

Análise da eficiência do gasto público nas unidades básicas de saúde do município de Parnamirim/RN

Daniele da Rocha Carvalho (UFRN) - drc_rn@yahoo.com.br

Francinaldo Cândido Soares (UFRN) - candido_fcg@outlook.com

MARKE GEISY DA SILVA DANTAS (UFRN) - markegeisy@hotmail.com

Ridalvo Medeiros Alves de Oliveira (UFRN) - ridalvo16@gmail.com

Resumo:

A partir da Constituição Federal de 1988, a administração pública brasileira iniciou um processo de modernização administrativa, visando um modelo de governo menos burocrático e mais gerencial, voltado para resultados. Surge a necessidade de oferecer serviços públicos que atendam aos interesses da sociedade, de maneira econômica e eficiente. Diante do exposto, este trabalho teve como objetivo analisar a eficiência das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Parnamirim/RN. Foi realizada uma pesquisa descritiva com nove UBS, aplicando procedimentos de levantamento, análise documental, entrevista estruturada e pesquisa bibliográfica, com uma abordagem quantitativa. Foram levantados os gastos e serviços produzidos por essas UBS entre agosto e outubro de 2016. As análises revelam que, em média, 76% do gasto das UBS são com folha de pagamento. Revelaram ainda que algumas UBS apresentaram consumo muito elevado de medicamentos, o que pode indicar falta de eficácia das ações de prevenção e promoção à saúde. Por meio da Análise Envoltória de Dados (DEA), foi calculado o índice de eficiência dessas UBS, revelando que 56% foram eficientes na utilização de seus insumos. Contudo, duas das nove UBS pesquisadas tiveram menores índices de eficiência, mas apresentaram margens relevantes de otimização no uso de seus insumos. Caso essas UBS passassem a operar no mesmo nível de eficiência das demais, poderiam gerar uma economia de aproximadamente R\$ 430.000,00 por ano. Dessa forma, a pesquisa revelou falta de eficiência em algumas UBS do município.

Palavras-chave: *Serviços públicos de saúde. Eficiência. Unidades Básicas de Saúde. DEA.*

Área temática: *Custos aplicados ao setor público*

Análise da eficiência do gasto público nas unidades básicas de saúde do município de Parnamirim/RN

Resumo

A partir da Constituição Federal de 1988, a administração pública brasileira iniciou um processo de modernização administrativa, visando um modelo de governo menos burocrático e mais gerencial, voltado para resultados. Surge a necessidade de oferecer serviços públicos que atendam aos interesses da sociedade, de maneira econômica e eficiente. Diante do exposto, este trabalho teve como objetivo analisar a eficiência das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Parnamirim/RN. Foi realizada uma pesquisa descritiva com nove UBS, aplicando procedimentos de levantamento, análise documental, entrevista estruturada e pesquisa bibliográfica, com uma abordagem quantitativa. Foram levantados os gastos e serviços produzidos por essas UBS entre agosto e outubro de 2016. As análises revelam que, em média, 76% do gasto das UBS são com folha de pagamento. Revelaram ainda que algumas UBS apresentaram consumo muito elevado de medicamentos, o que pode indicar falta de eficácia das ações de prevenção e promoção à saúde. Por meio da Análise Envoltória de Dados (DEA), foi calculado o índice de eficiência dessas UBS, revelando que 56% foram eficientes na utilização de seus insumos. Contudo, duas das nove UBS pesquisadas tiveram menores índices de eficiência, mas apresentaram margens relevantes de otimização no uso de seus insumos. Caso essas UBS passassem a operar no mesmo nível de eficiência das demais, poderiam gerar uma economia de aproximadamente R\$ 430.000,00 por ano. Dessa forma, a pesquisa revelou falta de eficiência em algumas UBS do município.

Palavras-chave: Serviços públicos de saúde. Eficiência. Unidades Básicas de Saúde. DEA.

Área temática: 5 – Custos aplicados ao setor público

1 Introdução

A Constituição Federal (CF) de 1988 dedicou grande interesse às finanças públicas e ao gerenciamento dos recursos públicos. Estabeleceu princípios que devem nortear a nova gestão pública, dentre os quais está o da eficiência, com vistas a um novo modelo de governo que atenda aos interesses sociais de maneira mais econômica e efetiva.

A partir de então, passa-se a ter uma visão mais gerencial do governo, como uma organização que não só arrecada tributos, mas administra-os em favor do interesse comum. Surge, então, uma nova concepção, onde a gestão de recursos está intrinsecamente associada a resultados. (REZENDE, 2012)

Essa busca por resultados despertou interesse pelo gasto público. De forma mais incisiva, tem se discutido intensamente nos últimos anos a maneira que os gestores públicos estão aplicando os recursos por eles administrados. A qualidade do gasto público no Brasil tem sido cada vez mais discutida.

Dentre as várias áreas da administração pública, a saúde tem se tornado um tema bastante habitual nas discussões que envolvem a qualidade do gasto público. Alguns trabalhos como os de Souza, Nishijima e Rocha (2010); Queiroz *et al* (2013); Braga, Ferreira e Bastos (2015); Mazon, Mascarenhas e Dallabrida (2015); e Duarte *et al* (2016), abordam a eficiência da aplicação dos recursos públicos em saúde.

Quando se trata de serviços públicos no Brasil é notória a insatisfação dos usuários com a qualidade dos serviços prestados à população, salvo algumas raras exceções. O contribuinte não percebe o retorno dos tributos pagos, em troca de uma prestação de serviços considerados essenciais e de interesse comum a toda a sociedade, como é o caso dos serviços de saúde.

Um estudo realizado pelo Instituto Brasileiro de Planejamento Tributário (IBPT) no ano de 2015 revelou que, dos trinta países com maior carga tributária no mundo, o Brasil é o que

mais arrecada, porém, é o que menos devolve à sociedade através de serviços públicos de boa qualidade.

Há, portanto, uma visível necessidade de melhoramento na aplicação dos recursos públicos, de forma que a alta carga tributária do país, que chegou a 36% do Produto Interno Bruto (PIB) no ano de 2016, seja administrada de maneira mais eficiente e eficaz.

Boa parte desses recursos são gastos com a saúde pública. Em 2016, a União destinou a área da saúde cerca de R\$ 110 bilhões, dos quase R\$ 3 trilhões do orçamento geral da União. Isso corresponde a terceira maior dotação orçamentária, ficando atrás apenas dos recursos destinados ao pagamento dos juros da dívida pública e aos gastos com a Previdência Social.

Nesse mesmo ano, dos R\$ 10,5 bilhões do orçamento geral do estado do Rio Grande do Norte, 15,30% foram comprometidos com a área da saúde, fato que coloca esta área como a segunda que mais consome recursos públicos do orçamento geral do estado.

