

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

JÚLIA GRAZIELA DA CUNHA

**ANÁLISE DA EFICIÊNCIA NO SERVIÇO DE SAÚDE: MUNICÍPIOS DE
ALEGRETE, ESTEIO, GUAÍBA, IJUÍ E LAJEADO- RS**

**Esteio
2019**

JÚLIA GRAZIELA DA CUNHA

**ANÁLISE DA EFICIÊNCIA NO SERVIÇO DE SAÚDE: MUNICÍPIOS DE
ALEGRETE, ESTEIO, GUAÍBA, IJUÍ E LAJEADO- RS**

Projeto submetido ao Programa de Pós-Graduação em Administração da UFRGS apresentado ao Curso de Especialização em Gestão em Saúde UAB/UFRGS, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Aragon Érico Dasso Jr.

**Esteio
2019**

RESUMO

Introdução: A eficiência trata da relação entre custos e a quantidade de serviços produzidos, sobre o impacto desses serviços na saúde da população e o nível qualitativo desses cuidados. Ou seja, o serviço produzido ao menor custo mantendo a qualidade em saúde. **Objetivo:** analisar o desempenho da Eficiência no âmbito saúde no ano de 2017, nos municípios de Alegrete, Esteio, Ijuí, Guaíba e Lajeado – RS. Os objetivos específicos são: descrever a receita orçamentária dos municípios em questão; descrever a sua colocação dos municípios no estado (ranking), descrever os indicadores de mortalidade infantil e internação por diarreia dos municípios, descrever o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), descrever o total dos estabelecimentos de saúde dos municípios. **Método:** pesquisa quantitativa, qualitativa e descritiva. As bases de dados pesquisadas foram: os Portais municipais de Transparência e dos sítios do DATASUS, IBGE e IDHM. Os dados coletados foram: receita orçamentária individual, número de habitantes, ranking de colocação no estado, estabelecimentos de saúde, IDHM, serviços de saúde produzidos e resultado obtidos. **Resultados:** os resultados e discussão apresentam os dados coletados na forma de tabela e descrevem os estabelecimentos de saúde dos municípios pesquisados para este estudo. **Conclusão:** a eficiência pode ser um fator contribuinte para equidade e vista como um apoio à participação social. Logo, as reivindicações de recursos a favor da saúde e muito se confunde com os custos da saúde. Portanto, é preciso a participação ativa de gestores, profissionais de saúde e usuários para manter a qualidade em saúde promovendo o desenvolvimento da sociedade, a longevidade saudável nos remetendo ao investimento na saúde.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Indicador de Desempenho. Eficiência. Municípios de Alegrete, Esteio, Guaíba, Ijuí e Lajeado.

ABSTRACT

Introduction: Efficiency deals with the relationship between costs and the quantity of services produced, on the impact of these services on the health of the population and the qualitative level of these care. That is, the service produced at the lowest cost while maintaining quality in health. Objective: to analyze the performance of Health Efficiency in the year 2017, in the municipalities of Alegrete, Esteio, Ijuí, Guaíba and Lajeado - RS. The specific objectives are: to describe the budget revenue of the municipalities in question; describe the placement of the municipalities in the state (ranking), describe the indicators of infant mortality and hospitalization for diarrhea of municipalities, describe the Municipal Human Development Index (HDI), describe the total of health facilities in the municipalities. Method: quantitative, qualitative and descriptive research. The databases searched were: the Municipal Transparency Portals and the DATASUS, IBGE and IDHM sites. The collected data were: individual budget revenue, number of inhabitants, ranking of placement in the state, health establishments, IDHM, health services produced and result obtained. Results: the results and discussion present the data collected in the form of a table and describe the health facilities of the municipalities surveyed for this study. Conclusion: efficiency can be a contributing factor to equity and seen as a support for social participation. Therefore, the claims of resources in favor of health and much is confused with the costs of health. Therefore, it is necessary the active participation of managers, health professionals and users to maintain quality in health promoting the development of society, healthy longevity in referring to investment in health.

Keywords: Health Management. Performance Indicator. Efficiency. Municipalities of Alegrete, Esteio, Guaíba, Ijuí and Lajeado.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: OS 7 Pilares ou atributos de avaliação do serviço em saúde e suas características.....	18
QUADRO 2: Matriz Conceitual das dimensões da avaliação do sistema de saúde.....	19
QUADRO 3: A Perspectivas ao nível da Eficiência.....	20

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Total em ações e serviços públicos de saúde (Despesas pagas) no 6º semestre de 2017.....	22
TABELA 2: Alegrete	30
TABELA 3: Esteio.....	32
TABELA 4: Guaíba.. ..	34
TABELA 5: Ijuí.....	36
TABELA 6: Lajeado	38
TABELA 7: Análise Comparativa	39

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	12
2- OBJETIVOS.....	14
2.1- Objetivos geral.....	14
2.2- Objetivos específicos.....	14
3- JUSTIFICATIVA.....	15
4- REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
4.1- Indicadores de desempenho.....	16
4.2- Indicador de desempenho Eficiência.....	19
4.3 Financiamento público de Saúde.....	22
4.4 Transparência na Gestão Pública em Saúde.....	24
5- METODOLOGIA DA PESQUISA.....	25
5.1 Tipologia da Pesquisa.....	25
5.1.2 População e Amostra.....	26
5.1.3 Procedimentos e Instrumentos de Coleta de dados.....	27
5.1.4 Organização e Apresentação e Análise dos dados coletados...28	
6- RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	29
7- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
REFERÊNCIAS.....	42

1 INTRODUÇÃO

A eficiência trata da relação entre custos e a quantidade de serviços produzidos, sobre o impacto desses serviços na saúde da população e o nível qualitativo desses cuidados. Isto é, a relação entre o produto da intervenção de saúde e os recursos utilizados. Essa definição de eficiência está inserida na matriz conceitual do Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema Único de Saúde – PROADES, 2011 (VIACAVA et al. 2004).

A matriz conceitual do PROADES trata-se de um quadro composto por dimensões e subdimensões da avaliação do desempenho do Sistema de saúde com a equidade no eixo transversal, onde os determinantes associados aos problemas de saúde definidos como prioritários serão analisados no contexto político, social e econômico e os fatos históricos que traduzam o sistema. A partir da matriz conceitual do PROADESS (2011) optou-se em estudar a Eficiência - que é um dos indicadores de desempenho dos serviços de saúde – o qual traz a relação entre o produto da intervenção de saúde e os recursos utilizados. Essa matriz contém indicadores propostos que são passíveis de cálculo, utiliza como essenciais critérios a validade e a viabilidade para o monitoramento das desigualdades em saúde e o acesso aos serviços de saúde nas diferentes dimensões de avaliação sugeridas para o SUS(VIACAVA et al. 2004).

Os indicadores de desempenho mesuram, avaliam e monitoram o desenvolvimento dos serviços de saúde ofertados pelo SUS em todo território brasileiro e podem ser acessados via portais de transparência¹ pertencentes às prefeituras através da atuação da gestão. Os indicadores também estão disponíveis nos sítios do DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde) no Brasil, é um órgão da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde e é responsável pela coleta e processamento de dados, na consulta ao sítio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE² e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal-IDHM³ (BRASIL, 2015).

A realidade atual apresenta recursos públicos abaixo do necessário para custear a saúde no Brasil. Os cortes nos repasses públicos, os gastos que não são itens da saúde mensurados

¹ Instrumento virtual do governo municipal a serviço da sociedade, com o propósito de informar e promover a acessibilidade da população sobre a ampla atuação dos gestores dos municípios.

² Principal provedor de dados e informações do País e atende às necessidades de variados segmentos da sociedade civil, assim como dos órgãos das esferas federal, estadual e municipal.

³ É uma plataforma de consulta ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) através de um Atlas com 5.565 municípios brasileiros, 27 Unidades da Federação (UF), 21 Regiões Metropolitanas (RM) e 3 Regiões Integradas de Desenvolvimento (RIDE).

como despesas pagas pela saúde, recursos mal alocados, falta de novos investimentos na área afastam a garantia de melhoras no SUS (SOARES, 2014).

O despreparo da gestão pública, um planejamento em saúde ineficaz, a falta de controle oportuniza os crescentes gastos públicos no setor saúde e não atende as necessidades populacionais. A mensuração das atividades dos gestores visa o aprimoramento do que está sendo positivo e necessita da intervenção no que se apresenta insatisfatório para a eficiência na saúde. Contudo, a má interpretação ou até mesmo o descaso dos resultados das avaliações da qualidade em saúde ferem os cofres públicos e configura um conjunto de fatores negativos ao SUS.

