

# QUALIDADE DO GASTO PÚBLICO COM SAÚDE NOS MUNICÍPIOS GAÚCHOS: UMA ANÁLISE DA EFICIÊNCIA RELATIVA FINANCEIRA E DE SERVIÇOS DE SAÚDE POR MEIO DA ANÁLISE ENVOLTÓRIA DE DADOS<sup>1</sup>

Márcia Di Domenico<sup>2</sup>

Fernanda Victor<sup>3</sup>

## RESUMO

A Constituição Federal assegura que a saúde é um direito social, tendo o Estado o dever de garantir à população serviços públicos de qualidade. Para tanto, o governo dispõe de recursos limitados e vinculados a gastos específicos e deve seguir as políticas de aplicação, que exigem limites mínimos de recursos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diante disso, o presente estudo tem por objetivo analisar a qualidade do gasto público com saúde por meio da comparação da eficiência relativa dos municípios gaúchos. Para calcular a eficiência dos municípios foi utilizada a Análise Envoltória de Dados. Foram elaborados dois modelos: o Modelo 1, para analisar a eficiência financeira e o Modelo 2, para analisar a eficiência no retorno dos serviços de saúde à população. Esta pesquisa caracteriza-se como descritiva, tendo abordagem quantitativa, na qual foram analisados 169 municípios com informações referentes ao ano de 2014. Os resultados revelam que apenas 7 municípios são eficientes no Modelo 1 e 28 apresentam eficiência no Modelo 2, gerando indícios de que a eficiência no retorno dos serviços de saúde à população não está relacionada à eficiência financeira. Além disso, os resultados mostram que a região Metropolitana e Noroeste apresentam maior número de municípios eficientes nos dois modelos, desempenho que pode ser justificado pela concentração do PIB nos municípios pertencentes a estas regiões. Conclui-se que a eficiência municipal é uma questão de gestão de recursos e para melhorar a qualidade dos serviços públicos de saúde é preciso aprimorar a eficiência e eficácia na aplicação dos recursos.

**Palavras-chave:** Qualidade do gasto público. Eficiência na saúde pública. Análise envoltória de dados.

---

<sup>1</sup> Trabalho de Conclusão de Curso apresentado, no segundo semestre de 2015, ao Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Ciências Contábeis.

<sup>2</sup> Graduanda do curso de Ciências Contábeis da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). (marciadidomenico\_@hotmail.com).

<sup>3</sup> Orientadora: Doutora em Administração pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Mestre em Ciências Contábeis pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Professora do Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais da UFRGS. (fernandactb@yahoo.com.br).

## **PUBLIC SPENDING QUALITY ON HEALTH IN MUNICIPALITIES FROM RIO GRANDE DO SUL: AN ANALYSE OF THE RELATIVE EFFICIENCY FINANCIAL AND OF THE SERVICES TO HEALTH BY DATA ENVELOPMENT ANALYSIS**

### **ABSTRACT**

The Federal Constitution ensures that health is a social right, and the State has the duty to secure quality public services to population. For this, the government has limited resources and linked to specific spending and must follow the application of policies, which requires minimum levels of resources for the financing of actions and public health services. Thereby, this study aims to assess the quality of public spending on health comparing the relative efficiency of the municipalities from the state of Rio Grande do Sul. To calculate the efficiency of the municipalities the Data Envelopment Analysis was utilized. Two models were developed: the Model 1, to analyze the financial efficiency and the Model 2, to analyze the efficiency in the return of health services to the population. This research is characterized as descriptive with quantitative approach, which 169 municipalities with information of the year 2014 were analyzed. The results shown that only 7 municipalities are efficient in Model 1 and 28 municipalities are efficient in Model 2, showing that the efficient return of health services to the population is not related to financial efficiency. Furthermore, the results shown the Metropolitan and Northwest regions have more efficient DMUs in both models, performance can be explained by the concentration of Gross Domestic Product in the municipalities belonging to those regions. Thus, it is concluded the municipal efficiency is a resource management issue and to improve the quality on public health services is necessary to improve efficiency and effectiveness in the funds application.

**Keywords:** Quality of public spending. Efficiency in public health. Data envelopment analysis.

### **1 INTRODUÇÃO**

A Constituição Federal de 1988 em seu art. 6º assegura que são direitos sociais a educação, a saúde, a segurança, a moradia, a previdência social, entre outros (BRASIL, 1988). No âmbito da saúde, especificamente, o art. 196 expressa que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Dessa forma, cabe ao governo executar com cautela o planejamento e a execução orçamentária, para que a população possa desfrutar de serviços públicos de qualidade, que assegurem a maximização do bem estar social.

Com o decorrer dos anos e com as sucessões dos governos, diversos projetos e programas foram realizados com o intuito de propor melhorias na saúde, entretanto, muitas vezes, não obtiveram o desempenho esperado. No ano de 2000, foi elaborada a Emenda

Constitucional de nº 29, que assegura os recursos mínimos para o financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), estabelecendo que os Estados e o Distrito Federal devem aplicar um limite mínimo dos recursos arrecadados para a saúde, correspondente a 12% e os municípios devem aplicar um limite mínimo de 15% (BRASIL, 2000).

Apesar do estabelecimento de um limite mínimo de aplicação de recursos na área da saúde, o que se observa, em geral, é o mero cumprimento do mesmo. Muitas vezes, os recursos são utilizados de acordo com o que foi definido na Lei Orçamentária, sem levar em consideração se os dispêndios realizados estão, de fato, atingindo os objetivos para os quais foram designados. Assim, surge a necessidade de avaliar a qualidade do gasto público, ou seja, analisar a eficiência e eficácia dos gastos, verificar se estão sendo efetuados de modo a garantir melhorias na qualidade de vida da população por intermédio dos serviços realizados pelo governo.

Neste contexto, insere-se a Auditoria Operacional, executada pelos órgãos de controle externo (Tribunais de Contas) e interno (Controladoria Geral) e que possui, dentre outros objetivos, o intuito de examinar a eficiência e a eficácia de organizações, programas e atividades desenvolvidas pelo governo, para promover o aperfeiçoamento da gestão pública (BRASIL, 2010). Além disso, para promover maior controle dos gastos públicos, foi aprovada pelo Conselho Federal de Contabilidade (CFC), a NBC T 16.11, que trata do Sistema de Informação de Custos do Setor Público (SICSP), tendo como objetivo mensurar, registrar e evidenciar os custos dos produtos e serviços de cada entidade governamental, dar suporte à avaliação e melhoria de desempenho, auxiliar a tomada de decisão, apoiar o planejamento orçamentário, além de contribuir para o controle de custos e melhoria da qualidade dos gastos públicos (CONSELHO FEDERAL DE CONTABILIDADE, 2011).

Um dos maiores obstáculos encontrados pelos agentes públicos é o descompasso entre a demanda crescente da população por serviços de saúde e o custo cada vez maior para atendê-la, tornando o problema da escassez de recursos ainda mais complexo (FERRAZ; VIEIRA, 2009). Corroborando a isso, muitas vezes, os recursos não são aplicados com eficiência, pois são empregados em usos que geram menor bem-estar se comparados a outras alternativas. Assim, a despesa direcionada para os insumos errados ou menos apropriados produz menos bens públicos ou de pior qualidade, resultando em menores benefícios para a sociedade (MATTOS; TERRA, 2015). Desse modo, verifica-se a importância em avaliar, diante da limitação dos recursos, quais municípios apresentam melhor qualidade na aplicação dos mesmos.

Diante do exposto, o questionamento que motiva esta pesquisa é: Qual a eficiência relativa da qualidade do gasto público com saúde dos municípios gaúchos? Assim, este estudo

tem por objetivo analisar a qualidade do gasto público com saúde por meio da comparação da eficiência relativa dos municípios gaúchos.

O momento para realização da pesquisa é oportuno tendo em vista o crescente descontentamento político observado no país, bem como as constantes reclamações acerca da insuficiência dos serviços públicos na área da saúde. Além disso, observa-se que a população tem demonstrado grande interesse na participação da gestão, fiscalização e monitoramento das ações da administração pública, com o intuito de zelar pela melhoria dos gastos realizados pelo governo.

À vista disso, verifica-se a importância da realização da presente pesquisa, que se propõe a servir como um auxílio na verificação dos dispêndios realizados, visando, sobretudo, evidenciar se os gastos apresentam efetividade na melhoria da qualidade da saúde. Ademais, pretende servir como uma complementação de informações para os Tribunais de Contas acerca do controle realizado pelos mesmos, principalmente na execução da auditoria operacional dos entes governamentais. Assim, esta pesquisa busca contribuir para a população, para os Tribunais de Contas, além de auxiliar os gestores municipais no que tange à verificação e melhoramento de sua gestão.

Além desta introdução, este artigo está organizado nas seguintes seções em ordem respectiva: referencial teórico, que apresenta a base teórica dos assuntos abordados; procedimentos metodológicos, que contém a classificação da pesquisa e a coleta e método de análise dos dados; apresentação e análise dos dados, que demonstra os resultados obtidos, bem como as discussões pertinentes; e por fim, as considerações finais.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

Neste tópico serão abordados temas específicos para melhor entendimento da pesquisa, sendo eles: arrecadação e aplicação dos recursos públicos na saúde, indicadores vinculados à saúde, controle externo dos recursos públicos e eficiência e qualidade do gasto público com saúde.

### **2.1 ARRECADADAÇÃO E APLICAÇÃO DOS RECURSOS PÚBLICOS NA SAÚDE**

A Constituição Federal (BRASIL, 1988) trata que as ações e serviços públicos de saúde fazem parte de uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único. Esse sistema deve ser organizado com base em diretrizes como: descentralização; atendimento integral, dando prioridade para atividades preventivas; e participação da comunidade.

De acordo com Santos (2006), a administração dos recursos da saúde concentra-se na captação, na aplicação e na distribuição eficiente dos recursos necessários para satisfazer aos anseios da população e os objetivos e metas aos quais se propõe. A respeito da aplicação, a Emenda Constitucional de n.º 29 assegura os recursos mínimos para o financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) e estabelece que os Estados e o Distrito Federal devem aplicar um limite mínimo dos recursos arrecadados para a saúde, correspondente a 12% e os municípios devem aplicar um limite mínimo de 15% (BRASIL, 2000).