Também em 2016, o município de Parnamirim alocou cerca de R\$ 113,8 milhões, de um total de R\$ 505 milhões do orçamento geral do município, o que coloca a saúde pública como a área que mais consome recursos do orçamento geral do município.

Em todas as esferas do governo a saúde pública figura como um dos setores que representam os maiores gastos públicos. Buscar a eficiência dos serviços de saúde é, portanto, imprescindível para que se tenha um melhor aproveitamento dos recursos públicos, principalmente em momentos de crise econômica, quando há uma limitação na disponibilidade dos recursos, e um aumento na procura por serviços públicos.

Face o exposto, esta pesquisa busca responder ao seguinte questionamento: Qual o grau de eficiência das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Parnamirim/RN?

Visando responder a esse problema de pesquisa, foram traçados os seguintes objetivos específicos:

- Apurar os gastos das UBS selecionadas para a pesquisa;
- Fazer um levantamento dos serviços oferecidos pelas UBS selecionadas;
- Analisar a relação entre os insumos consumidos pelas UBS e os serviços oferecidos através da Análise Envoltória de Dados (DEA).

2. Referencial teórico

2.1 Saúde pública no Brasil após a Constituição Federal de 1988

A CF de 1988 trouxe grandes mudanças para o sistema de saúde brasileiro, absorvendo alguns princípios defendidos na 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, iniciando um novo marco no sistema de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Em seu artigo 196, a CF de 1988 assegura que a saúde é um direito de todos e um dever do estado, com acesso universal e igualitário, 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)

Em 1993, através da Lei nº 8.689, de 27 de julho, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) é extinto e suas funções, competências e atribuições são absorvidas pelo Ministério da Saúde nas três esferas de governo. A partir de então, o SUS perde sua dependência financeira da previdência e passa a ter fontes de financiamento diversas, seguindo o que dispõe o artigo 33 da Lei nº 8.080, de 1990. O sistema enfrentou grandes dificuldades financeiras no início de sua implantação. Sem sua principal fonte de recursos, mecanismos como a Contribuição Provisória Sobre Movimentações Financeiras (CPMF) em 1997, foram implantados para financiar o SUS, mas as dificuldades foram superadas no ano 2000, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 que definiu percentuais mínimos de recursos que deveriam ser aplicados na saúde. (RODRIGUES; SANTOS, 2011)

Um avanço que se pode constatar diz respeito às formas de aplicação dos recursos na área da saúde. Apesar das visíveis necessidades de melhorias, a participação da sociedade na

gestão do SUS e o estabelecimento, por meio de leis, de critérios para o financiamento do sistema contribuíram para a ampliação e consolidação das políticas de saúde pública no Brasil.

2.2 Níveis de atenção à saúde

A CF de 1988 estabeleceu que as ações e os serviços públicos de saúde compõem uma rede regionalizada e hierarquizada com gestão descentralizada em cada esfera de governo, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: “I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade”. (BRASIL, 1988)

Para Teixeira (2011), a hierarquização dos serviços consiste na organização das unidades de saúde segundo o grau de complexidade tecnológica dos serviços estabelecidos por meio de uma rede que articule unidades mais simples com as mais complexas.

Essa hierarquização materializa-se por meio de três níveis de atenção à saúde, classificados de acordo com o grau de complexidade dos serviços prestados: Atenção Básica, Média Complexidade e Alta Complexidade. É importante ressaltar que o termo Atenção Básica também é tratado na literatura como Atenção Primária à saúde ou Baixa Complexidade. Da mesma forma a expressão Média Complexidade pode ser abordada como Atenção Secundária à saúde, e a Alta Complexidade como Atenção Terciária à saúde.

Para Lavras (2011, p. 868), atenção básica é a “atenção ambulatorial não especializada ofertada através de unidades de saúde de um sistema, que se caracteriza pelo desenvolvimento de conjunto bastante diversificado de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica”.

A Atenção Básica é, portanto, responsável por ações de saúde variadas que não necessitem de tecnologias especializadas para a execução dos serviços prestados. Dessa forma, é “a porta de entrada do sistema, como o primeiro nível de contato da população com o sistema, aquele mais próximo às famílias e à comunidade”. (CECÍLIO *et al*, 2012, p. 2894)

É nesse nível de atenção à saúde que estão inseridas as UBS, que são objeto de estudo deste trabalho. As UBS são estabelecimentos de saúde que utilizam tecnologias de cuidado complexas, porém com baixa densidade, isto é, serviços que demandem conhecimento com pouco uso de equipamentos.

2.3 Informações dos gastos para tomada de decisão no setor público

O planejamento e a execução dos gastos públicos no Brasil se dá por meio de três peças orçamentárias que juntas compõem o sistema orçamentário brasileiro: Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA).

No que se refere ao planejamento dos gastos públicos, são o PPA e a LDO que estabelecem metas e objetivos da administração pública de longo e curto prazos, respectivamente. E, por fim, cabe à LOA a execução, por assim dizer, do gasto público.

Segundo Giacomoni (2012), surgiram as primeiras exigências de elaboração formal de orçamentos por parte da administração pública na Constituição Imperial de 1824. A partir de então, o sistema orçamentário brasileiro sofre inúmeras alterações, principalmente quanto às atribuições dos poderes legislativo e executivo na elaboração da peça orçamentária, bem como sua natureza e estrutura.

Em 1964, a Lei nº 4.320, de 17 de março, consolida e padroniza os procedimentos e a estrutura de elaboração dos orçamentos na administração pública. União, Estados e Municípios passam a adotar regras gerais para a elaboração de seus orçamentos e balanços. Em seu artigo segundo, a referida Lei determina que “a Lei do Orçamento conterà a discriminação da receita e despesa de forma a evidenciar a política econômica, financeira e o programa de trabalho do Governo, obedecidos os princípios de unidade, universalidade e anualidade”.

Nesse momento a legislação estabelece a obrigatoriedade de elaboração apenas do orçamento anual. Trata-se, portanto, de uma peça orçamentária única, contendo todas as receitas

e despesas dos órgãos públicos e o plano de trabalho do governo para aquele ano. A exceção a esse orçamento anual fica por conta das despesas de investimentos, que devem contemplar três exercícios financeiros.

Com o advento da CF de 1988 o sistema orçamentário brasileiro recebe algumas alterações e novos mecanismos de planejamento que permitem um aperfeiçoamento técnico nas demonstrações dos órgãos e entidades da administração pública.

2.4 O princípio da eficiência aplicado à saúde pública

Buscando uma gestão pública mais gerencial e voltada para a obtenção de resultados esperados pela sociedade, a CF de 1988 estabeleceu alguns princípios que auxiliam na melhoria do gasto público e ajudam a alcançar os resultados almejados (RAMOS, 2013). Em seu artigo 37, determina que a administração pública “obedecerá aos princípios da de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência”, e nos artigos 70 e 74 prevê que a gestão pública deve se pautar por princípios de eficácia, efetividade e economicidade.

