

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS
MESTRADO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS

ROGÉRIO CARDOSO

**CUSTEIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO
SUDOESTE DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Um estudo sobre o centro de resultado
Estratégia Saúde da Família sob a ótica do risco financeiro operacional da atividade.**

BELO HORIZONTE

2014

ROGÉRIO CARDOSO

CUSTEIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO SUDOESTE DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Um estudo sobre o centro de resultado Estratégia Saúde da Família sob a ótica do risco financeiro operacional da atividade.

Dissertação apresentada ao Centro de Pós Graduação e Pesquisa em Contabilidade e Controladoria da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Ciências Contábeis.

Área de concentração: Controle Gerencial

Orientador: Márcio Augusto Gonçalves.

BELO HORIZONTE

2014

Ficha Catalográfica

C268c
2014
Cardoso, Rogério.
Custeio da atenção primária à saúde nos municípios da região sudoeste do estado de Minas Gerais [manuscrito] : um estudo sobre o centro de resultado Estratégia Saúde da Família sob a ótica do risco financeiro operacional da atividade / Rogério Cardoso. – 2014.

162 f. : il., gráfs. e tabs.

Orientador: Márcio Augusto Gonçalves.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Contabilidade e Controladoria.

Inclui bibliografia (f. 136-147) e apêndices.

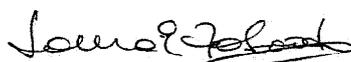
1. Saúde – Custos – Minas Gerais – Teses. 2. Saúde pública – Minas Gerais – Teses. 3. Contabilidade gerencial – Teses.
I. Gonçalves, Márcio Augusto. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Contabilidade e Controladoria. III. Título.

CDD: 657.8322

Rogério Cardoso

Esta Dissertação foi julgada adequada pelo Curso de Mestrado em Ciências Contábeis da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências Contábeis.

Belo Horizonte, 03 de junho de 2014.



Profa. Laura Edith Taboada Pinheiro
Coordenadora do Curso

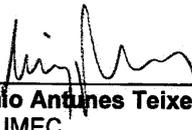
BANCA EXAMINADORA



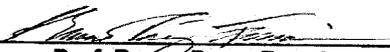
Prof. Márcio Augusto Gonçalves
Cad/UFMG (orientador)



Prof. Jacqueline Veneroso Alves da Cunha
Cepcon/UFMG



Prof. Luiz Antônio Antunes Teixeira
FUMEC



Prof. Bruno Perez Ferreira
Cad/UFMG

Belo Horizonte, 2014

A Renata, minha esposa,
pela compreensão, e,
apoio incondicional.

Ao Marcos Otávio e a
Maria Catherine, meus filhos
por serem a luz da vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, a Nossa Senhora Aparecida e a São Mateus, por todo amparo e benção recebidos durante este período de estudos, sobretudo na estrada entre Passos/Belo Horizonte/Passos.

A toda a minha família, especialmente a minha esposa Renata, meus irmãos Antônio e Aldacir, minha cunhada Maria Cecília, meu sogro Marcos e minha sogra Ana.

Aos meus companheiros de trabalho da Fundação de Ensino Superior de Passos, na pessoa do Professor Fabio Pimenta Esper Kallas e da Prefeitura Municipal de Passos, nas pessoas dos Prefeitos Municipais José Hernani Silveira e Ataíde Vilela, que muito colaboraram para minha capacitação.

Aos colaboradores e principalmente aos Professores do Centro de Pós-graduação e Pesquisas em Contabilidade e Controladoria do Departamento de Ciências Contábeis da UFMG, na pessoa da Coordenadora didática Professora Doutora Laura Edith Taboada Pinheiro.

A todos os meus colegas de turma, minha admiração a este grupo, tão seletivo, em particular àqueles de quem me tornei amigo, Danilo, Frank, Luís Carlos e Mateus. Sou muito grato por todo apoio que me proporcionaram durante esta caminhada.

Aos Contadores e Coordenadores de Atenção Primária à Saúde dos municípios pesquisados que gentilmente participaram deste estudo.

Aos professores Bruno Pérez Ferreira, Luiz Antônio Antunes Teixeira e Jacqueline Veneroso Alves da Cunha por suas contribuições na banca de qualificação. Aos professores Paulolino Pereira e a Márcia Mascarenhas Alemão por suas sábias contribuições ao resultado final deste. Por fim, ao meu orientador Marcio Augusto Gonçalves, que muito contribuiu para que acreditasse em mim, neste trabalho e no Sistema Único de Saúde.

Quero deixar registrada, minha profunda, admiração, pelos professores Marcio Augusto Gonçalves e Jacqueline Veneroso Alves da Cunha, que são exemplos de educadores, nos quais me espelho no cumprimento, dos deveres, da valorosa missão de ENSINAR!

“Que a saúde se difunda sobre a terra”

(Eclo 38,8)

“Por Passos, Por Minas, Pelo Brasil”

Frase da Bandeira do Município de Passos.

RESUMO

A saúde no Brasil possui como marco histórico, a sua inclusão na Constituição Federal de 1988, o que dá ao povo brasileiro garantia de acesso, fato este que gerou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que se organiza a partir da Atenção Primária à Saúde (APS) e para facilitar o acesso da população à rede de serviços de saúde, foi criada a Estratégia Saúde da Família (ESF). Mediante estudos que apontam insuficiência do financiamento federal e estadual a este tipo de serviço de saúde, verificou-se que os municípios são responsáveis por boa parte dos recursos aplicados na ESF. Este estudo, é classificado como exploratório-descritivo de caráter quantitativo, possui como objetivo dimensionar o risco financeiro operacional implícito na manutenção das atividades da Estratégia Saúde da Família para os municípios da região sudoeste mineira. Para consecução deste objetivo, foram utilizadas diversas técnicas de pesquisa. Uma das técnicas mais utilizadas foi a pesquisa documental que serviu para identificar e classificar as ESF's dos municípios do sudoeste mineiro, quanto ao número de equipes, de profissionais e especificação da população atendida, e ainda, identificar e medir as receitas e os gastos das ESF's nos municípios e, assim, identificar a participação de cada ente da federação em seu financiamento. Para classificar as ESF's em relação às suas características básicas de APS foi realizada pesquisa de campo, que utilizou como instrumento, o formulário *PCATool-Brasil*, aplicado aos coordenadores das APS's/ESF's em cada município. Por fim, para dimensionar o risco financeiro operacional das ESF's nos municípios pesquisados, os resultados da pesquisa documental e de campo foram confrontados com a legislação e pesquisas anteriores. Os resultados de pesquisa encontrados demonstram que os gastos para manutenção das atividades das ESF's nos municípios pesquisados, são distribuídos da seguinte forma: União 52,07%, Estado de Minas Gerais 3,91% e Municípios pesquisados da Região Sudoeste de Minas Gerais 44,03%. Os gastos apresentam amplitude de 71,51%. Ou seja, gastos dos municípios pesquisados nas ESF's, no período entre 2010 e 2012, variaram entre 1,79% e 73,30%. Estes recursos foram consumidos da seguinte forma: Mão de obra (pessoal) 88,69%, materiais de consumo 6,17% e serviços relacionados 5,14%. O gasto per capita médio, por habitante atendido (per capita médio), nas ESF's dos municípios pesquisados nos exercícios 2010, 2011 e 2012, foi respectivamente: R\$ 110,11, R\$ 131,76 e R\$ 155,46. Quanto ao atendimento das características de APS, a partir da aplicação do formulário *PCATool-Brasil*, a pesquisa de campo constatou que os municípios pesquisados da região sudoeste do estado de Minas Gerais, em uma nota de 1 a 4, alcançou 3,47. Portanto é possível inferir que os municípios pesquisados atendem as características de APS. Resultado que corroborado pelo índice de cumprimento das metas pactuadas, junto à Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais, por meio do Programa Saúde em Casa, e ainda, pelo índice de cobertura da população atinge resultado superior à média estadual e nacional. O risco financeiro operacional é reflexo da qualidade dos serviços prestados por esta política de saúde e seu nível de planejamento. Diante de tal cenário, faz-se necessário a implementação de política de planejamento e gestão de risco operacional. A partir dos instrumentos de planejamento obrigatórios para os municípios, Plano Municipal de Saúde, Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária anual. Dividindo as áreas de atuação das Secretarias Municipais de Saúde em centros de resultado ou de investimentos é possível contribuir para que as ações governamentais alcancem a efetividade.

Palavras-Chaves: Contabilidade gerencial em saúde pública; Custos e análise de custos, Estratégia Saúde da Família; Financiamento em Saúde; Gestão financeira municipal em saúde.

ABSTRACT

Health in Brazil has as a milestone its inclusion in the Constitution of 1988, which gives the Brazilian people guaranteed access, a fact that led to the creation of the Unified Health System (SUS), which is organized from the Primary Attention to health Care (PHC) and to facilitate the population's access to health services network, the Family Health Strategy (FHS) was created. From studies that indicate failure of federal and state funding for this type of health service, it was verified that the municipalities are responsible for much of the funds invested in the FHS. This study is classified as exploratory-descriptive with a quantitative approach, and it was designed to measure implicit operational risk in the financial operations of the Family Health Strategy for the municipalities in the southwestern region of Minas Gerais. To achieve this goal, several research techniques were used. One of the most used techniques was the documentary research that served to identify and classify the ESF's in the municipalities of southwestern region of Minas Gerais. Regarding the number of teams, professionals and specification of the population served, and also to identify and measure the revenues and expenditures of the ESF's in the municipalities, and thus, identify the participation of each entity of the federation in its funding. To classify the ESF 's in relation to their APS basic characteristics, it was used a field research which had as an instrument, the Brazil - PCATool form, applied to the coordinators of the APS's / FHT's in each municipality. Finally, to gauge the operational financial risk in the ESF's municipalities surveyed, the results of documentary and field research were confronted with the law and previous research. The research results found showed that the expenses for maintenance of the ESF's activities in the municipalities surveyed, are distributed as follows: 52.07% Union, State of Minas Gerais 3.91% and municipalities surveyed in the Southwestern Region of Minas Gerais 44,03%. The expenses recorded amplitude of 71.51%. That is, expenditures of the municipalities surveyed in the ESF's, in the period between 2010 and 2012 ranged from 1.79 % to 73.30 %. These resources have been consumed as follows: Manpower (staff) 88.69%, 6.17% consumables and related services 5.14 %. The average expenditure per capita, per capita serviced (average per capita), in the ESF's municipalities surveyed in the years 2010, 2011 and 2012 were respectively: R\$ 110.11, R\$ 131.76 and R\$ 155.46. About meeting the characteristics of APS, from the application of PCATool - form Brazil, the field research has shown that the municipalities surveyed in the southwestern region of the state of Minas Gerais, scoring from 1-4, reached 3.47. Therefore it is possible to infer that the municipalities surveyed meet the characteristics of APS. Results confirmed with the rate of compliance with the agreed targets, with the State Department of Health of Minas Gerais State, through the Home Health Program, and also by the rate of population coverage reaches results above the state and national average income. The operating financial risk reflects the quality of services provided by this health policy and its planning level. Before such a scenario, it is necessary to implement the planning and operational risk management policy, from the planning tools required for municipalities, Municipal Health Plan, Multi-Year Plan, the Budget Guidelines Law and Annual Budget Law. Dividing the practice areas of Municipal Health Secretaries in centers or investment income you can contribute so that the governmental actions can achieve effectiveness.

Key Words: Management accounting in public health; Costs and cost analysis, the Family Health Strategy; Health Financing; Municipal financial management in health.

Sumário

Lista de siglas	12
Lista de tabelas	14
Lista de figuras	15
1. Introdução	16
1.1. Contextualização.....	16
1.2. Problema	21
1.3. Objetivos	21
1.3.1. Objetivo geral	21
1.3.2. Objetivos específicos.....	22
1.4. Justificativa	22
1.5. Estrutura da pesquisa	23
2. Revisão da literatura	25
2.1. Sistema de informação contábil público	25
2.1.1. Contabilidade pública.....	26
2.1.2. Orçamento público	28
2.1.3. Classificação orçamentária das receitas e despesas públicas	31
2.1.3.1. Classificação orçamentária das receitas públicas	32
2.1.3.2. Classificação orçamentária das despesas públicas	33
2.2. Sistema de informação gerencial das entidades públicas	36
2.2.1. Sistema de informação de custos no setor público	37
2.2.1.1. Sistema de acumulação custos aplicado ao setor público.....	41
2.2.1.2. Métodos de custeio do setor público.	42
2.2.1.3. Critérios de Atribuição dos Custos Indiretos.....	44
2.2.2. Centro de responsabilidade nas entidades governamentais.....	45
2.3. Risco Financeiro Operacional.....	47
2.3.1. Gestão de risco financeiro operacional em municípios.....	52
2.3.1.1. Gestão de risco operacional na gestão pública setor saúde	55
2.4. Atenção primária à saúde como estratégia de saúde pública	57
2.4.1. Estratégia Saúde da Família	60
2.4.2. Infraestrutura da Estratégia de Saúde da Família.....	62
2.4.3. Produtos da Estratégia Saúde da Família	65

2.4.4	Financiamento e gastos da Estratégia Saúde da Família.....	69
3.	Procedimentos metodológicos	73
3.1.	Classificação da pesquisa	73
3.2.	Coleta de dados.....	74
3.3.	Definição da Amostra.....	78
3.4	Modelo utilizado para tratamento dos dados e alcance dos resultados.....	79
4.	Apresentação dos resultados.....	81
4.1	Características dos municípios pesquisados	81
4.2	Classificação dos municípios quanto atendimento das características de APS.....	84
4.2.1	Classificação dos municípios quanto ao cumprimento das metas PSC.....	90
4.3	Classificação das receitas e despesas destinadas à manutenção da ESF.	92
4.3.1	Classificação das receitas de transferências intergovernamentais destinadas ESF. ...	92
4.3.2	Classificação dos gastos realizados na manutenção das atividades da ESF.....	95
4.4	Classificação dos municípios quanto ao risco financeiro na ESF.	100
4.5	Participação de cada ente federado no financiamento das atividades da ESF.	104
5.	Análise dos resultados	106
5.1	Acessibilidade das ESF nos municípios pesquisados.	106
5.2	Longitudinalidade dos serviços de saúde das ESF nos municípios pesquisados....	110
5.3	Integralidade dos serviços de saúde das ESF nos municípios pesquisados.....	111
5.3.1	Integralidade e dos serviços de saúde rede cegonha.	112
5.4	Coordenação dos cuidados das ESF nos municípios pesquisados.	114
5.4.1	Coordenação dos cuidados sistema de informação nos municípios pesquisados. ...	115
5.5	Orientação familiar e comunitária nas ESF dos municípios pesquisados	116
5.6	Gestão da ESF nos municípios pesquisados	118
5.7	Receitas intergovernamentais das ESF nos municípios pesquisados	121
5.8	Gastos realizados na manutenção das ESF nos municípios pesquisados	124
5.9	Risco financeiro operacional das ESF nos municípios pesquisados.....	129
6.	Considerações finais	134
6.1	Limitações e sugestões.....	136
	Referências	138
	Apêndices.....	150
	Anexos.....	156

Lista de siglas

ACS: Agente Comunitário de Saúde
AH: Análise Horizontal
APS: Atenção Primária à Saúde
AV: Análise Vertical.
BA: Bahia
BLATB: Bloco de Atenção Básica
CE: Ceara
CF: Constituição Federal
CFC: Conselho Federal de Contabilidade
CIF: Custos Indiretos Fixos
CPV: Custo do Produto Vendido
DF: Despesa Fixa
EQSF: Equipe Saúde da Família
ESB: Equipe de Saúde Bucal
ESF: Estratégia Saúde da Família
ICMS: Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
IDH: Índice de Desenvolvimento Humano
INPC: Índice Nacional de Preços ao Consumidor
INS: Índice de Necessidade em Saúde
IPE: Índice de Porte Econômico
LDO: Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA: Lei Orçamentária Anual
LRF: Lei de Responsabilidade Fiscal
MS: Ministério da Saúde
MG: Minas Gerais
NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS: Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB: Normas Operacionais Básicas
OECD: Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS: Organização Mundial da Saúde
PAB: Piso de Atenção Básica
PCA: Prestação de Contas Anual
PMAQ: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PMDI: Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado
PPA: Plano Plurianual
PROESF: Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família
PSC: Programa Saúde da Família.
SAGE: Sala de Gestão Estratégica do Ministério da Saúde
SES/MG: Secretária de Estado da Saúde do Estado de Minas Gerais
SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica
SIACE: Sistema de Informatizado de Apoio ao Controle Externo
SIOPS: Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos de Saúde
SOF: Secretaria de Orçamento Federal
SUS: Sistema Único de Saúde
STN: Secretaria do Tesouro Nacional

UBS: Unidade Básica de Saúde

UNICEF: Fundo das Nações Unidas Para Infância

USF: Unidade de Saúde da Família

TCE/MG: Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais

TCU: Tribunal de Contas da União

Lista de tabelas

Tabela 1 - Classificação orçamentária da receita pública.	30
Tabela 2 - Códigos da origem da receita orçamentária	30
Tabela 3 - Classificação da despesa orçamentária por natureza com desdobramento.	33
Tabela 4 - Características dos Municípios	79
Tabela 5 - Características da rede ESF nos Municípios pesquisados.....	83
Tabela 6 - Características dos Coordenadores quanto ao tempo de atuação.....	86
Tabela 7 - Avaliação das características de APS na Estratégia Saúde da Família nos Municípios da Região Sudoeste de Minas Gerais	85
Tabela 8 - Avaliação dos municípios quanto ao cumprimento das metas do PSC.....	919
Tabela 9 - Receitas destinadas a Estratégia Saúde da Família 2010.	93
Tabela 10 - Receitas destinadas a Estratégia Saúde da Família 2011.	94
Tabela 11 - Receitas destinadas a Estratégia Saúde da Família 2012.	94
Tabela 12 - Gastos realizados na manutenção da Estratégia Saúde da Família 2010.	964
Tabela 13 - Gastos realizados na manutenção da Estratégia Saúde da Família 2011.	975
Tabela 14 - Gastos realizados na manutenção da Estratégia Saúde da Família 2012.	98
Tabela 15 - Evolução das receitas e das despesas na Estratégia Saúde da Família.....	99
Tabela 16 - Risco Financeiro da Estratégia Saúde da Família dos Municípios em 2010.....	101
Tabela 17 - Risco Financeiro da Estratégia Saúde da Família dos Municípios em 2011.....	100
Tabela 18 - Risco Financeiro da Estratégia Saúde da Família dos Municípios em 2012.....	103
Tabela 19 - Participação de cada ente da federação no financiamento da ESF.....	104
Tabela 20 - Quantidade de habitantes por ESF e ACS nos municípios pesquisados.	1086
Tabela 21 - Quantidade de habitantes por ESF e ACS nos municípios pesquisados.....	1275

Lista de figuras

Figura 1 - Estrutura da dissertação.	24
Figura 2 - Fluxo do processo orçamentário.	30
Figura 3 - Classificação das despesas orçamentárias	33
Figura 4 - Estrutura do sistema de contabilidade pública.	28
Figura 5 - Sistema de informação de custos no setor público.	40
Figura 6 - Fluxo do método de custeio direto.	43
Figura 7 - Ciclo financeiro municipal.	54

1. Introdução

Apresenta-se no texto da introdução a contextualização da questão de pesquisa, acompanhada do objetivo da pesquisa. O texto aborda, também, a justificativa para o estudo da quantificação do risco financeiro operacional implícito na manutenção das atividades da Estratégia Saúde da Família (ESF) pelos municípios. A introdução, nortear o leitor para a leitura do referencial teórico utilizado na pesquisa e os procedimentos metodológicos propostos, que culminaram na análise do resultado e nas considerações finais.