O indicador de desempenho Eficiência é o enfoque nesta pesquisa porque relaciona custo, serviço produzido e qualidade em saúde implicando diretamente nas ações da gestão pública, nas necessidades populacionais e nos resultados dos serviços de saúde. Os indicadores de desempenho auxiliam a conduzir tais melhorias no SUS porque embasam, justificam e modificam as ações dos gestores sendo imprescindível utilizarem as informações públicas. Os indicadores deverão contribuir para a sociedade a partir da definição do que de fato é resolubilidade como serviço de saúde.

Como questão norteadora desta pesquisa teve-se: Como o Indicador de desempenho Eficiência, nos serviços de saúde do SUS, se torna um contribuinte para os serviços de saúde locais a partir das informações públicas dos municípios brasileiros de Alegrete, Esteio, Guaíba, Ijuí e Lajeado no Estado Rio Grande do Sul?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o desempenho da Eficiência no âmbito saúde no ano de 2017, nos municípios de Alegrete, Esteio, Ijuí, Guaíba e Lajeado - RS.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever a receita orçamentária dos municípios em questão;
- Descrever a sua colocação dos municípios no estado (ranking)
- Descrever os indicadores de mortalidade infantil e internação por diarreia dos municípios,
- Descrever o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM),
- Descrever o total dos estabelecimentos de saúde dos municípios.

3 JUSTIFICATIVA

No intento de reivindicar as melhorias no setor saúde é indispensável uma sociedade informada e conscientizada. É fundamental utilizar a transparência nas ações da gestão pública e seus serviços produzidos resultantes das informações valendo-se da democratização das políticas e da participação social coerente.

As informações disponibilizadas pelo Portal da Transparência e dos sítios do DATASUS, IBGE e IDHM serviram como bases consultadas para a coleta de dados deste estudo nos serviços de saúde do SUS. As informações obtidas foram correspondentes aos municípios de Alegrete, Esteio, Ijuí, Guaíba e Lajeado no estado brasileiro Rio Grande do Sul, atendendo a questão norteadora desse estudo.

A pesquisa justificou-se por proporcionar que a população local incida sobre serviços e ações em saúde ofertados nos diferentes municípios a partir da coerência de que os municípios com características semelhantes podem chegar aos resultados semelhantes na arrecadação de tributos e dos gastos públicos. Então, através da descrição do indicador de desempenho possibilitar os gestores públicos a melhores práticas visando uma gestão mais eficiente.

A descrição do indicador de desempenho Eficiência cria a possibilidade de revelar os pontos positivos e identificando possíveis intervenções da gestão pública prezando pela garantia o direito à saúde integral, individual e coletiva contrariando os agravos. Além disso, seus desdobramentos oportunizam quadro situacional real da população local estimulando a uma gestão pública à mudança e o engajamento da participação social.

Os municípios para análise foram escolhidos pela proximidade no número de residentes, uma média de 84.760 mil habitantes. Sendo este o ponto de partida para uma análise balanceada. Dos dados coletados de cada município serão selecionadas as informações do ano de 2017, que correspondem ao indicador de desempenho Eficiência na saúde como: custo, serviço produzido e a qualidade em saúde.

Este trabalho teve objetivo descrever o indicador de desempenho Eficiência no âmbito saúde de 2010-2017, nos municípios de Alegrete, Esteio, Guaíba, Ijuí e Lajeado, no estado brasileiro Rio Grande do Sul apresentando informações sobre saúde e as ações da gestão pública norteadas pela matriz conceitual do PROADESS (2011).

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Indicadores de desempenho

Os indicadores de desempenho são dados representados de forma qualitativas, que evidenciam o cotidiano real e atual e a evolução de um objeto de avaliação. E servem para transmitir as necessidades e expectativas da população assistida. Também viabiliza o desenrolar das metas do SUS, auxilia a análise dos resultados, às tomadas de decisão e replanejamento contribuindo para a melhoria dos processos e serviços (TAKASHINA, 2004).

Para saber o grau de excelência de um indicador de desempenho devem ser consideradas algumas características segundo Takashina (2004):

- a) Confiabilidade: dados fidedignos e o mesmo evento tendo o mesmo resultado diante de pesquisadores diferentes;
- b) Exatidão: chances mínimas de erro; Pertinência: estar correlacionado e coerente ao fenômeno ou critério a ser examinado;
- c) Simplicidade - fácil compreensão. Isto é, a facilidade para que qualquer um tire suas conclusões a partir de um indicador é fundamental para a sua utilidade;
- d) Validade: medir efetivamente o fenômeno ou critério;
- e) Sensibilidade: detectar as variações no comportamento do fenômeno que examina;

Disponível a tempo: dados devem representar mais a situação atual. Devem estar disponíveis antes que a situação mude; e,

- f) Compatível: compatível com os métodos de coleta disponíveis;
- g) Econômico: indicadores complexos para serem calculados não funcionam.

Os indicadores de desempenho mensuram as atividades organizacionais de um sistema ambientado, onde suas partes têm integrantes são norteadas por objetivos diretamente ligados aos objetivos estratégicos definidos da gestão. O desenvolvimento e a avaliação desses indicadores precisam está lincados com tais objetivos para auxiliar a tomada de decisão da gestão pública (ALVES; NETO, 2016).

O indicador de desempenho representa algo que é necessário para a rotina diária de gerenciamento e requisita cuidados com os dados que constituem sua base formuladora. Além disso, os indicadores são imprescindíveis ao planejamento e controle dos processos porque

possibilitam o alcance de metas e ampla visão de seus desdobramentos permitindo as intervenções através de análise crítica durante o monitoramento (SILVA; CALVACANTI, 2005).

Vale ressaltar que os indicadores de desempenho interligam estratégia, recursos e processos funcionando como são sinais vitais da organização e planejamento, pois informam a sociedade o que está sendo feito, os resultados dessas ações e o interesse público em executá-las (SILVA; CALVACANTI, 2005).

Sendo assim, o indicador faz a mensuração das características contendo a percepção de quem recebe. Isto é, a satisfação das necessidades dos usuários ou clientes em saúde, o desempenho dos produtos e serviços e o desempenho de todo recurso humano envolvido como os gestores, profissionais de saúde, fornecedores, parceiros e população assistida (TAKASHINA, 2004).

Donabedian (1990) desenvolveu os 7 pilares ou atributos fundamentais da qualidade para avaliar o serviço de saúde ofertado em sua totalidade através de características de uma entidade. Esses pilares da qualidade foram criados para ampliar os conceitos complexos de qualidade, que são organizados e selecionados para atuar diretamente na qualidade da avaliação na saúde.

QUADRO 1: Os 7 Pilares ou atributos de avaliação do serviço em saúde e suas características

PILARES	CARACTERÍSTICAS
1) EFICÁCIA:	A capacidade de cuidar, no seu melhor, para melhorar a saúde;
2) EFETIVIDADE:	O grau em que as melhorias de saúde alcançáveis são realizadas;
3) EFICIÊNCIA:	A capacidade de obter a melhor melhoria de saúde ao menor custo;
4) OTIMIZAÇÃO:	O balanceamento mais vantajoso de custos e benefícios;
5) ACEITABILIDADE:	Conformidade com as preferências do paciente em relação à acessibilidade, a relação paciente-praticante, as amenidades, os efeitos do cuidado e o custo do atendimento;
6) LEGITIMIDADE	Conformidade com as preferências sociais sobre todos os itens acima;
7) EQUIDADE:	Imparcialidade no atendimento e justa distribuição de cuidados e seus efeitos sobre todos os membros da comunidade, população e sociedade.

FONTE: DONABEDIAN, (1990)

O Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema Único de Saúde –PROADESS (2011) traz uma matriz conceitual de dimensão da avaliação do desempenho do sistema de saúde, que considera o contexto político, social e econômico e a conformação do atual do Sistema de Saúde. A matriz conceitual apresenta os indicadores de desempenho semelhantes aos 7 atributos da qualidade em saúde de Donabedian (1990).