Percebe-se, então, que a CF dedicou certa atenção à qualidade do gasto público, para que a gestão passasse a se preocupar não apenas em resolver os problemas da sociedade, mas em fazê-lo de maneira econômica e eficiente, evitando desperdícios.

Em se tratando de serviços de saúde, a eficiência passa a fazer parte de um conjunto de características que, juntas, compõem o conceito de qualidade de atenção à saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2006), qualidade em serviços de saúde significa atender as necessidades e expectativas dos usuários em suas várias dimensões, como segurança, efetividade, atenção centrada no usuário, acesso, equidade e eficiência.

Saturno (2008, p. 6) define eficiência “em termos da relação entre custo e produto, ou seja, um máximo de efetividade ou unidades de produto, com um determinado custo, ou um mínimo de custo com umas determinadas exigências de efetividade ou unidades de produto”. Para o autor, a eficiência em serviços de saúde, não deve ser entendida apenas como a melhor relação entre o custo e a quantidade produzida; o resultado da aplicação de determinados recursos precisa, de fato, atender às necessidades mínimas de efetividade.

Diante da importância que tal princípio representa para a boa gestão pública, surge, então, a necessidade de mensurar e avaliar o grau de eficiência alcançado na utilização dos recursos públicos.

Boueri, Rocha e Rodopoulos (2015) apresentam duas maneiras de se mensurar a eficiência na administração pública. A primeira pode ser avaliada a partir da ótica dos insumos, na qual se busca manter certo nível de produção, reduzindo a quantidade de insumos consumidos. A segunda forma é vista pela ótica do produto, isto é, aumentar a quantidade produzida sem alterar os insumos.

Para auxiliar na análise da eficiência dos gastos públicos algumas técnicas e ferramentas matemáticas vem sendo utilizadas. Uma das mais frequentes é a DEA, utilizada neste trabalho.

2.5 Pesquisas relacionadas

Souza, Nishijima e Rocha (2010), utilizando o método de fronteira estocástica de produção para avaliar a eficiência produtiva do setor público hospitalar em 366 municípios do estado de São Paulo, referente ao período de 1998 e 2003, estabeleceram a relação entre a taxa de mortalidade hospitalar e o gasto com saúde. Os resultados revelaram que os municípios mais eficientes foram os que contrataram mais leitos de hospitais privados, que realizaram maior número de internações com um menor tempo médio, e que possuíam menor população.

Queiroz *et al* (2013) analisaram a eficiência do gasto público com saúde nos municípios do Rio Grande do Norte utilizando a DEA. Foram avaliados 119 municípios, dos quais, apenas 31 foram considerados eficientes. Ainda segundo a pesquisa, os municípios menores se mostraram menos eficientes, apesar de terem realizado maiores dispêndios de recursos com

saúde, demonstrando assim que a falta de eficiência nos serviços de saúde pode estar relacionada com a gestão dos recursos.

Mazon, Mascarenhas e Dallabrida (2015) buscaram avaliar a eficiência técnica na utilização de recursos da saúde em 7 municípios de Santa Catarina. Com a utilização da DEA, foi calculado um índice de eficiência técnica em saúde, que revelou desafios na gestão dos recursos. Apesar dos municípios estudados investirem percentuais de recursos em saúde superiores à média estadual, não estão conseguindo alcançar os mesmos resultados, demonstrando assim uma ineficiência na aplicação desses recursos.

Braga, Ferreira e Bastos (2015), também fazendo uso da DEA, verificaram a eficiência da Atenção Básica nos municípios da região Sudeste do Brasil. Os resultados mostraram baixa eficiência técnica, demonstrando a necessidade de melhorias na gestão.

Duarte *et al* (2016) avaliaram o nível de eficiência técnica dos municípios paraibanos na aplicação dos recursos em saúde no ano de 2014, através da DEA. Foi constatado que a eficiência média dos 223 municípios estudados foi de 0,729 e que apenas 15,2% foram considerados eficientes. A pesquisa revelou ainda que os municípios mais eficientes foram aqueles com menor expressividade econômica e populacional.

3 Metodologia

3.1 Tipologia

Diante das particularidades apresentadas pela contabilidade, Beuren (2010) propõe que as pesquisas em ciências contábeis sejam agrupadas em três categorias: de acordo com os objetivos, quanto aos procedimentos e quanto à abordagem do problema.

Quanto aos objetivos esta pesquisa classifica-se como descritiva, uma vez que o trabalho buscou analisar e descrever determinadas características de um grupo de UBS que apresentam propriedades semelhantes.

Com relação aos procedimentos, esta pesquisa compreende levantamento, pesquisa documental, entrevista estruturada e bibliográfica. Foi realizado um levantamento dos gastos e dos serviços produzidos de nove das vinte e seis UBS do município de Parnamirim, referente ao período de agosto a outubro de 2016. Beuren (2010) afirma que o estudo realizado por meio de levantamento é comum ser utilizado em pesquisas que não seja possível estudar toda a população, em razão de ser muito numerosa.

O levantamento dos gastos e dos serviços prestados foi realizado a partir da análise de documentos que não sofreram qualquer estudo anterior, uma vez que o município não apura os gastos de cada UBS. Figueiredo e Souza (2011) declaram que a pesquisa documental faz uso de documentos que ainda não receberam tratamento analítico, isto é, não foram examinados.

Para se obter a quantidade de atendimentos realizados por cada UBS no período em análise, foram realizadas entrevistas estruturadas com as enfermeiras de cada Unidade. Beuren (2010) conceitua entrevista estruturada como o procedimento para obtenção de informação em que o investigador se apresenta pessoalmente à população selecionada e formula perguntas padronizadas e predeterminadas para obter respostas necessárias à questão estudada.

Referente à abordagem do problema, a pesquisa caracteriza-se como quantitativa, uma vez que faz uso de ferramentas estatísticas para analisar os dados, como o programa Microsoft Excel e o DEA. Segundo Beuren (2010), a pesquisa quantitativa caracteriza-se pelo emprego de ferramentas estatísticas na coleta e análise dos dados, buscando a precisão dos resultados.

3.2 Universo e amostra

Esta pesquisa tem como população todas as 26 UBS do município de Parnamirim. Desse total, foram selecionadas, a partir do julgamento do autor, fato que caracteriza a amostra como não probabilística, as UBS que apresentavam os mesmos padrões estruturais, isto é, que

oferecem os mesmos serviços fazendo uso dos mesmos grupos de insumos. Esse grupo compreende nove UBS, o que corresponde a 34,62% de toda a população.

3.3 Coleta e tratamento de dados

A coleta dos dados se deu, predominantemente, por meio de análise de documentos solicitados à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e às UBS da amostra selecionada.