1.1. Contextualização.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em 1978 na cidade de Alma Ata (Cazaquistão), pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), reafirmou a saúde como direito humano fundamental e o mais alto nível de saúde possível como a mais importante meta social mundial (GIL, 2006). Essa meta constitui-se, assim, como um marco mundial no processo de repensar as práticas de saúde. Muitos países da América Latina, inclusive o Brasil, promoveram reformas em seus sistemas de saúde com base no referencial proposto por esta conferência (ROSA; COELHO, 2011).

O Brasil inspirando-se no referencial proposto em Alma Ata, iniciou suas reformas por meio da inclusão da saúde como direito de todo cidadão na Constituição Federal de 1988. As Leis 8.080/90 e 8.142/90 regulamentaram o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo proposto um modelo de gestão de saúde pública descentralizado, no qual os municípios assumem progressivamente responsabilidades na gestão do SUS.

Por sua vez, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma das atividades escolhidas pelo Ministério da Saúde para efetivar a descentralização dos serviços de saúde. Desta forma foi possível romper com o modelo hegemônico de atenção à saúde, biomédico e hospitalocêntrico¹, que se mostrou incapaz de atender com eficiência e justiça as necessidades de saúde da população. Num primeiro momento a ESF foi entendida como um programa. Mas, mediante análise mais apurada, percebeu-se que se trata de uma estratégia de reorientação do modelo assistencial com caráter substitutivo das práticas convencionais, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (UBS). As Equipes de Saúde da Família acompanham um número definido de famílias, que estão localizadas em uma área geográfica delimitada. A ESF atua com ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e manutenção da saúde das comunidades. A Unidade de Saúde da Família representa o primeiro contato da população com o Serviço Único de Saúde (SUS).

Conforme determina a Constituição Federal de 1988, o financiamento do SUS é de responsabilidade das três esferas de governo – União, Estados e Municípios – e cada uma deve assegurar o aporte regular de recursos, ao seu respectivo fundo de saúde. A União destina parte dos tributos federais para ações de saúde, os estados contam com recursos de seu próprio tesouro e transferências da União e os Municípios utilizam recursos de seu próprio tesouro e transferências da União e dos Estados. Esses recursos são previstos no orçamento e alocados nos fundos de saúde nacional, estadual e municipal como receita operacional e utilizado na execução de ações previstas no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1996).

A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde de 1996 (NOB/96) estabelece acréscimos percentuais ao montante do Piso de Atenção Básica² (PAB), sempre que estiverem atuando integralmente à rede municipal, equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde, ou estratégias similares de garantia da integralidade da assistência, avaliadas pelo Ministério da Saúde.

¹ Modelo assistencial de atenção à saúde onde o hospital torna-se o centro do sistema de saúde (MATTA; MOROSSINI, 2009).

² Piso de Atenção Básica é um mecanismo de financiamento do Sistema Único de Saúde que consiste em um montante de recursos financeiros destinado exclusivamente ao custeio de procedimentos e ações de Atenção Primária à Saúde. Os recursos são transferidos do fundo nacional de saúde para os fundos de saúde estaduais e municipais, sendo que administração local assume a responsabilidade pela Atenção Primária à Saúde da população de seu território (BRASIL, 1997; BRASIL 2001a).

De acordo com os dados disponíveis no portal da sala de apoio a gestão estratégica da saúde³, os gastos do Governo Federal com as 33.726 Equipes de Saúde da Família, presentes em 5.283 municípios em 2012 superaram 3,3 bilhões de Reais, atendendo 55,12% da população brasileira. Já, os gastos com os 257.265 agentes comunitários de saúde, presentes em 5.425 municípios em 2012 estão próximos de 3 bilhões de Reais, atendendo 64,17% da população brasileira. Ou seja, os gastos do Governo Federal com a Estratégia Saúde da Família ultrapassam 6 bilhões de Reais. Destaca-se que nos últimos cinco anos os gastos com as equipes de saúde da família cresceram em média 9,39% e os gastos com agentes comunitários cresceram 18,28% (BRASIL, 2014).

O Estado de Minas Gerais com objetivo de fortalecer a Estratégia Saúde da Família implantou em 2005 o Programa Saúde em Casa⁴, destinando 61 milhões de Reais por ano aos municípios onde atuam equipes da ESF. Entre 2005 e 2011 o Estado de Minas Gerais aplicou 670 milhões de Reais, contabilizando no mesmo período 26.016 agentes comunitários de saúde, em 4.214 ESF's, atuando em 835 municípios, com cobertura de 74,19% da população. Nos municípios da região Sul Mineira a taxa de cobertura da população pela Estratégia Saúde da Família em 2010, foi de 67,5% (MINAS GERAIS, 2012).

E ainda, o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) apresenta como objetivos estratégicos na área da saúde: universalizar o acesso à Atenção Primária; reduzir as disparidades regionais no atendimento em saúde e consolidar as redes de atenção à saúde em todo o estado. E para que esses objetivos estratégicos da Rede de Atenção à Saúde sejam alcançados, o governo e a sociedade devem concentrar esforços e recursos na execução de algumas ações estratégicas prioritárias. Dentre estas, destacam-se: ampliar a cobertura e o número de equipes da Estratégia Saúde da Família e capacitá-las, mediante apoio aos municípios quanto a estruturação, organização e custeio dessas equipes e das UBS's. Outro ponto importante é qualificar a gestão da saúde, com estímulos à criação e manutenção de modelos orientados para resultados, incorporando novas tecnologias e métodos de gestão que aumentem a qualidade do atendimento e qualifique melhor o gasto público (MINAS GERAIS, 2012).

³ Link para o portal sala de apoio a gestão estratégica da saúde 189.28.128.178/sage

⁴ Programa Saúde em Casa (PSC) é um projeto estruturador do governo de Minas Gerais que possui como objetivo ampliar e fortalecer a Estratégia Saúde da Família reforçando a importância da promoção da saúde e a prevenção de doenças (MINAS GERAIS, 2013a)

Apesar do volume de recursos aplicados pela União e pelos Estados, pesquisas (MARQUES; MENDES, 2003; TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003; ROCHA FILHO; SILVA, 2009; SOUSA, HAMANN, 2009; ROSA; COELHO, 2011; VASQUEZ, 2011; SANTO; TANAKA, 2011; MENDES, 2012; SOBRINHO, 2012; VEIGAS; PENNA, 2013) apontam que este financiamento é insuficiente e que os municípios são responsáveis por boa parte dos recursos aplicados na ESF. Desta forma, os municípios acabam financiando, em parte, as políticas federais de saúde, mesmo quando estas não constituem sua prioridade, comprometendo ainda mais qualquer outra ação de governança voltada às necessidades de sua população. Assim sendo, a ESF traz consigo risco financeiro operacional para os municípios que assumem a manutenção desta atividade em suas ações de Atenção Primária à Saúde⁵ (APS).

Segundo Paim e Teixeira (2006), o interesse de pesquisadores brasileiros pela área de administração sanitária data do final da década de 1960. Mas, foi somente no final dos anos 1990 início dos anos 2000, que alavancaram as pesquisas sobre descentralização e municipalização da saúde, marcadas pelo processo de mudança do modelo de APS com a implantação da ESF. Na atualidade as pesquisas em administração sanitária avançam em temáticas que utilizam a contabilidade de forma estratégica. Destaca-se neste cenário a gestão hospitalar com ênfase na informação gerencial e comunicação em saúde, possuindo como influenciadores os avanços tecnológicos propiciados pela informática, telecomunicações e práticas de gestão da saúde.

Pode-se inferir que, a contabilidade é ferramenta essencial para a gestão sanitária (CASTRO, 2011). A contabilidade contribui para com a administração sanitária ao mensurar a contribuição de cada agente e a recompensa recebida por estas ações; ao comparar as contribuições com as recompensas recebidas além de distribui informações aos vários participantes e ainda, prover com alguma informação de forma pública, gerando negociações de contratos. A contabilidade, neste cenário é uma fonte e um canal de informação, que comunicamos os insumos ofertados, convertendo-os em uma base econômica comum e mensurando o desempenho da atividade, com o objetivo de distribuir partes desse desempenho a cada agente, segundo as expectativas contratadas, contribuindo para a estabilidade e a continuidade das relações pactuadas (AQUINO, 2007).

⁵ Atenção Primária à Saúde (APS) é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação (BRASIL, 1998).

A pesquisa em administração sanitária, com o auxílio da contabilidade, produz conhecimentos que dão respostas aos problemas e desafios apresentados pelas ações políticas e sociais em determinados contextos históricos e que fazem avançar conceitos inerentes à temática da informação gerencial (PAIM; TEIXEIRA, 2006; CASTRO, 2011). As mudanças no SUS, advindas da municipalização da APS, a crise financeira do Estado e o montante de recursos aplicados na ESF apresentam-se como contextos históricos interessantes para pesquisa em administração sanitária, pois essas ações políticas levam à gestão da saúde a problemas e desafios que devem ser discutidos e enfrentados.

Um destes desafios que deve ser discutidos pelas pesquisas em administração sanitária é a gestão dos custos, compreendida como absolutamente necessária, diante de um cenário de transição, caracterizado pela busca de melhores níveis de produtividade e eficácia na atividade. Conill (2008) contribui ao afirmar que existem poucas pesquisas avaliando os custos da Estratégia Saúde da Família. Neste cenário, a contabilidade pode contribuir por meio da mensuração e evidenciação dos custos.

Contudo, na administração pública os sistemas de custos são pouco utilizados. Conforme pesquisa realizada por Fernandes e Slomski (2011), somente 50% dos órgãos de administração direta utilizam de forma efetiva informações referentes aos custos no processo de tomada de decisões, sendo que as práticas de controle de custos estão concentradas no Governo Federal. Assim, o desenvolvimento do processo de gestão de custos na administração pública brasileira ainda é um assunto nascente, mas em ampla ascensão e as informações sobre custos são estratégicas no processo de tomada de decisões.

Segundo Paim e Teixeira (2006), o processo de tomada de decisões na gestão sanitária apresenta-se como temática complexa, pois há momentos em que faltam informações, em outros há conhecimentos suficientes, mas as decisões são adiadas e ainda existem aqueles em que as decisões são necessárias mesmo diante de escassas evidências. É neste cenário que a contabilidade se insere por meio da informação gerencial.

Com base nesta argumentação inicial, esta pesquisa espera contribuir com argumentos que esclareçam a prática da gestão sanitária pública no Brasil e, regionalmente, em Minas Gerais ao abordar a temática do custeio à APS, dando foco específico na ESF.

Para Scatena, Viana e Tanaka, (2009), são poucos os estudos que abordam a gestão financeira sanitária em contextos regionais. E ainda, a alocação de recursos financeiros nos municípios, destinados a gestão sanitária, é uma lacuna que deve ser preenchida, para que se identifiquem as facilidades e dificuldades da descentralização e regionalização do SUS (ROSA, COELHO, 2011)

Pode-se definir como tema de pesquisa o seguinte parâmetro: A aplicação de técnicas de custeio nos gastos públicos em Atenção Primária à Saúde com vistas na apuração e análise do risco financeiro operacional advindo da manutenção da Estratégia Saúde da Família, por meio da utilização de centro de resultado que facilita a gestão pública dos sistemas de saúde. Com isto espera-se compreender essa temática para que possa ser melhor assimilada por gestores públicos que têm por função lidar com esse emaranhado de informações cotidianamente.

1.2 Problema

Diante do cenário descrito pretende-se responder à seguinte questão: **Em que medida a manutenção das atividades da Estratégia Saúde da Família implica em risco financeiro operacional aos municípios da região sudoeste do estado de Minas Gerais?**

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

O objetivo geral desta pesquisa é dimensionar o risco financeiro operacional implícito na manutenção das atividades da Estratégia Saúde da Família para os municípios da região do sudoeste mineiro.

1.3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a Estratégia Saúde da Família nos municípios pesquisados quanto ao número de equipes de saúde da família e saúde bucal, quantidade de agentes comunitários de saúde, existência do núcleo de apoio à saúde da família e população atendida.
- Classificar a Estratégia Saúde da Família nos municípios pesquisados quanto ao atendimento das características básicas da Atenção Primária à Saúde
- Identificar e medir as receitas advindas de transferência intergovernamentais e os gastos da Estratégia Saúde da Família nos municípios pesquisados.
- Calcular o risco financeiro implícito na manutenção da atividade ESF de cada município pesquisado.
- Identificar a participação de cada ente da federação no financiamento da Estratégia da Saúde da Família nos municípios pesquisados.

1.4 Justificativa

O presente estudo possui como justificativa a necessidade de informação sobre o financiamento e os gastos das ações de saúde pública. A identificação dos gastos realizados na Estratégia Saúde da Família, em nível municipal possibilita a implantação de diretrizes e políticas públicas que viabilizam melhorias no atendimento ao cidadão.

A compreensão da forma de financiamento do SUS que se encontra dividido entre as várias esferas de governo torna-se importante para o planejamento de ações descentralizadas de saúde. A alocação de recursos nas ações de APS, especificamente na ESF, provoca alterações na condução e operação da política de saúde em toda rede, modificando os padrões de consumo dos serviços e reorientando a demanda local do serviço de saúde pública.

A formulação de instrumentos de análise e acompanhamento dos gastos da ESF requer um conjunto de informações para o conhecimento da realidade, tendo em vista as particularidades de cada município. Assim, as informações sobre os gastos devem ser compreendidas de forma ampla e integradas com as demais informações como infraestrutura utilizada e serviços de saúde prestados à população.

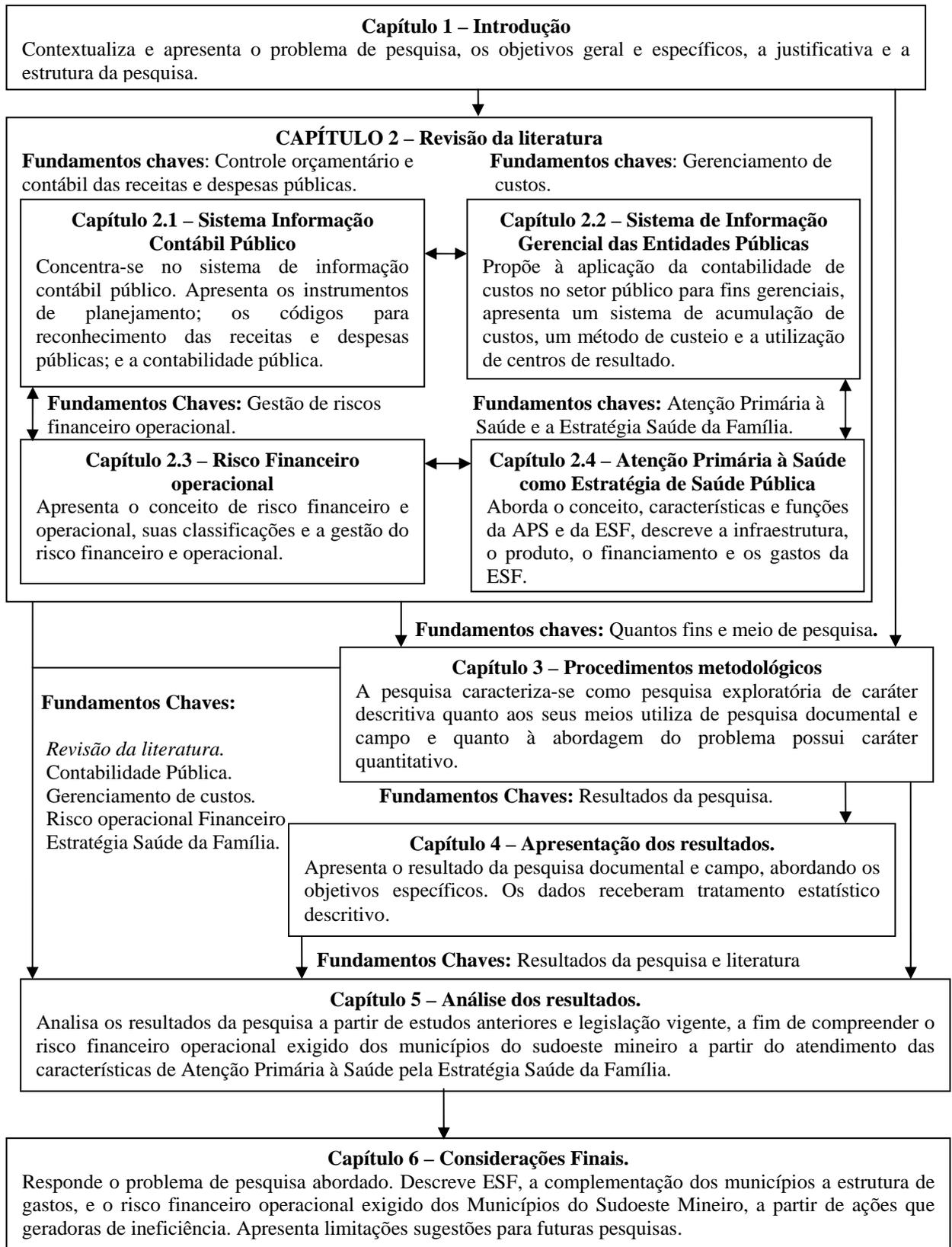
A contabilidade representa um banco de dados financeiro e econômicos que contribui para o desenvolvimento das atividades de saúde. Considerando que todas as ações de saúde consomem recursos. Este trabalho lança luz sobre como os recursos vem sendo consumidos e o sacrifício que os municípios arcam para manter as atividades da ESF. E ainda, evidencia as características dos gestores locais e suas formas de gestão da ESF dos municípios pesquisados, seja a partir de dados contábeis existentes nos municípios ou de informações coletadas nas UBS, que contribuem para dinamizar a gestão da saúde e alcançar a equidade no sistema.