No âmbito da prestação dos serviços públicos, de acordo com o art. 30 da Constituição, é de competência dos municípios “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população” (BRASIL, 1988). Segundo Rocha (2004, p. 2), “a Constituição impulsionou e formalizou um processo de descentralização que, grosso modo, logrou ampliar a autonomia administrativa, política e financeira dos municípios, uma vez que estes passaram a ser tratados e reconhecidos como entes federativos”. Com a descentralização, as diferenças na capacidade de arrecadar recursos dos municípios oriundas das desigualdades regionais, fizeram com que os municípios, principalmente os de pequeno porte populacional, fossem dependentes das transferências constitucionais (SILVA, 2009).

Conforme a Emenda Constitucional de n.º 29, “os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde” (BRASIL, 2000). De acordo com o artigo 4º, da Lei nº 8.142/90 (Brasil, 1990a), para receberem os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS), os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

- I - Fundo de Saúde;
- II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;
- III - Plano de saúde;
- IV - Relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;
- V - Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;
- VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

A Lei Complementar n.º 141 (BRASIL, 2012a) determina que os Planos Estaduais de Saúde devem especificar o método de alocação dos recursos estaduais e a estimativa anual de recursos aos Municípios, acordadas pelos gestores estaduais e municipais e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde. Esta lei discorre também sobre as consequências do descumprimento da aplicação dos percentuais mínimos dos recursos destinados à saúde, entre

as ações previstas em decorrência do descumprimento a União e os Estados poderão restringir o repasse dos recursos destinados a esse fim.

Os montantes a serem transferidos para os Estados, Distrito Federal e aos Municípios para custeio das ações e serviços públicos de saúde, serão definidos e publicados pelo Ministério da Saúde após a aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde. O rateio dos recursos para os entes federados será efetuado de acordo com a necessidade da população, levando em consideração as dimensões epidemiológicas, demográficas, socioeconômicas e a capacidade de oferecer serviços de saúde, observada a necessidade de reduzir as desigualdades regionais (BRASIL, 2012a).

O Ministério da Saúde apresenta um quadro informativo a respeito dos impostos que compõe a base de cálculo para o percentual mínimo de aplicação. Na composição da base de cálculo estão incluídas as receitas de impostos municipais, transferências do estado e da União, imposto de renda retido na fonte, além de outras receitas correntes.

**Quadro 1 - Receitas consideradas para financiamento da saúde nos municípios**

RECEITAS MUNICIPAIS (15%)
I - Receitas de Impostos Municipais
ISS
IPTU
ITBI
II - Receitas de Transferências da União
Quota-parte do FPM
Quota-parte do ITR
Transferências Lei Complementar 87/96-Lei Kandir
III - Imposto de Renda Retido na Fonte
IV - Receitas de Transferências do Estado
Quota-parte do ICMS
Quota-parte do IPVA
Quota-parte do IPI – Exportação
V – Outras Receitas Correntes
Receita da dívida ativa de impostos, multas, juros de mora e correção monetária de impostos
Total vinculado à saúde = (I + II + III + IV + V) x 15%

Fonte: Adaptado do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003, p. 22).

De acordo com o Ministério da Saúde, se os Estados, Distrito Federal e Municípios não cumprirem os limites constitucionais mínimos exigidos, aplicados sobre os impostos apresentados no Quadro 1, ficarão sujeitos às sanções da Lei de Responsabilidade Fiscal,

como, por exemplo, retenção das transferências dos Fundos de Participações e até cassação de mandatos (BRASIL, 2003).

Para assegurar o acesso universal e igualitário e ampliar a prestação dos serviços de saúde, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema que integra as ações de saúde da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, fazendo com que cada ente federativo cumpra com funções e competências específicas (BRASIL, 2003). Para seu financiamento, serão utilizados, além de outras fontes, recursos provenientes do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (BRASIL, 1988). Segundo o artigo 33 da Lei nº 8.080/90 os recursos financeiros do SUS serão depositados em conta especial e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde (BRASIL, 1990b).

Os recursos disponíveis são aplicados com base nas diretrizes definidas na elaboração do orçamento. Para compreendê-lo é preciso ter conhecimento de sua estrutura e sua organização, realizadas por meio de um sistema de classificação estruturado. Esse sistema tem o objetivo de atender às exigências de informação requeridas por todos os interessados nas finanças públicas, como os poderes públicos, as organizações públicas e privadas e a sociedade (BRASIL, 2015).

A classificação orçamentária tem como objetivo possibilitar a avaliação das receitas e despesas públicas, antes, durante e após sua execução, fornecendo informações essenciais para analisar o gasto público (PISCITELLI; TIMBÓ, 2010). De acordo com o Portal do Orçamento (2015), classificação orçamentária é a organização do orçamento de acordo com critérios que possibilitam a compreensão das funções deste instrumento, fornecendo informações para a administração, tomada de decisões e gerência. As receitas são classificadas por fonte de recursos e por natureza, e as despesas são classificadas por fonte de recurso, natureza da despesa, classificação funcional e programática e classificação institucional. O Quadro 2 apresenta a classificação da despesa na programação qualitativa e quantitativa.

A classificação institucional contempla a estrutura de alocação dos créditos orçamentários e está organizada em dois níveis: órgão orçamentário e unidade orçamentária. Unidade orçamentária é o agrupamento de serviços subordinados ao mesmo órgão em que serão consignadas dotações próprias. Já os órgãos orçamentários são agrupamentos de unidades orçamentárias. O código da classificação institucional é composto por cinco dígitos, sendo os dois primeiros correspondentes à identificação do órgão e os demais à unidade orçamentária (BRASIL, 2012b).

**Quadro 2 – Classificação da despesa**

Programação Qualitativa		Programação Quantitativa
Blocos da Estrutura	Item da Estrutura	Item da Estrutura
Classificação por Esfera	Esfera Orçamentária	Natureza da Despesa
Classificação Institucional	Órgão/ Unidade Orçamentária	Categoria Econômica da Despesa
Classificação Funcional	Função/ Subfunção	Grupo de Natureza da Despesa
Estrutura Programática	Programa	Modalidade de Aplicação
Informações Principais do Programa	Objetivo	Elemento de Despesa
	Iniciativa	Identificador de Uso
Informações Principais da Ação	Ação	Fonte de Recursos
	Descrição	Identificador de Doação e de Operação de Crédito
	Forma de Implementação	Identificador de Resultado Primário
	Produto	Dotação
	Unidade de Medida	
	Subtítulo	

Fonte: Adaptado do Manual Técnico de Orçamento (BRASIL, 2015).

A classificação funcional divide as dotações orçamentárias em funções e subfunções. É uma classificação de aplicação comum e obrigatória na esfera da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, permitindo a consolidação nacional dos gastos do setor público. É representada por cinco dígitos, sendo que os dois primeiros referem-se à função e os demais à subfunção (BRASIL, 2012b). A Portaria MOG nº 42/1999 (BRASIL, 1999), apresenta um quadro de classificação das funções e subfunções. Conforme o Quadro 3, dentre outras funções, encontra-se a função saúde:

**Quadro 3 – Funções e subfunções do governo**

FUNÇÃO	SUBFUNÇÕES
10 – Saúde	301 – Atenção Básica
	302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial
	303 – Suporte Profilático e Terapêutico
	304 – Vigilância Sanitária
	305 – Vigilância Epidemiológica
	306 – Alimentação e Nutrição

Fonte: Adaptado da Portaria MOG nº 42/1999 (BRASIL, 1999, p. 2)

Toda ação do Governo está organizada em programas voltados para a realização dos objetivos estratégicos definidos no Plano Plurianual (PPA). Programa é a ferramenta de organização da atuação governamental que vincula um conjunto de ações que concorrem para a materialização de um objetivo comum preestabelecido com o intuito de solucionar um

problema ou atender determinada necessidade da sociedade (BRASIL, 2012b). Conforme a Portaria MOG nº 42/1999, “a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios estabelecerão, em atos próprios, suas estruturas de programas, códigos e identificação, respeitados os conceitos e determinações desta Portaria” (BRASIL, 1999, p. 1).

Segundo o Manual de Contabilidade Aplicado ao Setor Público (BRASIL, 2012b, p. 51) “A classificação da despesa orçamentária, segundo a sua natureza, compõe-se de: I – Categoria Econômica; II – Grupo de Natureza da Despesa; e III – Elemento de Despesa”. Na Categoria Econômica, as despesas são classificadas em “3 – Correntes” ou de “4 – Capital”. No grupo de Natureza da Despesa, classifica-se as despesas quanto: 1 – Pessoal e Encargos Sociais; 2 – Juros e Encargos da Dívida; 3 – Outras Despesas; 4 – Investimentos; 5 – Inversões Financeiras; e 6 – Amortização da Dívida (BRASIL, 2012b).

## 2.2 INDICADORES VINCULADOS À SAÚDE

De acordo com o Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento (PNUD, 2015), “para aferir o avanço na qualidade de vida de uma população é preciso ir além do viés puramente econômico e considerar outras características sociais, culturais e políticas que influenciam a qualidade da vida humana”. Os três pilares que compõe o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) são: uma vida longa e saudável (saúde), o acesso ao conhecimento (educação) e o padrão de vida (renda) (PNUD, 2015).

De modo similar ao IDH, existe o Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (Idese), um índice apurado pela Fundação de Economia e Estatística do Rio Grande do Sul, cujo objetivo é mensurar o nível de desenvolvimento dos municípios gaúchos. Através dele, é possível avaliar e acompanhar a evolução dos indicadores socioeconômicos dos municípios do estado, além de fornecer informações para o desenho de políticas públicas específicas de acordo com as necessidades da população. O Idese é composto por 12 indicadores, divididos em três blocos: Educação, Renda e Saúde. Cinco destes indicadores compõe o bloco da saúde, que é dividido em três sub-blocos: (3.1) saúde materno-infantil; (3.2) condições gerais de saúde; e (3.3) longevidade (FEE, 2015).

Vários estudos foram realizados para verificar a eficiência do Idese. Kang *et al.* (2014), realizaram uma pesquisa que teve como objetivo apresentar a nova versão do Índice, depois de realizadas diversas inovações metodológicas, que foram desenvolvidas após as mudanças observadas no estado nos últimos dez anos. A nova versão foi elaborada tendo como base a disponibilidade de melhores indicadores em todos os blocos do Idese. Os autores concluíram

que a nova metodologia obedece à compreensão normativa de que o desenvolvimento não pode ser resumido à elevação da renda per capita, que era levada em consideração anteriormente, tendo, por esse motivo, variáveis de educação e saúde em sua composição. Com a inclusão de indicadores de qualidade, o Idese passou a responder melhor a novas demandas da sociedade em termos de políticas públicas de desenvolvimento.