Beuren (2010) declara que a coleta de dados por meio de pesquisa documental apresenta-se como uma valiosa fonte e, em alguns casos, mostra-se até irrefutável devido à sua natureza.

Num primeiro momento, foi solicitado à SMS a relação de todas as UBS do município com suas respectivas classificações quanto à estrutura e os serviços oferecidos pelas mesmas, o que possibilitou a escolha da amostra das Unidades que fariam parte da pesquisa a partir do critério de mesmo padrão.

Uma vez selecionadas as UBS da amostra, para apurar os insumos utilizados por essas Unidades, foi demandado ao Almoxarifado Central da Prefeitura de Parnamirim todas as requisições de medicamentos, materiais médico-hospitalares, materiais de limpeza e materiais de expediente, realizadas pelas UBS referentes ao período em análise.

O Almoxarifado Central continha apenas as quantidades dos referidos insumos que foram solicitados por cada UBS nesse período. Para se chegar ao valor monetário foi feito um levantamento dos contratos de licitações referentes à compra desses insumos.

Os gastos referentes à água, telefone, aluguel e folha de pagamento das UBS foram fornecidos pela Secretaria Municipal de Administração e Recursos Humanos e os valores relativos ao consumo de energia foram disponibilizados pela Secretaria Municipal de Serviços Urbanos.

Com relação aos serviços prestados pelas UBS no período estudado, foram realizadas visitas a todas as Unidades que faziam parte da amostra selecionada, solicitando-se junto às enfermeiras, que respondem administrativamente pelas equipes de Estratégia Saúde da Família, o levantamento de todos os atendimentos efetuados pelas UBS no período em análise.

Todos esses dados foram tabulados e processados no programa Microsoft Excel e, para mensuração do nível de eficiência das UBS, utilizou-se a ferramenta DEA (versão 2.1).

4 Análise e interpretação dos dados

4.1 Identificação e padronização das unidades básicas de saúde do município de Parnamirim

O município de Parnamirim está localizado a cerca de doze quilômetros da capital do estado, Natal. Em 23 de dezembro de 1948, por meio da Lei Estadual nº 146, foi criado o distrito de Parnamirim, pertencente à cidade de Natal. Só em 17 de dezembro de 1958, por meio da Lei Estadual nº 2.325, o distrito eleva-se à categoria de cidade, desmembrando-se de Natal.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município possui 70 estabelecimentos de saúde, sendo 33 privados e 37 públicos (35 municipais, 1 federal e 1 estadual).

Dos estabelecimentos que pertencem ao município, 25 UBS são objeto de estudo deste trabalho. A UBS é o estabelecimento de saúde onde o usuário do SUS tem o primeiro contato com os serviços de saúde. É considerada assim a porta de entrada do SUS, oferecendo atendimentos inerentes à Atenção Básica, através das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), e encaminhando os pacientes aos demais níveis de atenção à saúde (Média e Alta Complexidades), quando estes demandarem cuidados mais complexos.

A Portaria nº 340/GM/MS de 04 de março de 2013, estabelece características e padrões que as UBS devem seguir. A referida Portaria agrupa as UBS em quatro distintos portes:

I – Porte I: UBS destinada e apta a abrigar, no mínimo, 1 Equipe de Atenção Básica, com número de profissionais compatível a 1 Equipe de Atenção Básica;

II – Porte II: UBS destinada e apta a abrigar, no mínimo, 2 Equipes de Atenção Básica, com número de profissionais compatível a 2 Equipes de Atenção Básica;

III – Porte III: UBS destinada e apta a abrigar, no mínimo, 3 Equipes de Atenção Básica, com número de profissionais compatível a 3 Equipes de Atenção Básica;

IV – Porte IV: UBS destinada e apta a abrigar, no mínimo, 4 Equipes de Atenção Básica, com número de profissionais compatível a 4 Equipes de Atenção Básica.

Como se pode ver, a estrutura física e a quantidade de equipes de profissionais da ESF que cada UBS possui constituem os fatores determinantes na definição do padrão desses estabelecimentos de saúde.

Para mensurar a eficiência utilizando a DEA, é necessário que as unidades produtoras sejam homogêneas, isto é, pertençam ao mesmo grupo de atividade e utilizem recursos semelhantes para produzir produtos ou serviços similares. (JUBRAN, 2006)

Com base nessa premissa, buscou-se então uma padronização das UBS existentes no município de Parnamirim. Como já visto aqui, essas unidades de saúde são classificadas de acordo com a estrutura e os serviços oferecidos. Em uma primeira análise foi verificado que 16 das 25 UBS existentes no município se enquadram como de porte II.

Em um segundo momento, já na fase de coleta e levantamento dos gastos, foi constatado que algumas dessas UBS apresentavam alguns gastos, como mão-de-obra, vinculados a outras unidades de saúde. Isso aconteceu em função da expansão da população de algumas localidades que demandou uma ampliação dos serviços de saúde, fazendo-se necessário a implantação de novas UBS naquela localidade. Contudo, para efeito de contabilização e controle do setor de recursos humanos da prefeitura de Parnamirim, os novos funcionários foram lotados na UBS antiga. Dessa forma, os gastos com mão-de-obra dessas unidades apresentariam vieses quando comparados com outras UBS, sendo necessário excluí-las da amostra.

Por fim, restaram então nove das 16 UBS com estrutura e portes equivalentes, que oferecem a mesma gama de serviços à população e apresentam condições de apuração e alocação de insumos às suas respectivas unidades, conforme quadro a seguir:

Quadro 1 – Unidades Básicas de Saúde selecionadas para a pesquisa.

UBS - PARNAMIRIM			
UBS	EQ. ESF	POPULAÇÃO ADSTRITA	PORTE
PARQUE DE EXPOSIÇÕES	2	9.780	PORTE 02
EMAÚS	2	4.222	PORTE 02
VALE DO SOL	2	6.417	PORTE 02
BOA ESPERANÇA	2	6.216	PORTE 02
PARQUE DAS ORQUÍDEAS	2	8.664	PORTE 02
COHABINAL	1	4.220	PORTE 02
CENTRO	2	4.319	PORTE 02
PIRANGI DO NORTE	1	4.307	PORTE 02
SANTA TEREZA	2	6.017	PORTE 02

Fonte: elaborado pelos autores

4.2 Levantamento e análise dos gastos

Para atender à demanda de saúde da população, as UBS utilizam um conjunto de insumos que são transformados em serviços e oferecidos à comunidade. Esses insumos, naturalmente, implicam em gastos que podem ser alocados a determinados grupos e assim proporcionarem uma visão mais aprofundada dos recursos que estão sendo consumidos por cada unidade de saúde.

Esses insumos ou *inputs*, que representam todos os recursos utilizados pelas UBS para oferecer determinado serviço, foram divididos em três grupos; mão-de-obra, estrutura e manutenção, e gastos com medicamentos e material médico-hospitalar, apresentados, por UBS, no Quadro 2.