O quadro abaixo apresenta o desempenho dos serviços de saúde:

QUADRO 2: Matriz Conceitual das dimensões da avaliação do sistema de saúde

DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE			
EFETIVIDADE	ACESSO	EFICIÊNCIA	RESPEITO AOS DIREITOS DAS PESSOAS
Grau com que a assistência, serviços e ações atingem os resultados esperados.	Capacidade das pessoas em obter os serviços necessários no lugar e momento certo.	Relação entre o produto da intervenção de saúde e os recursos utilizados	Capacidade do Sistema de Saúde de assegurar que os serviços respeitem o indivíduo e a comunidade, e estejam orientados às pessoas.
ACEITABILIDADE	CONTINUIDADE	ADEQUAÇÃO	SEGURANÇA
Grau com que os serviços de saúde ofertados estão de acordo com os valores e expectativas dos usuários e da população.	Capacidade do Sistema de Saúde de prestar serviços de forma ininterrupta e coordenada entre diferentes níveis de atenção.	Grau com que os cuidados prestados às pessoas estão baseados no conhecimento técnico-científico existente.	Capacidade do Sistema de Saúde de identificar, evitar ou minimizar os riscos potenciais das intervenções em saúde ou ambientais.

Fonte: Adaptação da Matriz das dimensões da avaliação do sistema de saúde proposta pelo PROADESS (2011)

4.2 Indicador de desempenho Eficiência

A Eficiência é a relação dos resultados obtidos com os recursos empregados. Logo, o atendimento e o tratamento do usuário do SUS é otimizado com o custo mínimo aplicado pela gestão pública, que mantém a qualidade do serviço de saúde. Sendo assim, atingir a Eficiência seria uma comparação de custos com os benefícios alcançados em saúde garantindo que houve a otimização do serviço para a população assistida (COSTA, 2014).

O quadro abaixo apresenta as perspectivas ao nível da Eficiência (BRASIL, 2011):

QUADRO 3: As Perspectivas ao nível da Eficiência

Indicadores de Eficiência	Características
Taxa de erros	Serviços de saúde inadequados (falta de referência no atendimento ou tratamento inapropriado).
Acuracidade	Traz benefícios para gestão através da exatidão de informações melhorando o nível de serviço, auxilia na tomada de decisão, pois a partir da informação correta é possível executar novos serviços de saúde e também aprimorá-los.
Atualidade X planejamento	Verificar as necessidades atuais em saúde e planejar em cima da realidade cotidiana da população assistida.
Tempo de resposta	Mensurar o tempo de assistência e o custo dos serviços e o impacto dessas variáveis.
Produtividade	Relação entre a quantidade produzida de serviço por recursos indispensável a sua execução.
Aspectos não relacionais	Aferir os aspectos que estão relacionados à saúde (relação profissional de saúde x usuário, prestação de serviços e instalações onde são providos).

Fonte: PROADESS (2011).

A definição de Eficiência: “é a capacidade de realizar tarefas ou trabalhos de modo eficaz e com o mínimo de desperdício” (DONABEDIAN, 1990).

A Eficiência é compreendida na saúde como a capacidade do maior cuidado efetivo alcançado ao menor custo possível (DONABEDIAN, 1990). E na saúde é pensada como uma relação entre o custo, utilização e o processo considerando os impactos dos serviços sobre a saúde populacional mantendo um determinado nível de qualidade (VIACAVA et al. 2004).

Anteriormente, os estudos na área da saúde sobre os indicadores de desempenho não relatavam explicitamente a mensuração da qualidade dos cuidados e acabavam por relatar custos dos serviços. O indicador Eficiência não se trata somente de insumos e custos envolvidos nos cuidados de saúde, mas da adequação ao tratamento oferecido e da efetividade dos resultados. Como: indicação de internações hospitalar ineficazes, tempo média de permanência nos hospitais, aspectos relacionados a características dos usuários, nível de complexidade dos procedimentos. Enfim, busca a otimização dos recursos disponíveis produzindo mais benefícios e melhores resultados (VIACAVA et al. 2004).

Um bom argumento para tornar indispensável à avaliação do indicador Eficiência na saúde é compreender que este indicador de desempenho faz parte de um processo de

racionalização contra o subfinanciamento de algumas ações e a importância dos seus efeitos produzidos. Além disso, a eficiência pode ser fator contribuinte para equidade e o crédito do SUS, que pode ser vista como um apoio à participação social e reivindicações de recursos a favor do setor saúde. É relevante ressaltar que a Eficiência seria o rendimento de uma intervenção, que está relacionada aos recursos empregados e efeitos obtidos para auxiliar a tomada de decisão e não relacionada somente à gestão financeira. (HARTZ; POUVOURVILLE, 1998).

A avaliação da eficiência no geral acontece com o auxílio dos estudos de minimização dos custos, custo/benefício, custo/eficácia ou custo/utilidade:

- Os estudos de minimização dos custos são orientados quando os resultados de morbi-mortalidade ou de qualidade de vida esperado é o mesmo, mas a partir de iniciativas distintas. Exemplo: diferentes estratégias de intervenção e se opta pelo menor custo.
- Os estudos custo-benefício visam a comparar as vantagens de investir os benefícios em ações de saúde, devendo, portanto, ser traduzidos em valores monetários. Exemplo: aqui se avaliam os custos e os benefícios e se escolhe a alternativa que apresentar maiores benefícios e menores custos expressos em unidades monetárias.
- Os estudos custo-eficácia fazem uma relação entre os custos das ações de saúde e seus benefícios, mas apresenta maior flexibilidade. Exemplo: responde por qual alternativa cumpre o propósito estabelecido. Isto é, duas estratégias possíveis e exclusivas, mas não podem ser usadas ao mesmo tempo.
- Os estudos custo-utilidade estão relacionados com a duração e a qualidade da sobrevida obtida pelo assistido através de diversos tipos de intervenções médicas. Exemplo: geralmente direcionado aos pacientes crônicos, que serão submetidos a diferentes tratamentos para mesma doença usando a unidade de comparação à relação custo/sobrevida. (HARTZ; POUVOURVILLE, 1998).

4.3 Financiamento público de Saúde

A Constituição Federal de 1988 traz o acesso gratuito á saúde e determina como um direito fundamental do cidadão, de responsabilidade das três esferas de governo – federal, estadual e municipal financiar o Sistema Único de Saúde (SUS) e o setor privado será atuante de forma complementar. O SUS atende 70% da população nacional, sendo que em algumas regiões é o único meio de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2013).

As esferas de governo geram receitas para arcar com os custos das ações e serviços públicos de saúde, que se faz a partir de um Planejamento que garanta a universalidade e integralidade do sistema de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS. O financiamento dessas ações e serviços deverá ser analisado sob tais aspectos: fontes de receitas e organização dos gastos. A partir daí o retorno esperado depende de direções políticas para definir as prioridades dos gastos, mensuração de impacto e colaboração para o desenvolvimento socioeconômico (BRASIL, 2013).

TABELA 1: Total em ações e serviços públicos -Receita Orçamentária no 6º semestre de 2017.

Esferas governamentais	Valores em reais
Federal	União 727.254.323.968,88
Estadual	Rio grande do sul. 31.649.167.506,74
Municipal	Alegrete 188.870.227,00
	Esteio 245.622.434,20
	Guaíba 223.642.171,00
	Ijuí 345.378.500,00
	Lajeado 297.257.800,50

Fonte: tabela adaptada SIOPS, (2017)

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 e a Emenda Constitucional 29 estabelecem que os municípios e Distrito Federal devam aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde e, cabendo aos estados 12%. Já a União, investe conforme o valor aplicado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual referente à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano anterior ao da lei orçamentária anual. Sobre a EC 29/2000:

- A União tem a Resolução nº 322, de 08 de maio de 2003, onde aprova um conjunto de diretrizes para a aplicação da Emenda Constitucional 29, que define o percentual, os critérios de rateio desses recursos entre os estados e municípios e a forma de fiscalização;
- Os estados o Distrito Federal devem considerar como fontes de arrecadação: ITD (Imposto de Transmissão Causa Mortis e Doação); ICMS (Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviço); IPVA (Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores); Adicional de IR (Imposto de Renda); FPE (Fundo de Participação dos Estados);
- Os municípios devem considerar como fontes de arrecadação: IPTU (Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana); ITBI (Imposto sobre a Transmissão Inter Vivos, a Qualquer Título, por Ato Oneroso, de Bens Imóveis, por Natureza ou Acesso Física, e de Direitos Reais sobre Imóveis exceto os de Garantia, bem como a Cessão de Direitos à sua Aquisição); IVVC (Imposto sobre Vendas e Varejo de Combustíveis líquidos e Gasosos); ISS (Imposto Sobre Serviço de Qualquer Natureza); FPM (Fundo de Participação dos Municípios); IPI-Exportação (Imposto sobre Produtos Industrializados); Quota-parte ITR (Imposto sobre Propriedade Territorial Rural); ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadoria e Serviço); IPVA (Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores).