O trabalho de Mattos *et al.* (2015), teve como objetivos discutir os resultados do Idese mais atual, realizar uma análise descritiva e regionalizada da pobreza extrema no Estado e associar os resultados municipais do Idese com os resultados do estudo sobre pobreza extrema. Os autores chegaram à conclusão de que, apesar do resultado ser ligeiramente enviesado pelo fato de que renda também compõe o Idese, ficou evidenciado que municípios com maior grau de pobreza também tem piores condições nas demais dimensões. Isto indica que as políticas públicas podem ser guiadas pela observância destes dois aspectos: pobreza e questões relacionadas à educação, saúde e saneamento.

Em seu trabalho, Oliveira (2013) apresentou um breve histórico do surgimento e da evolução dos indicadores sociais, além de discutir as propriedades desejáveis e também a importância, as vantagens e desvantagens dos indicadores compostos ou sintéticos, como é o caso do Idese. Dentre os tópicos abordados na pesquisa, teve destaque a incorporação de mais dimensões, como saúde e educação, à avaliação do desenvolvimento socioeconômico, algo que anteriormente era operacionalizado com base, exclusivamente, nas taxas de crescimento do PIB per capita. Segundo o autor, apesar de muitos países terem apresentado altos níveis de crescimento econômico, isso necessariamente não foi acompanhado, de forma proporcional, por uma percepção de bem-estar correspondente às taxas de expansão da produção econômica. Pelo contrário, em muitos casos, estava havendo o aumento da desigualdade social e econômica.

Além do Idese e do IDH, para ter maior controle dos gastos e da qualidade de vida da população, o Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul elaborou mapas interativos com o intuito de apresentar graficamente um conjunto de indicadores dos municípios. O objetivo é exibir de modo claro a situação de cada município, além de permitir comparações, conforme indicadores das seguintes dimensões: educação; saúde; socioeconômica; orçamentário-financeira e transparência (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

O mapa funciona da seguinte forma: inicialmente os municípios são coloridos conforme as áreas de abrangência das respectivas regionais do TCE-RS. Depois de selecionado um indicador, os municípios passam a ser coloridos conforme seu status em relação ao indicador selecionado. Os dados provêm do próprio TCE-RS, além da Fundação de Economia e

Estatística (FEE) e do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

### 2.3 CONTROLE EXTERNO DOS RECURSOS PÚBLICOS

Na contabilidade pública, a aplicação de recursos é realizada dentro de uma programação específica e está sujeita a controles formais obrigatórios, dos sistemas de controle interno e externo (PISCITELLI; TIMBÓ, 2010). O controle interno é realizado pelos serviços de contabilidade e controladorias. O externo, a fiscalização contábil, financeira e orçamentária, na União é realizada pelo Congresso Nacional, com auxílio do Tribunal de Contas da União, e nos estados e municípios é realizada pelos Tribunais de Contas das respectivas localidades (SLOMSKI, 2003).

Referente ao controle dos recursos aplicados à saúde, o artigo 38 da Lei Complementar nº 141 (BRASIL, 2012a) explica que o Poder Legislativo com o auxílio dos Tribunais de Contas, do Conselho de Saúde de cada ente da federação e do sistema de auditoria do SUS, fiscalizará o cumprimento das normas desta Lei, em aspectos como a elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual, cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias e a aplicação dos recursos mínimos em ASPS.

A Lei Orgânica do Tribunal de Contas (BRASIL, 1992) dispõe que o Tribunal de Contas exerce controle sobre qualquer pessoa física, órgão ou entidade, que utilize, arrecade, guarde, gerencie ou administre bens e recursos públicos. Dentre outras atribuições, é de competência dos Tribunais fiscalizar a aplicação dos recursos repassados aos entes federados mediante convênio, acordo, ajuste ou instrumentos congêneres, e impor aos responsáveis, em caso de ilegalidade da despesa ou irregularidade de contas, as sanções previstas em lei (BRASIL, 1992). Além disso, a Lei 8.443/92 estabelece que as contas dos gestores e responsáveis serão anualmente submetidas a julgamento do Tribunal, sob forma de tomada ou prestação de contas, onde devem ser incluídos todos os recursos, orçamentários e extraorçamentários, geridos ou não pela entidade (BRASIL, 1992).

Ademais, com o surgimento da auditoria operacional, os tribunais de contas tiveram seu papel expandido. Dentre outros objetivos, a auditoria operacional tem o intuito de examinar a eficiência, eficácia e efetividade de organizações, programas e atividades desenvolvidas pelo governo, para promover o aperfeiçoamento da gestão pública (BRASIL, 2010). Dentre suas competências, a auditoria operacional prevê o envolvimento da sociedade no processo de

avaliação, assim como a ampla divulgação dos resultados, visando fortalecer os mecanismos de controle social, refletindo, assim, na transparência da administração pública (PARANÁ, 2015).

#### 2.4 EFICIÊNCIA E QUALIDADE DO GASTO PÚBLICO COM SAÚDE

Segundo Saintive (2015), além do compromisso de manter a responsabilidade fiscal para garantir a estabilidade macroeconômica, a qualidade dos serviços públicos é outro conceito que deve ser incorporado pela administração pública. Nesse sentido, é necessário introduzir e disseminar a eficiência no setor público, pois, além de saber como os gastos são realizados, é preciso avaliar a relação entre os custos e benefícios dos mesmos para definir a respectiva utilidade para o contribuinte.

De acordo com Scaratti (2007), a qualidade da gestão municipal na esfera da saúde pode ser avaliada pela relevância, efetividade, eficácia e eficiência das ações que o gestor municipal toma para reduzir o risco de doenças e de outros agravos, e para assegurar o acesso universal e igualitário aos serviços de atenção à saúde. De acordo com o autor, existem vários conceitos de qualidade na literatura, mas esse parece ser o mais indicado para avaliar a gestão pública. O Quadro 4 apresenta os principais conceitos relacionados à avaliação da qualidade dos serviços de saúde:

**Quadro 4 - Conceito de eficiência, eficácia e efetividade voltado à saúde**

Eficiência	Eficácia	Efetividade
É o critério de desempenho econômico que revela a habilidade do gestor tomar decisões voltadas à geração do maior volume de serviços de saúde possível com os recursos disponíveis (otimização da capacidade instalada).	É o critério de desempenho político que revela a habilidade do gestor tomar decisões voltadas ao cumprimento das metas estabelecidas nos planos de saúde e dos protocolos médicos estabelecidos para o provimento da atenção à saúde (realização das metas quantitativas e qualitativas).	É o critério social que reflete a habilidade administrativa do gestor tomar medidas voltadas a satisfazer as necessidades e expectativas individuais quanto ao recebimento de atenção à saúde (maximização dos resultados).

Fonte: Adaptado de Universidade Federal de Santa Catarina (2006).

Segundo Robinson (2015, p. 111) “os ganhos de eficiência são obtidos mudando-se a forma como os serviços são prestados, de modo que esses serviços (produtos) forneçam a mesma quantidade e qualidade a um custo mais baixo – em outras palavras, economia resultante da melhoria da eficiência técnica”. Nessa perspectiva, Benício, Rodopoulos e Bardella (2015) afirmam que é de grande importância a informação de quais programas têm margem para redução de custos sem prejuízos significativos à qualidade e cobertura dos serviços prestados. Para isso, o

monitoramento do nível de eficiência dos gastos destaca-se como uma ferramenta de auxílio aos gestores públicos, para que os mesmos possam efetuar o controle das despesas de modo mais racional.

### **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

#### **3.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA**

As tipologias que compõe o delineamento da pesquisa foram consideradas quanto aos objetivos, quanto à abordagem da pesquisa e quanto aos procedimentos utilizados.

Quanto aos objetivos, a pesquisa classifica-se como descritiva, pois buscou-se identificar, analisar e comparar características que evidenciassem o desempenho dos municípios gaúchos no gasto com saúde. De acordo com Raupp e Beuren (2013, p. 81), “descrever significa identificar, relatar, comparar, entre outros aspectos”. Este tipo de pesquisa, de acordo com Cervo e Bervian (1996, p. 49), “procura descobrir, com a precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão, com os outros, sua natureza e características, correlacionando fatos ou fenômenos sem manipulá-los”.

Quanto aos procedimentos, o estudo enquadra-se como documental, pois foi realizado com base em informações de saúde e dados financeiros e orçamentários extraídos dos demonstrativos contábeis dos municípios analisados, coletados em sites do governo. Segundo Gil (2008, p. 51), a pesquisa documental utiliza materiais que ainda não receberam um exame analítico, ou que podem ainda ser recriados conforme os objetivos da pesquisa.

Quanto à forma de abordagem, a pesquisa foi considerada como quantitativa, pois os resultados utilizados para levantar as informações necessárias ao alcance do objetivo da pesquisa foram obtidos por meio da Análise Envoltória de Dados (*Data Envelopment Analysis* – DEA). De acordo com Richardson (1999, p. 70), a abordagem quantitativa “caracteriza-se pelo emprego de quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas”.

#### **3.2 COLETA E ANÁLISE DE DADOS**

A população utilizada para análise foram os municípios do Rio Grande do Sul, sendo a amostra determinada com base na disponibilidade de coleta dos dados, totalizando 169 municípios. As fontes para coleta dos dados necessários às análises pretendidas foram o Sistema

de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público (SISCONFI), disponível no site da Secretaria do Tesouro Nacional (STN), o site do Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul e o site da Fundação de Economia e Estatística do Rio Grande do Sul. O período da análise foi o ano de 2014, período mais recente de disponibilidade dos dados. O Quadro 5 apresenta as variáveis utilizadas na pesquisa, bem como sua descrição e as fontes em que foram coletadas.

**Quadro 5 – Variáveis utilizadas na pesquisa e suas respectivas fontes**

Variável	Descrição	Fonte
População	Quantidade da população do município	SISCONFI
Total de Receitas	Somatório das receitas orçamentárias do município	SISCONFI
Receita ASPS	Receitas vinculadas à Ações e Serviços Públicos de Saúde	Tribunal de Contas do Estado
Despesa ASPS	Despesas vinculadas à Ações e Serviços Públicos de Saúde	Tribunal de Contas do Estado
Despesa Função Saúde	Somatório das despesas com saúde	SISCONFI
Despesa Função Assistência Social	Somatório das despesas com assistência social	SISCONFI
Despesa Função Saneamento	Somatório das despesas com saneamento	SISCONFI
Leitos de internações	Leitos de internações disponíveis para uso da população	Fundação de Economia e Estatística
Imunizações	Doses aplicadas	Fundação de Economia e Estatística
Óbitos por ano	Número de óbitos por ano em relação ao número de internações	Fundação de Economia e Estatística
Número de internações	Quantidade de internações hospitalares por ano	Fundação de Economia e Estatística

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

Na análise dos dados, pretendeu-se avaliar a qualidade do gasto público com saúde nos municípios gaúchos. De acordo com Scaratti (2007), a qualidade da gestão dos recursos no âmbito da saúde pode ser avaliada por intermédio de um Modelo DEA que englobe os critérios de relevância, efetividade, eficácia e eficiência. Dessa forma, foi utilizada a Análise Envoltória de Dados que, segundo Ragsdale (2011, p. 106), “determina o quão eficientemente uma unidade operacional (ou uma empresa) converte entradas em saídas, na comparação com outras unidades”, para identificar, por meio da eficiência encontrada, aspectos que expliquem a qualidade do gasto público com saúde nos municípios.

