4	51,1	36,8	4,5
	Itaquaquecetuba	52,1%	7,2	58,4	3,0	7,4	2,6	32,8	0,0	0,0
	Poá	40,1%	28,0	73,5	5,7	4,8	2,4	65,8	6,1	0,1
	Ferraz de Vasconcelos	35,5%	33,7	73,5	4,8	4,9	2,5	88,9	0,0	11,5
	Arujá	21,2%	0,0	70,0	1,6	3,2	2,1	67,6	0,0	0,3
	Biritiba-Mirim	15,5%	52,3	58,7	2,8	13,8	4,2	83,3	11,6	0,0
	Média	53,2%	21,1	66,3	5,7	8,1	3,3	58,1	6,6	1,9
	Desvio Padrão	30,3%	20,9	10,2	6,1	5,4	0,9	20,0	12,0	3,8

O mesmo não pode ser dito das internações por acidente vascular cerebral no âmbito do SUS (IND 4), cujo valor nacional esperado, para 2010, era de 5,2/10.000 habitantes. Pela média, somente as regiões Rota dos Bandeirantes e Franco

da Rocha estavam dentro do patamar desejado em 2009. As piores performances em relação a este indicador eram das regiões Alto do Tietê, Guarulhos e Grande ABC. Dos 36 municípios, apenas nove estavam dentro dos limites esperados.

Em relação ao percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para a idade (IND 5), em 2009, dois municípios da Rota dos Bandeirantes (Itapevi e Pirapora do Bom Jesus) ainda não apresentavam os valores desejados de 4,4% para 2010. Quanto ao acompanhamento das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (IND 6), em média e em 2009, todas as regiões ainda precisavam trabalhar para alcançar a meta estipulada nacionalmente para 2010 de, no mínimo, 70% de famílias acompanhadas. Três municípios da região dos Mananciais atendiam o mínimo esperado (São Lourenço da Serra, Itapecerica da Serra e Vargem Grande Paulista), dois da Rota dos Bandeirantes (Jandira e Santana do Parnaíba), um do Grande ABC (São Caetano do Sul) e dois do Alto do Tietê (Ferraz de Vasconcelos e Biritiba-Mirim).

Os indicadores referentes à saúde bucal foram inseridos no pacto a partir de 2011 (Portaria/MS n. 3.840/2010).

Com exceção de Diadema, a cobertura populacional estimada das equipes de saúde bucal (IND 7) de 40% não estava sendo atendida, em 2009, e 14 municípios não tinham equipes de saúde bucal implantadas em seu território. A média da ação coletiva de escovação dental supervisionada (IND 8), em 2009, estava dentro dos patamares desejados de 3% para 2011 em 15 municípios. A maior defasagem estava nos municípios de São Paulo, Guarulhos e aqueles pertencentes às Regiões Rota dos Bandeirantes, Grande ABC e Alto do Tietê.

Enfim, existem grandes diferenças entre municípios de uma mesma região tanto em termos de eficiência técnica quanto em relação aos indicadores do fortalecimento da atenção básica e, não necessariamente, os municípios que tiveram maior eficiência no uso dos recursos foram os que apresentaram melhores indicadores do pacto.

5 DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A principal contribuição deste trabalho foi discutir as potencialidades e limites da avaliação comparativa de desempenho em relação aos gastos públicos e a influência da estrutura federativa brasileira em tal processo, particularmente no âmbito do SUS.

A atenção básica à saúde, ao ser tratada pelo SUS como uma responsabilidade exclusiva dos municípios, imprime à política de saúde características do federalismo competitivo, favorecendo a responsabilização dos gestores públicos pelos resultados alcançados com o uso do dinheiro público e a avaliação comparativa de desempenho.

A análise de eficiência técnica dos municípios quanto aos gastos com atenção básica sinaliza que existem desempenhos bastante diferentes entre municípios de uma mesma região de saúde e entre as regiões de saúde da RMSP. Os recursos mal empregados em um município ou região de saúde geram prejuízos ao sistema como um todo, já que a falta de cuidados primários pode aumentar a pressão por serviços ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidades, por exemplo, ao elevar o número de internações pela falta de ações de controle da pressão arterial da população. Em cada região, a existência de um ou poucos municípios que se destacam positivamente quanto à eficiência pode representar o comportamento oportunístico dos demais que tentam repassar os custos do sistema de saúde para a região como um todo. Assim, a cooperação no âmbito do SUS parece não se mostrar suficiente para inibir comportamentos financeiros predatórios, uma das vantagens deste tipo de federalismo tratadas por Abrúcio (2005).