São consideradas despesas com ações e serviços públicas de saúde aquelas voltadas para promoção, proteção e recuperação da saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. E para a superação dos desafios no financiamento público em saúde é preciso uma gestão que utilize mecanismos mais dinâmicos para atender a grande demanda do sistema com

qualidade em saúde aplicando menos recurso. Logo, promoção da Eficiência e garantia e melhoria da qualidade à assistência em saúde (BRASIL, 2013).

4.4 Transparência na Gestão Pública em Saúde

A transparência pública surge da necessidade do bem comum à sociedade informando a população das decisões e ações da gestão pública através da cultura do acesso. Os totais gastos com saúde correspondente aos municípios brasileiros podem ser identificados tanto nos portais de transparência pertencentes às suas prefeituras, como no portal da saúde do ministério da saúde. Além disso, conscientizar os gestores de que toda informação pertence ao cidadão e a responsabilidade de transparecê-las pertence às três esferas governamentais (BRASIL, 2014). O acesso às ações e serviços de saúde está fundamentado na lei complementar nº 131/09 de 27 de maio de 2009, também conhecida como Lei da Transparência, altera o artigo 48 da lei 101/2000 e inclui os mecanismos que aumentam a transparência da gestão dos recursos públicos, a divulgação das despesas e de receitas das entidades públicas e permite que qualquer cidadão exija informações dos governos municipais, estaduais e da União sem justificativa prévia. Contudo, essa lei auxilia o combate às corrupções porque dá ao cidadão a possibilidade de ser ouvido e ser mais atuante junto administração pública no monitoramento das ações dos gestores (BRASIL, 2009).

O portal transparência é um instrumento virtual do governo municipal a serviço da sociedade com tal propósito de informar e promover a acessibilidade da população sobre os serviços de saúde dos municípios. Esse acesso se dá através de consultas e pesquisas sobre a atuação da gestão pública sobre a saúde local abrindo espaço uma avaliação do cidadão sobre os governantes eleitos, as tomadas de decisões e atuações (BRASIL, 2014).

Com o propósito de otimizar a utilização dos recursos públicos, os indicadores de desempenho foram criados para acompanhar as ações da gestão pública podendo traçar comparativos e investigar e decidir sobre tais ações através de avaliação e intervenções. Os resultados dos indicadores de desempenho auxiliam no melhor planejamento e aplicação de gastos como ferramentas indispensáveis na tomada de decisão, contribuindo assim, para que

os gestores públicos atuem voltados a identificar as oportunidades e criar estratégias cumprindo prazos e metas na saúde dentro dos estabelecidas (ZUCATTO, 2009).

5 METODOLOGIA DA PESQUISA

5.1 Tipologia da Pesquisa

Essa pesquisa se caracterizou como quantitativa, qualitativa e descritiva realizada através da coleta e análise de dados secundários de cunho documental, utilizando fontes ou documentos escritos e registrados em base de dados públicos e de livre acesso.

A metodologia quantitativa tem o objetivo de exibir dados, indicadores e tendências observáveis. Também sendo capaz produzir modelos teóricos abstratos com proveito na prática. Suas investigações comprovam a regularidade dos fenômenos (MINAYO, 2008).

A metodologia qualitativa objetiva aprofundar-se na compreensão dos fenômenos estudados como: ações dos indivíduos, grupos ou organizações em seu ambiente ou contexto social interpretando-os segundo as perspectiva dos mesmos. A representação numérica, as estatísticas e relações lineares de causa e efeito não conduzem este tipo de pesquisa (MINAYO, 2008),

É indispensável destacar que na pesquisa qualitativa, o objetivo deve ser revisto e criteriosamente as teorias devem ser relevantes ao tema e conceitos reconhecendo a complexidade do objeto de estudo. Para os adeptos desse tipo de pesquisa a compreensão da experiência humana define-a, pois entende que as pessoas interagem, interpretam e constroem sentidos (MINAYO, 2008).

A pesquisa qualitativa mantém seu foco na compreensão de um determinado grupo social objetivando explicar o porquê das coisas não representadas em números e o estudo descritivo visa relatar a realidade dos fatos e fenômenos com análise de conteúdo. (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

O conhecimento quantitativo e conhecimento qualitativo, aos olhos de ciência não representam a diferença entre duas modalidades, mas entre diferentes compreensões sobre a relação de forma e conteúdo. Mensurar e compreender são possíveis descobertas de um objeto que podem ser ambientadas a qualquer projeto científico (ANDRADE, 2011).

O estudo descritivo descreve as características reais de um determinado grupo social ou fenômeno, estabelecendo relações entre as variáveis, que provavelmente utilizará técnicas padronizadas na coleta de dados. Este tipo de estudo opta pela observação, registros, análise, classificação e interpretação dos fatos ou fenômenos sem que o pesquisador interfira nos resultados. (GIL, 2010).

5.1.2 População e Amostra

Os municípios para análise foram: Alegrete, Esteio, Ijuí, Guaíba e Lajeado no estado brasileiro Rio Grande do Sul, através de uma descrição do indicador de desempenho Eficiência que foram escolhidos pela proximidade no número de residentes, uma média de 84.760 mil habitantes.

Essa análise ocorreu a partir da descrição do indicador de desempenho Eficiência proporcionando aos gestores públicos melhoria nos serviços de saúde do SUS para uma gestão mais eficiente. Com a descrição deste indicador criou-se as possibilidades de revelar os pontos positivos e as possíveis intervenções da gestão a partir de informações obtidas nesse estudo contrariando os agravos.

Dos dados coletados de cada município foram selecionadas as informações que correspondem ao indicador de desempenho Eficiência na saúde como: custo, serviço produzido e a qualidade em saúde considerando que os resultados podem se assemelhar na receita orçamentária e na distribuição dos serviços de saúde pela média populacional.

Os indicadores servem de impulso para a melhoria, mas devem ser compreendidos para serem aceitos pelos usuários. Para calcular a Eficiência foram analisados os totais de gastos a partir da receita orçamentária de cada município, dividindo-se pelo número de habitantes. Dessa forma, chegou-se ao custo de per capita investido em saúde. Segundo Zucato et al.(2009) adaptado para a Eficiência em saúde:

Eficiência:

$$\frac{\text{total de gastos}}{n^{\circ} \text{ de habitante}} = \text{per capita investido em saúde}$$

$$\frac{\text{total de gastos}}{n^{\circ} \text{ de estabelecimentos de saúde}} = \text{investido por estab.}$$

5.1.3 Procedimentos e Instrumentos de Coleta de dados

Foi realizado um levantamento de dados das informações municipais disponibilizadas referentes aos serviços de saúde do SUS como: receita orçamentária municipal, colocação no estado (ranking), mortalidade infantil, internação por diarreia, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e estabelecimentos de saúde.

As informações auxiliam a compreensão do desenvolvimento do país. Por exemplo: a taxa de mortalidade infantil trata-se de um indicador social, que demonstra a qualidade do serviço de saúde, saneamento básico e educação ofertados para a população local. Já a internação por diarreia, revela as condições de saneamento básico, qualidade da água e amamentação e o aumento no acesso à assistência em saúde. A transmissão fecal-oral na população infantil torna-se fator contribuinte para a mortalidade infantil.

O IDHM revela as dimensões de direito à população: longevidade saudável, padrão de vida e educação são apresentados, na forma tabelada e em valores com limites de referência. Os estabelecimentos de saúde revelam a assistência em saúde da população, o número de estabelecimentos devem atender as demandas do número de habitantes, sendo os maiores responsáveis pela receita orçamentária de um município.

Serviram como bases consultadas para a coleta de dados desta pesquisa os Portais municipais de Transparência e dos sítios do DATASUS, IBGE e IDHM.

Na seleção de inclusão os critérios serão: os dados municipais coletados e selecionadas as informações pertencentes ao ano de 2017 correspondendo ao indicador de desempenho Eficiência nos serviços de saúde. Isto é, essas informações apresentadas de forma conjunta fazendo a relação dos resultados obtidos com os recursos empregados prezando a qualidade em saúde.

A análise descritiva apresentou os dados coletados norteados pela matriz conceitual do PROADESS (2011). Esses dados foram tabelados atualizados e limita-se para contribuir com os atores envolvidos (gestores e sociedade) evidenciando os projetos já realizados pela gestão pública, identificando as possíveis intervenções e melhorias nos serviços de saúde até os dias atuais.

Foram escolhidos como critérios de exclusão: informações que não atendem o objetivo desta pesquisa, informações gerais em relação ao município e do período anterior e posterior ao ano de 2017.