De acordo com Colin (2007), a Análise Envoltória de Dados avalia a eficiência relativa de uma unidade em relação às outras que estão sendo avaliadas. É relativa, pois caso o conjunto de unidades utilizadas for alterado, a eficiência provavelmente também será alterada. Boueri (2015, p. 269) contribui afirmando que este modelo “parte do pressuposto de que existe certo número de unidades decisórias (*Decision Making Units* - DMUs) que

convertem insumos (*inputs*) em produtos (*outputs*) ou resultados (outcomes)”. Em relação à eficiência, Peña (2008) a define como a combinação ótima dos insumos de modo que sejam capazes de gerar o máximo de produto, visando assegurar a otimização dos recursos.

A Análise Envoltória de Dados possui duas metodologias, o modelo CCR (Charnes, Cooper e Rhodes, 1978) e o modelo BCC (Banker, Charnes e Cooper, 1984). Nesta pesquisa foi utilizado o CCR, que trabalha com retornos constantes de escala, ou seja, qualquer variação nos insumos leva a uma variação proporcional nos produtos. O CCR pode ser utilizado para maximização de *outputs* ou minimização de *inputs*. Neste estudo foi utilizado o modelo de minimização de *inputs*, que busca minimizar o consumo de insumos de forma a produzir no mínimo o nível de produção dado, expresso pela maximização do somatório das quantidades produzidas multiplicada pelos pesos (GUERREIRO, 2006).

Neste artigo, as unidades decisórias (DMUs) foram os municípios gaúchos e para analisar a qualidade do gasto com saúde foram analisados dois modelos, um voltado à eficiência financeira e outro direcionado à eficiência no retorno dos serviços de saúde à população. No Quadro 6 estão apresentados os *inputs* e *outputs* utilizados em cada modelo. Para tratamento e análise dos dados foi utilizado o Software EMS. Após ser determinada a eficiência de cada município com a aplicação dos recursos públicos na saúde, foram identificadas características que ajudam a explicar o desempenho dos mesmos.

**Quadro 6 – Inputs e outputs utilizados nos modelos**

Modelo 1 - Eficiência Financeira		Modelo 2 - Eficiência no retorno dos serviços de saúde à população	
<i>Inputs</i>	<i>Outputs</i>	<i>Inputs</i>	<i>Outputs</i>
População	Despesa Função Saúde	População	Leitos de internações
Total de Receitas	Despesa Função Assistência Social	Despesa Função Saúde	Imunizações
Receita ASPS	Despesa Função Saneamento	Despesa ASPS	Óbitos por ano
		Despesa Função Assistência Social	Número de internações
		Despesa Função Saneamento	

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

Os modelos utilizados para o cálculo da eficiência dos municípios foram determinados com base na correlação das variáveis utilizadas, sendo selecionadas as que apresentaram maior correlação entre si. O Modelo 1 – Eficiência Financeira foi utilizado para avaliar a capacidade dos municípios em aplicar eficientemente os recursos arrecadados. O Modelo 2 – Eficiência no Retorno dos Serviços de Saúde à População foi utilizado para analisar a eficiência dos municípios em transformar as despesas com saúde em serviços públicos que

visem a melhoria da qualidade da saúde da população. A importância na utilização de ambos modelos justifica-se pelo fato de que não basta ter eficiência financeira se a mesma não for capaz de refletir em melhorias na qualidade da saúde dos cidadãos.

De acordo com Ragsdale (2011), a eficiência de uma unidade é calculada pela equação:

$$\text{Eficiência da unidade } i = \frac{\text{Soma Ponderada das entradas das unidades}}{\text{Soma ponderada das saídas das unidades}} = \frac{\sum_{j=1}^{n_o} O_{ij} w_j}{\sum_{j=1}^{n_1} I_{ij} v_j}$$

No qual “ $O_{ij}$  representa o valor da unidade  $i$  na saída  $j$ ;  $I_{ij}$  representa o valor da unidade  $i$  na entrada  $j$ ;  $w_j$  é um peso não negativo atribuído à saída  $j$ ;  $v_j$  é um peso não negativo atribuído à entrada  $j$ ;  $n_o$  é o número de variáveis de saída;  $n_1$  é o número de variáveis de entrada” (RAGSDALE, 2011, p. 107).

O modelo DEA tem como objetivo maximizar a soma ponderada das saídas, sendo que para cada unidade essa soma deve ser menor ou igual à soma ponderada das entradas, pois é impossível que uma unidade seja mais do que 100% eficiente (RAGSDALE, 2011). Este modelo atribui para cada DMU (município) um valor (score) que representa seu desempenho relativo, variando entre 0 e 1 ou entre 0 e 100%, sendo consideradas eficientes as unidades que receberem o score de 1 ou 100%. Além disso, a DEA permite identificar, em cada unidade, os níveis de produção e de consumo que tornariam cada uma delas eficiente (MARINHO, 2003).

## 4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

### 4.1 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Para melhor compreensão dos resultados obtidos, os municípios foram divididos em quartis, por faixas de eficiência. A Tabela 1 apresenta uma síntese dos resultados evidenciando o número de municípios em cada quartil.

**Tabela 1 – Síntese dos resultados obtidos em cada modelo**

Quartil	Faixa de Eficiência Segundo a DEA	Modelo 1 Quantidade de Mun.	Modelo 2 Quantidade de Mun.
1° Quartil	100%	7	28
2° Quartil	99% - 80%	22	26
3° Quartil	79% - 60%	95	76
4° Quartil	59% - 0	45	39

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

A Tabela 2 apresenta a relação dos municípios constantes em cada quartil. Os resultados completos de cada modelo estão apresentados nos anexos A e B.

**Tabela 2 – Relação dos municípios por faixa de eficiência**

Quartil	Faixa de Eficiência	Modelo 1	Modelo 2
1º Quartil	100%	Caxias do Sul, Erechim, Porto Alegre, Cruz Alta, Lajeado, Pelotas, Canoas	Aceguá, Alecrim, Alvorada, Bagé, Bom Jesus, Boqueirão do Leão, Caxias do Sul, Cruzeiro do Sul, Dois Lajeados, Engenho Velho, Erechim, Faxinal do Soturno, Iraí, Nonoai, Paim Filho, Passo Fundo, Piratini, Porto Alegre, Rio Grande, Santo Cristo, São Jerônimo, São José do Inhacorá, Sapiranga, Selbach, Soledade, Tenente Portela, Tramandaí, Viamão
2º Quartil	99% - 80%	São Borja, São José do Ouro, Taquari, Guaporé, Jaboticaba, Rio Pardo, Engenho Velho, Santa Cruz do Sul, São Pedro do Sul, São Vicente do Sul, Novo Hamburgo, Campo Novo, Ibirubá, Alegria, Camaquã, Saldanha Marinho, Sapiranga, Crissiumal, Gaurama, Cambará do Sul, São Lourenço do Sul, Butiá	Ijuí, Dom Pedrito, Campina das Missões, Cachoeirinha, São Borja, Portão, Ronda Alta, Caibaté, Progresso, Coronel Bicaco, Palmitinho, São José do Ouro, Marcelino Ramos, Taquari, Guaporé, Jaboticaba, Bento Gonçalves, Cruz Alta, Porto Xavier, Estrela, Sobradinho, Salto do Jacuí, Bom Princípio, Ivorá, Lajeado, Pinheiro Machado
3º Quartil	79% - 60%	Nova Prata, Tuparendi, Ilópolis, Espumoso, São Luiz Gonzaga, Boa Vista do Buricá, Sertão, Três Arroios, Frederico Westphalen, Nova Palma, Três de Maio, Panambi, Trindade do Sul, Santa Bárbara do Sul, Pinhal Grande, Rondinha, Taquara, São Martinho, Sinimbu, Getúlio Vargas, Arroio do Tigre, Estação, Santo Augusto, Condor, Veranópolis, Dois Irmãos, Palmeira das Missões, Guarani das Missões, Vicente Dutra, Santiago, Antônio Prado, David Canabarro, Severiano de Almeida, Seberi, Tapejara, Feliz, Jaguari, Tupanciretã, Campo Bom, Quinze de Novembro, Paraí, Barão, Sarandi, Eral Seco, Putinga, Serafina Corrêa, São João do Polêsine, Júlio de Castilhos, Candelária, Tramandaí, Salto do Jacuí, Bom Princípio, Porto Xavier, Dom Feliciano, Pejuçara, Gravataí, São José do Norte, Jacutinga, Ivorá, Encruzilhada do Sul, Tenente Portela, Nova Petrópolis, Ametista do Sul, Caibaté, Herval, Alvorada, Marcelino Ramos, Bento Gonçalves, Aceguá, Doutor Maurício Cardoso, Ronda, Alta, São José do Inhacorá, Paim Filho, Portão, Iraí, Segredo, Sobradinho, Palmitinho, Vera Cruz, Passo Fundo, Alecrim, Ajuricaba, Chapada, Mostardas, Coronel Bicaco,	Esteio, Nova Prata, Tuparendi, Jaguarão, Nova Bassano, Ilópolis, Espumoso, São Luiz Gonzaga, Cândido Godói, Rio Pardo, Boa Vista do Buricá, Sertão, Três Arroios, Frederico Westphalen, Nova Palma, Três de Maio, Itaqui, Farroupilha, Panambi, Bom Retiro do Sul, Campo Novo, São Paulo das Missões, Trindade do Sul, Santa Bárbara do Sul, Pinhal Grande, Não-Me-Toque, Rondinha, Canguçu, Horizontina, Taquara, São Martinho, Sinimbu, Getúlio Vargas, Arroio do Tigre, São João do Polêsine, Santa Vitória do Palmar, Estação, Santo Augusto, Condor, Teutônia, Veranópolis, Dois Irmãos, Cacequi, Anta Gorda, Alegria, Palmeira das Missões, Guarani das Missões, Pelotas, Vicente Dutra, Santiago, Antônio Prado, David Canabarro, Severiano de Almeida, Ivoti, Seberi, Tapejara, Feliz, Fontoura Xavier, Flores da Cunha, Jaguari, Tupanciretã, Campo Bom, Quinze de Novembro, Cambará do Sul, Paraí, Morro Redondo, Barão, Vale do Sol, Camaquã, Butiá, Sarandi, Ibirubá, Eral Seco, Putinga, Gaurama, Serafina Corrêa