Quadro 2 – Gastos das UBS de Parnamirim referente ao período de agosto a outubro de 2016.

UBS	Inputs			Total
	Mão-de-obra	Med. Mat. Hosp.	Est. Manut.	
Parque de Exposições	R\$ 112.393,85	R\$ 23.833,47	R\$ 11.767,10	R\$ 147.994,42
Emaús	R\$ 74.622,80	R\$ 13.767,67	R\$ 6.194,49	R\$ 94.584,96
Vale do Sol	R\$ 108.314,22	R\$ 27.110,33	R\$ 4.717,51	R\$ 140.142,06
Boa Esperança	R\$ 101.057,49	R\$ 13.471,85	R\$ 8.778,80	R\$ 123.308,14
Parque das Orquídeas	R\$ 66.420,53	R\$ 19.793,73	R\$ 4.201,93	R\$ 90.416,19
Cohabinal	R\$ 49.976,63	R\$ 20.610,78	R\$ 5.157,45	R\$ 75.744,86
Centro	R\$ 102.894,62	R\$ 25.488,09	R\$ 7.850,09	R\$ 136.232,80
Pirangi do Norte	R\$ 42.974,69	R\$ 16.033,91	R\$ 4.769,76	R\$ 63.778,36
Santa Tereza	R\$ 121.170,91	R\$ 20.332,74	R\$ 10.901,22	R\$ 152.404,87

Fonte: elaborado pelos autores

Como resultado da utilização desses insumos, as unidades de saúde produzem serviços, ou *outputs*, que foram classificados como atendimentos médicos; atendimentos de enfermagem; atendimentos odontológicos e visitas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), conforme apresentado no Quadro 3.

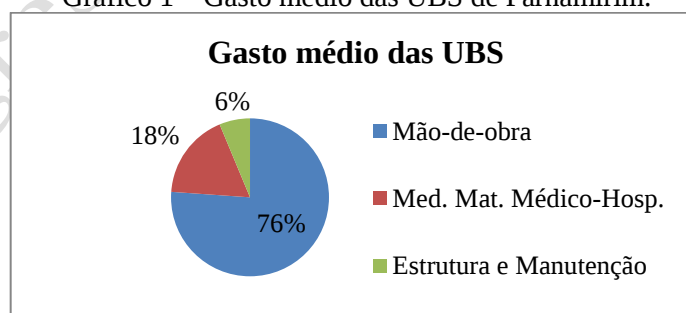
Quadro 3 – Atendimentos realizados pelas UBS no período de agosto a outubro de 2016.

UBS	Outputs				Total
	Atend. Médicos	Atend. Enfermagem	Atend. Odont.	Visitas ACS	
Parque de Exposições	1.368	1.554	582	5.665	9.169
Emaús	1.530	990	1.083	5.560	9.163
Vale do Sol	2.192	765	476	3.540	6.973
Boa Esperança	1.040	740	615	5.128	7.523
Parque das Orquídeas	1.170	880	569	3.425	6.044
Cohabinal	799	586	600	1.375	3.360
Centro	1.240	1.030	592	9.100	11.962
Pirangi do Norte	1.468	1.242	778	4.858	8.346
Santa Tereza	1.506	1.236	990	3.820	7.552

Fonte: elaborado pelos autores

Os gastos com mão-de-obra, como na maioria das organizações prestadoras de serviços, representam uma parcela significativa dos insumos utilizados nas UBS, chegando, em média, a 76% do gasto total dessas unidades.

Gráfico 1 – Gasto médio das UBS de Parnamirim.



Fonte: elaborado pelos autores

Na administração pública, esse dado pode significar uma ineficiência da mão-de-obra utilizada por essas unidades de saúde. Consumir mais de $\frac{3}{4}$ do gasto total com folha de pagamento pode representar uma quantia muito elevada para um órgão público.

A Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) estabelece que municípios só podem gastar até 60% da receita corrente líquida com despesa com pessoal, fato que vem ocorrendo no município de Parnamirim. Considerando-se que o município é formado por um conjunto de órgãos

públicos, espera-se que esses órgãos, individualmente, excluindo-se algumas particularidades, apresentem gastos com mão-de-obra em percentuais semelhantes.

De acordo com os dados levantados, as UBS que mais gastaram com mão-de-obra em relação ao gasto total foram: Boa Esperança (82%), Santa Tereza (80%), Vale do Sol (77%), Parque de Exposições (76%), e Centro (76%). Todas apresentaram uma folha de pagamento superior a R\$ 100.000,00, apesar de possuírem uma quantidade de funcionários semelhante às demais UBS, com duas equipes de Estratégia Saúde da Família, cada.

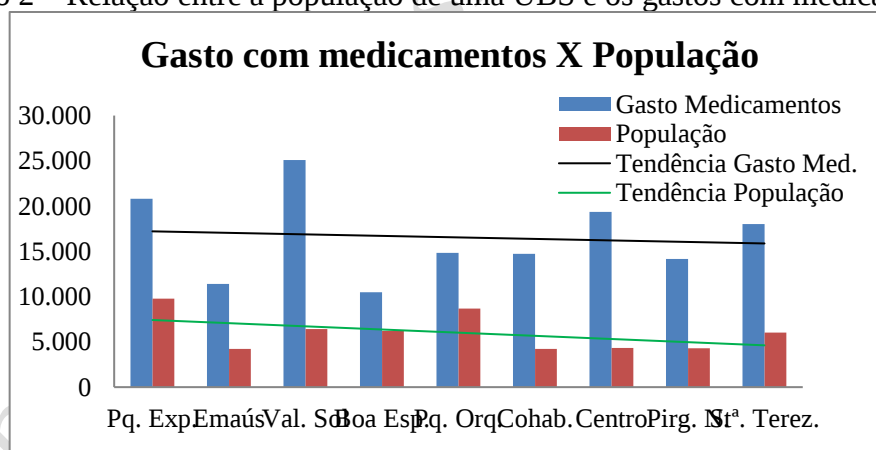
O segundo grupo de insumos corresponde aos gastos com medicamentos e materiais médico-hospitalares. Fazem parte desse conjunto de medicamentos aqueles considerados básicos que são distribuídos pelas UBS, bem como os materiais hospitalares utilizados em procedimentos realizados por essas Unidades.

Analisando apenas os gastos com medicamentos percebe-se que as UBS que apresentaram maior consumo deste insumo foram Vale do Sol, Parque de Exposições e Centro, enquanto que Boa Esperança e Emaús consumiram as menores quantidades de medicamento.

No Gráfico 2 é possível perceber uma relação entre o consumo de medicamentos e a população de cada UBS. A linha de tendência revela que quanto maior a população de uma Unidade, maior será o gasto com medicamentos. Nota-se que as UBS com maior população se encontram mais à esquerda do gráfico, enquanto que as UBS que apresentam uma quantidade menor de usuários estão posicionadas mais à direita. Isso fez com que a linha de tendência da população apresentasse uma leve inclinação em direção ao eixo X.