5.1.4 Organização e Apresentação e Análise dos dados coletados

Para realizar uma pesquisa de cunho documental, é necessário utilizar algumas etapas: Formulação do problema, que é a primeira etapa a ser adotada, elaboração do plano de trabalho, no qual, após a formulação clara do problema e de sua delimitação, elabora-se um plano de trabalho para orientar os procedimentos seguintes. A identificação das fontes, após a elaboração do plano de trabalho, o passo seguinte consiste na identificação das fontes capazes de fornecer as respostas adequadas à solução do problema proposto, localização das fontes e obtenção do material, após é realizada a leitura do material, fazendo uma leitura exploratória de todo o material selecionado. Depois de serem definidos recomenda-se que seja feita uma leitura seletiva dos textos, ou seja, uma leitura mais aprofundada. Logo após, uma leitura analítica fazendo a classificação dos dados e por último uma leitura interpretativa configurando a construção lógica do trabalho surgindo idéias do autor com o problema de pesquisa (Gil, 2010).

Diante dos dados coletados acima análise foi construída em sincronia com a matriz conceitual PROADESS (2011) e baseada nos 7 pilares de Donabedian (1990). Os resultados serão apresentados na forma de tabela proporcionando a informação que responda à questão problema desse estudo, a comparação das semelhanças e diferenças que os municípios apresentam entre si e visa torna-se base consultada referente aos monitoramentos de indicadores de Desempenho na saúde.

As referências que fundamentam esta pesquisa dão solidez ao estudo e esclarecem a temática e os conceitos de Eficiência.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram obtidos através do cálculo Eficiência. Os dados aqui descritos são informações sobre os municípios em questão, receita orçamentária individual, número de habitantes, ranking de colocação no estado, estabelecimentos de saúde, IDHM, serviços de saúde produzidos e resultado obtidos. Os resultados foram apresentados na forma de tabela juntamente com informações disponíveis nas bases de dados selecionadas. Vale ressaltar que as porcentagens destinadas à saúde variam entre 15% e 25% da receita orçamentária de cada município e revelam os valores por cidadão, os valores por estabelecimentos de saúde e cada município vai distribuir os recursos financeiros de acordo com a necessidade local.

Os municípios foco deste estudo disponibilizam através do portal de transparência suas informações sobre receita orçamentária, que também podem ser acessadas no IBGE. No geral, a busca dos dados tornou-se simples porque há mais de uma base de dados sendo consultada e as informações acabam se complementando. Se o portal transparência fosse a única base de informações geraria uma dificuldade de encontrar resultados e valores, pois a busca ativa deverá ser mais aprofundada e muito atenciosa.

O município de Alegrete, atualmente com 78.244 habitantes, foi criado o Plano Municipal de Saúde (PMS), que é um instrumento central de planejamento para as ações em Saúde no prazo de 2018 a 2021. O PMS faz a orientação para implementar as iniciativas da gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), apresentando os compromissos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Alegrete, refletir a partir da situação real a fim de atender a demanda em saúde da população (ALEGRETE, 2018).

O PMS age como um guia para a boa gestão em saúde e sua elaboração tem a participação popular através de realização de audiências públicas, comissão técnica e o Conselho Municipal de Saúde (CMS). O Plano está amparado pela Portaria nº 2.135/2013 do Ministério da Saúde (MS) e faz reflexão com as necessidades de saúde da população, incentiva a promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde; avaliações de resultados e alcance de metas pelo período dos 4 anos e será a base norteadora para atuação da gestão em saúde do Município de Alegrete (ALEGRETE, 2018).

O Mapa da Saúde, uma ferramenta instituída pelo Ministério da Saúde, pelo Decreto nº 7.508, de junho de 2011 descreve de forma geográfica as informações dos indicadores em

saúde, a distribuição de recursos, de ações e serviços de saúde do SUS, rede conveniada e da rede privada e tem seu desempenho mensurado por indicadores de saúde.

A cidade pertence à Fronteira Oeste, pertence a 3º Região de Saúde, 10ª Regional de Saúde (CRS) com 11 municípios formadores: Alegrete, Barra do Quaraí, Itaqui, Maçambara, Manoel Viana, Quaraí, Rosário do Sul, Santa Margarida do Sul, Santana do Livramento, São Gabriel e Uruguaiana (ALEGRETE, 2018).

O município também conta com o Programa anual de saúde, que está dividido em: a atuação da gestão em saúde, atenção básica, atenção secundária, atenção terciária e apoio. As diretrizes e objetivos são colocados de forma tabelada: as ações, indicadores, meta quadriênio, meta anual e a responsabilidade. Sendo assim, Alegrete tem seus gráficos e serviços em saúde informatizados e atualizados em anos decrescentes apresentando sua distribuição e seus alcances até o presente momento (ALEGRETE, 2018).

A distribuição dos serviços de saúde no município se divide em: 20 ESF-Estratégia de Saúde da Família (2 rurais e 1 itinerante); 3 Centro de Atenção Psicossocial(CAPS); 1 Centro de especialidade odontológicas(CEO); 1Centro de especialização de reabilitação, Centro de Referência Regional de Saúde do Trabalhador (Cerest), Hemocentro; Núcleo de Apoio à Família(NASF); Centro de Especialidades médicas(CEMA); Unidade de Pronto Atendimento(UPA); hospital Militar, Hospital São José e Hospital Santa Casa Caridade; Farmácia municipal e Laboratório Municipal(ALEGRETE, 2018).

Tabela 2: Alegrete

Alegrete		Ranking quando comparando a outros municípios do RS(497°)
Receita orçamentária	188.870.227,00	34°
Mortalidade Infantil	6,49 óbitos por mil nascidos vivos	163°
Internações por diarreia	1,3 internações por mil habitantes	237°
Estabelecimentos de saúde	Número de Habitantes	Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM entre 0,700 e 0,799)
35	78.244	0,740
Serviços produzidos		Resultados obtidos
Ações de promoção e prevenção		24.783
Procedimentos com finalidade diagnóstica		214.105
Procedimentos clínicos		256.720
Procedimentos cirúrgicos		8.629
Medicamentos		697.590

Órteses, próteses e materiais especiais.	131
Ações complementares de ações em saúde	13.000

Fonte: tabela adaptada DATASUS (2017).

Receita orçamentária: 188.870.227,00. Habitantes: 78.244. Estabelecimentos de saúde: 35.

Obs.: O percentual mínimo estabelecido pela legislação vigente é de 15% da Receita Orçamentária de Alegrete é destinada à saúde do município e o valor investido foi de 20,82%.

$$20,82\% \text{ de } 188.870.227,00 = 39.322.781,26$$

$$E: 39.322.781,26 = \underline{502,56}$$

$$78.244(h)$$

$$\underline{39.322.781,26} = 1.123.508,04$$

35

Do total da receita orçamentária destinada à saúde no município de Alegrete é de 39.322.781,26 reais. Quando distribuídos aos estabelecimentos de saúde R\$ 1.123.508,04. Deve-se considerar a equidade na distribuição dos recursos financeiros e o abastecimento desses estabelecimentos. Por fim, o cálculo realizado sobre o número de habitantes resulta em R\$ 502,56 per capita investidos em saúde.

Alegrete tem a menor receita orçamentária, mas revela um bom número de estabelecimentos de saúde a disposição da população local. Contudo, o município apresenta alto número de ações complementares na saúde e grande gasto com medicamentos, que quando comparados ao número de ações de prevenção e promoção da saúde aponta um descontentamento. Isto é, não se podem afirmar falhas, mas direciona para a necessidade de atividades eficazes na prevenção e promoção da saúde resultando em menores gastos com intervenções posteriores a essas ações.

O município de Esteio, atualmente com 84.114 habitantes e faz parte da 8ª Região de saúde, 1ª Coordenadoria Regional de saúde (CRS) do Vale do Caí e Metropolitana. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Esteio faz o planejamento e a coordenação da atuação da rede básica de saúde no município, que estão divididos em: serviços de atenção básica prestados pelas 10 Unidades de Saúde da cidade e 13 equipes de Saúde da Família nas variadas regiões. A SMS também se responsabiliza pela Vigilância Sanitária; as estratégias de controle de doenças; A Fundação de Saúde Pública São Camilo de Esteio (Hospital São Camilo) é prestadora de serviços de saúde nos procedimentos ambulatoriais, cirúrgicos e de internação, atende aos usuários do SUS e conveniados que procuram a entidade hospitalar tendo como referência da região metropolitana os serviços de maternidade e obstetrícia; Na rede assistencial com 6 instituições entre centros e 2 unidade de apoio psicossocial, 1 academia de saúde e 1 abrigo municipal (ESTEIO, 2018).