Em síntese, a mensuração e análise do risco financeiro operacional contribuem para desenvolvimento da efetividade na ESF, pois, existe atualmente uma pluralidade de modelos atuando nos sistemas de saúde local, diferenciando-se de acordo com a capacidade dos gestores municipais pelo uso de equipamentos, quantidade e qualidade dos recursos humanos e financeiros.

1.5. Estrutura da pesquisa

A estrutura da pesquisa é demonstrada na figura 1. A pesquisa encontra-se dividida em seis capítulos, sendo o primeiro, esta introdução. O segundo compõe referencial teórico, onde é realizada uma revisão da literatura relacionada aos principais aspectos do sistema de informação contábil público, sistema de informação gerencial das entidades públicas, risco financeiro e operacional e Estratégia Saúde da Família. O terceiro refere-se aos procedimentos metodológicos que foram utilizados no decorrer da pesquisa. O quarto apresenta os resultados obtidos. O quinto analisa os resultados, a partir da legislação e de pesquisas realizadas anteriormente. No sexto, e ultimo capítulo, são apresentadas as considerações finais.

Figura 1 - Estrutura da dissertação.



2. Revisão da literatura

Esta pesquisa encontra-se inserida na linha de controle gerencial, especificamente contabilidade de custos, com abordagem na investigação do risco financeiro operacional no setor saúde, por meio da utilização de centro de responsabilidade. Mais especificamente, como já dito, a pesquisa como um todo considera questões atinentes ao financiamento e gastos para manutenção da Estratégia Saúde da Família, em municípios da região sudoeste de Minas Gerais.

Neste capítulo são abordadas produções acadêmicas e o “estado da arte” ou *main stream*, relativamente aos fundamentos teóricos sobre os construtos que constituem a problematização do presente estudo. O referencial teórico apresenta os seguintes tópicos: Sistema de informação contábil público; Sistema de informação gerencial público; Risco financeiro operacional; Atenção primária à Saúde; e Estratégia Saúde da Família.

2.1 Sistema de informação contábil público

Para iniciar a discussão, torna-se necessário compreender as entidades públicas como um sistema. De acordo com Machado (2002), as entidades públicas são sistemas dinâmicos e abertos. Os órgãos públicos compreendem um conjunto de elementos interdependentes que interagem entre si para a consecução de um objetivo comum, em constante inter-relação com seu ambiente, onde realizam trocas influenciando e sendo influenciado.

A partir da compreensão das entidades públicas como sistema é preciso, também, compreender a contabilidade como um sistema de informação. Rezende e Abreu (2008) definem que todo sistema, que manipula, gera e transmite informação utilizando ou não recursos tecnológicos, pode ser considerado um sistema de informação. Os sistemas de informação podem ser compostos de diversas partes, tais como *hardware*, *software*, dados e pessoas, constituindo-se de uma parte técnica e outra social.

Segundo Padoveze (2009), o sistema de informação contábil consiste em um conjunto de recursos humanos e de capital, presente nas organizações. Esse sistema possui basicamente dois objetivos. O primeiro é prover o gestor público de informações monetárias e não monetárias destinadas às atividades e decisões dos níveis operacional, tático e estratégico da organização, e também para os usuários externos. O segundo constituir-se em peça fundamental do sistema de informação gerencial da organização (RICCIO, 1989).

Reis (1988) corrobora ao afirmar que o sistema de informação contábil público tem por objetivo prover informações sobre as transações financeiras da entidade pública e seus efeitos sobre a estrutura do patrimônio, mediante as quais os gestores tomam decisões de natureza econômica, financeira, social e administrativa. De acordo com a Lei n. 4.320/1964 o sistema de informação contábil público agrupa duas técnicas gerenciais em um único processo de gestão da informação para a tomada de decisão e controle: o orçamento e a contabilidade (MACHADO JÚNIOR; REIS, 2003).

Assim, o sistema de informação contábil público é um instrumento que proporciona à administração as informações e controles necessários à melhor condução dos negócios públicos, como também abastece de informações todo o processo que compõe o ciclo orçamentário, a saber: a elaboração, aprovação, execução, controle, avaliação dos resultados e o processo de divulgação presente em todo ciclo orçamentário (KOHAMA, 2012). Complementa Mawad (2001) ao afirmar que o sistema de informação contábil público coleta, processa, acumula e analisa os dados monetários que afetam o patrimônio público das entidades para divulgá-los em relatórios contábeis de forma objetiva e transparente, sendo entendido, deste modo, como uma linguagem entre o governo e cidadão.

2.1.1 Contabilidade pública

A contabilidade pública é o ramo da ciência contábil que possui como objeto o patrimônio público das entidades governamentais e como objetivo fornecer aos usuários informações sobre os resultados gerados e os aspectos de natureza orçamentária, econômica, financeira e física do patrimônio público e suas mutações, em apoio ao processo de tomada decisão; a

adequada prestação de conta; e o necessário suporte para a instrumentalização do controle social (SILVA, 2012).

O método de escrituração utilizado pela contabilidade pública, conforme artigo 86 da Lei 4320/64 é o método de escrituração das partidas dobradas. Quanto à forma de escrituração contábil destaca-se o que diz o artigo 88º da Lei nº 4.320/64:

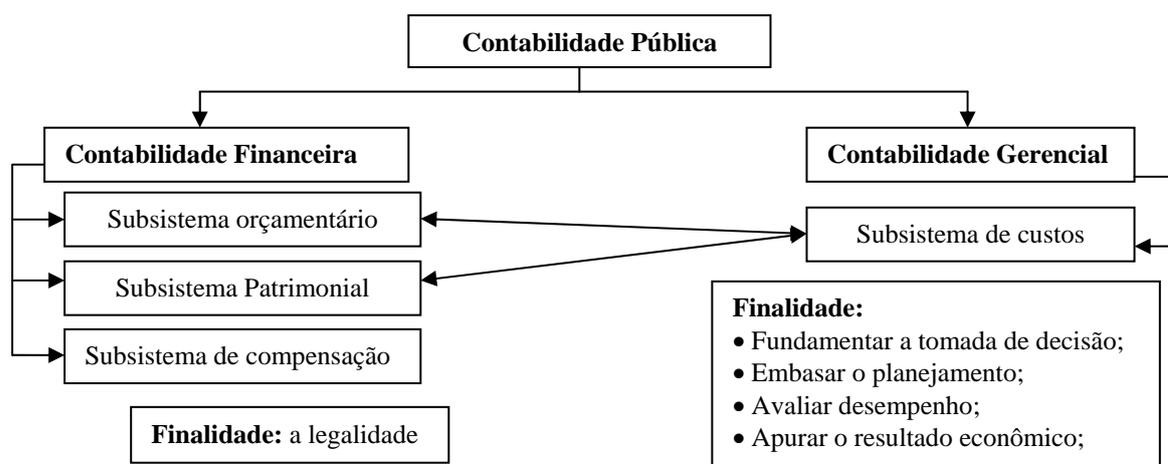
Os débitos e os créditos serão escriturados com individualização do devedor ou do credor e especificação da natureza, importância e data de vencimento, quando fixada (BRASIL, 1964).

Quanto ao regime de escrituração contábil na administração pública são utilizados dois tipos de regimes contábeis, segundo a Lei nº 4.320/64 e Normas Brasileiras de Contabilidade Aplicada ao Setor Público, o misto (caixa e competência) para o orçamento e, competência para as movimentações patrimoniais. O regime contábil misto é utilizado somente no subsistema orçamentário e encontra-se fundamento na filosofia do ingresso de disponibilidade.

A contabilidade pública está estruturada nos seguintes subsistemas de informações: Subsistema orçamentário, que possui as funções de registrar, processar e evidenciar os atos e os fatos relacionados ao planejamento e à execução orçamentária. Subsistema patrimonial, que possui as funções de registrar, processar e evidenciar os fatos financeiros e não financeiros relacionados com as variações qualitativas e quantitativas do patrimônio público. Subsistema de compensação, que possui as funções de registrar, processar e evidenciar os atos de gestão cujos efeitos possam produzir modificações no patrimônio da entidade públicas, bem como aqueles com funções específicas de controle. Subsistema de custos que possui as funções de registrar, processar, evidenciar, analisar e interpretar os custos dos bens e serviços produzidos ofertados à sociedade pela entidade pública (SILVA, 2012; KOHAMA; 2012).

A figura 2 apresenta de forma integrada o sistema de contabilidade pública, dividido em contabilidade financeira (subsistemas orçamentário, financeiro e compensação) e contabilidade gerencial (subsistema custos), que se relacionam entre si

Figura 2 - Estrutura do sistema de contabilidade pública.



Fonte: Adaptado de Mauss; Souza (2008, p8).

A partir da figura 2 observa-se a integração dos subsistemas de contabilidade pública e suas finalidades. Para Kohama (2012), além da integração entre si os subsistemas de contabilidade pública devem ser integrados a outros sistemas de informações.

Silva (1996) corrobora com essa idéia quando se refere à necessidade de integração do sistema de informação contábil público com outros sistemas de informação. Está preocupação sua preocupação é em grande parte devido ao sistema de informação contábil público preocupa-se apenas com o fluxo de caixa e informações financeiras, deixando de lado os eventos de natureza econômica, não possuindo flexibilidade para a classificação econômica da receita e da despesa. Portanto sua integração com outros sistemas de informação possibilita a melhor avaliação dos ativos, passivos e patrimônio líquido.

2.1.2 Orçamento público

O modelo de decisão do setor público, em sua intervenção na economia, materializa-se por meio do orçamento. Nesse sentido, o orçamento público é percebido como poderoso instrumento que visa alcançar três objetivos: controle político da arrecadação e dos gastos públicos, intervenção econômica e administração. O controle político é exercido pelo Poder Legislativo em dois momentos: na aprovação do orçamento anual e, posteriormente, na

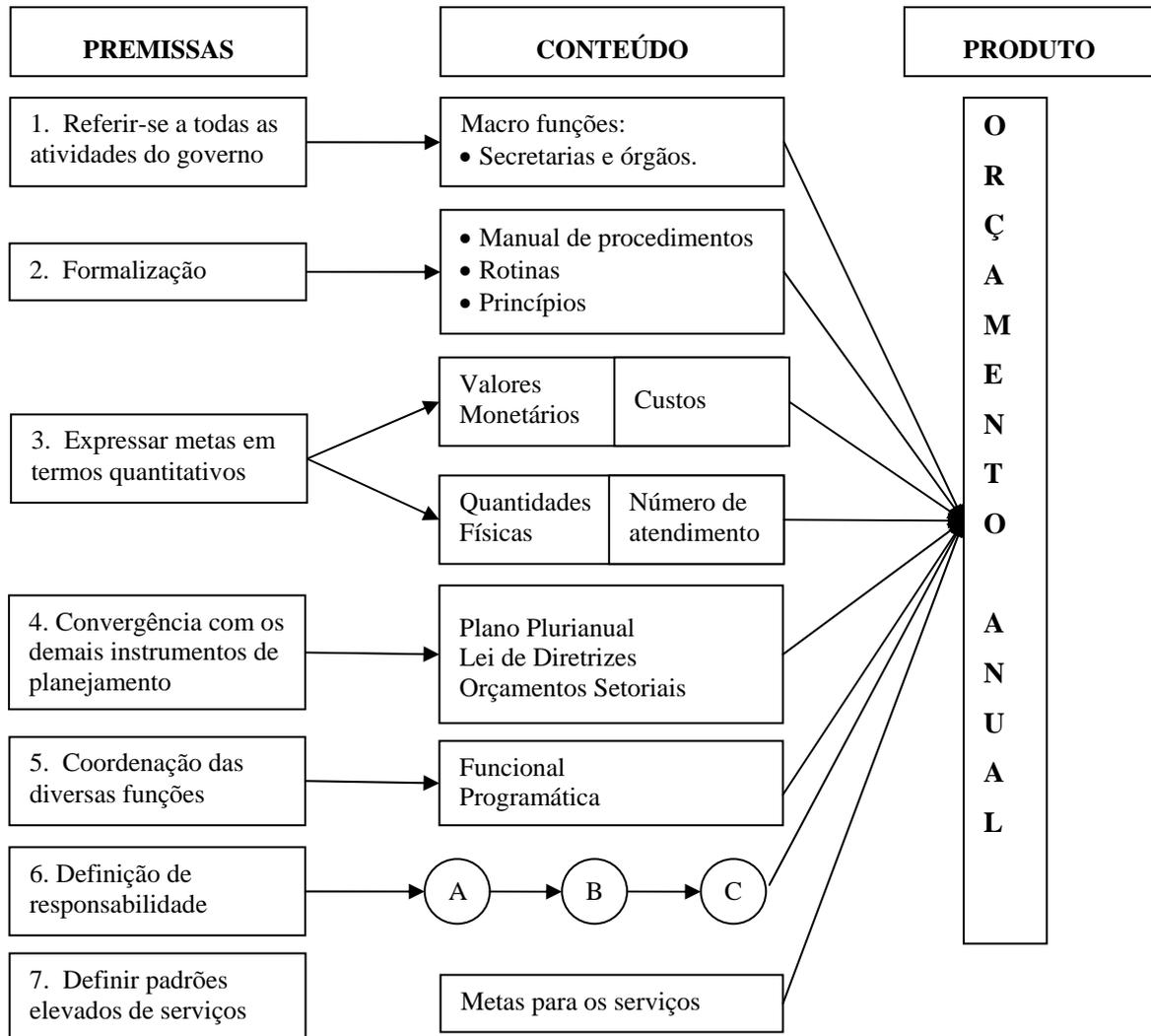
análise e aprovação ou não das contas apresentadas pelo Poder Executivo (MACHADO, 2002).

O orçamento público possui características políticas, jurídicas, contábeis, econômicas administrativas. Sua conceituação varia ao longo do tempo, na medida em que, em função de processo histórico específico cada uma dessas características ganha maior ou menor relevância. O modelo tradicional de orçamento público tinha como principal função o controle político do legislativo sobre o executivo. Essa função alterou com implantação do modelo moderno de orçamento que se caracteriza como um instrumento de administração, sendo que a partir deste modelo, é que surgiu a preocupação com a eficiência na gestão pública. Tais preocupações foram materializadas por meio do modelo de orçamento de desempenho que transfere a ênfase dos meios de realização para a realização em si mesma. Assim surge, o modelo de orçamento programa, que se constitui por meio de processos, onde objetivos e recursos são inter-relacionados, com objetivo de se obter, como produto final, um programa de ação coerente e compreensivo para a administração como um todo (MACHADO, 2002).

Atualmente o orçamento público é a materialização do planejamento do Estado, quer na manutenção de suas atividades, quer na execução de seus projetos e configura-se no instrumento do poder público que expressa seus programas de atuação, discriminando origem e o montante de recursos a serem obtidos, bem como a natureza e o montante dos dispêndios a serem efetuados (ANDRADE, 2006)

A Constituição Federal de 1988 define que o planejamento público seja composto por três instrumentos: Plano Plurianual (PPA); Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO); e Lei Orçamentária Anual (LOA). O Plano Plurianual representa a materialização do planejamento governamental e o balizamento de todas as atividades relativas à elaboração e execução de planos e orçamentos do setor público. A Lei de Diretrizes Orçamentárias funciona como elo entre o PPA e a LOA. Permite ao legislativo discutir, primeiro, as prioridades e metas e, depois, analisar a distribuição dos recursos entre os programas, projetos e atividades. A Lei Orçamentária Anual dispõe sobre a alocação dos recursos previstos entre os diversos programas, projetos e atividades, de acordo com as diretrizes do PPA e com as prioridades definidas na LDO (BRASIL, 1988). A figura 3 apresenta o fluxo para elaboração do orçamento público anual.