[Continua]

[Continuação]

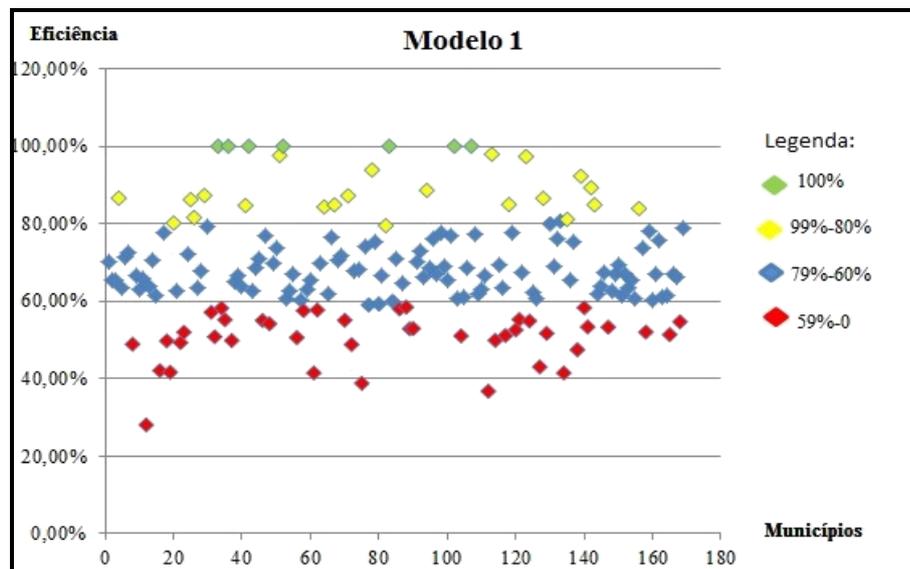
3º Quartil	79% - 60%	Alpestre, Soledade, Campina das Missões, Faxinal do Soturno, Aratiba, Cruzeiro do Sul, Caçapava do Sul, Progresso, Piratini, Estrela	
4º Quartil	59% - 0	Salvador do Sul, Sananduva, São Sebastião do Caí, Cerro Largo, Carlos Barbosa, Roque Gonzales, São Sepé, Roca Sales, Casca, São Leopoldo, Liberato Salzano, Jaguarão, Ivoti, Não-Me-Toque, Morro Redondo, Fontoura Xavier, Farroupilha, Cândido Godói, Horizontina, Dois Lajeados, Santa Vitória do Palmar, Viamão, Dom Pedrito, Selbach, Nova Bassano, Nonoai, Teutônia, Cachoeirinha, São Jerônimo, Vale do Sol, Pinheiro Machado, Canguçu, Esteio, Bom Retiro do Sul, Cacequi, Anta Gorda, Ijuí, São Paulo das Missões, Santo Cristo, Bom Jesus, Boqueirão do Leão, Flores da Cunha, Itaqui, Rio Grande, Bagé	Ametista do Sul, Doutor Maurício Cardoso, São José do Norte, Salvador do Sul, Sananduva, São Sebastião do Caí, Segredo, Cerro Largo, Gravataí, Crissiumal, São Lourenço do Sul, Carlos Barbosa, Liberato Salzano, Aratiba, Jacutinga, Vera Cruz, Candelária, Novo Hamburgo, Caçapava do Sul, Santa Cruz do Sul, Chapada, São Vicente do Sul, Nova Petrópolis, Encruzilhada do Sul, Roque Gonzales, Júlio de Castilhos, Ajuricaba, Saldanha Marinho, São Sepé, Dom Feliciano, Pejuçara, São Pedro do Sul, Roca Sales, Mostardas, Casca, Herval, Alpestre, São Leopoldo, Canoas

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

De acordo com o que foi apresentado nas Tabelas 1 e 2, o Modelo 1 possui um número mais elevado de municípios nos dois últimos quartis, enquanto que o Modelo 2 destaca-se na quantidade de cidades presentes no primeiro e segundo quartil.

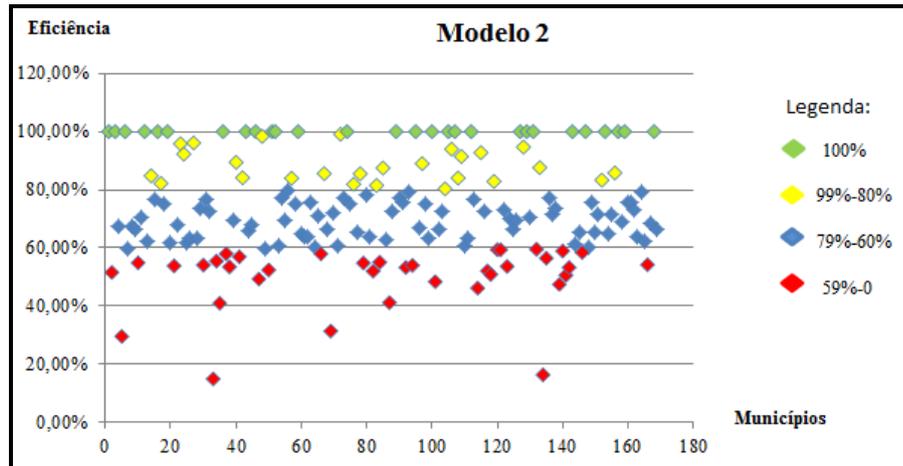
Nos Gráficos 1 e 2 é possível visualizar a distribuição dos municípios de acordo com a eficiência encontrada em cada um dos modelos.

Gráfico 1 – Modelo 1: Eficiência financeira



Fonte: Elaborado pela autora (2015).

Gráfico 2 – Modelo 2: Eficiência no retorno dos serviços de saúde à população



Fonte: Elaborado pela autora (2015).

Observa-se, a partir dos gráficos, que poucas DMUs situam-se na linha de eficiência abaixo de 40%, predominando a concentração entre as faixas que representam níveis de desempenho entre 60% e 79%.

Nas Tabelas 3 e 4 são apresentadas as estatísticas descritivas, média e desvio padrão, dos *inputs* e *outputs* utilizados em cada modelo, segregados por faixa de eficiência.

Tabela 3 – Estatística descritiva do modelo 1

	Modelo 1			
Eficiência	100%	99%-80%	79%-60%	59%-0
<i>Inputs/Outputs</i>	Média	Média	Média	Média
População (I)*	409.742	37.967	22.521	39.983
Total de Receitas (I)	1.442.777.971	107.025.064	60.645.024	106.659.529
Receita ASPS (I)	6.089.671.095	48.229.580	32.568.724	108.384.733
Despesa Função Saúde (O)	361.338.079	25.917.521	11.949.843	17.208.800
Desp. Função Assistência Social (O)	38.687.037	2.978.138	1.600.395	1.945.149
Desp. Função Saneamento (O)	138.106.783	3.291.551	462.106	1.506.182
Eficiência	100%	99%-80%	79%-60%	59%-0
<i>Inputs/Outputs</i>	Desvio Padrão	Desvio Padrão	Desvio Padrão	Desvio Padrão
População (I)*	±457.816	±55.031	±40.169	±57.768
Total de Receitas (I)	±1.856.227.521	±170.458.725	±90.346.240	±142.100.708
Receita ASPS (I)	±9.378.010.671	±72.363.286	±46.678.510	±387.991.412
Despesa Função Saúde (O)	±452.574.041	±45.308.940	±20.423.995	±27.986.009
Desp. Função Assistência Social (O)	±57.503.408	±4.021.415	±2.575.721	±2.749.880
Desp. Função Saneamento (O)	±257.755.789	±12.130.988	±808.728	±6.007.339

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

\*População expressa pelo número de habitantes e as demais variáveis em reais.

Tabela 4 – Estatística descritiva do modelo 2

Modelo 2				
Eficiência	100%	99%-80%	79%-60%	59%-0
<i>Inputs/Outputs</i>	Média	Média	Média	Média
População (I)	119.338	31.075	23.278	44.197
Despesa Função Saúde (I)*	80.590.698	18.786.501	12.427.411	33.838.752
Despesa ASPS (I)*	288.707.177	9.881.511	6.670.947	64.438.534
Despesa Função Assistência Social (I)*	9.922.191	2.346.257	1.476.118	3.202.270
Despesa Função Saneamento (I)*	31.562.969	477.787	1.434.961	3.733.263
Leitos de internações (O)	445	91	74	93
Imunizações (O)	78.869	22.928	13.231	26.798
Óbitos (O)	534	110	65	141
Número de internações (O)	11.351	2.327	1.497	2.684
Eficiência	100%	99%-80%	79%-60%	59%-0
<i>Inputs/Outputs</i>	Desvio Padrão	Desvio Padrão	Desvio Padrão	Desvio Padrão
População (I)	±281.170	±34.243	±40.762	±80.499
Despesa Função Saúde (I)*	±266.558.837	±23.755.335	±23.379.426	±74.469.782
Despesa ASPS (I)*	±1.133.530.266	±11.325.382	±7.336.903	±235.889.127
Despesa Função Assistência Social (I)*	±33.017.339	±2.500.808	±1.990.574	±5.323.593
Despesa Função Saneamento (I)*	±142.139.140	±906.851	±7.589.921	±11.509.658
Leitos de internações (O)	±1.343	±73	±132	±144
Imunizações (O)	±178.361	±28.220	±23.535	±55.843
Óbitos (O)	±1.495	±147	±169	±328
Número de internações (O)	±32.523	±2.524	±2.949	±6.444

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

\*Valores expressos em reais e demais variáveis em quantidades.

Pelo fato dos quartis apresentarem DMUs com *inputs* e *outputs* relativamente menores em relação aos demais pertencentes ao mesmo quartil, nota-se que os desvios padrões possuem valores elevados.