Os parâmetros e informações de saúde sobre Esteio estão amparados pela Política Nacional de Atenção Básica, Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, Plano Nacional de Saúde e Plano Estadual de Saúde. As informações de saúde são atualizadas mensalmente através dos portais de transparências e base de dados dos programas citados. O município ainda conta com o Esteio por Mais Saúde, é um programa amplo para a qualificação da saúde pública no município e tem o objetivo de prestar melhores serviços à população como: contratação de consultas e exames, ampliação do quadro de profissionais no setor, aquisição de equipamentos, otimização da Farmácia Básica e da Fundação de Saúde Pública São Camilo e modernização nas UBSs (ESTEIO, 2018).

Tabela 3: Esteio

Esteio		Ranking quando comparando a outros municípios do RS(497°)
Receita orçamentária	245.622.434,20	121°
Mortalidade Infantil	14,01 óbitos por mil nascidos vivos	230°
Internações por diarreia	0,8 internações por mil habitantes	135°
Estabelecimentos de saúde	Número de Habitantes	Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM entre 0,700 e 0,799)
33	84.114	0,754
Serviços produzidos	Resultados obtidos	

Ações de promoção e prevenção	54.709
Procedimentos com finalidade diagnóstica	563.024
Procedimentos clínicos	282.033
Procedimentos cirúrgicos	25.242
Medicamentos	950.000
Órteses, próteses e materiais especiais.	102
Ações complementares de ações em saúde	202

Fonte: tabela adaptada DATASUS (2017).

Receita orçamentária: 245.622.434,20. Habitantes: 84.114. Estabelecimentos de saúde: 37.

Obs.: 25% da Receita Orçamentária de Esteio é destinada à saúde do município.

$$25\% \text{ de } 245.622.434,20 = 61.405.608,55$$

$$E: \frac{61.405.608,55}{84.114} = 730,02$$

$$84.114(h)$$

$$61.405.608,55 = 1.860.776,02$$

33

Do total da receita orçamentária destinada à saúde no município de Esteio é de 61.405.608,55 reais. Quando distribuídos aos estabelecimentos de saúde R\$ 1.860.776,02. Deve-se considerar a equidade na distribuição dos recursos financeiros e o abastecimento dos estabelecimentos de saúde. Por fim, o cálculo realizado sobre o número de habitantes resulta em R\$ 730.02 per capita investidos em saúde.

Esteio se mantém na média que assemelham os municípios, mas revela alto número de mortalidade infantil dentre os citados. Atua nas ações de promoções em saúde e apresenta bom número de estabelecimentos de saúde, porém há um gasto bem significativo com medicamentos apontando para a prevenção e promoção efetivas. É indispensável ações benéficas e minimizar os gastos com saúde através planejamento que favoreça a população local e qualificam os serviços de saúde.

O Município de Guaíba, atualmente com 99.186 habitantes, está alocado Região de saúde: 9 - Carbonífera / Costa Doce, 2ª Coordenadoria Regional de saúde (CRS). A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) têm atribuições de participar da elaboração do Plano Municipal

de Saúde, planejar a assistência médico/social dos servidores municipais e dependentes, participar da criação de diretrizes para a política de recursos humanos da saúde do Município (GUAÍBA, 2018).

A distribuição dos serviços de saúde no município se divide em: postos de assistência médica, no centro do município com 1 Serviço de Atenção Especializada- SAE, 1 Serviço de Pronto Atendimento(SPA), Dr. Solon Tavares presta assistência de urgência/emergência 24 horas, 1 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/Emergência Pré-Hospitalar, 1 Ambulatório e Policlínica de Especialidades , 1 farmácia básica e 9 unidades básicas do SUS distribuídas pelos bairros da cidade e 1 hospital Regional. Ainda têm outras atividades desenvolvidas pela Secretaria Municipal da Saúde são os programas e serviços: Guaíba Abraça a Família (enfoque na redução da mortalidade infantil), hiperdia (hipertensos e diabéticos), 2 unidades de apoio psicossocial saúde mental, Serviço de Assistência Especializada em doenças sexualmente transmissíveis/AIDS, Serviço de Oxigenioterapia, entre outros (GUAÍBA, 2018).

Guaíba assim como todos os municípios do Estado do Rio Grande do Sul têm seus dados informados através de nota técnica desde 2003 onde são apresentados os dados da aplicação dos percentuais de recursos próprios em ações e serviços de saúde, referentes ao período anual, que auxilia como bases de dados para informatizar a sociedade local (GUAÍBA, 2018).

Tabela 4: Guaíba

Guaíba		Ranking quando comparando a outros municípios do RS(497°)
Receita orçamentária	223.642.171,00	39°
Mortalidade Infantil	9,87 óbitos por mil nascidos vivos	193°
Internações por diarreia	0,2 internações por mil habitantes	356°
Estabelecimentos de saúde	Número de Habitantes	Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM entre 0,700 e 0,799)
21	99.186	0,730
Serviços Produzidos		Resultados obtidos
Ações de promoção e prevenção		146.000
Procedimentos com finalidade diagnóstica		192.503
Procedimentos clínicos		472.730
Procedimentos cirúrgicos		22.358
Medicamentos		*
Órteses, próteses e materiais especiais.		252
Ações complementares de ações em saúde		555

Fonte: tabela adaptada DATASUS, (2017).

Receita orçamentária: 223.642.171,00. Habitantes: 99.186. Estabelecimentos de saúde: 21.

Obs.: 25% da Receita Orçamentária de Guaíba é destinada à saúde do município.

$$25\% \text{ de } 223.642.171,00 = 55.910.542,75$$

$$E: \underline{55.910.542,75} = \underline{563,69}$$

$$99.186(h)$$

$$\underline{55.910.542,75} = 2.662.406,79$$

21

Do total da receita orçamentária destinada à saúde no município de Guaíba é de 55.910.542,75 reais. Quando distribuídos aos estabelecimentos de saúde R\$2.662.406,79. Deve-se considerar a equidade na distribuição dos recursos financeiros e o abastecimento dos estabelecimentos de saúde. Por fim, o cálculo realizado sobre o número de habitantes resulta em R\$ 563,69 per capita investidos em saúde.

Guaíba possui o maior número de habitantes dentre os citados, mas não revela a maior receita orçamentária e tem baixo número de estabelecimentos de saúde para a sua população local. Entretanto, apresentou baixo número internações por mil habitantes. Esse município revelou as menores quantidades na tabela na maioria das suas informações, mas apresentou grande quantidade de ações em prevenção e promoção da saúde.

De certa forma, a prevenção e promoção de saúde estão contribuindo para baixar o número de internações e as ações ativas em saúde estão direcionadas e distribuídas entre os estabelecimentos de saúde.

O município de Ijuí, atualmente com 83.089 habitantes, está alocado na 17ª CRS e atua com sede nova da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) desde 2010 juntamente com uma unidade de pronto atendimento (UPA) 24 horas. A UPA 24 horas atende com clínica médica geral e pediátrica; e áreas específicas como: ginecologia, obstetrícia, especialidades de média complexidade em cardiologia, oftalmologia, psicologia e fonoaudiologia e Centro de Especialidades Odontológicas –CEO (IJUÍ, 2018).

Ijuí possui 7 Unidades Básicas de Saúde (UBS), bem estruturadas para atender a população local com equipes multiprofissionais; 3 unidades de apoio psicossocial; 9

Estratégias de Saúde da Família. O Hospital de Caridade de Ijuí é um hospital macrorregional com referência em serviços de hemodiálise, transplantes renais e de córneas atende cerca de 1,5 milhão de pessoas de 120 municípios e tem 75% é destinado ao SUS; O Hospital Bom Pastor(filantrópico) e microrregional foi fundado pela Cooperativa Regional Tríticola Serrana Ltda (Cotrijuí) em 1981 com o propósito de atender aos associados e produtores rurais em 1988 tem administração da comunidade criação Sociedade Hospitalar e 2005 Associação Hospital Bom Pastor de Ijuí. O HBP atende cerca de 50 municípios da região, têm 42 leitos de internação e suas referências são: geriatria, dependência química e psiquiatria, mas possuem as áreas de clínica médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica (IJUÍ, 2018).