Figura 3 - Fluxo do processo orçamentário.



Fonte: Silva (1996, p. 57).

A partir da figura 3 observa-se que o fluxo para a elaboração do orçamento público se inicia com a definição da estrutura governamental, composta pelas secretarias e demais órgãos que possuam atividades e funções que devem ser executadas conforme suas descrições nos manuais de procedimentos. As atividades governamentais são quantificadas em forma física definidas em metas no PPA e LDO e mensuradas financeiramente na LOA, prevendo receitas e estabelecendo despesas de acordo com as metas estabelecidas pelas ações de governo. Portanto, a partir do orçamento público é possível definir responsabilidades e acompanhar o alcance das metas para cada serviço público que será prestado à população.

Para La Forgia e Couttolenc (2009), o orçamento público brasileiro tem como pontos fortes: possuir um processo estruturado de planejamento financeiro e preparação, estimular a cultura de planejamento e orçamento; ter um monitoramento e controle financeiros que reduzem a possibilidade de mau uso de recursos e fraudes; ter a maioria das secretarias e as maiores unidades têm órgãos estruturados de planejamento, finanças e orçamento. Mas, também possui os seguintes pontos fracos: processo de planejamento excessivamente complexo; utiliza quantidade excessiva de controles *ex ante* e avaliações formais; possui estrutura orçamentária defasada e desvinculada das prioridades e programas de governo, decisões sobre financiamento e orçamento muitas vezes estão a cargo de uma única secretaria, os gestores de unidade têm pouca autonomia para realocar recursos disponíveis. E ainda, a ênfase em controles formais não elimina o mau uso e as fraudes, sendo os planos e orçamentos raramente são utilizados como instrumentos gerenciais.

2.1.3 Classificação orçamentária das receitas e despesas públicas

“O orçamento é um importante instrumento de planejamento de qualquer organização, pública ou privada, e representa o fluxo de ingressos e de aplicações de recursos em determinado período” (BRASIL, 2011a, p, 25). O orçamento público utiliza um modelo para classificação das receitas e despesas públicas construído no formato do plano de contas contábil, sendo que cada conta é representada por um código no qual a posição de cada dígito tem um significado específico (MACHADO, 2002).

A classificação das receitas e despesas públicas é definida pela Lei nº 4.320/64, Portaria nº 42/1999, do Ministério do Orçamento e Gestão, e pela Portaria Interministerial nº 163/2001, da Secretaria do Tesouro Nacional (STN) e da Secretaria de Orçamento Federal (SOF). O formato de classificação permite identificar as receitas orçamentárias sob seis níveis diferentes (categoria econômica, origem, espécie, rubrica, alínea e subalínea) e as despesas orçamentárias sob cinco níveis diferentes (institucional, funcional, programática, natureza econômica e fonte de recursos).

2.1.3.1 Classificação orçamentária das receitas públicas

A Lei nº 4.320/64 define que os itens da discriminação da receita, serão identificados por números de código decimal. Convencionou-se denominar estes códigos de natureza da receita. A natureza da receita é a menor célula de informação no contexto orçamentário, que contém todas as informações necessárias para as devidas alocações orçamentárias. A fim de possibilitar identificação detalhada dos recursos que ingressam nos cofres públicos, esta classificação é formada por um código numérico de oito dígitos que se subdivide em seis níveis diferentes (BRASIL, 2011a). Para que se tenha uma visão geral da classificação da receita orçamentária, a tabela 1 demonstra um exemplo da estrutura codificada.

Tabela 1 - Classificação orçamentária da receita pública.

Discriminação dos níveis	Código orçamentário	Especificação
Categoria Econômica	1.000.00.00	Receitas Correntes
Origem	1.700.00.00	Transferências Corrente
Espécie	1.720.00.00	Transferências Intergovernamentais
Rubrica	1.721.00.00	Transferências da União
Alínea	1.721.33.00	Transferências para Saúde
Subalínea	1.721.33.11	Bloco de Atenção Básica

Fonte: Adaptado de Kohama (2012, p.73).

A categoria econômica das receitas orçamentárias é definida pelo Artigo 11 da Lei nº 4.320/64 em receitas correntes e receitas de capital. As receitas correntes são destinadas a manutenção das atividades e as receitas de capital são destinadas para investimento em bens de capital. A origem é o detalhamento das categorias econômicas com vistas a identificar a procedência das receitas (BRASIL, 2011a). A tabela 2 apresenta os códigos da origem para ambas as receitas.

Tabela 2 - Códigos da origem da receita orçamentária.

Receitas Correntes	Receitas de Capital
(1) Receita Tributaria	(1) Operações de Crédito
(2) Receita de Contribuições	(2) Alienação de Bens
(3) Receita Patrimonial	(3) Amortização de Empréstimos
(4) Receita Agropecuária	(4) Transferências de Capital
(5) Receita Industrial	(5) Outras Receitas de capital
(6) Receita de Serviços	
(7) Transferências Correntes	
(9) Outras Receitas Correntes	

Fonte: Brasil (2011a, p. 29).

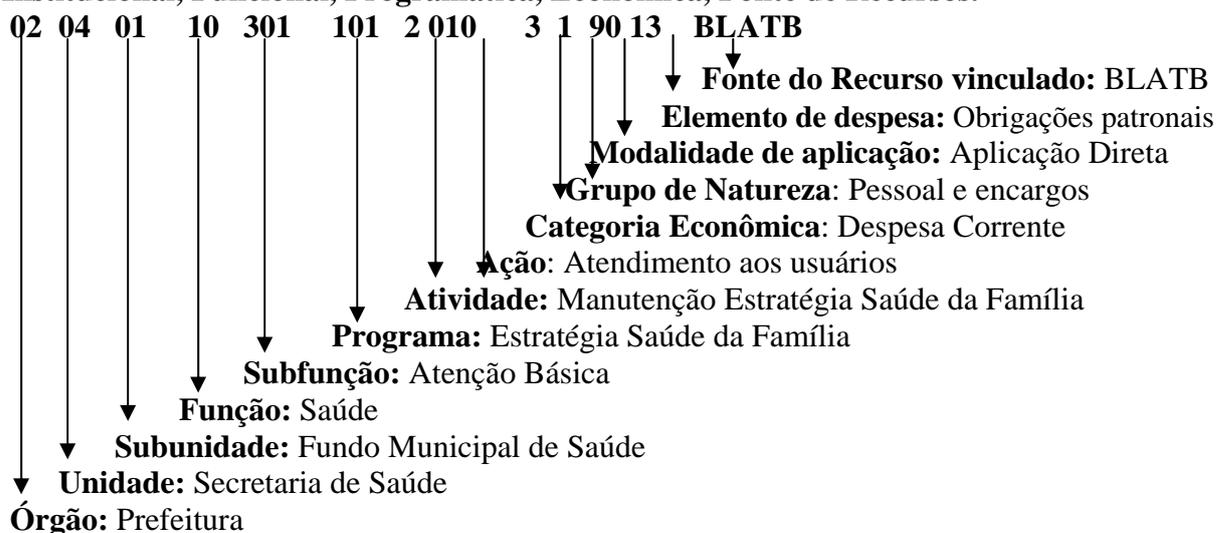
As receitas públicas são classificadas quanto à espécie, rubrica, alínea e subalínea. A espécie é o nível de classificação vinculado à origem da receita e permite qualificar com maior detalhe o fato gerador das receitas. A rubrica agrega determinadas espécies de receitas cujas características próprias sejam semelhantes entre si. A alínea detalha a rubrica e exterioriza o nome da receita que receberá o registro pela entrada de recursos financeiros. A subalínea é o nível mais analítico da receita, utilizado quando há necessidade de se detalhar a Alínea com maior especificidade (BRASIL, 2011).

2.1.3.2 Classificação orçamentária das despesas públicas

Para que se tenha uma visão geral da classificação da despesa orçamentária, apresenta-se um exemplo na figura 4 da classificação orçamentária da despesa com todos componentes codificados:

Figura 4 - Classificação das despesas orçamentárias

Institucional, Funcional, Programática, Econômica, Fonte de Recursos.



Fonte: Adaptado de Andrade *et al.* (2006, p.169).

A classificação institucional identifica a unidade administrativa responsável pela execução da despesa, nos municípios esse código pode ser composto por quatro ou seis dígitos. O artigo 14º da Lei nº 4.320/64, explicita duas categorias dessa classificação: órgão e unidade orçamentária. Por exemplo, órgão orçamentário é a prefeitura, unidade orçamentária é a secretaria municipal de saúde. A constituição do orçamento em órgãos e unidades delega atribuições a estes e concomitantemente, faz o aporte de dotações. Transformando-os em centro de planejamento, elaboração orçamentária, controle interno e de custos (MACHADO JUNIOR; REIS, 2003).

A classificação funcional segrega as dotações orçamentárias em funções e subfunções, buscando responder à indagação “em qual” área de ação pública os gastos serão realizados (BRASIL, 2011a). A classificação funcional é utilizada geralmente para definir patamares mínimos de gasto em determinadas áreas, como: saúde, educação e habitação, entre outras. Definida pela Portaria nº 42/1999, a classificação funcional estabelece duas categorias: função: o maior nível de agregação das diversas áreas de despesa que competem ao setor público; e, subfunção: uma partição da função, visando agregar determinado subconjunto de despesa do setor público.

A classificação funcional é representada por cinco dígitos. Os dois primeiros referem-se à função, e os três últimos, a subfunção. As funções e as subfunções podem, em princípio, ser combinadas entre si. Essa flexibilidade permite conhecer, por exemplo, qual parcela da função saúde foi gasta na subfunção Planejamento e Orçamento. Agregando-se todos os gastos com a subfunção Planejamento e Orçamento, pode-se conhecer o montante desses gastos para o ente público como um todo (MACHADO, 2002).

Toda ação do governo está estruturada em programas orientações para a realização dos objetivos estratégicos definidos no PPA. Conforme estabelecido pela Portaria 42/1999 em seu artigo 3º, 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 nela contidos. Assim, todos os entes da federação devem ter seus trabalhos organizados por programas e ações, mas cada um estabelecerá seus próprios programas e ações de acordo com a referida portaria (MACHADO, 2002).

A Portaria nº 42/1999, conceituou em seu artigo 2º a classificação programática em quatro categorias específicas: Programa, projeto, atividade e Operações Especiais. O programa constitui-se no elo entre os instrumentos de planejamento e orçamento público. Os projetos representam ações governamentais com tempo determinado e as atividades representam as ações governamentais permanentes e contínuas. Todos são instrumentos para execução do programa, que deve resultar em um produto. Compreendido como dimensão fundamental dos programas, os produtos são os bens e/ou serviços necessários para atingir os objetivos estabelecidos no planejamento. E quando os gastos não podem ser associados a nenhum produto executado no período corrente, são classificados como operações especiais (MACHADO, 2002).

A classificação funcional programática é um instrumento fundamental para a programação da despesa, cuja finalidade é criar uma linguagem comum e integrar o orçamento e planejamento (SILVA, 1996). Contudo, cada entidade governamental deverá estabelecer a classificação funcional e programática da despesa conforme suas necessidades.

A classificação da despesa orçamentária por natureza identifica a despesa pública quanto a categoria econômica, grupo de natureza da despesa e modalidade de aplicação e elemento da despesa, conforme Portaria Interministerial nº163/2001 que classifica a natureza em quatro blocos. Na categoria econômica, os gastos são classificados em duas categorias econômicas, despesas correntes e despesa de capital. Os grupos de natureza da despesa são agregadores de elementos de despesa com as mesmas características, quanto ao objeto de gasto, busca representar os principais conjuntos. As modalidades de aplicação identificam a origem dos recursos aplicados e possui como objetivo a consolidação das contas do setor governamental, por permitir eliminar a dupla contagem dos recursos transferidos entre os entes da Federação. Os elementos de despesas identificam os tipos de recursos utilizados no processo de produção de bens e serviços do setor público, tais como pessoal, material de consumo, serviços de terceiros. O desdobramento da despesa possui como objetivo especificar o destino dos recursos utilizados e permitir seu melhor controle.

A classificação dos elementos de despesa é vista como a base para a implantação de um sistema de apuração de custos no setor público que possibilite a realização de previsões adequadas e, ainda, a avaliação dos resultados comparando os custos estimados tanto sob o aspecto financeiro, como também, das metas físicas estabelecidas (SILVA, 1996). A tabela 3 apresenta a classificação da despesa orçamentária por natureza até o nível de desdobramento.

Tabela 3 - Classificação da despesa orçamentária por natureza com desdobramento.

Natureza da Despesa			
Nível	Classificação	Código	Descrição
1º	Categoria econômica	3.0.00.00	Despesas Correntes
2º	Natureza da despesa	3.3.00.00	Outras Despesas Correntes
3º	Modalidade de Aplicação	3.3.90.00	Aplicação direta
4º	Elemento de Despesa	3.3.90.39	Outros serviços de terceiros P. Jurídica
5º	Desdobramento	3.3.90.39.01	Assinatura de Periódicos e Anuidades

Fonte: Andrade *et al.* (2006, p. 169)

A classificação da despesa por fonte de recursos vincula a despesa orçamentária em determinada receita pública, cujo objetivo é permitir conhecer a origem dos recursos que são destinados à execução dos programas. A destinação da receita pública é dividida em ordinária e vinculada. Os recursos ordinários são aqueles cuja aplicação é livre para atender às finalidades gerais da entidade pública. Já aplicação dos recursos vinculados está condicionada ao atendimento de finalidades específicas estabelecidas pela legislação vigente, por convênios ou por outro instrumento congênere. (ANDRADE *et al.* 2006).

2.2. Sistema de informação gerencial das entidades públicas

O sistema de informação gerencial atua sobre os dados e informações do ambiente interno da organização e objetiva propiciar informações de suporte às decisões. De acordo com Padoveze (2009), os componentes centrais do sistema de contabilidade gerencial são a contabilidade societária e fiscal, o sistema orçamentário e o sistema de custo. Silva (1996) corrobora com essa idéia ao afirmar que a contabilidade geral e a contabilidade gerencial possuem estreitas ligações. Pois, utilizam dos mesmos dados. Contudo a segunda permite captar, processar, analisar e interpretar os dados em face das necessidades da administração para condução da entidade e abstrair completamente dos aspectos da formalidade legal. Assim sendo, o sistema de informação gerencial para o setor público possui como base o sistema de contabilidade público. Tal posição encontra fundamento no art. 85º da Lei nº 4.320/64, que estabelece a organização dos serviços de contabilidade, como exposto:

Os serviços de contabilidade serão organizados de forma a permitir o acompanhamento da execução orçamentária, o conhecimento da composição patrimonial, a determinação dos custos dos serviços industriais, o levantamento dos balanços gerais, a análise e interpretação dos resultados econômicos e financeiros (BRASIL, 1964).

Por sua vez, o art. 79º do Decreto Lei nº 200/1967, determina apuração de custos para toda administração pública.

Art. 79. A contabilidade deverá apurar os custos dos serviços de forma a evidenciar os resultados da gestão (BRASIL, 1967).

Já a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) determina a utilização do sistema de custo de forma gerencial, ao estabelecer que a administração pública, deve manter um sistema de custos que permita a avaliação e o acompanhamento da gestão orçamentária, financeira e patrimonial. E a LDO dispõe sobre normas relativas ao controle de custos e à avaliação de resultados dos programas financiados com recursos dos orçamentos. Portanto, a LRF fortaleceu as funções da contabilidade pública objetivando o controle orçamentário e financeiro, inserindo nestes um caráter mais gerencial (SENA; ROGERS, 2007).

A contabilidade gerencial disponibiliza ao gestor público informações que tornam possível avaliar a eficiência e o resultado econômico da entidade pública, que se constituem em fundamentos para tomada de decisão, pois tais informações ampliam o horizonte de utilidade e possibilitam a criação de cenários de planejamento, programação e orçamento (MAUSS; SOUZA, 2008). Contudo, para a efetiva utilização da contabilidade gerencial nas entidades públicas é necessário que a mesma gere informações, que sejam úteis e tempestivas, constituindo-se, em um ferramental que possa ser utilizado pelos gestores públicos para alcançar as metas e os resultados planejados e, conseqüentemente, atingir a eficiência e a eficácia tão almeçadas por todos os governos (GERICK, 2008).

2.2.1. Sistema de informação de custos no setor público

A gestão de custos no setor público é importante para se conhecer a formação dos mesmos nas atividades, programas e projetos com a conseqüente contribuição para o conhecimento dos efeitos econômicos, financeiros e políticos e ainda servir de instrumento de gestão (SILVA, 1996). O agravamento da crise fiscal e a busca pela contenção do déficit público levaram o Estado a conflitos alocativos na medida em que a reivindicação por aumento e melhoria do serviço é confrontada com as necessidades de corte nos gastos públicos (MACHADO, 2002).

Para Alonso (1999), o conhecimento do custo dos serviços públicos é fundamental para uma alocação eficiente de recursos e o desconhecimento dos custos é o maior indicador de ineficiência no provimento dos serviços públicos. O sistema de custos constitui-se em um dos

principais indicadores de desempenho, pois, torna possível estabelecer padrão para os gastos públicos e compará-los. Os custos podem orientar várias decisões, dentre as quais destacam-se: a reestruturação de processos de trabalho; terceirização; ações de descentralização e adoção de contratos de gestão. E, principalmente, a correta apuração dos custos dos serviços públicos e sua publicidade são poderosos instrumentos de controle social, permitindo avaliação da eficiência dos serviços prestados (AFONSO, 2000).