O uso da análise comparativa de desempenho, por meio da DEA, favorece o controle mútuo entre os governos ao indicar aqueles que poderiam aumentar o volume de serviços prestados à população com os recursos orçamentários disponíveis. A competição propicia a busca pela inovação e a DEA permite identificar as práticas que foram bem sucedidas quanto ao uso do recurso público e em quais casos um município pode ser tomado como referência por outros. Portanto, a análise comparativa de desempenho,

se usada pelos órgãos de controle, além de permitir criar parâmetros para avaliação das ações dos gestores públicos, favorece as vantagens do federalismo competitivo.

Apesar de a atenção básica ser uma subfunção não compartilhada, as relações horizontais entre os municípios ocorrem quando são pactuadas suas metas. Isto é, a prática dos municípios é afetada pelas prioridades definidas pelo Pacto pela Saúde e os acordos estabelecidos em suas respectivas regiões. Neste sentido, a atenção básica não é vista isoladamente, mas como parte de uma rede regionalizada de assistência à saúde e, assim, os recursos orçamentários aparentemente exclusivos de cada município passam a ser vistos como comuns ao sistema de saúde como um todo.

Sendo assim, as disparidades nos indicadores da atenção básica dos municípios devem ser tratadas cuidadosamente pelos colegiados regionais, afinal uma das características da cooperação federativa é a ajuda a governos menos capacitados na execução das tarefas (Abrúcio, 2005). No caso do fortalecimento da atenção básica, cinco dos indicadores são referentes à cobertura do serviço. Deste modo, o uso eficiente dos recursos disponíveis pode favorecer o alcance das metas estipuladas para os indicadores. A gestão regional também possibilita um melhor desempenho do sistema de saúde ao disseminar as fórmulas administrativas bem sucedidas, ou seja, as práticas inovadoras dos municípios considerados eficientes.

O alcance das metas de cobertura com o uso eficiente dos recursos não garante a melhoria do estado de saúde da população. Em outras palavras, fornecer mais produtos diretos pelo menor custo não implica em efetividade do sistema. Todavia, é do interesse do cidadão saber o que se fez com o dinheiro público, conforme destacado por Trosa (2001).

A avaliação de efeito e impacto exige um rigor que lhe é próprio, pois é preciso identificar as ações que geraram os resultados, em qual limite territorial, em qual tempo e quais variáveis ambientais influenciaram o alcance de tais resultados. Neste sentido, a avaliação comparativa de efe-

tividade torna-se mais complexa e no âmbito do SUS deve ser realizada tomando como unidade de análise regiões ou macrorregiões de saúde e não municípios, com exceção de alguns efeitos que podem ser atribuídos à atuação do gestor municipal, como a redução de internações por diabetes e acidentes cardiovasculares. Entretanto, a escala regional pode favorecer o jogo do empurra-empurra entre os gestores municipais no momento de se responsabilizarem pelas metas não alcançadas pela região ou macrorregião, dificultando a *accountability*, um dos problemas do federalismo cooperativo, de acordo com Franzese (2010).

Isso não quer dizer que no processo de contratualização de resultados não se possa inserir indicadores de efeitos ou impacto que, na verdade, são desejáveis. Na análise de casos individuais, é menos complexo identificar ações específicas que geraram determinados resultados. Logo, as funções de controladoria executadas por meio de avaliações comparativas diferem daquelas executadas nos limites dos órgãos públicos referentes, por exemplo, a um programa governamental. Para a realização do controle da qualidade

do gasto público, é importante compreender os limites e potencialidades de cada metodologia de avaliação de desempenho, principalmente em relação ao contexto em que será utilizada, o que pode possibilitar a instrumentalização das instituições de controle interno, externo e social para o desempenho de suas funções.

Cabe ainda ressaltar que a avaliação comparativa do desempenho governamental depende essencialmente da qualidade dos dados disponibilizados aos cidadãos. Entretanto, uma das principais limitações desta pesquisa se relaciona à falta de dados ou sua inconsistência. Não foi possível trabalhar com as despesas desagregadas por elementos e três municípios foram excluídos da análise por falta de dados. Se não há transparência, não há possibilidade de *accountability* dos gastos públicos.

Para pesquisas futuras, sugere-se aprofundar a análise quanto às discrepâncias entre os municípios e à atuação dos colegiados regionais no tratamento desta questão. Será também oportuno estender a análise a outras regiões de saúde e a outros períodos.