Tabela 5: Ijuí

Ijuí		Ranking quando comparando a outros municípios do RS(497°)
Receita orçamentária	345.378.500,00	155°
Mortalidade Infantil	10,84 óbitos por mil nascidos vivos	181°
Internações por diarreia	0,4 internações por mil habitantes	300°
Estabelecimentos de saúde	Número de Habitantes	Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM entre 0,700 e 0,799)
23	83.089	0,781
Serviços Produzidos		Resultados obtidos
Ações de promoção e prevenção		113.578
Procedimentos com finalidade diagnóstica		382.695
Procedimentos clínicos		25.100
Procedimentos cirúrgicos		325
Medicamentos		555.703
Órteses, próteses e materiais especiais.		2.795
Ações complementares de ações em saúde		508

Fonte: tabela adaptada DATASUS (2017).

Receita orçamentária: 345.378.500,00. Habitantes: 83.089. Estabelecimentos de saúde: 23.

Obs.: 25% da Receita Orçamentária de Ijuí é destinada à saúde do município.

$$25\% \text{ de } 345.378.500,00 = 86.344.625,00$$

$$E: \frac{86.344.625,00}{83.089} = 1.039,18$$

$$83.089(h)$$

$$\frac{86.344.625,00}{83.089} = 3.754.114,13$$

Do total da receita orçamentária destinada à saúde no município de Ijuí é de R\$86.344.625,00 reais. Quando distribuídos aos estabelecimentos de saúde R\$3.754.114,13. Deve-se considerar a equidade na distribuição dos recursos financeiros e o abastecimento dos estabelecimentos de saúde. Por fim, o cálculo realizado sobre o número de habitantes resulta em R\$1.039,18 per capita investidos em saúde.

Ijuí tem uma receita orçamentária e o IDHM maior dos outros municípios em questão, mas não possui a maior população entre os mesmos. Isto é, acaba por destinar mais recursos à saúde e investir melhor em qualidade de serviço distribuídos em seus 23 estabelecimentos em saúde. Entretanto, apresentou uma alta taxa de mortalidade infantil em comparação com as outras cidades. O município tem grande mobilização de ação e promoção de saúde, mas aponta uma falha de direcionamento das ações em saúde justificando a taxa de mortalidade infantil.

O município de Lajeado, atualmente com 79.172 habitantes, está alocado na 29ª Região de saúde e na 16ª Coordenadoria Regional de saúde (CRS). A Secretaria municipal de Saúde de Lajeado (SESA) é responsável pelos serviços de saúde, que estão distribuídos desta forma: 14 ESFs/Estratégia de Saúde da Família, 5 ESBs/ Estratégia de Saúde Bucal, 03 Centros de Saúde, 01 CEO/Centro de Especialidades Odontológicas, 01 UBS/Unidade Básica de Saúde (Universitário), 03 CAPS/ Centro de Atendimento Psicossocial (Adulto, Infantil e Álcool e Drogas); 01 SAE/Serviço da Assistência Especializada; 01 Academia de Saúde Olarias; 03 Centros de Fisioterapia; 01 Farmácia Escola; 01 Farmácia de Medicamentos do Estado; 01 Equipe de Saúde Prisional; UPA/Unidade de Pronto Atendimento; SAMU/ Serviço de Atendimento Móvel de Urgência com 1 Unidade de Suporte Avançado e 1 Unidade de Suporte Básico(LAJEADO, 2018).

Entre os serviços de saúde citados o Hospital Bruno Born é o principal hospital do Vale do Taquari, uma instituição filantrópica e anualmente realiza cerca de 29 mil procedimentos mensais pelo SUS com o percentual de atendimento de 83%. Além disso, a lei nº10.528/2017 autoriza o Poder Executivo a celebrar contrato com Universidade do Vale do Taquari –UNIVATES para a gestão dos programas de saúde do Município de Lajeado, ou seja, no âmbito do SUS fazer a implementação e gerência dos programas de saúde direcionados na qualificação dos profissionais e das ações de saúde em acordo com a rede de saúde do Município (LAJEADO 2018).

Tabela 6 - Lajeado

Lajeado		Ranking quando comparando a outros municípios do RS(497°)
Receita orçamentária	297.257.800,50	90°
Mortalidade Infantil	11,62 óbitos por mil nascidos vivos	169°
Internações por diarreia	0,3 internações por mil habitantes	324°
Estabelecimentos de saúde	Número de Habitantes	Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM entre 0,700 e 0,799)
38	79.172	0,778
Serviços Produzidos		Resultados obtidos
Ações de promoção e prevenção		79.441
Procedimentos com finalidade diagnóstica		335.326
Procedimentos clínicos		494.736
Procedimentos cirúrgicos		14.523
Medicamentos		888.213
Órteses, próteses e materiais especiais.		1.286
Ações complementares de ações em saúde		582

Fonte: tabela adaptada DATASUS(2017).

Receita orçamentária: 297.257.800,50. Habitantes: 79.172. Estabelecimentos de saúde: 38.

Obs.: 25% da Receita Orçamentária de Lajeado é destinada à saúde do município.

$$25\% \text{ de } 297.257.800,50 = 74.314.450,13$$

$$E: 74.314.450,13 = \underline{938,64}$$

$$79.172(h)$$

$$\underline{74.314.450,13} = 1.955.643,42$$

38

Do total da receita orçamentária destinada à saúde no município de Lajeado é de 74.314.450,13 reais. Quando distribuídos aos estabelecimentos de saúde R\$1.955.643,42. Deve-se considerar a equidade na distribuição dos recursos financeiros e o abastecimento dos estabelecimentos de saúde. Por fim, o cálculo realizado sobre o número de habitantes resulta em R\$938,64 per capita investidos em saúde.

Lajeado apresentou uma razoável receita orçamentária, bom IDHM, mas também alta taxa de mortalidade infantil dentre os municípios citados. Há investimento na prevenção e promoção da saúde e nos procedimentos clínicos e cirúrgicos com um gasto considerável em

medicamentos. Um apontamento aqui é direcionar e ativar melhor a prevenção e a promoção de saúde para reduzir a taxa de mortalidade infantil e o gasto medicamentoso.

Contudo, não se pode afirmar exatamente onde estão as falhas, mas elas existem e é preciso direcionar ações de promoção e prevenção de saúde a fim de reduzir a taxa de mortalidade infantil com campanhas voltadas para gestação e pós parto, assim como acompanhamento nos serviços de saúde. Quanto ao gasto de medicamentos seriam as campanhas de prevenção e promoção e de uso racional de remédios.

Tabela 7: Análise comparativa entre os municípios

Município	Receita Orçamentária	Estabelecimentos de Saúde	Número de Habitantes
Alegrete	188.870.227,00	35	78.244
Esteio	245.622.434,20	37	84.114
Guaíba	223.642.171,00	21	99.186
Ijuí	345.378.500,00	23	83.089
Lajeado	297.257.800,50	38	79.172

Fonte: tabela adaptada IBGE (2017).

Alegrete, Esteio, Guaíba, Ijuí e Lajeado aproximam-se muito nos valores do IDHM, variam na quantidade dos estabelecimentos de saúde e revelam uma diferença significativa no número de óbitos por mil nascidos vivos e entre os números de internação por mil habitantes com diarreia novamente. Os resultados se assemelham e a discussão se dá através da receita orçamentária, pois é através dela que os recursos serão destinados à saúde, o valor repassado e como será distribuído entre os serviços de saúde.

Entretanto, é possível identificar na tabela acima a receita orçamentária de Ijuí mesmo com poucos estabelecimentos de saúde, atende as demandas do seu número de habitantes; Guaíba aponta uma defasagem, pois, tem menos do que Ijuí e precisa atender um número populacional maior. Isto é, fazer mais com menos em receita orçamentária, menos estabelecimentos e maior população; Lajeado aproxima-se de Alegrete no número populacional e estabelecimentos de saúde, mas se distancia na receita orçamentária e no

quadro geral ganha no número de estabelecimentos de saúde; Esteio assume a média na tabela na receita orçamentária, estabelecimentos de saúde e número de habitantes.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A receita orçamentária de Alegrete, Esteio, Guaíba, Ijuí e Lajeado descritas nesse estudo revelam o quanto cada município dispõe de recursos financeiros e a partir daí ocorre o repasse para executar as políticas públicas. O valor varia entre 15% e 25% para a saúde com a finalidade principal de atender às necessidades e as demandas da população. Portanto, para compreender de onde os recursos financeiros que vão subsidiar a saúde, é fundamental saber a disponibilidade financeira nos cofres públicos.