Em síntese o sistema de custos é uma ferramenta que ampara a tomada de decisões, o controle gerencial e a transparência do setor público. Contudo, os dispositivos legais que impõem a gestão de custos são desrespeitados por quase todas as entidades públicas. E ainda, quando utilizados não se encontram estruturados em estudos científicos e são inadequados para atender as necessidades informacionais em sua totalidade (SILVA, 1996). Embora, a apuração de custos no setor público, esteja legalmente posta, não há, ainda, normas ou metodologia definidas, para sua utilização como ferramenta de gestão no setor público. (GONÇALVES *et al.* 2011).

Portanto, a legislação não determina como e nem a forma que se deve implantar o sistema de custos nas entidades públicas. Neste trabalho foi utilizado um modelo de sistema de custos, que possui como base os modelos propostos por Silva (1996), Machado (2002) e Mauss e Souza (2008), por serem indicados para entidades públicas de administração direta e proporcionam a mensuração da eficiência na gestão pública.

Alonso (1999) defende que a construção dos sistemas de custos deve ser feita sob medida para as necessidades de cada organização pública. Neste sentido, Afonso (2000), afirma que o ponto de partida para a construção do sistema de custos é o orçamento público, utilizado como fonte de parâmetros físicos e monetários e como base de comparação entre os custos efetivamente incorridos e os projetados.

Para Mauss e Souza (2008) a integração do sistema de informação de custos público com os demais subsistemas de contabilidade pública, não altera a classificação preceituada pela legislação vigente, apenas complementa as informações necessárias para melhor gestão pública. Possibilita, assim uma prestação de contas mais ampla e completa, por permitir a

sociedade e aos órgãos de controle avaliar aspectos relacionados a economicidade, eficiência e eficácia na gestão dos recursos públicos.

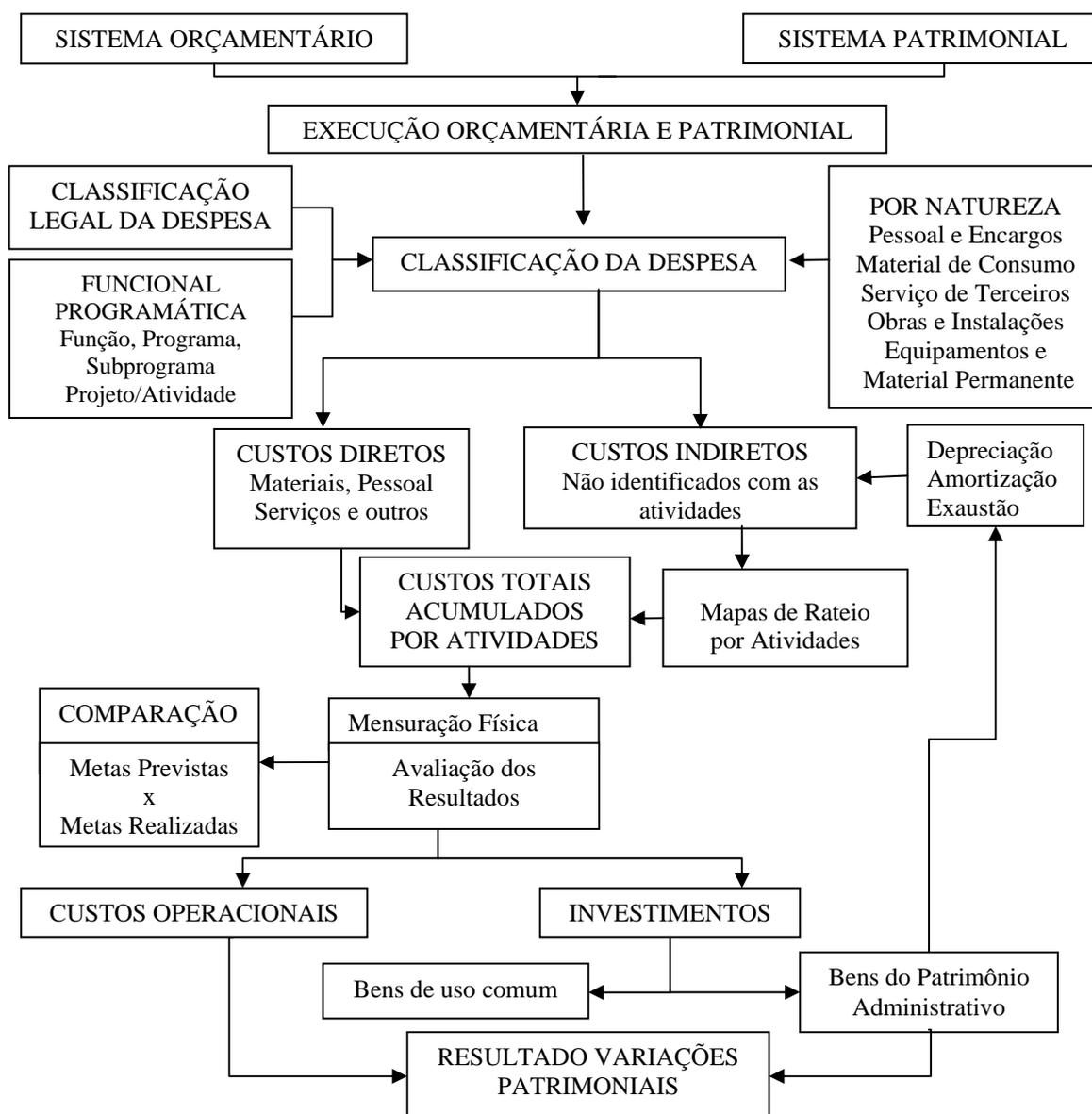
De acordo com Fernandes e Slomski (2011), no momento da implantação de um sistema de custos no setor público, a questão da relação custo-benefício das informações deve ser levada em conta, pois não é raro encontrar demonstrativos com números e dados que nunca são utilizados. O melhor sistema de custos não é o mais perfeito, mas o que melhor se presta à tomada de decisão. Portanto cabe maximizar os esforços desenvolvidos, buscando-se as soluções mais simples e que melhor permitam viabilizar informações necessárias à gestão pública.

Segundo Gonçalves *et al.* (2010) é necessário buscar a apropriação da informação de custos como um sumário sobre “quais” e “como” os recursos são consumidos pelo que se produziu ou serviços prestados. Portanto, o custo de uma prestação de serviço público, seja uma consulta médica ou uma aula, por exemplo, (X reais), “traduz” ou “sumariza” o “que” e “como” foram consumidos recursos humanos, materiais, equipamentos e outros para aquele determinado fim. Assim, as informações sobre custos constituem-se em ferramenta essencial, para o planejamento e a elaboração de indicadores de produto, de resultado e de processo, possibilitando a adequação de consumo dos recursos e a criação de indicadores econômicos, financeiros e de desempenho, garantindo a qualidade final do produto ou serviço entregue à comunidade (GONÇALVES *et al.* 2011).

Para Borba, Lisboa e Ulhôa (2009) a gestão de custos em instituições de saúde pública é uma necessidade. Diante dos novos mecanismos de remuneração dos serviços, a competitividade e os altos custos setor exigiram uma nova postura do gestor, caracterizada pelo alcance de melhores níveis de produtividade e de eficácia na atividade operacional.

O sistema de custo do setor público inicia-se na confluência de três áreas de conhecimento: orçamento público; contabilidade pública; e gestão de custos desenvolvida no setor privado (BRASIL, 2013a). A figura 5 apresenta um sistema de informação de custos, desenvolvido a partir do orçamento público e contabilidade pública.

Figura 2 - Sistema de informação de custos no setor público.



Fonte: Adaptado de Silva (1996, p.65).

A figura 5 mostra que o sistema de informação de custos para o setor público, conforme pesquisas realizadas (SILVA, 1996; ALONSO, 1999; AFONSO, 2000; MACHADO, 2002; MAUSS; SOUZA, 2008) possui como base os subsistemas orçamentário e patrimonial. Esses subsistemas realizam a classificação dos gastos quanto ao local (institucional), área, (função e subfunção), finalidade (projeto e atividade) e natureza da despesa (elemento da despesa). Deste modo, o sistema de informação de custos no setor público deve ser estruturado, a partir de mecanismos de acumulação de custos, métodos de custeio, critérios de atribuição dos custos indiretos e tipos de custos (CAMARGOS; GONÇALVES, 2004).

2.2.1.1. Sistema de acumulação custos aplicado ao setor público

Os sistemas de acumulação de custos referem-se aos mecanismos utilizados nas sucessivas transferências de valores aos produtos ou serviços ofertados pelas organizações. Isto é, consistem na forma como os custos são acumulados e apropriados aos produtos e serviços (BRUNI; FAMÁ, 2002).

Segundo Martins (2003), os dois sistemas de acumulação de custos mais utilizados são: processo e ordem. O custeio por processos é indicado para organizações cuja produção é caracterizada pela homogeneidade, com processamento de produtos com mesmas características e cuja contabilização dos custos é feita no final de determinado período. Para isso, os custos são acumulados em contas representativas das diversas linhas de produção, que são encerradas no final de cada período. O custeio por ordem é indicado para organizações cujos produtos processados são diferenciados e cuja contabilização dos custos é feita por produto ou por lotes de fabricação. Para isso, os custos são acumulados em contas representativas das diversas linhas de produção, que são encerradas sempre no final da fabricação de determinada encomenda ou lote.

O setor público opera fundamentalmente na prestação de serviços à comunidade. Os serviços típicos do setor público como ensino, assistência médica, segurança pública, entre outros, são prestados de forma contínua, requerendo, portanto, um sistema de acumulação de custos por processos. Os custos neste caso são acumulados por período. Por outro lado, o setor público, cria capacidade para prestar serviço quando constrói uma escola, um hospital, uma ponte, um conjunto habitacional ou uma estrada. Esse tipo de atuação se caracteriza como encomenda específica, com data inicial e final de execução, significando, portanto, que o sistema de acumulação de custos requerido neste caso é definido tecnicamente por “custeio por ordem”. Os custos relativos a essa obra devem ser acumulados na rubrica “custeio por ordem” até que a obra termine, quando será apurado o custo total da ordem ou custos unitários, quando for o caso. Contudo, no término do período contábil no qual não se encerra a ordem; os custos relativos à ordem em andamento devem ser ativados como obras em andamento (MACHADO, 2002).

2.2.1.2. Métodos de custeio do setor público.

Para Camargos e Gonçalves (2004) os métodos de custeio definem como e quais custos devem ser alocados aos produtos. Os métodos de custeio (absorção, pleno, direto e etc) podem ter objetivos tanto legais quanto gerenciais, com distintas abordagens.

Segundo Slomski (2012), é preciso definir o escopo da gestão de custos, pois a partir dele, pode-se optar por um ou outro método de custeio. Se o escopo for formação de estoque, é necessário, que sejam observados os princípios fundamentais de contabilidade e a legislação fiscal. Se o escopo for a tomada de decisões, não será necessário que se observem tais princípios e nem seguir a legislação, pois este tem objetivo de orientar decisões no âmbito interno da organização.

No método de custeio por absorção, integram os custos dos produtos somente os gastos são alocados à produção dos produtos e serviços. Os demais gastos não alocados nos produtos e nos serviços são classificados como despesas. Trata-se de um método condizente com os princípios fundamentais contábeis e legislação fiscal (CAMARGOS; GONÇALVES, 2004).

No método de custeio pleno, também denominado integral ou RKW, difere do custeio por absorção por considerar que devem ser agregados não apenas os custos de produção, mas todas as demais despesas da organização, inclusive as financeiras (MACHADO, 2002).

No método de custeio direto, os custos são classificados em indiretos e diretos, mas somente os custos diretos são apropriados aos produtos. Os custos indiretos não são rateados, mas sim reconhecidos em sua totalidade, como as despesas. É um método que não é reconhecido pela legislação fiscal (CAMARGOS; GONÇALVES, 2004).

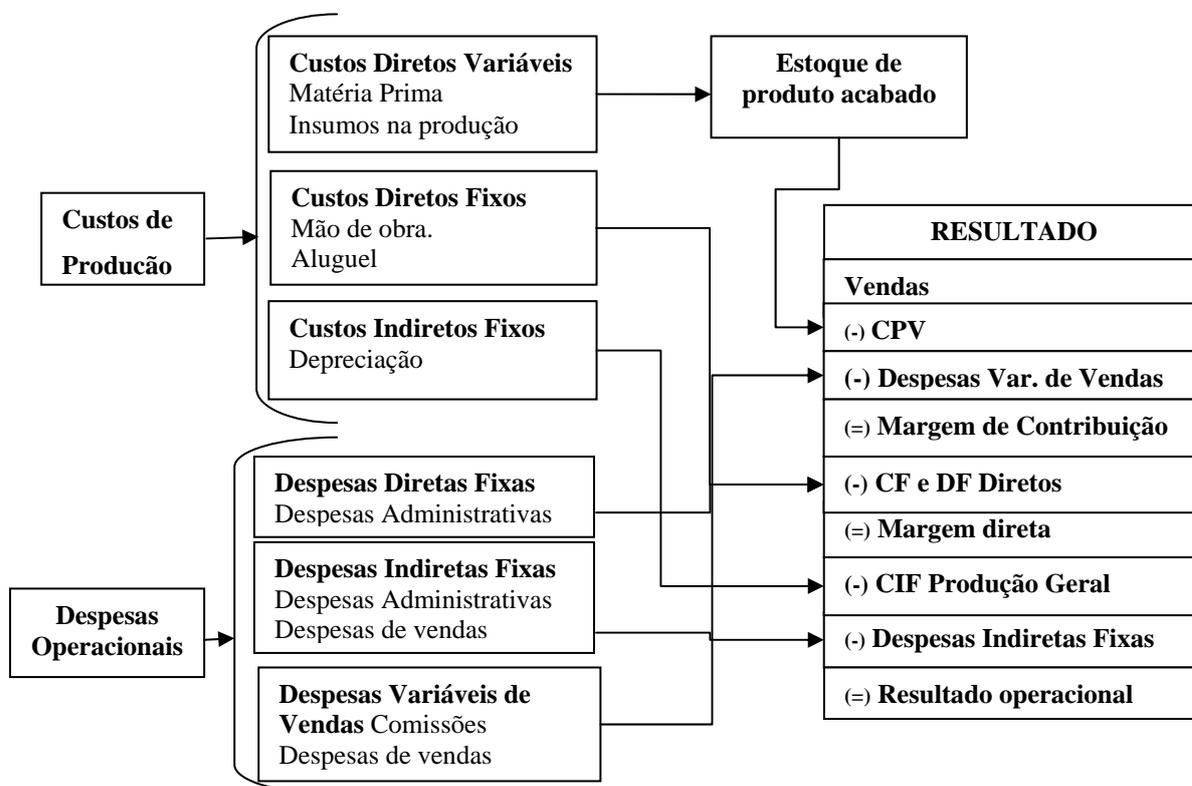
A escolha do método de custeio do setor público não é tarefa simples. Pois, não existe limitação legal quanto ao uso de qualquer método e existem defensores para quase todas estas metodologias de determinar custos. Silva (1996) propõe a utilização do método de custeio por absorção e Machado (2002), afirma que o método de custeio menos traumático para o setor público é o de custeio direto. Corrobora Brasil (2013a) ao afirmar que são necessárias

algumas adaptações e considerações para adoção do método de custeio por absorção no setor público. Por exemplo: as despesas podem ser classificadas como custos, considerando que toda a estrutura envolvida tem por objetivo final a oferta de serviços à população.

O método de custeio que melhor atende ao escopo deste trabalho foi o de custeio direto, por ser uma metodologia que apropria somente os gastos diretamente ligados ao produto ou serviço, não sendo necessária utilização de nenhum critério para o rateio dos custos. Assim, todos os gastos realizados na manutenção de atividade Estratégia Saúde da Família foram classificados como custos.

O método de custeio direto possui como ênfase a contribuição que cada produto oferece para a cobertura dos custos indiretos e para a geração do resultado. Por isso, alocam aos produtos ou serviços somente os custos e despesas que podem ser diretamente relacionados a eles. Os demais custos indiretos ao produto são transferidos para apuração do resultado do período (MAUSS; SOUZA, 2008). A figura 6 apresenta um modelo de fluxo do método de custeio direto, proporcionando a visualização de sua mecânica.

Figura 3 - Fluxo do método de custeio direto.



Fonte: Adaptado de Mauss e Souza (2008, p. 49).

De acordo com Machado (2002) as vantagens da utilização do método de custeio direto para as entidades públicas são: não conter qualquer tipo de rateio; permitir a análise do desempenho dos gestores e das políticas públicas com maior objetividade e sem as intermináveis discussões a respeito dos custos gerais transferidos; estar presente nos instrumentos de planejamento público e na contabilização da execução orçamentária. E a relação de custo-benefício da informação, embora difícil de ser quantificada, é claramente favorável ao método do custeio direto, uma vez que sua implantação pode ser feita muito rapidamente e com baixo custo de treinamento, já que aos funcionários e gestores esse método soa familiar.

Dois aspectos que merecem atenção no uso do método de custeio direto. O primeiro é que os custos apurados dessa forma podem conter distorções, devido à falta de critérios rigorosos na vinculação do pessoal aos projetos e atividades em que realmente trabalham; e o segundo é que projetos e atividades são excessivamente genéricos ou globais não permitindo uma associação direta dos recursos consumidos na produção de seus produtos (MACHADO, 2002).

Desta forma, é fundamental o rigor nas fases de elaboração e execução do orçamento, especificamente na associação dos recursos com projetos e atividades, pois a qualidade das informações do sistema integrado de custo depende da correta classificação contábil que são realizadas nessas fases (MACHADO, 2002).