Além da segregação por quartis, os municípios foram também divididos por regiões, com o intuito de identificar outras variáveis que justifiquem o desempenho dos mesmos. A Tabela 5 evidencia o percentual de municípios analisados pertencentes a cada região, média do índice de aplicação em saúde, população e PIB, sendo os dados referentes à amostra selecionada para esta pesquisa.

**Tabela 5 – Característica das regiões**

Região/ Quant. de mun. da amostra	PIB	População	Média do Índice de Aplicação	Municípios
Centro Ocidental (13)	2%	3%	20,71%	8%
Centro Oriental (18)	7%	6%	21,58%	11%
Metropolitana (27)	51%	49%	22,32%	16%
Nordeste (18)	14%	11%	19,21%	11%
Noroeste (75)	15%	16%	19,68%	44%
Sudeste (13)	9%	11%	18,62%	8%
Sudoeste (5)	2%	4%	17,59%	3%
<b>Total</b>	<b>201.140.565.529</b>	<b>7.642.228</b>	<b>19,96%</b>	<b>169</b>

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

Percebe-se que o índice de aplicação possui pouca variação entre as regiões, por outro lado, as demais variáveis apresentadas estão distribuídas de modo mais concentrado na região Metropolitana e Noroeste.

A Tabela 6 apresenta resultados por região, ou seja, revela a quantidade de municípios pertencente a cada região em cada faixa de eficiência nos dois modelos.

**Tabela 6 – Eficiência por região**

Região	Modelo 1				Modelo 2			
	100%	99%-80%	79%-60%	59%-0%	100%	99% - 80%	79%-60%	59%-0%
Centro Ocidental	-	2	9	2	1	1	7	4
Centro Oriental	1	3	9	5	2	5	6	5
Metropolitana	2	4	13	8	6	3	9	9
Nordeste	1	2	8	7	3	2	12	1
Noroeste	2	9	50	14	12	12	36	15
Sudeste	1	1	5	6	2	1	5	5
Sudoeste	-	1	1	3	2	2	1	-
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>22</b>	<b>95</b>	<b>45</b>	<b>28</b>	<b>26</b>	<b>76</b>	<b>39</b>

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

De acordo com a tabela 6, a região Metropolitana e Noroeste possuem o maior número de municípios eficientes nos dois modelos. Por outro lado, essas mesmas regiões apresentam também o maior número de cidades na última faixa de eficiência.

## 4.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir dos resultados apresentados na seção anterior e diante do objetivo desta pesquisa, verifica-se que a eficiência no retorno dos serviços de saúde à população, na maioria

das DMUs analisadas, não é resultante da eficiência financeira na aplicação dos recursos. De acordo com a Tabela 1 cerca de 4% dos municípios apresentam eficiência financeira, enquanto que mais de 16% possuem eficiência no retorno à população, ou seja, independentemente do nível de recurso disponível, dos 169 municípios, apenas 28 são capazes de fazer com que suas despesas sejam convertidas em serviços de saúde de melhor qualidade. Em relação à eficiência financeira, nota-se que, de modo geral, os municípios precisam aprimorar o modo pelo qual fazem a distribuição de seus recursos.

Entre as cidades analisadas, apenas três são eficientes nos dois modelos: Caxias do Sul, Erechim e Porto Alegre. Além disso, Bagé, Bom Jesus, Boqueirão do Leão, Dois Lajeados, Nonoai, Rio Grande, Santo Cristo, São Jerônimo, Selbach e Viamão são eficientes no retorno dos serviços de saúde à população, no entanto, possuem eficiência financeira abaixo de 55%. Em contrapartida, Pelotas e Canoas possuem eficiência financeira, porém, a eficiência encontrada no Modelo 2 é de 66,48% e 15,03%, respectivamente. Pelotas e Canoas possuem número total de habitantes semelhante, no entanto, Canoas tem despesa com função saúde e despesa em ASPS em níveis elevados em relação à média do quartil 100% eficiente no Modelo 2. Assim, Canoas tem seu desempenho justificado pelo fato de não ser capaz de garantir com que os dispêndios com saúde proporcionem melhor retorno nos serviços prestados à população.

Pelos Gráficos 1 e 2 é possível observar a distribuição dos municípios de acordo com seu desempenho nos dois modelos. Em ambos gráficos, as DMUs apresentam maior concentração na faixa de eficiência entre 60% e 79%. Comparando os modelos, o Modelo 2 possui maior concentração na linha de 100% que corresponde ao melhor desempenho. Além disso, a partir da Tabela 2 constata-se que 41 municípios, cerca de 24%, possui eficiência financeira no quartil superior à faixa de eficiência resultante do Modelo 2, ou seja, apesar de serem mais eficientes financeiramente esses municípios não conseguem administrar seus recursos de modo a melhorar seu desempenho no atendimento à sociedade.

Em análise às estatísticas descritivas, Tabela 3 e 4, observa-se no Modelo 1 que o último quartil, com faixa de eficiência entre 0 e 59%, possui a média do total de receitas maior que o penúltimo quartil e bem próxima ao segundo. Além disso, a média de receita ASPS fica abaixo somente do primeiro quartil. No Modelo 2, a média de despesas com função saúde, ASPS, assistência social e saneamento, no último quartil, são maiores que as médias do segundo e terceiro quartil. Dessa forma, percebe-se que os recursos disponíveis e os aplicados na área da saúde nos municípios com o pior desempenho são até mesmo maiores que em municípios que apresentaram desempenho superior. Afirmar-se, portanto, o mesmo resultado

encontrado por Queiroz *et al.* (2013) em que alguns recursos mostram-se necessários, mas não suficientes para que os municípios apresentem maior eficiência.

Todos os municípios analisados na presente pesquisa apresentam o índice de aplicação de recursos mínimos para o financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) em conformidade com Emenda Constitucional de nº 29, ou seja, de pelo menos 15%. A cidade de Ilópolis apresenta o menor índice, correspondente a 15,20%, e São Leopoldo possui o maior, equivalente a 38,80%. A Tabela 7 demonstra a eficiência destes municípios em relação aos dois modelos.

**Tabela 7 – Índice de aplicação**

Município	Índice de Aplicação (%)	Eficiência Modelo 1 (%)	Eficiência Modelo 2 (%)	Região
São Leopoldo	38,80	41,48	16,42	Metropolitana
Ilópolis	15,20	67,74	77,33	Nordeste

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

Com as informações da Tabela 7, verifica-se que o índice de aplicação dos recursos na saúde, ou seja, a relação entre o que foi arrecadado e o que foi aplicado na área da saúde pode ser um indicativo de que quanto maior o índice de aplicação maior a eficiência financeira se comparada à eficiência no retorno dos serviços de saúde à população.

A partir da Tabela 5 é possível verificar que a maior parte dos municípios analisados encontra-se na região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Em relação ao PIB e à população, observa-se que a maior concentração está na região Metropolitana, onde se encontra também a média mais elevada do índice de aplicação na saúde. Com os resultados apresentados na Tabela 6, nota-se que a região Metropolitana e Noroeste apresentam maior número de municípios eficientes. De modo análogo ao resultado obtido na pesquisa realizada por Marinho (2003), municípios que possuem valores mais elevados no PIB tendem a apresentar escores de eficiência mais elevados se comparados às cidades mais pobres.

Essas duas regiões abrangem cerca de 65% da população analisada, sendo esse percentual distribuído entre os quartis de eficiência. Do total da população levada em consideração neste estudo, 38% encontra-se em municípios com eficiência no Modelo 1 e 44% da população vive em cidades eficientes no Modelo 2. Na pesquisa realizada por Marinho (2003), menos de 20% da população total dos municípios analisados vive em DMUs eficientes no estado do Rio de Janeiro.

Com a Análise Envoltória de Dados foi realizada uma comparação da eficiência entre as DMUs levando em consideração os recursos disponíveis, bem como a aplicação dos

mesmos. Na prática, muitas vezes, apesar de os municípios serem eficientes, verifica-se condições de saúde insatisfatórias, o que pode ser justificado pela não efetividade dos mesmos. De acordo com os estudos realizados por Marinho (2003) e Fonseca e Ferreira (2009), os municípios mais ricos servem de anteparo para os mais pobres e, por serem mais eficientes, apresentando melhores estruturas de atendimento, atraem os casos mais graves de outras cidades, “importando” as ineficiências alheias, podendo assim, comprometer sua efetividade.

Canoas foi o município mais ineficiente no retorno dos serviços de saúde à população, embora tenha dispendido mais recursos se comparado aos municípios que apresentaram melhores resultados. Assim, constata-se o mesmo que foi apontado na pesquisa realizada por Queiroz *et al.*(2013), em que a ineficiência do gasto público municipal é uma questão de gestão de recursos e espera-se dos gestores o cumprimento dos termos de uma responsabilização democrática caracterizada pelo compromisso em praticar política pública de qualidade com reflexos no melhor desempenho na gestão dos recursos, principalmente aqueles aplicados na saúde.

Conforme observado neste estudo, os gastos com saúde em alguns municípios gaúchos analisados apresentam um nível significativo. De acordo Benício, Rodopoulos e Bardella (2015), isso se aplica ao Brasil de modo geral, onde o gasto público apresenta um padrão elevado em comparação ao padrão internacional e, portanto, a qualidade dos serviços públicos no país deve se dar por meio do aprimoramento da eficiência e eficácia na aplicação dos recursos.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo teve por objetivo avaliar a qualidade do gasto público com saúde por meio da comparação da eficiência relativa dos municípios gaúchos. Partindo do pressuposto de que a qualidade da gestão à saúde nos municípios pode ser avaliada por intermédio de um modelo DEA que contempla os critérios de relevância, de efetividade, de eficácia e de eficiência, foi utilizado este método para calcular a eficiência de cada DMU. Para tanto, foram elaborados dois modelos, com o intuito de analisar a eficiência financeira dos recursos aplicados, bem como a eficiência de cada município quanto ao retorno dos serviços de saúde à população.

Os principais resultados revelam que, entre os 169 municípios analisados, apenas 7 municípios apresentam eficiência no Modelo 1 – Eficiência Financeira e 28 cidades são eficientes no Modelo 2 – Eficiência no Retorno dos Serviços de Saúde à População. Por conseguinte, constatou-se que a eficiência no retorno à população não está necessariamente relacionada à eficiência financeira.

Por meio da análise por regiões regional, verificou-se que a região Metropolitana e Noroeste, as de maior concentração no PIB, possuem o maior número de municípios eficientes nos dois modelos. Ademais, observou-se que o Índice de Aplicação na Saúde pode ser um indicativo da eficiência financeira e que os recursos aplicados na saúde são necessários, porém, não são suficientes para que os municípios apresentem maior eficiência.