Da mesma forma, ao estabelecer uma linha de tendência para os gastos com medicamentos, esta apresentou o mesmo comportamento que a linha de tendência da população, inclinando-se em direção ao eixo X do gráfico, revelando, portanto, que os gastos com medicamentos seguem a mesma tendência da população de cada UBS.

Gráfico 2 – Relação entre a população de uma UBS e os gastos com medicamentos.



Fonte: elaborado pelos autores

Contudo, algumas UBS apresentaram valores que divergem significativamente da tendência geral, onde uma maior população implica em um maior consumo de medicamentos. É o caso da UBS Vale do Sol que, segundo os dados da pesquisa, foi a Unidade que mais consumiu medicamentos.

Essa UBS atende a uma população de 6.417 habitantes e gastou R\$ 25.102,03 com medicamentos, enquanto que a UBS Parque das Orquídeas consumiu R\$ 14.830,84 com medicamentos, assistindo a uma população de 8.664 habitantes.

Alguns fatores podem ter contribuído para que essa UBS apresentasse esse comportamento anormal dos gastos com medicamentos, como por exemplo, consumir quantidades mais elevadas de remédios que tenham um custo mais caro.

Entretanto, ao analisar os maiores gastos com medicamentos dessas UBS, verificou-se que ambas estão consumindo praticamente os mesmos medicamentos, porém em quantidades diferentes. Com isso, descarta-se a hipótese da UBS Vale do Sol estar consumindo medicamentos mais caros que a UBS Parque das Orquídeas, e assim apresentando divergência em relação à tendência geral.

Outras atenuantes de ordem econômica-social também podem ter influenciado esses gastos elevados com medicamentos. Um bairro com uma população mais carente demanda mais os serviços públicos de saúde que uma localidade onde a população possui um poder aquisitivo mais alto. Da mesma forma, uma região com condições socioambientais desfavoráveis, como falta de saneamento, agrava as condições de saúde de seus moradores o que demandaria um consumo maior de medicamentos.

Contudo, existe outro fator que pode estar ligado diretamente à eficácia dos serviços prestados pelas UBS daquela localidade. Conforme foi abordado no referencial teórico, o objetivo principal dos serviços da Atenção Básica em saúde, que são os serviços oferecidos pelas UBS, é trabalhar justamente a promoção da saúde e a prevenção de doenças, isto é, desenvolver ações que evitem que as pessoas sejam acometidas por alguma enfermidade. Se há um consumo elevado de medicamentos em determinada localidade, significa que aquela população está sendo acometida por muitos agravos à sua saúde, o que poderia indicar uma falta de efetividade e eficácia das ações de prevenção e promoção à saúde desenvolvidas naquele local.

O último grupo de insumos é composto pelos gastos que foram classificados como estrutura e manutenção. Fazem parte desse conjunto os gastos executados pelas UBS com material de expediente, material de limpeza, água, luz, telefone e aluguel, este, apenas de algumas Unidades que funcionam em prédios que não pertencem ao município.

Nesse quesito, as UBS que mais gastaram foram Parque de Exposições e Santa Tereza, respectivamente, justamente as Unidades que possuem maior estrutura física. As UBS Parque das Orquídeas, Vale do Sol e Pirangi do Norte apresentaram os menores gastos com estrutura e manutenção.

4.3 Índice de eficiência das UBS – DEA

Buscando verificar o nível de eficiências das UBS foi examinada, ainda, a relação entre os insumos consumidos por essas Unidades e os serviços produzidos por estas, durante o período estudado, através da DEA. O programa utilizado foi o SIAD V3, com retornos variáveis de escala, e com orientação a insumos. Admitir retornos variáveis de escala, significa que um aumento qualquer na quantidade de insumos não implica necessariamente em uma variação de mesma proporção nos produtos, uma vez que podem existir fatores alheios ao controle das unidades produtoras que exercem influência sobre a quantidade de produtos.

No caso das UBS, essa situação pode ser ilustrada da seguinte maneira: uma determinada Unidade de saúde possui um médico (insumo) que realiza determinada quantidade de atendimentos (produto). Ao se contratar mais um médico não significa dizer que a quantidade de atendimentos irá dobrar, pois pode ser que não exista demanda suficiente para que isso ocorra.

Tanto o modelo BCC quanto o CCR podem ser utilizados com ótica nos insumos ou nos produtos. Quando a abordagem é feita voltada para os insumos, o programa estabelece as DMU mais eficientes e, a partir destas, calcula quanto que as DMU consideradas ineficientes precisariam reduzir de insumos para atingir o nível de eficiência. Com a abordagem nos produtos, calcula-se em quanto as DMU ineficientes deveriam aumentar a quantidade produzida para ser considerada eficiente.

Nesta pesquisa optou-se pelo modelo com ótica nos insumos pelo fato deste trabalho buscar uma melhor aplicação do gasto (insumo). Além disso, em se tratando de eficiência de

serviços de saúde, a literatura estabelece que esta precisa estar diretamente ligada a padrões mínimos de efetividade, como visto no referencial teórico.

Como exemplo, pode-se comparar um médico de uma UBS que atende vinte pacientes por dia, com outro médico que atende trinta pacientes. O segundo está sendo mais eficiente, contudo, pode não estar sendo tão efetivo, uma vez que o tempo de consulta está sendo menor, o que poderia vir a comprometer o diagnóstico desse usuário.

Dessa forma, torna-se mais viável buscar a eficiência dos serviços de saúde a partir do melhor gerenciamento dos insumos, o que não significa dizer, necessariamente, reduzir esses insumos, mas administrá-los de maneira que não haja desperdícios, otimizando assim os resultados produzidos pelo consumo desses insumos.

A DEA parte do princípio que existem DMU que utilizam determinados insumos para produzir algo. Essas DMU aqui são representadas pelas UBS, conforme se vê no Quadro 4.

Quadro 4 – Codificação das DMU com suas respectivas UBS.

DMU	UBS
DMU_1	PARQUE DE EXPOSIÇÕES
DMU_2	EMAÚS
DMU_3	VALE DO SOL
DMU_4	BOA ESPERANÇA
DMU_5	PARQUE DAS ORQUÍDEAS
DMU_6	COHABINAL
DMU_7	CENTRO
DMU_8	PIRANGI DO NORTE
DMU_9	SANTA TEREZA

Fonte: elaborado pelos autores

Os insumos utilizados pelas DMU, que representam os *inputs* na DEA, foram classificados de acordo com o apresentado no Quadro 5, bem como os *outputs*, que se referem aos atendimentos realizados pelas UBS.

Quadro 5 – Codificação dos *inputs* e *outputs* com suas unidades correspondentes.