2.2.1.3. Critérios de Atribuição dos Custos Indiretos.

Os critérios de atribuição dos custos indiretos merecem atenção por, duas razões. A primeira é a importância do tratamento dos custos indiretos na perspectiva gerencial estratégica, tática/gerencial e operacional. Ou seja, devem-se compreender os objetivos gerenciais postos claramente para se conduzir o tratamento dos custos indiretos; e a segunda é o desencadeamento de complexidades que podem ocorrer no momento da atribuição dos custos indiretos.

Quando os produtos fabricados usam de forma similar os semelhantes recursos disponibilizados pela organização, pode-se fazer a atribuição dos custos indiretos sem departamentalização. Entretanto, quando os produtos usam de formas desiguais ou diferentes recursos disponibilizados pela organização, deve-se fazer a atribuição dos custos indiretos com departamentalização. Neste caso, utiliza-se a definição de centros de custos ou centros de responsabilidade, que são classificados conforme sua relação com áreas-meio e áreas-fim (BRASIL, 2013a).

A atribuição dos custos indiretos sem departamentalização consiste em tomar o total de custos indiretos e dividi-los pelo total de produtos produzidos. Para o caso de diferentes produtos, mantem-se o pressuposto básico de que consumiram de forma similar os semelhantes recursos da organização. Na definição de qual critério é o mais adequado, para realizar o rateio, deve-se analisar a composição dos custos indiretos, buscando mitigar a arbitrariedade subjacente no processo de rateio (BRASIL, 2013a).

Uma forma de reduzir a arbitrariedade e a subjetividade dos rateios é a divisão da organização em departamentos ou centros de custo, a departamentalização. O departamento é a menor unidade administrativa, representada por homens e máquinas, que desenvolve atividades homogêneas (MARTINS, 2003). Nesta metodologia os custos indiretos são atribuídos aos departamentos e então, no segundo estágio, são atribuídos os custos dos departamentos aos produtos (ATKINSON *et al.* 2008). Assim, os custos incorridos originalmente nos departamentos são classificados como custos primários e os custos recebidos por rateio de outros departamentos são chamados de secundários (MARTINS, 2003).

2.2.2. Centro de responsabilidade nas entidades governamentais.

O termo “(...) centro de responsabilidade é usado em referência a qualquer parte da organização cujo gestor exerça controle por custos, lucros e investimentos, e por eles seja responsabilizado.” (GARRISON, NOREEN, BREWER, 2007, p. 444). Para Anthony e Govindarajan (2002), o centro responsabilidade é uma unidade da organização sob a supervisão de um gestor responsável por suas atividades, e, portanto, devem prestar contas sobre elas, onde a controladoria deve buscar avaliar os resultados de suas atividades.

Quanto aos objetivos, os centros de responsabilidade visam cumprir um ou mais propósitos tendo vista o atendimento das estratégias da organização como um todo. Assim, a organização formada por diversos centros de responsabilidade, quando todos estes alcançam seus objetivos, as metas da organização são alcançadas (ANTHONY; GOVINDARAJAN, 2008). Em geral, controlar as atividades dos centros de responsabilidade requer medir os elementos não financeiros de desempenho, como qualidade e serviços, os quais geram resultados financeiros. Portanto, quando a organização utiliza um único índice para prover uma avaliação abrangente das operações, essas normalmente usam um número financeiro como receita, custo, resultado ou retorno sobre investimento (ATKINSON *et al.* 2008). Os centros de responsabilidade podem ser classificados em quatro tipos: centro de custo; centro de receita; centro de resultado e centro investimento.

O centro de custo é o centro de responsabilidade em que os participantes controlam os custos, mas não controlam as receitas nem o nível de investimento. Consequentemente é possível medir, de forma objetiva, em termos financeiros, as entradas do centro de custo, mas não suas saídas. Desta forma, as saídas são medidas em unidades físicas de produtos ou pelos seus atributos qualitativos (CARDOSO; MARIO; AQUINO, 2007).

Centro de receita é o centro de responsabilidade em que os participantes controlam as receitas, mas não controlam o custo de produção, aquisição de um produto ou serviços, ou nível de investimento (ATKINSON *et al.* 2008). Consequentemente é possível medir, de forma objetiva, em termos financeiros, as saídas do centro de receita, mas não suas entradas. Desta forma, as entradas são medidas em unidades físicas (CARDOSO; MARIO; AQUINO, 2007).

Centro de resultado são centros de responsabilidade cujos gestores controlam as receitas e os custos dos produtos ou serviços que produzem. Mas, não o nível de investimento. (ATKINSON *et al.* 2008). Para Anthony e Govindarajan, (2008) quando o desempenho de um centro de responsabilidade é medido com base em seu lucro, o centro é chamado de centro de resultado.

Segundo Mauss e Souza (2008), a criação dos centros de resultados deve aproveitar a estrutura já estabelecida na entidade pública, e assim objetivar a mensuração de resultados. Os

autores apresentam três modelos genéricos de centros de resultados existentes nas entidades públicas: Centro de resultados executores, composto pelos os prestadores de serviços à comunidade; Centro de resultados auxiliares, composto por prestadores de serviços internos; e Centro de resultados administrativos, onde são executadas as funções administrativas. O objetivo principal da contabilidade por centro de resultados na entidade pública é o acompanhamento físico financeiro dos resultados. Portanto, determinadas as metas, é preciso estabelecer a modelagem dos relatórios de modo que o gestor obtenha os dados e informações que possibilite avaliar se a organização segue o caminho planejado (SILVA, 1996).

Por fim, o centro de investimento são centros de responsabilidade em que o gerente e outros funcionários controlam receitas, custos e nível de investimento. O centro de investimento é como um negócio independente (ATKINSON *et al.* 2008).

Para atingir o escopo deste o trabalho a Estratégia Saúde da Família, foi classificada como um centro de resultado executor. Ou seja, que presta serviço público de saúde à população e sua movimentação financeira tanto as receitas quanto seus gastos (custos e despesas diretos) foram confrontados para que se mensure e evidencie o desembolso necessário por parte dos municípios para manutenção de suas atividades.

2.3 Risco Financeiro Operacional

O termo risco é proveniente da palavra *riscu*, em latim, que significa ousar. Costuma-se entender “risco” como possibilidade de “algo não dar certo”, mas seu conceito atual envolve a quantificação e qualificação da incerteza, tanto no que diz respeito a “perdas” como a “ganhos”, com relação ao rumo dos acontecimentos planejados (IBCG, 2007). No âmbito financeiro organizacional, risco é a possibilidade de que os resultados realizados possam ser diferentes daqueles esperados, compreendido como a variabilidade de retorno associada a um determinado ativo, sendo o termo risco utilizado alternativamente para definir a existência da incerteza de retornos positivos. Portanto, o risco existe quando há probabilidade de ocorrência de resultados inferiores ao planejado (GITMAN, 2010).

Para Darlington *et al.* (2001), o risco é a ameaça de que um evento ou ação afete a capacidade da organização de maximizar o valor para que os *stakeholders*,⁶ atinjam seus objetivos e estratégias de negócio. O processo de análise de risco pode ser realizado de duas formas, a primeira numa base, em que um projeto é considerado isoladamente, e a segunda como parte de um grupo, em que o projeto é mantido como uma entre numerosas ações. Assim, o risco da organização é medido pelo impacto do projeto sobre a incerteza acerca dos rendimentos futuro da empresa. (BRIGHAM; GAPENSKI; EHRHARDT, 2001).

A avaliação dos riscos organizacionais delimita os componentes do risco em econômico e financeiro. As principais causas do risco econômico são de natureza conjuntural, de mercado, planejamento e gestão da organização. O risco financeiro está mais diretamente relacionado com o endividamento da organização, sua capacidade de pagamento e não com decisões de ativos. O risco organizacional pode ser definido por sua parte sistemática e não sistemática. O risco sistemático é inerente a todos os investimentos e é determinado por eventos de natureza política, econômica e social. O risco não sistemático é identificado nas características do próprio investimento. É um risco intrínseco, próprio de cada investimento realizado. E a sua eliminação de uma carteira é possível pela inclusão de ativos que não tenham correlação positiva entre si (ASSAF NETO, 2010).

Os riscos organizacionais podem ser classificados de acordo com sua natureza como estratégicos, operacionais e financeiros. Tal classificação é importante, pois serve como ponto de partida para seu tratamento. Risco estratégico pode ser definido como mudanças ambientais de longo prazo com poder de afetar o modo como uma organização adiciona valor aos *stakeholders* (DARLINGTON *et al.* 2001). “Os riscos operacional e financeiro são mais específicos à empresa e, portanto, mais importantes para os administradores financeiros” (GITMAN, 2004, p. 184).

O risco financeiro está relacionado com “a possibilidade de que a empresa não seja capaz de fazer frente as suas obrigações financeiras. Seu nível é determinado pela previsibilidade dos fluxos de caixa operacionais da empresa e por suas obrigações financeiras de custo fixo” (GITMAN, 2010, p. 204). O ponto de partida para analisar o risco de um projeto envolve a

⁶ *Stakeholders* - partes interessadas: públicos relevantes com interesses pertinentes à organização, ou ainda, indivíduos ou entidades que assumam algum tipo de risco, direto ou indireto, em face da organização. São elas, além dos acionistas, os funcionários, clientes, fornecedores, credores, governos, entre outros (IBCG, 2007).

determinação da incerteza inerente em seus fluxos de caixa (BRIGHAM; GAPENSKI; EHRHARDT, 2001).

Para Croughy *et al.* (2006), os riscos financeiros dividem-se em riscos de crédito, liquidez, e mercado. O risco de crédito está relacionado a possíveis perdas quando um dos contratantes não honra seus compromissos; O risco de liquidez está relacionado a possíveis perdas devido à incapacidade de se desfazer de uma posição; e o risco de mercado está relacionado a possíveis perdas devido às flutuações do mercado. Para compreender as tipos de risco no setor de saúde, especificamente, em relação à Estratégia Saúde da Família, algumas situações podem ser ilustradas por meio de exemplos que utilizam a classificação apresentada Croughy *et al.* (2006) que demonstram a ocorrência de riscos financeiros.

O risco financeiro pode ser demonstrado por uma seqüência de fatos. O atraso no repasse do incentivo para ESF, por parte da União ou dos Estados, pode ser classificado como risco de crédito, pois, um dos contratantes não honra seus compromissos. O Município é responsável pelos serviços de Atenção Primária à Saúde e co-responsável por seu financiamento. Desta forma, está-se diante de problema de liquidez, pois, o município, mesmo não recebendo os repasses intergovernamentais, deve garantir ao cidadão acesso a este serviço de saúde. E ainda, diante da insuficiência de recursos, os servidores municipais, podem ser mal remunerados e/ou trabalham em condições precárias, e por estes motivos, muitos deixam a função pública para trabalharem no setor de saúde privado, sendo este um risco de mercado.

Para mensurar o risco financeiro podem-se utilizar diversas técnicas. As mais utilizadas são: análise de sensibilidade e análise de cenários. A análise de sensibilidade indica que o risco muda em resposta a determinada alteração em uma variável de entrada, enquanto outros fatores permanecem constantes. Portanto, na análise de sensibilidade, cada variável é alterada em vários pontos percentuais acima e abaixo do valor esperado, mantendo constantes os demais valores, obtendo-se por meio desta técnica, um conjunto de respostas que demonstram a sensibilidade do risco. A análise de cenário considera tanto a sensibilidade do risco a mudanças nas principais variáveis, quanto às prováveis faixas de valores variáveis. Assim, a análise de cenário consiste em projetar o pior e o melhor conjunto “razoável” de circunstâncias para compreender o risco financeiro diante de possíveis cenários (BRIGHAM; GAPENSKI; EHRHARDT, 2001).

A análise de sensibilidade ajuda a identificar se o projeto tem probabilidade de dar errado em razão de sua sensibilidade às principais entradas. Esta técnica também informa à administração quais são as principais entradas e, portanto, às que devem ser monitoradas de forma mais próxima quando o projeto for implantado (BONHAM; LANGDON, 2012).

Há diversos cenários possíveis que podem ser considerados. Um bom ponto de partida é o pior cenário, pois mostra os resultados mínimos do projeto. Para se obter o pior cenário, atribui-se valores menos favoráveis em relação às receitas e mais altos em relação às despesas e com base nestas informações, pode-se calcular o lucro líquido e os fluxos de caixa. Entretanto, o administrador está interessado em alcançar o melhor cenário possível. O indicado é criar no mínimo cinco cenários, um cenário neutro e dois cenários positivos e dois cenários negativos (ROSS; WESTERFIELD; JORDAN, 2002)

O risco operacional está relacionado com a possibilidade de que a empresa não seja capaz de cobrir seus custos operacionais. Seu nível é determinado pela estabilidade das receitas da organização e pela estrutura de seus custos operacionais (GITMAN, 2010). Assim, os riscos operacionais estão relacionados com possíveis perdas envolvendo eventos externos, ou deficiências nos controles internos e sistemas de informação, que resultem em perdas. (CROUHY *et al.* 2006). Os problemas relacionados a riscos operacionais surgem em função da inadequada atenção destinada a processos ou sistemas ou porque as pessoas falham no desempenho de suas atividades ou suas atribuições são mal especificadas (DUARTE JUNIOR, 2005).

O risco operacional pode ser facilmente demonstrando no setor, diante da falta de informação sobre custo, inclusive na saúde. Mas, existem outros problemas que geram o risco operacional na ESF que também são preocupantes, como a falta de treinamento continuado dos profissionais, a falta de controle dos insumos e materiais utilizados (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Para Assaf Neto (2010) existe uma importante relação entre os gastos e o volume de atividade da organização dentro de um período. A análise dos custos e despesas fixos e variáveis e a determinação do ponto de equilíbrio e da alavancagem operacional são fundamentais. Nas decisões financeiras em contexto de risco, estas técnicas são muito utilizadas na análise de

sensibilidade. Por serem componentes relevantes do risco do negócio. Estas medidas estabelecem relações com risco sistemático. Pois, organizações com maior estrutura de custos fixos de seus ativos tendem a apresentar maior risco sistemático.

Para Matias e Campello (2000) a gestão financeira municipal refere-se a duas grandes frentes: receitas e despesas que constituem um complexo conjunto de decisões e alternativas, que envolvem aspectos organizacionais, legais, políticos, econômicos, sociais e ambientais. As inter-relações existentes no ambiente da gestão municipal refletem, diretamente sobre as finanças públicas, elevando quantitativa e qualitativamente a demanda por serviços públicos, tendo por consequência a escassez dos recursos financeiros destinados para suprir a procura existente. Com isso, cresce a importância da gestão financeira nos municípios, visto que a demanda é crescente e os recursos públicos, aplicados para atendê-la são escassos. Assim, a gestão financeira municipal tem por objetivo auxiliar a administração na busca dos resultados planejados, visando o aumento dos recursos financeiros e a diminuição da demanda existente pelos serviços públicos municipais (GERIGK, 2008).

Na gestão financeira municipal existem outros aspectos que devem ser considerados, além da escassez de recursos financeiros, como o princípio da legalidade e os limites constitucionais mínimos exigidos para a aplicação de recursos nas áreas de educação e saúde. De acordo com o princípio da legalidade os gestores públicos no desenvolvimento de suas ações devem observar, estritamente, o que a legislação determina. Os limites constitucionais mínimos de aplicação na educação e saúde, 25% e 15% respectivamente, referem-se às receitas provenientes dos impostos municipais e as transferências correntes realizadas pelo Estado e União. Fatores que certamente atuam como fator restritivo à capacidade administrativa dos gestores frente aos entes públicos. Porém, tais aspectos, não são em hipótese alguma impeditivos para que os gestores públicos possam aplicar sua capacidade de gerenciamento frente às entidades públicas (GERIGK, 2008).

A gestão pública deve reconhecer e controlar o risco financeiro, que é denominado como risco fiscal, definido como a possibilidade de ocorrência de eventos que venham impactar negativamente as contas públicas, eventos esses resultantes das ações previstas no programa de trabalho para exercício ou decorrentes das metas de resultados. Ressalta-se, ainda, que riscos repetitivos deixam de ser riscos e devem ser tratados no âmbito do planejamento,

devendo realizar a inclusão de ações para sua redução na Lei de Diretrizes Orçamentária e na Lei Orçamentária Anual do município (BRASIL, 2012).

As obrigações financeiras das entidades públicas podem ser classificadas: quanto à transparência em explícitas (estabelecidas por lei ou contrato) ou implícitas (obrigação moral). E quanto à possibilidade de ocorrência em diretas (de ocorrência certa, previsíveis e baseadas em algum fator bem conhecido) e contingentes (associadas à ocorrência de algum evento particular, que pode ou não acontecer) (BRASIL, 2012).

Neste cenário, torna-se indispensável a contribuição da gestão de risco financeiro e operacional, evitando ou diminuindo perdas, tornando processos mais eficientes, permitindo respostas rápidas e adequadas a contingências, melhorando o desempenho da saúde e do setor público como um todo e alinhando a relação risco-retorno às estratégias de governo (GERICK, 2008).

2.3.1 Gestão de risco financeiro operacional em municípios

A gestão de risco é o processo que busca compreender os objetivos da organização, que são: identificar os riscos associados ao alcance desses objetivos, em uma base contínua, de forma a poder reagir as mudanças de uma maneira apropriada e oportuna; estimar os riscos, em termos da probabilidade de algo acontecer e o seu potencial impacto; estabelecer políticas apropriadas e procedimentos para gerenciá-las, na proporção dos riscos ou oportunidades envolvidos; monitorar e avaliar os riscos e os programas ou procedimentos utilizados para tratá-los e revisar riscos passados e buscar se antecipar aos futuros riscos e monitorar mudanças tanto ambientes interno quanto externo para obter informação que possa sinalizar uma necessidade de se reavaliar os objetivos da entidade ou do controle (IFAC, 2001).