Referências

- Abrúcio, F. A. (2005, June). A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Revista de Sociologia e Política*, 24, 42-67.
- Afonso, A., & Aubyn, M. St. (2004, January). *Non-parametric approaches to education and health expenditure efficiency in OECD countries*. Lisboa: Department of Economics at the School of Economics and Management (ISEG).
- Aguirre, B. M. B. (2007). *Ação coletiva, participação e o controle social do SUS*. Tese de livre docência, Departamento de Economia, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Arretche, M. (2004, abril-junho). Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo em Perspectiva*, 18 (2), 17-26.
- Banker, R. D., Charnes, A., & Cooper W. W. (1984, September). Some models for estimating technical and scale inefficiencies in data envelopment analysis. *Management Science*, 30 (9), 1078-1092.
- Broadbent, J., & Guthrie, J. (2008). Public sector to public services: 20 years of "contextual" accounting research. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 21 (2), 129-169.
- Cameron, D., & Simeon, R. (2002, Spring). Intergovernmental relations in Canada: the emergence of collaborative federalism. *Publius: The Journal of Federalism*, 32 (2).
- Charnes, A., Cooper, W. W., & Rhodes, E. (1978). Measuring the efficiency of decision making units. *European Journal of Operational Research*, 2, 429-444.
- Cohen, E., & Franco, R. (2004). *Avaliação de projetos sociais*. (6. ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Recuperado em 01 março, 2011, de <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/>.
- Cooper, W.W., Seiford, L. M., & Tone, K. (2007). *Data envelopment analysis: a comprehensive text with models, applications, references and DEA-Solver software*. (2nd ed.). New York: Springer Science + Business Media, LLC.
- Dourado, D. A., & Elias, P. E. M. (2011, janeiro-março). Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 45 (1), 204-211.
- Dyson, R. G., Allen, R., Camanho, A. S., Podinovski, V. V., Sarrico, C. S., & Shale, E. A. (2001). Pitfalls and protocols in DEA. *European Journal of Operational Research*, Amsterdam, 132, 245-259.
- Elazar, D. J. (1991). *Exploring federalism*. Tuscaloosa: University of Alabama.
- Faria, F. P., Jannuzzi, P. M., & Silva, S. J. (2008, janeiro-fevereiro). Eficiência dos gastos municipais em saúde e educação: uma investigação através da análise envoltória no estado do Rio de Janeiro. *Revista de Administração Pública*, 42 (1), 155-177.
- Franzese, C. (2010). *Federalismo cooperativo no Brasil*: da Constituição de 1988 aos sistemas de políticas públicas. Tese de doutorado em Administração Pública e Governo, Curso de Pós-Graduação em Administração Pública e Governo, Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, SP, Brasil.
- Gupta, S., & Verhoeven, M. (2001). The efficiency of government expenditure experiences from Africa. *Journal of Policy Modeling*, 23 (4), 433-467.
- Hofstede, Geert. (1981). Management control of public and not-for-profit activities. *Accounting Organizations and Society*, 6 (3), 193-211.
- Marinho, A. (2003, julho-setembro). Avaliação da eficiência técnica nos serviços de saúde nos municípios do estado do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Economia*, 57 (3), 515-534.
- Merchant, K. A., & Otley, D. T. A review of the literature on control and accountability. In: Chapman, C. S., Hopwood, A. G., Shields, M. D. (Eds.). (2007). *Handbook of Management Accounting Research*. Oxford: Elsevier, v. 2.
- Ministério da Saúde – MS. *Portaria GM/MS n. 399, de 22/02/2006*. Recuperado em 01 setembro, 2010, de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>.
- Ministério da Saúde – MS. *Portaria/MS n. 2.669, de 03/11/2009*. Recuperado em 01 julho, 2011 de http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/portaria2669_versao_impressao.pdf.
- Ministério da Saúde – MS. *Portaria/MS n. 3.840, de 07/12/2010*. Recuperado em 01 julho, 2011 de <http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/portaria3840.pdf>.
- Mirmirani, S., & Mirmirani, T. (2005, Summer). Health care delivery in OECD countries, 1990-2000: an efficiency assessment. *The Business Review*, 3 (2), 58-63.
- Observa Saúde. *Região Metropolitana de São Paulo (RMSP)*. Recuperado em 25 julho, 2011, de <http://www.observasaude.sp.gov.br/RgMetropolitana/Paginas/Default.aspx>.
- Retzlaff-Roberts, D., Chang, C. F., & Rubin, R. M. (2004). Technical efficiency in the use of health care resources: a comparison of OECD countries. *Health Policy*, 69, 55-72.
- Souza, C. (2008, June). Federalismo: teorias e conceitos revisitados. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, 65, 27-48.
- Tiebout, C. M. (1956). A pure theory of local expenditure. *Journal of Political Economy*, 64, (5), 416-424.
- Trosa, S. (2001). *Gestão pública por resultados*: quando o Estado se compromete. Rio de Janeiro: Revan; Brasília: ENAP.