Input_1	Medicamentos e material médico-hospitalar
Input_2	Estrutura e manutenção
Input_3	Mão-de-obra
Output_1	Atendimentos realizados

Fonte: elaborado pelos autores

A Figura 1 demonstra o índice de eficiência das UBS calculado a partir da DEA.

Figura 1 – Índice de eficiência das UBS de Parnamirim.

Resultados utilizando o modelo BCC, orientação input.				
Eficiências				
DMU	Padrão	Invertida	Composta	Composta
DMU_1	0,624533	1,000000	0,312267	0,453496
DMU_2	1,000000	0,631191	0,684404	0,993942
DMU_3	0,938746	1,000000	0,469373	0,681657
DMU_4	1,000000	0,837407	0,581297	0,844201
DMU_5	1,000000	0,792334	0,603833	0,876930
DMU_6	0,912586	1,000000	0,456293	0,662662
DMU_7	1,000000	0,994336	0,502832	0,730249
DMU_8	1,000000	0,622848	0,688576	1,000000
DMU_9	0,673293	1,000000	0,336646	0,488902

Fonte: elaborado pelos autores

Na DEA, as DMU consideradas eficientes apresentam índice de eficiência padrão igual a 1,000000. De acordo com os resultados apresentados, 5 das 9 UBS analisadas se mostraram eficientes, o que representa 56% do total da amostra.

As Unidades de Saúde Vale do Sol e Cohabinal, apesar de não estarem na fronteira da eficiência, com um índice igual a 1,000000, demonstraram, de maneira geral, uma boa

utilização dos seus insumos na produção de serviços de saúde, uma vez que atingiram índices de eficiência superiores a 0,9.

As UBS que, segundo os resultados do DEA, necessitam de uma maior atenção quanto ao seu nível de eficiência são Parque de Exposições e Santa Tereza. Essas UBS apresentaram índices de eficiência na casa dos 0,6, demonstrando que os seus insumos podem ser mais bem utilizados na produção dos serviços que são oferecidos à população daquelas localidades.

Como se pode ver na Figura 2, a UBS Parque de Exposições, que apresentou índice de eficiência de 0,624533, precisa reduzir valores significativos em todos os seus insumos para ser considerada eficiente. Esta UBS gastou R\$ 23.833,00 com medicamentos e material médico-hospitalar, quando, segundo os resultados do DEA, deveria gastar apenas R\$ 14.854,50, o que demonstra a necessidade de reduzir o consumo desse grupo de insumos em 37,55%.

Os gastos com estrutura e manutenção foram de R\$ 11.767,00. O valor projetado para esse grupo de insumos foi de R\$ 6.017,03, o que demonstra a necessidade de se reduzir esses gastos em 48,87% para que essa UBS atinja a fronteira de eficiência.

O último grupo de insumos, que corresponde aos gastos com mão-de-obra, também apresentou necessidade de redução para que a UBS seja considerada eficiente. Foram gastos R\$ 112.394,00 frente aos R\$ 70.193,72 projetados como valores ideais, o que significa uma redução de 37,55% nesses insumos.

Juntando todos os grupos de insumos, a UBS Parque de Exposições gastou R\$ 147.994,00. O valor ideal projetado para essa UBS foi de R\$ 91.095,31, revelando a necessidade de uma redução de 38,45% no gasto total para atingir a eficiência padrão.

Figura 2 – Índice de eficiência da UBS Parque de Exposições.

DMU_1 (eficiência:0,624533)				
Variável	Atual	Radial	Folga	Alvo
Input_1	23.833,000000	14.884,497376	0,000000	14.884,497376
Input_2	11.767,000000	7.348,880990	1.331,846087	6.017,034902
Input_3	112.394,000000	70.193,773261	0,000000	70.193,773261
Output_1	9.169,000000	9.169,000000	0,000000	9.169,000000

Fonte: elaborado pelos autores

A UBS Santa Tereza também demonstrou falta de eficiência na utilização de seus insumos, semelhante à UBS Parque de Exposições. Essa falta de eficiência está apresentada na Figura 3.

Figura 3 – Índice de eficiência da UBS Santa Tereza.

DMU_9 (eficiência:0,673293)				
Variável	Atual	Radial	Folga	Alvo
Input_1	20.333,000000	13.690,058016	0,000000	13.690,058016
Input_2	10.901,000000	7.339,562408	464,886637	6.874,675771
Input_3	121.171,000000	81.583,535134	0,000000	81.583,535134
Output_1	7.552,000000	7.552,000000	1.179,159279	8.731,159279

Fonte: elaborado pelos autores

Esta UBS obteve índice de eficiência de 0,673293 e revelou a necessidade de um melhor aproveitamento em todos os grupos de insumos. Foram gastos R\$ 20.333,00 com medicamentos e material médico-hospitalar, enquanto que o valor projetado como ideal para esta Unidade foi de R\$ 13.690,06.

Com relação aos gastos com estrutura e manutenção ficou evidenciada a necessidade de uma redução de 36,94%, uma vez que o valor gasto foi de R\$ 10.901,00 perante os R\$ 6.874,68 projetados como valores ótimos para esta UBS.

No que se refere à mão-de-obra, esta UBS consumiu R\$ 121.171,00 com esse grupo de insumo, frente aos R\$ 81.538,54 necessários para que a mesma seja considerada eficiente, o que representa uma redução de 32,67%.

Essas duas UBS, Parque de Exposições e Santa Tereza, que apresentaram índice de eficiência na casa dos 0,6, se mostrando assim como as mais ineficientes, é possível perceber uma margem de otimização no uso dos seus insumos bastante relevante. Essas Unidades juntas gastaram, no período avaliado pela pesquisa (agosto a outubro de 2016), R\$ 300.399,00 referente a todos os insumos consumidos. Os valores projetados pelo DEA, considerados como ideais para essas UBS, foi de R\$ 193.243,57, o que revela uma economia de R\$ 107.155,43 caso essas UBS passassem a operar no nível máximo de eficiência.

Como já citado, esta pesquisa levantou e analisou os gastos das UBS relativos ao período de agosto a outubro de 2016. Essa margem de economia apresentada se refere, portanto, a um intervalo de três meses. Com isso, pode-se projetar uma possível economia anual de aproximadamente R\$ 428.621,70 com essas duas UBS, caso estas passassem a operar no mesmo nível de eficiência que as demais, que apresentaram índice de eficiência igual a 1,000000.

5 Considerações finais

Diante da visível necessidade de melhoria dos serviços públicos de saúde no Brasil, e do melhor gerenciamento e aplicação dos recursos públicos, esta pesquisa teve como objetivo analisar a eficiência das UBS de Parnamirim, a partir do levantamento de tudo que elas consumiram e produziram durante um determinado período.