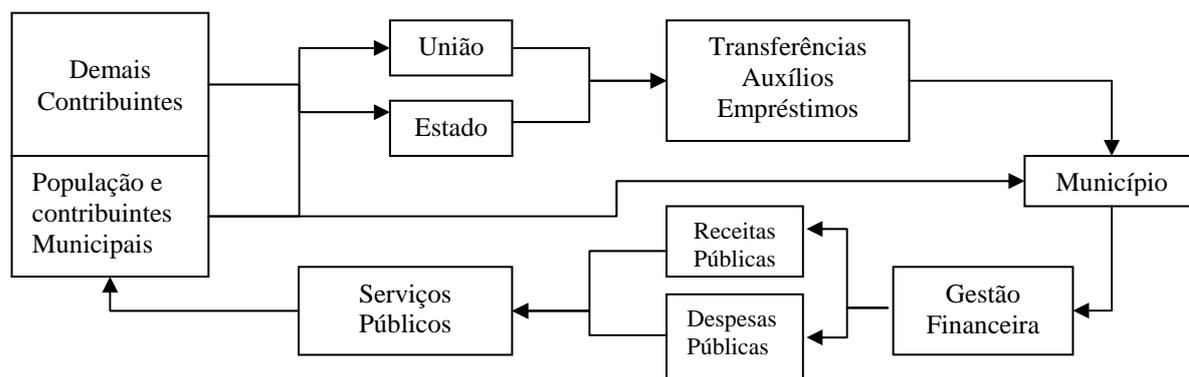
Para avaliar um projeto que não se conhece o resultado, o gestor deve assumir alguma posição, explícita ou implícita, sobre as probabilidades das diferentes possibilidades. Especificam-se estas últimas de forma detalhada, mas baseia suas estimativas, pelo menos parcialmente em juízos pessoais. O projeto pode ser descrito prevendo uma distribuição de probabilidade em termos de previsão da taxa de retorno e do grau de risco. A escolha de um

projeto de investimento depende tanto das alternativas de financiamento existentes, como da atitude do gestor quanto em assumir riscos (ARCHER; D'AMBROSIO, 1969).

A gestão de risco é a aplicação de estratégias para evitar ou reduzir os custos gerados pela decisão de assumir riscos. A análise e gestão de riscos incluem, além de pesquisa e identificação das fontes de riscos; a estimativa de sua probabilidade e a avaliação dos seus efeitos; o planejamento de estratégias e de procedimentos de controle de riscos e a aplicação dessas estratégias, em face das incertezas. Para se definir qual o tratamento que será dado a determinado risco, o primeiro passo consiste em determinar o seu efeito potencial, ou seja, o grau de exposição da organização àquele risco. Esse grau leva em consideração pelo menos dois aspectos: a probabilidade de ocorrência e o seu impacto (IBCG, 2007). Tais informações auxiliam o gestor a mensurar se o total de risco assumido é comparável a capacidade que a organização tem de absorver perdas potenciais em caso das operações não obterem sucesso (MATIAS-PEREIRA, 2006).

Segundo Gerigk, Clemente e Taffarel (2010) no âmbito municipal, a gestão financeira refere-se aos procedimentos utilizados para obtenção e gestão dos recursos financeiros, necessários para a realização dos programas e ações de governo, que estão consignados no orçamento municipal, e são executados e/ou desenvolvidos por intermédio da realização de despesas públicas, que, conseqüentemente, consomem os recursos financeiros disponíveis. Ou seja, a gestão financeira municipal preocupa-se com os recursos financeiros para o desenvolvimento das atividades inerentes a administração pública municipal, tanto no que tange as atividades-meios com as atividades-fins, que devem ser geridas pelo ente local, com vistas na realização do plano de governo. Assim, os municípios no desempenho de suas atividades e realização de seus fins necessitam obter recursos financeiros decorrentes, quer da exploração de seu próprio patrimônio, quer das contribuições de várias espécies efetuadas por particulares, diretamente ao erário municipal por meio dos tributos municipais, ou, indiretamente relativos à participação nas receitas do Estado e da União (GERIGK; CLEMENTE, 2012).

De acordo com Matias e Campello (2000) o ciclo financeiro da entidade pública é reflexo do seu ciclo operacional, que inicia com a captação de recursos, que em um segundo momento criam vínculos e obrigações para com a entidade e termina com a prestação de serviços públicos a população. A Figura 7 apresenta o ciclo financeiro municipal.

Figura 7 - Ciclo financeiro municipal.

Fonte: Gerigk (2008, p.76).

A figura 7 demonstra que os recursos advêm da população local e demais contribuintes (fora da localidade), por meio das diversas formas de repasses realizados pela União e pelos Estados ao Município, que são concentrados na área de gestão financeira, geralmente secretaria de finanças, onde é realizado controle e distribuição dos recursos financeiros, que se transformaram em serviços públicos, que são entregues a população.

Considerando-se a gestão financeira municipal como o conjunto de ações utilizadas pelos municípios com o objetivo de maximizar os recursos financeiros; leva-se se em conta o processo pelo qual as atividades e a prestação dos serviços públicos são realizadas nas administrações públicas municipais, que envolvem a efetivação das receitas e despesas orçamentárias. Desta forma, é possível inferir a gestão financeira municipal contribui para o alcance dos resultados planejados pelo Governo, e também para que se atendam, com maior facilidade, as exigências da LRF (GERIGK; CLEMENTE; TAFFAREL; 2010, GERICK; CLEMENTE, 2012). Entretanto é indispensável que os gestores conheçam os riscos financeiros de seus municípios e implantem políticas de gerenciamento de riscos para minimizá-los.

De acordo com Duarte Junior (2005), a implantação de um programa de gestão de riscos nas organizações pode ser uma tarefa árdua. A existência de uma única deficiência pode ser suficiente para desencadear problemas capazes de levar a organização a muitas dificuldades. A implementação se torna uma tarefa complexa porque cada organização deve ser vista como única dadas algumas características interna como: Cultura para gestão de risco, que norteia os procedimentos que devem ser seguidos individualmente para que os riscos sejam gerenciados com sucesso; Pessoal, onde o programa gestão de risco deve possuir profissionais bem

qualificados e motivados; Controles Internos que são importantes não somente por preservar a organização, mas também porque especificam parâmetros para detectar quanto o limite da exposição ao risco está elevado; e tecnologia que deve ser vista como ferramenta importante em qualquer processo de tomada de decisão que envolva o gerenciamento de riscos.

Assim, a implementação da política de gestão de risco reconhece que todos os processos da organização têm algum risco associado, inerente a sua própria natureza, sendo necessário identificar os eventos, o que consiste em determinar e catalogar esses riscos, nos diversos níveis da organização, Ou seja, é necessário mapear a existência de situações que possam impedir o alcance dos objetivos fixados ou a não existência de situações consideradas necessárias para se chegar a tais objetivos ao nível da organização, de suas unidades de negócio, processos e atividades (TCU, 2009). Portanto, gestão de risco de considerar tanto a organização como um todo como suas unidades de negócio.

2.3.1.1. Gestão de risco operacional na gestão pública setor saúde

O risco operacional pode ser detectado no setor saúde, ao se considerar que a falta de informações de custo é identificada como um dos motivos de ineficiência do setor (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). O risco operacional é oriundo de falhas no processamento e no controle das operações e envolve o risco de liquidação das transações da organização. Trata-se do tipo de risco que pode se materializar em qualquer unidade de atuação, decorrente de qualquer processo, produto ou serviço (ALEMÃO, 2012). Cabe observar, que no Brasil, existe uma acentuada concentração na utilização de ferramentas qualitativas. Contudo, várias organizações procuram utilizar, cada vez mais, ferramentas quantitativas na gestão do risco operacional (MATIAS-PERREIRA, 2006). Desta forma, as empresas devem estruturar procedimentos formais de registro e arquivamento de informações sobre perdas operacionais de forma sistemática.

O risco operacional, em um processo, pode ser observado, antes, durante ou após a execução da transação. O risco antes da execução pode ocorrer no momento da identificação da necessidade do cliente. Esse risco corresponde a identificação de pessoas chave em funções chave, especialmente e, se tratando de transação de grande valor. O risco durante a execução

de uma transação, geralmente advém da estruturação do processo. É o risco na identificação de modelos, comunicação e adequação, por exemplo. Já o risco após a execução, diz respeito a entrega do produto/serviço. Trata-se de riscos de limitação do monitoramento, riscos do modelo ou de permanência de pessoa chave (ALEMÃO, 2012).

De acordo com Alemão (2012), são diretrizes para mensuração de risco operacional: A objetividade que é medida por meio do uso de critérios de padronizados. A consistência da medida, pois, perfis de riscos idênticos resultam riscos idênticos. A relevância, para seja passível de ação. A transparência caracterizada pela faculdade de possuir capacidade de informar sobre os riscos materiais. A validade para toda organização, o risco pode ser agregado em toda a organização e a integralidade, todos os riscos materiais são identificados e considerados.

De acordo com o TCU (2009) ao final do processo de identificação e mensuração dos riscos, inicia-se o processo de gerenciamento que consiste em desenvolver e determinar estratégias para mitigar os riscos identificados. Podem-se utilizar quatro categorias de estratégias: evitar, transferir, aceitar e tratar, cuja escolha dependerá do nível de exposição a riscos previamente estabelecidos pela organização em confronto com a avaliação do risco. Portanto, compete à administração obter uma visão dos riscos em toda organização e determinar a metodologia que irá desenvolver um conjunto de ações concretas, dentro dessas quatro categorias, para manter o nível de riscos residuais alinhado aos níveis de tolerância e apetite a riscos da organização.

O processo de mensuração do risco financeiro operacional apóia-se em relatórios e controles, que devem ser elaborados e disponibilizados pela contabilidade, de forma contínua, a todos os agentes interessados. As demonstrações financeiras projetadas, representam um instrumento conveniente que pode sistematizar e tornar compreensível as informações relevantes de um projeto (ROSS; WESTERFIELD; JORDAN, 2002).

2.4 Atenção primária à saúde como estratégia de saúde pública

Todo sistema de serviço de saúde possui duas metas principais. A primeira é melhorar a saúde da população por meio do uso de conhecimentos em saúde. A segunda é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais no acesso aos serviços de saúde. (STARFIELD, 2002). A relação entre pobreza, doença e vida urbana está na origem dos modelos assistenciais, de proteção social e da prestação de serviços locais. No início do século XX, os centros de saúde norte-americanos já integravam a prestação de serviços sociais e de saúde em comunidades excluídas. Apresentando como argumento que a efetividade dos serviços de saúde requeria uma relação com a população próximo da sua moradia (CONILL, 2008). Os centros de saúde Norte Americanos mobilizavam as comunidades por meio da co-gestão, realizadas por colegiados e conselhos comunitários (ALEIXO, 2002).

As dificuldades enfrentadas nos sistemas de saúde com as crescentes elevações dos gastos levaram à necessidade de reformas setoriais, que configuraram um movimento universal em prol da reforma dos sistemas de saúde, que abarca desde a necessidade de mudanças do modelo assistencial até a melhor alocação, racionalização e utilização dos recursos (GIL, 2006). O Brasil na busca de melhoria e ampliação de suas práticas de saúde. Teve como principal iniciativa a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) sob influência do ideário das reformas dos sistemas de saúde, cujos esforços centraram-se na universalização do acesso e a integralização atenção à saúde (COSTA *et al.* 2009).

Como estratégia de organização dos serviços públicos de saúde países como Canadá e Espanha, adotaram um modelo de reforma sanitária que possui a Atenção Primária à Saúde (APS) como marco referencial, para a reestruturação do setor e organização dos serviços em saúde (GIL, 2006). A atenção primária a saúde é definida por Starfield (2002) como:

Aquele nível do sistema de serviço público de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou terceiros (STARFIELD, 2002, p 28).

A pesquisa realizada, por Conill em países da OECD (Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico), demonstra que quanto maior a orientação do sistema de saúde para a atenção primária, menor é o custo, e melhor o desempenho na área materno-infantil (CONILL, 2008). Estudos internacionais têm evidenciado que a APS gera impacto positivo sobre vários indicadores de saúde; como a redução de gastos totais em saúde e outros benefícios (STRALEN *et al.* 2008). Nos países latinos americanos, as reformas sanitárias, são apoiadas pelo Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (GIL, 2006). O fomento ao desenvolvimento de políticas de fortalecimento da APS constitui-se como a principal estratégia de reforma sanitária que possui como objetivo organizar os serviços de saúde e promover a equidade social (GIOVANELLA *et al.* 2009).

Giovanella *et al.* (2009), afirmam que, a boa organização dos serviços de APS, gera impactos positivos na saúde da população e na eficiência do sistema público de saúde como um todo. No âmbito da APS deve-se considerar, ainda, a necessidade de analisar o perfil de saúde e doença das comunidades como base para alcançar a redução das desigualdades de acesso e dos riscos de adoecimento entre os indivíduos, famílias e comunidades (CAMPOS, 2005). A estratégia de transferência dos cuidados hospitalares para o nível ambulatorial foi significativa para o crescimento da atenção primária como política de saúde. Havendo grande diversidade nas formas de organizar e de prestar estes serviços. Os contornos do movimento de reformas setoriais na APS encontram-se centrados na discussão da integração dos serviços, do controle de custos, competição e eficiências dos serviços (CONILL, 2008).

Portanto, a Atenção Primária à Saúde constitui-se uma estratégia de saúde pública, operacionalizada por meio do serviço público de saúde, próximo da população, que aborda os problemas mais comuns das comunidades, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação com objetivo de maximizar a saúde e o bem estar (STARFIELD, 2002), realizados por meio de práticas ambulatoriais que podem ser integradas a serviços especializados. O resultado pretendido é a eficiência no serviço de saúde como um todo (BRASIL, 1998). No Brasil, o termo usualmente utilizado para designar o sistema de Atenção Primária à Saúde é Atenção Básica (CAMPOS, 2005; COSTA *et al.* 2009).

De acordo com Starfield (2002) as principais características da Atenção Primária à Saúde são: Acessibilidade que consiste em ser a porta de entrada do serviço de saúde, tornando este

serviço acessível à população em todos os sentidos, sendo resolutiva nos atendimentos mais comuns e auxiliando na educação para saúde, promovendo a compreensão dos métodos de prevenção e combate as doenças. Longitudinalidade que consiste em manter continuidade do cuidado. A longitudinalidade é compreendida como a manutenção do vínculo entre o profissional de saúde e o cidadão ao longo do tempo, de modo consistente, atendendo as novas demandas de forma eficiente, humanizada e com confiança mútua entre equipe de saúde e famílias. Integralidade que consiste em possuir abrangência nas ações de saúde, desta forma, a APS é responsável pelo encaminhamento dos pacientes para os níveis secundários ou terciários. Cabendo, ainda, auxiliar os níveis superiores por meio do acompanhamento. Promovendo a prevenção, os cuidados e a cura das condições de saúde, utilizando-se de visitas domiciliares, reuniões com a comunidade e ações intersetoriais. Coordenação dos cuidados que consiste em organizar o fluxo e contra fluxo de pessoas, produtos e informações na rede de saúde, garantindo a continuidade da atenção, mesmo quando parte substancial do cuidado à saúde da pessoa for realizada por outros níveis de atendimento.

As funções da Atenção Primária à Saúde segundo Mendes (2012) são: Resolubilidade que consiste em atender 85% dos problemas de saúde da população. Comunicação que consiste em coordenar o fluxo de informação e serviços para os diferentes componentes da rede. Responsabilização que consiste em possuir conhecimento e relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários da população adscrita. Para Aleixo (2002), as funções de APS devem ser desenvolvidas, de forma integrada em todos os níveis de Governo, com estreita cooperação dos setores sociais e econômicos; com vistas na redistribuição dos recursos disponíveis em direção aos desassistidos, sendo eficiente na organização do sistema de saúde em todos os seus níveis e sempre com a participação e controle da sociedade.

Para Mendes (2012), os sistemas de saúde baseados numa forte orientação para a APS possuem diversas características positivas, sendo adequados por se organizar a partir das necessidades de saúde da população; efetivos porque enfrentam a situação epidemiológica de hegemonia das condições crônicas e impactam significativamente nos níveis de saúde da população; eficientes por apresentarem menores custos e reduzirem a quantidade efetuada de procedimentos caros; equitativos porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres e diminuem o gasto do bolso das pessoas e famílias; e de qualidade por possuir foco na promoção da saúde, na prevenção das doenças e ofertarem tecnologias seguras para usuários e profissionais de saúde.

Em 1994 a Atenção Primária à Saúde, no Brasil, recebe um novo alento com a criação da Estratégia Saúde da Família (ALEIXO, 2002). Não se tratava, em fazer mais do mesmo, mas de fazer mais e com qualidade diferente do modelo de atenção primária seletiva vigente até o momento (MENDES, 2012). Contudo, em 1996, houve um impulso na política de descentralização oferecendo o arcabouço legal e administrativo necessário ao novo papel atribuído para o poder local. Porém, mais do que reorganizar o modelo assistencial, o que predominou nesse momento foi o interesse em assegurar repasses federais (CONILL, 2008).

2.4.1 Estratégia Saúde da Família

De acordo com Stralen *et al.* (2008), a Estratégia Saúde da Família é um modelo de Atenção Primária à Saúde, operacionalizado mediante ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos, realizado por meio de equipes de saúde multiprofissionais, comprometido com a integralidade da assistência à saúde, focado na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserida. A ESF constitui na principal reforma sanitária brasileira (GIL, 2006) com potencial para estruturar, de forma consistente, Atenção Primária à Saúde no Brasil (ALEIXO; 2002, COSTA *et al.* 2009).