A pesquisa atingiu seus objetivos e obteve evidências de que apesar de todos os municípios estarem sujeitos às mesmas obrigações legais, apresentam desempenho distinto na capacidade relativa de aproveitamento de recursos humanos e materiais, dessa forma, a ineficiência do gasto público municipal é uma questão de gestão de recursos e para melhorar qualidade dos serviços públicos é preciso aprimorar a eficiência e eficácia na aplicação dos mesmos.

Entre as limitações encontradas, destacam-se a falta de disponibilidade de informações da totalidade dos municípios do Rio Grande do Sul, o que compromete a generalização do estudo ao Estado como um todo, bem como a inexistência de indicadores atualizados em base de dados oficiais que demonstrem o desempenho na saúde dos municípios.

Para estudos futuros, sugere-se a comparação deste estudo com outras Unidades Federativas, validação das variáveis junto a especialistas, além de identificar em que aspectos os municípios devem aperfeiçoar a aplicação dos recursos para refletir na eficiência do retorno dos serviços de saúde à população. Assim, em complementação da presente pesquisa, essas informações contribuirão ainda mais para o acompanhamento dos orçamentos municipais, bem como auxiliarão os gestores a adotar políticas de estímulo à eficiência com o intuito de melhorar a qualidade de vida da população.

## **REFERÊNCIAS**

BENÍCIO, A. P.; RODOPOULOS, F. M. A.; BARDELLA, F. P. Um retrato do gasto público no Brasil: por que se buscar a eficiência. In: BOUERI, R., ROCHA, F.; RODOPOULOS, F. (Org.). **Avaliação da Qualidade do Gasto Público e Mensuração da Eficiência**. Brasília, 2015, p. 19-50.

BOUERI, R. Modelos não paramétricos: análise envoltória de dados (DEA). In: BOUERI, R., ROCHA, F.; RODOPOULOS, F. (Org.). **Avaliação da Qualidade do Gasto Público e Mensuração da Eficiência**. Brasília, 2015, p.269-305.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão financeira do sistema único de saúde: manual básico**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Manual Técnico de Orçamento – MTO**. Brasília, 2015. Disponível em: <[http://www.orcamentofederal.gov.br/informacoes-orcamentarias/manual-tecnico/mto\\_2015\\_1a\\_edicao-150514.pdf](http://www.orcamentofederal.gov.br/informacoes-orcamentarias/manual-tecnico/mto_2015_1a_edicao-150514.pdf)>. Acesso em: 05 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 20 abril 2015.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm#art1](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm#art1)>. Acesso em: 20 abril 2015.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012a**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/Ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm)>. Acesso em: 05 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990b**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 05 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990a**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)>. Acesso em: 05 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei nº 8.443, de 16 de julho de 1992**. Dispõe sobre a Lei Orgânica do Tribunal de Contas da União e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8443.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8443.htm)>. Acesso em: 06 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Portaria nº 42, de 14 de abril de 1999, do MOG – DOU de 15.4.99**. Atualiza a discriminação da despesa por funções de que tratam o inciso I do § 1º do art. 2º e § 2º do art. 8º, ambos da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964, estabelece os conceitos de função, subfunção, programa, projeto, atividade, operações especiais, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www3.tesouro.gov.br/legislacao/download/contabilidade/portaria42.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria do Tesouro Nacional. **Manual de contabilidade aplicada ao setor público**: parte I – procedimentos contábeis orçamentários. 5. ed. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, Coordenação-Geral de Contabilidade, 2012b.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União. **Manual de Auditoria Operacional**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://portal2.tcu.gov.br/portal/pls/portal/docs/2058980.PDF>>. Acesso em: 04 jun. 2015.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**: para uso de estudantes universitários. 4. ed. São Paulo: Mcgraw-Hill, 1996.

COLIN, E. C. **Pesquisa operacional** : 170 aplicações em estratégia, finanças, logística, produção, marketing. São Paulo: Ltc, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE CONTABILIDADE. **Resolução nº 1.366/11, de 25 de novembro de 2011**. Aprova a NBC T 16.11 - Sistema de Informação de Custos do Setor Público. Disponível em: <[http://portalcfc.org.br/wordpress/wp-content/uploads/2013/01/Setor\\_P%C3%BAblico.pdf](http://portalcfc.org.br/wordpress/wp-content/uploads/2013/01/Setor_P%C3%BAblico.pdf)>. Acesso em: 23 maio 2015.

FEE. **Idese**. Disponível em: <<http://www.fee.rs.gov.br/indicadores/indice-de-desenvolvimento-socioeconomico/metodologia/>>. Acesso em: 08 jun. 2015.

FERRAZ, O. L. M.; VIEIRA, F.S. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. **Revista de Ciências Sociais**. v. 52, n. 1, p. 223-251, 2009.

FONSECA, P. C.; FERREIRA, M. A. M. Investigação dos Níveis de Eficiência na Utilização de Recursos no Setor de Saúde: uma análise das microrregiões de Minas Gerais. **Revista Saúde Social**. v. 18, n. 2, p. 199-213, 2009.

GIL, A. C. **Método e Técnicas de Pesquisa Social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUERREIRO, A. S. **Análise da eficiência de empresas de comércio eletrônico usando técnicas da análise envoltória de dados**. 2006. 90 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

KANG, T. H. *et. al.* **O novo Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (Novo Idese): aspectos metodológicos**. Porto Alegre, 2014. Disponível em: <<http://www.fee.rs.gov.br/wp-content/uploads/2014/05/201405267eeg-mesa16-novoindicedesenvolvimentosocioeconomico.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2015.

MARINHO, A. Avaliação da eficiência técnica nos serviços de saúde nos municípios do Estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Economia**. v. 57, n. 3, p. 515-534, jul./set., 2003.

MATTOS, E. J. *et al.* **Índice de Desenvolvimento Socioeconômico e pobreza extrema: um cenário para os municípios gaúchos**. Disponível em:

<[http://cdn.fee.tche.br/eeg/6/mesa12/Indice\\_de\\_Desenvolvimento\\_Socioeconomico\\_e\\_Pobreza\\_Extrema-Um\\_Cenario\\_para\\_os\\_Municipios\\_Gauchos.pdf](http://cdn.fee.tche.br/eeg/6/mesa12/Indice_de_Desenvolvimento_Socioeconomico_e_Pobreza_Extrema-Um_Cenario_para_os_Municipios_Gauchos.pdf)>. Acesso em: 08 jun. 2015.

MATTOS, E. TERRA, R. Conceitos sobre eficiência. In: BOUERI, R., ROCHA, F.; RODOPOULOS, F. (Org.). **Avaliação da Qualidade do Gasto Público e Mensuração da Eficiência**. Brasília, 2015, p.201-233.

OLIVEIRA, L. L. S. **Idese e Indicadores Sociais: Origens e Evolução**. Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<http://cdn.fee.tche.br/tds/116.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2015.

PARANÁ. Tribunal de Contas do Estado do Paraná. **Auditorias Operacionais**. Disponível em: <<http://www1.tce.pr.gov.br/conteudo/auditorias-operacionais-aops/43>>. Acesso em: 04 jul. 2015.

PEÑA, C. R. Um modelo de avaliação da eficiência da administração pública através do método Análise Envoltória de Dados (DEA). **Revista de Administração Contemporânea**. v. 12, n. 1, p. 83-106, jan./mar., 2008.

PISCITELLI, R. B.; TIMBÓ, M. Z. F. **Contabilidade pública: uma abordagem na administração financeira pública**. 11. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

PNUD. **O que é o IDH**. Disponível em: <[http://www.pnud.org.br/IDH/DesenvolvimentoHumano.aspx?indiceAccordion=0&li=li\\_D](http://www.pnud.org.br/IDH/DesenvolvimentoHumano.aspx?indiceAccordion=0&li=li_D)>. Acesso em: 08 jun. 2015.

PORTAL DO ORÇAMENTO. **Classificação orçamentária**. Disponível em: <<http://www12.senado.leg.br/orcamento/glossario/classificacao-orcamentaria>>. Acesso em: 06 jun. 2015.

QUEIROZ, M. F. M, *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, jul./set., 2013.

RAGSDALE, C. T. **Modelagem e Análise de Decisão**. 1. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

RAUPP, F. M.; BEUREN, I. M. Metodologia da pesquisa aplicável às ciências sociais. In: BEUREN, I. M (Org.). **Como Elaborar Trabalhos Monográficos em Contabilidade: teoria e prática**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2013, p.81-92.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul. **Indicadores**. Disponível em: <<http://www1.tce.rs.gov.br/portal/page/portal/tcers/consultas/indicadores>>. Acesso em: 26 nov. 2015.

ROBINSON, M. Revisões de despesas na OCDE. In: BOUERI, R., ROCHA, F.; RODOPOULOS, F. (Org.). **Avaliação da Qualidade do Gasto Público e Mensuração da Eficiência**. Brasília, 2015, p.107-155.

ROCHA, R. A Avaliação da implementação de políticas públicas a partir da perspectiva neo-institucional: avanços e validade. **Cadernos EBAPE.BR**. v. 2, n. 1, p. 1-12, março, 2004.

SAINTIVE. M. B. Apresentação da Secretaria do Tesouro Nacional. In: BOUERI, R., ROCHA, F.; RODOPOULOS, F. (Org.). **Avaliação da Qualidade do Gasto Público e Mensuração da Eficiência**. Brasília, 2015, p.09-10.

SANTOS, C. S. **Introdução à gestão pública**. São Paulo: Saraiva, 2006.

SCARATTI, D. **Um modelo para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde no Brasil: uma aplicação a municípios catarinenses**. 2007. 315 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

SILVA, A. A. P. **Eficiência na alocação de recursos públicos e qualidade de vida nos municípios mineiros**. 2009. 138 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração. Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2009.