Essa pesquisa também apresenta a colocação IBGE (ranking) dos municípios dentro do Estado Riograndense, a fim de informar ao leitor a mortalidade infantil e internação por diarreia demonstrando a qualidade da saúde no município e seus rankings, que se revelam a partir do repasse de verbas para a saúde e as campanhas de prevenção e promoção. Os resultados dos serviços produzidos a partir desse investimento dão a classificação do ranking IBGE dentro do Estado, sendo em número e colocação quando comparados com os outros municípios.

Sendo assim, ao afirmarmos que Eficiência é o serviço produzido ao menos custo mantida a qualidade em saúde todos os indicadores sociais e recursos financeiros que vão relevar a qualidade ou a falta dela deverão ser apresentados para a melhor compreensão desse indicador de desempenho.

A Eficiência neste estudo foi mesurada a partir de alguns fatores: receita orçamentária, recurso disponível para a saúde, quantidade de estabelecimentos em saúde, número de habitantes. A partir do cálculo de Eficiência foi possível encontrar quanto em valor cada município recebeu anualmente e o valor per capita investidos em saúde. Entretanto, o IDHM, os serviços produzidos e os resultados óbitos, a mortalidade infantil e a internação por diarreia e os rankings dos municípios revelaram a qualidade em saúde através dos números.

A matriz conceitual do PROADDES(2011) foi norteadora desta pesquisa traz a Eficiência como a relação entre o custo e o volume de serviços de saúde produzidos e o

impacto dos serviços sobre a saúde da população, mantido um nível de qualidade em saúde e o resultados desse estudo se propuseram a apresentar esse conceito. Mensurar esse indicador de desempenho não é uma tarefa fácil, pois muito se confunde com custos, mas custos não apontam a mortalidade infantil, a internações por diarreia, o IDHM. Dentre esses citados está a qualidade em saúde, o desenvolvimento da sociedade, a longevidade saudável nos remetendo ao investimento na saúde.

Portanto, através da Eficiência é possível identificar: taxa de erros, acuracidade, atualidade planejamento e tempo de resposta, produtividade e aspectos não relacionais trazendo mudanças aos resultados obtidos e indicando novas perspectivas em relação a qualidade em saúde. Nesse caso, a quantidade demonstra a qualidade e revela a possível intervenção para continuar avançar em favor da sociedade.

A eficiência pode ser um fator contribuinte para equidade e vista como um apoio à participação social. Logo, as reivindicações de recursos a favor da saúde. Esse estudo apresentou que os recursos empregados e efeitos obtidos auxiliam a tomada de decisão e a mudança de direção a partir de intervenções. É imprescindível a participação ativa de todos os atores envolvidos: gestores, profissionais de saúde e usuários, com um objetivo em comum de qualificar a saúde na sociedade com seus próprios recursos financeiros promovendo a longevidade saudável e o desenvolvimento humano.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, C.; MARTINS, M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, p.118-137,2017. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000500118> Acesso em: 05 ago. 2018.
- ALVES, Fernando Rangel Segalote; NETO, Julio Vieira. Estabelecimento de Indicadores de Desempenho na Gestão Pública: Estudo de Caso em uma Universidade Pública Federal. XXXVI Encontro Nacional de Engenharia de Produção. **ABEPRO**. João Pessoa, 2016. Disponível em: < http://www.abepro.org.br/biblioteca/TN_STP_227_327_29004.pdf> Acesso em: 24 nov. 2018.
- ANDRADE, Sonia Maria Oliveira de. **A pesquisa científica em saúde: concepção e execução/ 4. ed.**– Campo Grande – MS, 2011. 160p. – (Caderno de Estudo). Metodologia científica I.
- BRASIL. **Atlas do Desenvolvimento Humano-IDHM**, 2013. Disponível em :< <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/home/>> .Acesso em: 11 mai. 2019.
- BRASIL. **Controladoria–Geral da União. Portal da transparência**. 2014. Disponível em: < <http://www.portaldatransparencia.gov.br/sobre/>>. Acesso em: 20 mai. 2018.
- _____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. **Alegrete - RS -Cidades**. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/alegrete/panorama>> Acesso em: 05 ago. 2018.
- _____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. **Esteio - RS - Cidades**. 2015. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/esteio>> . Acesso em: 20 mai. 2018.
- _____.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. **Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros**. 2017. Disponível em: < ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2016/estimativa_dou_2016_2016_0913.pdf> Acesso em : 11 set. 2018.
- _____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. **Ijuí- RS -Cidades**. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/ijui/panorama>>. Acesso em: 05 ago. 2018.
- _____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. **Lajeado- RS- Cidades**. 2015. Disponível em:< <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/lajeado/panorama>> . Acesso em: 20 mai. 2018.
- _____. **Lei no 12.527, de 18 de novembro de 2011**. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei no

11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei no 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 18 nov. 2011. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm>. Acesso em: 20 mai. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **CONSULTA POR UNIDADE EXECUTORA - Receitas e Despesas em saúde**. SIOSP/DATASUS. 6º semestre, 2017. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/consvaloresmunicipio.php>>. Acesso em: 27 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Financiamento público de saúde (Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS)**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2013. Eixo 1, v. 1, p. 124.

_____. Presidência da República. **Lei Complementar nº 131, de 27 de maio de 2009**. Acrescenta dispositivos à Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências, a fim de determinar a disponibilização, em tempo real, de informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm>. Acesso em: 20 mai. 2018.

Esteio. Prefeitura Municipal. **Portal da Transparência**. 2018. Disponível em: <https://www.esteio.rs.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=45&Itemid=236>. Acesso em: 20 mai. 2018.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (organizadores). **Métodos de Pesquisa. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e SEAD/UFRGS**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, Antônio C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. Diretorio FGV. São Paulo: Atlas, 2009, Lê: p. 50-51. 200 p. Disponível em: <<https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9nicas-de-pesquisa-social.pdf>> Acesso em: 24 nov. 2018.

GIL, Antônio C. **Como Elaborar Projeto de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2010, Lê: p. 58-61.184 p. Guaíba. Prefeitura Municipal. Portal da Transparência. 2018. Disponível em: <<http://transparencia.guaiba.rs.gov.br/>>. Acesso em: 20 mai. 2018.

DONABEDIAN, A. **The seven pillars of quality**. Archives of Pathology Laboratory Medicine. Chicago, v.114, n.11, p.1115-1118, 1990. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/The_seven_pillars_of_quality/367>. Acesso em: 05 ago. 2018.

Hartz, Z.M.; Pouvoirville, G. Avaliação dos programas de saúde: a eficiência em questão. **Ciência & Saúde Coletiva - Revista da Abrasco**. v.3, n.1, p.68-82, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231998000100068>. Acesso em: 05 ago. 2018.

Lajeado. Prefeitura Municipal. **Portal da Transparência**. 2018. Disponível em: <https://www.lajeado.rs.gov.br/?titulo=Portal%20da%20Transpar%EAncia&template=hotSite&categoria=972&codigoCategoria=972&tipoConteudo=INCLUDE_MOSTRA_CONTEUDO&idConteudo=3039>. Acesso em: 20 mai. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Editora Vozes Limitada, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2018.

SILVA, Osany Gomes; CAVALCANTI, André Luiz Cordeiro. **Uma análise dos indicadores de gestão utilizados no setor público federal no Brasil**. Lume Repositório Digital UFRGS, 2005. Disponível em: <http://ead2.fgv.br/l5/centro_rec/docs/uma_analise_indicadores_gestao.pdf> . Acesso em: 24 nov. 2018.

SOARES, Adilson. **O subfinanciamento da saúde no Brasil: uma política de Estado**. [tese de doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2014. Disponível em: <<http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/312960>> Acesso em: 28 mai. 2018.

TAKASHINA, N. T. **Indicadores da Qualidade e do Desempenho**. 2004 Disponível em: <http://www.ubq-rj.com.br/artigos/iqid.htm>. > Acesso em: 05 ago. 2018.

VIACAVA, Francisco et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/579>> Acesso em: 28 mai. 2018.

VIACAVA, Francisco et al. **Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento Relatório final (versão para discussão)**. Laboratório de Informações em Saúde – LIS Instituto de Comunicação e Informação em Ciência e tecnologia – ICICT Fundação Oswaldo Cruz Rio de Laboratório de Informações em Saúde – LIS Instituto de Comunicação e Informação em Ciência e tecnologia – ICICT Fundação Oswaldo Cruz Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/SGDP-RELATORIO_FINAL%20_com_sumario_atualizadorev%202014.pdf> . Acesso em: 9 set. 2018.

ZUCATTO, L. C. et al. **Proposição de indicadores de desempenho na gestão pública**. Contexto, Porto Alegre, v. 9, n. 16, 2009.