O levantamento e a análise dos gastos dessas UBS revelaram possíveis problemas de gestão que podem estar comprometendo a eficiência dessas Unidades, como, por exemplo, gastos muito elevados com folha de pagamento.

Outro fator que merece atenção por parte dos gestores, revelado pela pesquisa, consiste no consumo muito elevado de medicamentos por algumas UBS, o que poderia estar associado à falta de eficácia das ações de prevenção e promoção da saúde desenvolvidas por essas Unidades de Saúde.

Fazendo uso da DEA, a partir do modelo BCC com ótica nos insumos, verificou-se que 56% das UBS que fizeram parte da pesquisa se mostraram eficientes, com boa utilização de seus insumos, o que corresponde a 5 das 9 Unidades de Saúde analisadas.

Dentro do grupo de UBS que foram consideradas ineficientes, duas, em particular, Parque de Exposições e Santa Tereza, apontaram uma grande necessidade de um melhor gerenciamento dos seus insumos. Essas Unidades de Saúde, que também foram as que mais gastaram com folha de pagamento, revelaram que o Município de Parnamirim pode estar gastando, por ano, aproximadamente R\$ 430.000,00 a mais com essas UBS em função da falta de eficiência das mesmas.

Dessa forma, se faz necessária a implantação de sistemas de controle nessas UBS que possibilitem um melhor gerenciamento dos insumos e a apuração dos respectivos gastos, bem como uma reestruturação que forneça informações gerenciais mais completas e úteis para a tomada de decisão por parte dos gestores, contribuído assim com a melhoria da qualidade do gasto público a partir da utilização dos recursos de maneira mais eficiente.

Esses resultados assemelham-se aos revelados por pesquisas similares a esta, que foram elencadas no início desse trabalho. Em todos os casos foram constatadas necessidades concretas de melhoria na aplicação dos recursos públicos na área de saúde. Foram detectados níveis de

ineficiências bastantes relevantes que acabam por desperdiçar parte dos recursos que são consumidos por esse setor.

Os gastos com materiais e medicamentos das UBS foram apurados a partir das requisições feitas pelas UBS no período em análise. As quantidades de atendimentos efetuados pelas UBS foram informadas pelas enfermeiras por meio de entrevistas realizadas nas UBS.

Uma limitação da pesquisa consiste no fato de não ter sido possível levantar os gastos que algumas UBS têm com funcionários terceirizados para funções de apoio, como limpeza, apesar de se entender que estes gastos não representam quantias tão relevantes a ponto de modificar o índice geral de eficiência dessas UBS.

Também cabe ressaltar que a análise foi realizada num período curto de tempo e que, conforme concluíram Charnes, Cooper e Rhodes (1978), uma análise utilizando DEA com uma série histórica de dados mais longa pode ter uma flexibilidade considerável.

Referências

CHARNES, A.; COOPER, W.W.; RHODES, E. *Measuring the efficiency of decision making units*, **European Journal of Operational Research**, Vol. 2, Issue 6, 1978, p. 429-444, ISSN 0377-2217. Disponível em:

<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0377221778901388>>. Acesso em: 14 ago. 2016.

BEUREN, Ilse Maria. **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2006.

BOUERI, R.; ROCHA, F.; RODOPOULOS, F. **Avaliação da qualidade do gasto público e mensuração da eficiência**. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, 2015.

BRAGA, Gustavo Bastos; FERREIRA, Marco Aurélio Marques; BRAGA, Beatriz Bastos. A Eficiência da Atenção Primária à Saúde: Avaliando Discrepâncias. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 7, n. 2, p. 100-107, 2015. Disponível em:

<<http://www.apgs.ufv.br/index.php/apgs/article/viewFile/776/402>>. Acesso em: 03 jul. 2016.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988.

_____. Lei nº 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 mar. 1964.

_____. Lei nº 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 340 de 04 de março de 2013. Redefine o Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Secretaria de Orçamento Federal**: Orçamento anual (2016). Disponível em:

<http://www.orcamentofederal.gov.br/orcamentos-anuais/orcamento-2016/orcamentos_anuais_view?anoOrc=2016>. Acesso em: 14 fev. 2017.

DUARTE, J. M. S.; DINIZ, J. A.; NOBRE, C. J. F.; ARAÚJO, R. J. R. A Eficiência dos Gastos Públicos nos Serviços de Saúde Municipal. **Anais do XVI Congresso USP de Controladoria e Contabilidade**, 2016, São Paulo.

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Planejamento e Finanças. **Portal da transparência**: Planejamento e orçamento. Disponível em: <<http://www.transparencia.rn.gov.br/>>. Acesso em 14 fev. 2017.

FIGUEIREDO, A. M.; SOUZA, S. R. G. **Como elaborar projetos, monografias, dissertações e teses**: Da redação científica à apresentação do texto final. 4.ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

GIACOMONI, James. **Orçamento público**. 16.ed. São Paulo: Atlas, 2012.

IBGE. **Dados gerais do município de Parnamirim/RN (2016)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=240325>>. Acesso em: 16 mar. 2017.

JUBRAN, Aparecido Jorge. **Modelo de análise de eficiência na administração pública**: estudo aplicado às prefeituras brasileiras usando a análise envoltória de dados. 2006. Tese (Doutorado em Sistemas Eletrônicos) - Escola Politécnica, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br>>. Acesso em: 23 mar. 2017.

MAZON, Luciana Maria; MASCARENHAS, Luis Paulo Gomes; DALLABRIDA, Valdir Roque. Eficiência dos gastos públicos em saúde: desafio para municípios de Santa Catarina, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 23-33, 2015.

PARNAMIRIM. Prefeitura Municipal de Parnamirim. **Portal da transparência**: demonstrativos contábeis. Disponível em: <<http://www.parnamirim.rn.gov.br/demonstrativosContabeisOrcamentoAnual.jsp>>. Acesso e 14 fev. 2017.

QUEIROZ, Maria de Fátima Medeiros de *et al.* Eficiência no gasto público com saúde: uma análise nos municípios do Rio Grande do Norte. **Revista Econômica do Nordeste**, v. 44, n. 3, p. 761-776, 2013.

REZENDE, Fernando. **Finanças públicas**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2012.

RODRIGUES, P. H.; SANTOS, I. S. **Saúde e cidadania**: Uma visão histórica e comparada do SUS. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2011.

SATURNO P. J. **Cómo definimos calidad**. *Opciones y características de los diversos enfoques y su importancia para los programas de gestión de la calidad. Manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de salud*. Módulo 1: Conceptos Básicos. Unidad temática 1. 2ª Ed. Universidad de Murcia, 2008. ISBN: 978-84-8371-752-3.

TEIXEIRA, Carmen. Os princípios do sistema único de saúde. **Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde**. Salvador, Bahia, 2011. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3023433/mod_resource/content/4/OS_PRINCIPIO_S_DO_SUS.pdf>. Acesso em: 03 set. 2016.