SLOMSKI, V. **Manual de contabilidade pública: um enfoque na contabilidade municipal**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Projeto de Extensão: Fortalecimento do Sistema de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica. Relatório final da primeira fase da cooperação técnica**. Florianópolis: UFSC, 2006. (mimeo)

## ANEXO A – Modelo 1: Eficiência Financeira

<b>Município</b>	<b>Eficiência</b>	<b>Município</b>	<b>Eficiência</b>	<b>Município</b>	<b>Eficiência</b>
Canoas	100,00%	Bento Gonçalves	70,65%	Sinimbu	61,45%
Caxias do Sul	100,00%	Aceguá	70,03%	Boa Vista do Buricá	61,41%
Cruz Alta	100,00%	Nova Palma	69,98%	Piratini	61,22%
Erechim	100,00%	Doutor Maurício Cardoso	69,71%	Tupanciretã	61,05%
Lajeado	100,00%	Frederico Westphalen	69,61%	Ervall Seco	60,74%
Pelotas	100,00%	Severiano de Almeida	69,40%	Taquara	60,74%
Porto Alegre	100,00%	Ronda Alta	69,21%	Pinhal Grande	60,61%
Rio Pardo	97,95%	Paraí	68,96%	Santo Augusto	60,48%
Engenho Velho	97,59%	São José do Inhacorá	68,81%	Três Arroios	60,34%
Santa Cruz do Sul	97,33%	Paim Filho	68,71%	Estrela	60,13%
Jaboticaba	93,87%	Portão	68,70%	Liberato Salzano	59,97%
São Pedro do Sul	92,28%	David Canabarro	68,59%	Jaguarão	59,27%
São Vicente do Sul	89,29%	Iraí	68,16%	Ivoti	59,06%
Novo Hamburgo	88,61%	Campo Bom	67,95%	Não-Me-Toque	58,48%
Campo Novo	87,29%	Ilópolis	67,74%	São Sebastião do Caí	58,31%
Ibirubá	87,21%	Segredo	67,49%	Carlos Barbosa	58,23%
Alegria	86,60%	Santa Bárbara do Sul	67,43%	Morro Redondo	57,99%
São Borja	86,56%	Estação	67,09%	Fontoura Xavier	57,73%
Camaquã	86,22%	Sertão	66,98%	Farroupilha	57,56%
Saldanha Marinho	84,96%	Três de Maio	66,98%	Cândido Godói	57,15%
Sapiranga	84,89%	Sobradinho	66,94%	Sananduva	55,30%
Guaporé	84,88%	Palmitinho	66,91%	Casca	55,20%
Crissiumal	84,69%	Vera Cruz	66,89%	Horizontina	55,09%
Gaurama	84,34%	Condor	66,67%	Dois Lajeados	55,03%
Taquari	83,92%	Quinze de Novembro	66,65%	Santa Vitória do Palmar	54,88%
Cambará do Sul	81,58%	Jaguari	66,64%	Viamão	54,69%
São Lourenço do Sul	81,12%	Antônio Prado	66,48%	Dom Pedrito	54,18%

São José do Ouro	80,69%	Veranópolis	66,18%	São Sepé	53,36%
Butiá	80,18%	Nova Prata	66,14%	Selbach	53,32%
São João do Polêsine	79,97%	Arroio do Tigre	65,86%	Nova Bassano	52,94%
Júlio de Castilhos	79,51%	Passo Fundo	65,57%	Nonoai	52,90%
Candelária	79,11%	Alecrim	65,54%	Salvador do Sul	52,61%
Vicente Dutra	78,96%	Tapejara	65,48%	Teutônia	52,03%
Tramandaí	78,22%	Ajuricaba	65,37%	Cachoeirinha	52,00%
Panambi	77,81%	São Luiz Gonzaga	65,29%	São Jerônimo	51,71%
Salto do Jacuí	77,78%	Feliz	65,22%	Vale do Sol	51,38%
Bom Princípio	77,61%	Chapada	65,17%	Roque Gonzales	51,16%
Porto Xavier	77,38%	Mostardas	64,44%	Pinheiro Machado	51,04%
Dom Feliciano	76,95%	Barão	63,85%	Canguçu	50,82%
Pejuçara	76,89%	Seberi	63,82%	Esteio	50,62%
Gravataí	76,36%	Coronel Bicaco	63,63%	Roca Sales	49,88%
Palmeira das Missões	76,04%	Rondinha	63,56%	Cerro Largo	49,84%
São José do Norte	75,92%	Alpestre	63,50%	Bom Retiro do Sul	49,76%
Trindade do Sul	75,88%	Soledade	63,44%	Cacequi	49,33%
Jacutinga	75,38%	Campina das Missões	63,24%	Anta Gorda	48,92%
São Martinho	75,18%	Faxinal do Soturno	63,23%	Ijuí	48,80%
Ivorá	74,13%	Aratiba	63,22%	São Paulo das Missões	47,48%
Encruzilhada do Sul	73,70%	Putinga	63,05%	Santo Cristo	43,06%
Tenente Portela	73,60%	Cruzeiro do Sul	62,79%	Bom Jesus	42,09%
Nova Petrópolis	72,91%	Espumoso	62,76%	Boqueirão do Leão	41,66%
Ametista do Sul	72,35%	Serafina Corrêa	62,55%	Flores da Cunha	41,49%
Caibaté	72,25%	Caçapava do Sul	62,50%	São Leopoldo	41,48%
Herval	71,71%	Santiago	62,25%	Itaqui	38,81%
Alvorada	71,17%	Sarandi	61,90%	Rio Grande	36,77%
Marcelino Ramos	70,92%	Getúlio Vargas	61,71%	Bagé	28,08%
Dois Irmãos	70,88%	Progresso	61,70%		
Guarani das Missões	70,69%	Tuparendi	61,62%		

**ANEXO B – Modelo 2: Eficiência no retorno dos serviços de saúde à população**

<b>Município</b>	<b>Eficiência</b>	<b>Município</b>	<b>Eficiência</b>	<b>Município</b>	<b>Eficiência</b>
Aceguá	100,00%	Jaguarão	78,36%	Tupanciretã	63,64%
Alecrim	100,00%	Nova Bassano	77,38%	Campo Bom	63,41%
Alvorada	100,00%	Ilópolis	77,33%	Quinze de Novembro	63,30%
Bagé	100,00%	Espumoso	77,29%	Cambará do Sul	63,16%
Bom Jesus	100,00%	São Luiz Gonzaga	77,24%	Paráí	63,07%
Boqueirão do Leão	100,00%	Cândido Godói	76,81%	Morro Redondo	62,93%
Caxias do Sul	100,00%	Rio Pardo	76,72%	Barão	62,55%
Cruzeiro do Sul	100,00%	Boa Vista do Buricá	76,53%	Vale do Sol	62,26%
Dois Lajeados	100,00%	Sertão	75,68%	Camaquã	61,54%
Engenho Velho	100,00%	Três Arroios	75,60%	Butiá	61,53%
Erechim	100,00%	Frederico Westphalen	75,59%	Sarandi	61,02%
Faxinal do Soturno	100,00%	Nova Palma	75,56%	Ibirubá	61,00%
Iraí	100,00%	Três de Maio	75,44%	Ervall Seco	60,96%
Nonoai	100,00%	Itaqui	75,34%	Putinga	60,52%
Paim Filho	100,00%	Farroupilha	75,30%	Gaurama	60,36%
Passo Fundo	100,00%	Panambi	75,02%	Serafina Corrêa	60,06%
Piratini	100,00%	Bom Retiro do Sul	74,95%	Ametista do Sul	59,89%
Porto Alegre	100,00%	Campo Novo	73,80%	Doutor Maurício Cardoso	59,76%
Rio Grande	100,00%	São Paulo das Missões	73,43%	São José do Norte	59,58%
Santo Cristo	100,00%	Trindade do Sul	73,11%	Salvador do Sul	59,45%
São Jerônimo	100,00%	Santa Bárbara do Sul	72,97%	Sananduva	59,38%
São José do Inhacorá	100,00%	Pinhal Grande	72,56%	São Sebastião do Caí	58,97%
Sapiranga	100,00%	Não-Me-Toque	72,50%	Segredo	58,47%
Selbach	100,00%	Rondinha	72,39%	Cerro Largo	58,02%
Soledade	100,00%	Canguçu	72,35%	Gravataí	57,99%
Tenente Portela	100,00%	Horizontina	71,81%	Crissiumal	56,97%
Tramandaí	100,00%	Taquara	71,61%	São Lourenço do Sul	56,49%
Viamão	100,00%	São Martinho	71,38%	Carlos Barbosa	55,52%
Ijuí	99,10%	Sinimbu	71,33%	Liberato Salzano	55,12%
Dom Pedrito	98,40%	Getúlio Vargas	71,20%	Aratiba	54,91%

Campina das Missões	96,10%	Arroio do Tigre	70,69%	Jacutinga	54,82%
Cachoeirinha	95,84%	São João do Polêsine	70,26%	Vera Cruz	54,25%
São Borja	94,69%	Santa Vitória do Palmar	70,15%	Candelária	54,14%
Portão	93,98%	Estação	69,54%	Novo Hamburgo	54,04%
Ronda Alta	92,77%	Santo Augusto	69,37%	Caçapava do Sul	53,87%
Caibaté	92,27%	Condor	69,30%	Santa Cruz do Sul	53,68%
Progresso	91,44%	Teutônia	69,01%	Chapada	53,52%
Coronel Bicaco	89,45%	Veranópolis	68,62%	São Vicente do Sul	53,32%
Palmitinho	89,01%	Dois Irmãos	67,89%	Nova Petrópolis	53,31%
São José do Ouro	87,62%	Cacequi	67,81%	Encruzilhada do Sul	52,46%
Marcelino Ramos	87,49%	Anta Gorda	67,29%	Roque Gonzales	52,12%
Taquari	85,79%	Alegria	67,18%	Júlio de Castilhos	52,04%
Guaporé	85,56%	Palmeira das Missões	66,98%	Ajuricaba	51,62%
Jaboticaba	85,51%	Guarani das Missões	66,60%	Saldanha Marinho	50,93%
Bento Gonçalves	84,81%	Pelotas	66,48%	São Sepé	50,63%
Cruz Alta	84,16%	Vicente Dutra	66,38%	Dom Feliciano	49,34%
Porto Xavier	84,06%	Santiago	66,33%	Pejuçara	48,44%
Estrela	83,99%	Antônio Prado	66,15%	São Pedro do Sul	47,49%
Sobradinho	83,32%	David Canabarro	65,95%	Roca Sales	46,21%
Salto do Jacuí	82,88%	Severiano de Almeida	65,55%	Mostardas	41,23%
Bom Princípio	82,20%	Ivoti	65,38%	Casca	41,01%
Ivorá	81,90%	Seberi	65,37%	Herval	31,46%
Lajeado	81,50%	Tapejara	65,09%	Alpestre	29,63%
Pinheiro Machado	80,33%	Feliz	64,74%	São Leopoldo	16,42%
Esteio	79,58%	Fontoura Xavier	64,05%	Canoas	15,03%
Nova Prata	79,34%	Flores da Cunha	63,92%		
Tuparendi	79,32%	Jaguari	63,78%		