A pesquisa realizada por Giovanella *et al.* (2009) em quatro capitais ratifica a posição da ESF como porta de entrada do serviço de saúde público. Segundo a pesquisa, mais de 70% das famílias cadastradas afirmam buscar primeiro serviço de assistência e prevenção de saúde nas Unidades de Saúde da Família (USF). Esta afirmação é corroborada pelos profissionais de saúde, que apontam que a população procura inicialmente a USF quando necessita de atendimento. Contudo, o processo de implementação da saúde da família ocorre de forma heterogênea. Existem municípios onde a ESF é uma extensão e ampliação significativa da APS, enquanto em outros a ESF encontra-se em uma rede de centros de saúde relativamente consolidada e, ainda com capacidade insuficiente para atender a demanda. O resultado é que para a maioria da população não existe diferença entre centros de saúde tradicionais e as Unidade de Saúde da Família (STRALEN *et al.* 2008),

Diante deste cenário, durante o processo de implantação da ESF, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) foi compreendido por parte da população como o grande fator de mudança, esta percepção se deve ao dimensionamento inadequado entre equipe e população, que criou dificuldades de acesso, prejudicando o trabalho de prevenção, cuidados especializados e a integralização do sistema de saúde como um todo (CONILL, 2008).

Gil (2006) corrobora com esta idéia afirmando que existem inquietações quanto à APS, especificamente quanto a ESF se constituírem em prática de saúde pobres destinadas a população de baixa renda. Diante das inquietações da ESF se constituir em práticas de saúde pouco produtivas, o Programa de Expansão e Consolidação Saúde da Família (PROESF), apoiado pelo Banco Mundial, estruturou a ESF por meio de três componentes principais: O apoio à conversão do modelo de APS, desenvolvimento de recursos humanos e o monitoramento e avaliação dos resultados. Para Mendes (2012), os resultados da ESF são positivos, e se destacam a partir da realização de diversos trabalhos acadêmicos, em várias regiões do país, que demonstram que dentro dos seus limites a ESF possui resultados superiores a forma tradicional de APS.

Segundo o Ministério da Saúde (MS) ocorreram expansões importantes na ESF em todas as regiões do país, priorizando os municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Destaca-se que a implantação da ESF em Municípios menores. As regiões nordeste, centro-oeste e sul apresentam as maiores proporções de população coberta pela ESF, respectivamente 73%, 55% e 54%, seguidas das Regiões Norte e Sudeste, com 52% e 44%. No Estado de Minas Gerais, possui uma cobertura da ESF de 72% (BRASIL, 2014). O contribuiu, para queda de aproximadamente 13% das internações evitáveis ou desnecessárias (PERPETUO; WONG, 2006).

A política nacional de APS, acordada entre gestores federais, estaduais e municipais, ampliou seu escopo e reafirmou a ESF como o modelo de organização da APS. Compreendida como contato preferencial e porta de entrada da rede de serviços de saúde pública e de acesso universal. Portanto, a ESF deve coordenar os cuidados na rede de serviços e efetivar a integralidade nas diversas dimensões do serviço público de saúde (GIOVANELLA *et al.* 2009). Contudo, o crescimento da ESF trouxe para o centro dos debates em saúde a insuficiência dos arranjos organizacionais e a falência das práticas profissionais e de gestão no

que se refere especificamente a mudança dos paradigmas que regem o modelo tradicional de APS (GIL, 2006).

Para Viana *et al.* (2006), muitos municípios demonstram pouca experiência e maturidade na ESF. Quanto mais baixa a governabilidade com a existência de conflitos entre os agentes (Usuários, Conselho Municipal de Saúde, Câmara de Vereadores, Prestadores de Serviços, Secretaria Estadual, Ministério da Saúde e Ministério Público) piores são os resultados.

ESF está presente em 94% dos Municípios Brasileiros (BRASIL, 2014). Todavia, as experiências em curso revelam grande diversidade dos modelos assistenciais e que comparativamente apresentam disparidades inter e intra-regionais. Apesar da diversidade de modelos, existe constante evolução na ESF, que incorpora gradativamente algumas demandas regionais, como a ampliação das equipes com a presença de dentistas, nutricionistas, professores de educação física e o modo de financiamento, de forma a não prejudicar os pequenos municípios (BARBOSA *et al.* 2010; MENDES, 2012).

No entanto, permanecem os problemas estruturais que ainda não puderam ser superados. Para Mendes (2012) a ESF possui vários problemas que devem ser discutidos e resolvidos para que se desenvolva e realmente se alcance o pretendido pela estratégia. Dentre os problemas destacam-se: Problemas gerenciais, educacionais; questões ideológicas; baixa valorização política, econômica e social; fragilidade institucional; carência de infraestrutura adequada, carência de equipes multiprofissionais; e o subfinanciamento. Contudo, a ESF é adequada para a situação brasileira por estar alinhada aos princípios do SUS e porque é ampla ao centrar-se na saúde da população. E ainda, valoriza a medicina familiar, instituído como foco a saúde da família. Sendo necessário e possível combater os problemas existentes.

2.4.2 Infraestrutura da Estratégia de Saúde da Família

A Portaria nº 2.488/2011 do Ministério da Saúde, que estabelece a infraestrutura da ESF, impõe aos Municípios a responsabilidade de garantir a infraestrutura necessária ao seu

funcionamento, dotando-a de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para as ações de saúde.

De acordo com a Portaria nº 2.027/2011 do Ministério da Saúde, os itens de infraestrutura física mínimos para implantação da ESF são: Consultório médico e de enfermagem, sala de recepção, local de arquivos, e registros, sala de cuidados básicos de enfermagem; sala de vacina e dois sanitários, equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas e estoque regular dos insumos necessários. E para implantação da equipe de saúde bucal devem existir a seguinte infraestrutura mínima: Consultório odontológico, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência, equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas.

A pesquisa realizada por Barbosa *et al.* (2010), compara as dimensões de infraestrutura da ESF, entre os anos 2001 e 2009. Esta pesquisa demonstra a evolução na infraestrutura física, equipamentos e no fornecimento de materiais e insumos, apontando que 98% das equipes de saúde da família (EQSF) possui infraestrutura mínima e adequada ao seu funcionamento. Contudo, 75% das EQSF não possuem as condições mínimas de infraestrutura e 18% funcionam em casas alugadas (MENDES, 2012). No Estado de Minas Gerais, 72% das unidades de saúde abrigam apenas uma equipe de saúde da família, 100% possuem consultório médico, 59% possuem consultório de enfermagem, 86% possuem equipamentos básicos, 92% possuem materiais descartáveis e 22% possuem fio de sutura (BARBOSA *et al.* 2010).

Cada EQSF podem atender a população máxima de 4.000 habitantes. Mas, à média recomendada é de 3.000 habitantes. Toda EQSF deve ter responsabilidade sanitária por um território de referência, de modo que cada usuário seja acompanhado por um ACS, um auxiliar de enfermagem, um enfermeiro, e um médico, mantendo o vínculo e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2011b). Contudo, existem equipes de saúde da família que desconhecem o tamanho da população atendida. Contudo, 95% possuem área território de referência definida, sendo que este item apresentou ampliação de 10% entre os períodos de 2001 e 2009. (BARBOSA *et al.* 2010).

Quanto à infraestrutura de recursos humanos as EQSF devem ser formadas por multiprofissionais e compostas com, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) suficientes para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente e de 12 agentes por equipe. Todos os profissionais de saúde das equipes, com exceção dos médicos, devem cumprir carga horária de 40 horas semanais. Os profissionais médicos podem cumprir carga horária diferenciada de acordo com a configuração da ESF. As Equipes de Saúde Bucal (ESB) são incorporadas as ESF, em equipes multiprofissionais, composta no mínimo por um cirurgião-dentista e um auxiliar de consultório dentário, com carga horária de 40 horas semanais, podendo ser vinculada a uma ou duas equipes saúde da família (BRASIL, 2011b)

A pesquisa realizada por Barbosa *et al.* (2010) demonstra um o aumento 29% da parcela de enfermeiros que atendem as quatro clínicas básicas (clínicas médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia), que foi acompanhada pelo aumento do número de enfermeiros que atuam em 8 turnos que foi 16%. Já o percentual de médicos que atuam em 8 turnos aumentou 8% enquanto que o aumento de médicos que atuam nas quatro clínicas básicas foi de 2% somente.

Para Aleixo (2002), área de recursos humanos constitui-se como um dos principais problemas na APS, seja pela falta de recursos para interiorização dos médicos ou pela a falta de treinamento e capacitação dos agentes. Corroborar Rocha Filho e Silva (2009), apontando que no Município de Fortaleza/CE as equipes de saúde da família, possuem entre três e quatro agentes, um auxiliar administrativo, um auxiliar de enfermagem, um enfermeiro e um médico. Portanto, possui menor quantidade de agentes comunitários de saúde que indicado pelo Ministério da Saúde.

Salienta-se que o gasto com pessoal na ESF deve ser classificado como custo fixo, sendo constituído pelos rendimentos e encargos pagos a cada profissional em atuação. Marques e Mendes (2003) apontam outra preocupação dos municípios em relação aos gastos com pessoal na ESF. Pois, a LRF exige que as contratações das equipes sejam incluídas no limite máximo de gastos com pessoal de 54% da receita corrente líquida do município.

Diante dos problemas apresentados por Aleixo (2002) e Marques e Mendes (2003) a solução encontrada por vários municípios foi à contratação de pessoal por meio da terceirização.

Rocha Filho e Silva (2009) apontam em pesquisa realizada no município de Fortaleza/CE, a existência de profissionais que atuam na ESF, contratados por meio de terceirização.

Em Minas Gerais, o Tribunal de contas do Estado, já pacificou a questão, posicionando que somente integrará o índice de gasto com pessoal à parcela da remuneração das equipes de saúde da família que efetivamente for custeada com recursos municipais, sendo a parcela restante custeada com recursos de transferência intergovernamental contabilizada no elemento de despesa outros serviços de terceiros pessoas físicas (TCE/MG, 2012)

2.4.3 Produtos da Estratégia Saúde da Família

Uma das dificuldades no setor público é definir e conceituar seus produtos e, a partir daí, medir e avaliar seus possíveis efeitos e impactos diretos e indiretos. De acordo com Cohen e Franco (1993), os produtos no setor público são os resultados concretos das atividades desenvolvidas a partir dos insumos disponíveis, os efeitos são os resultados da utilização dos produtos e o impacto é o grau de consecução dos objetivos do programa social.

O Ministério da Saúde definiu como objetivo da ESF:

"contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com a definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população" (BRASIL, 1997, p.10).

Para alcançar esse objetivo foram definidas diretrizes operacionais a serem seguidas de acordo com as realidades regionais, municipais e locais. Assim, as USF's caracterizam-se como porta de entrada do sistema local de saúde, com clientela adscrita, cadastrada e equipes multiprofissionais (BRASIL, 1997).

O processo de trabalho da ESF possui características como a manutenção dos cadastros das famílias atualizados de forma sistemática, bem como definir o território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adscrita. Realizar a prática do cuidado familiar ampliado, por meio de diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo

critérios de risco de saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes. Prover o desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal. Valorizar os diversos saberes e práticas na perspectivas de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito são valores desejáveis em programas como estes. Por fim deve estimular a participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e nas avaliações das ações; como também no acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

De acordo com a NOAS/2001 as principais responsabilidades da APS a serem executadas pela ESF são: Ações de saúde da criança, ações de saúde da mulher, controle da hipertensão, diabetes e tuberculose, eliminação da Hanseníase e Ações de saúde bucal.

Conforme pesquisa realizada por Facchini *et al.* (2006), as USF cumprem a NOAS 2001 oferecendo os seguintes serviços à população: atendimentos odontológicos a grupos prioritários, promoção do aleitamento materno, puericultura, manejo dos agravos infantis mais graves, consultas pré-natais, planejamento familiar, prevenção do câncer de colo de útero, diagnóstico e tratamento da tuberculose, diagnóstico e tratamento da hanseníase, diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial, diagnóstico e tratamento do diabetes, recomendação de atividades físicas e cuidado domiciliar a pessoas idosas. Barbosa *et al.* (2010), revela que entre os anos 2001 e 2009, houve aumento nos atendimentos de todas as principais ações de saúde sob responsabilidade da ESF.

De acordo com as características e funções de APS, a ESF é responsável pela integração dos cuidados primários com os cuidados de média e alta complexidade. Quanto ao processo de integração da rede de saúde a pesquisa de Barbosa *et al.* (2010), demonstrou uma redução de 10% no encaminhamento para os serviços especializados e exames referência. No processo de integração das redes de serviço de saúde, especificamente, da ESF com outras políticas. Giovanella *et al.* (2009), destaca três ações necessárias: Investimentos em tecnologias da informação e comunicação; a criação de serviços especializados em saúde no âmbito municipal, representando o esforço local para a garantia de atenção secundária; e a constituição de fóruns de discussão entre a ESF e os serviços especializados em saúde.

Além da integração, as redes de serviços de saúde devem possuir determinado nível de qualidade. E devido as progressivas ampliações e expansões de sua cobertura a ESF, alcançou, milhões de habitantes, tornando a avaliação de sua qualidade e o processo de melhoria continua um estímulo e um desafio para os gestores da rede de atenção à saúde. Os princípios de melhoria de qualidade na saúde devem partir do ponto de vista do cliente, passam pela participação de todos os profissionais, tanto no âmbito interno quanto externo ao serviço, tal processo não possui objetivos finalísticos. Mas, para implantar as melhorias é necessário o apoio e o compromisso de todos os níveis hierárquicos (CAMPOS, 2005).

Franco *et al.* (1999), afirmam que, a organização do acolhimento no serviço de saúde deve colocar no centro da atenção o usuário, garantindo a este o acesso universal, devendo o atendimento partir de todas as pessoas no âmbito da ESF. Para isso torna-se necessário reorganizar o processo de trabalho, para que agentes de saúde, enfermeiros e médicos seja uma equipe multiprofissional de acolhimento proporcionando um atendimento com parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania. Contudo, a busca por qualidade na APS exige a adequada destinação de recursos financeiros, pois este é o que possibilita a obtenção dos recursos humanos e materiais para o atendimento das necessidades da comunidade (CAMPOS, 2005).

Neste sentido, foi criado o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que possui como objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações públicas de saúde direcionadas à APS. Trata-se de um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, nos três níveis de governo, que pretende mensurar os possíveis efeitos da política de saúde com vistas a subsidiar a tomada de decisão, garantir a transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados, além de fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários. O PMAQ é composto por 4 fases: Adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização.

A fase de adesão consiste na indicação, pelos gestores municipais, do quantitativo de Equipes de Atenção Básica que participarão do segundo ciclo do Programa. A contratualização refere-

se assunção de compromissos entre as ESF, os gestores municipais e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b). Inscreveram-se no PMAQ 17.482 Equipes de Saúde da Família, presentes em 3.972 municípios, todas com compromisso de melhorar os serviços de saúde ofertados para população (BRASIL, 2014a).

A segunda fase consiste no desenvolvimento de um conjunto de ações que serão empreendidas pelas equipes, gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da APS. A fase de desenvolvimento está organizada em quatro dimensões: Autoavaliação⁷, Monitoramento⁸, Educação Permanente⁹; e Apoio Institucional¹⁰ (BRASIL, 2013b).

A terceira fase consiste em pesquisa que será realizada por avaliadores externo para verificar os padrões de acesso e qualidade alcançados pelas ESF. Sendo observada a infraestrutura e condições de funcionamento das USF. Nesta fase serão realizadas entrevistas com profissionais das equipes e usuários dos serviços, por fim serão verificados os documentos e informações inseridas previamente no módulo eletrônico de autoavaliação. Assim, pode-se considerar ao fim desta fase completa o processo de avaliação da qualidade da ESF (BRASIL, 2013b). No ciclo de avaliação realizado em 2013, foram avaliadas 15.095 EQSF de 16.164 USF que estão em 5.347 municípios. Nesta avaliação também foram entrevistados um profissional de cada equipe e mais de 60.000 usuários (Brasil, 2014).

Após o termino do processo de avaliação da qualidade da ESF inicia-se a quarta e última fase recontractualização que consiste na pactuação singular das ESF e dos municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ (BRASIL, 2013b).

⁷ Autoavaliação: Consiste em identificar e reconhecer as dimensões positivas e negativas da ESF, a partir da percepção de seus membros. Possui como objetivo avaliar o serviço e gerar iniciativas de mudança e aprimoramento (BRASIL, 2013b).

⁸ Monitoramento: Consiste no constante diagnóstico de prioridades de educação permanente, apoio institucional e programação e recontractualização de ações para a melhoria dos processos de trabalho (Brasil, 2013b).

⁹ Educação permanente: Consiste no processo contínuo de educação e aprendizado realizado pelos membros da ESF, vistas ao desenvolvimento de competências de gestão e cuidados em saúde (Brasil, 2013b).

¹⁰ Apoio Institucional: Consiste no processo que propicia o suporte necessário aos movimentos de mudanças deflagrados nas fases anteriores. Ampliando a democracia, autonomia, e compromisso dos membros da ESF (Brasil, 2013b).

Portanto, o PMAQ, constituiu-se em ciclo avaliativo que busca estimular boas práticas na gestão da APS, considerando suas características, diversidade e colocando o usuário como foco das atividades desenvolvidas por este nível do serviço de saúde.

2.4.4 Financiamento e gastos da Estratégia Saúde da Família

De acordo com a Constituição Federal de 1988, o SUS será financiado com recursos do orçamento da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Portanto, o financiamento das ações e serviços de saúde é de responsabilidade das três esferas de governo. A partir da NOB/93 criou-se um mecanismo de transferência para APS o Piso da Atenção Básica (PAB), estabelecendo, assim, condições para o surgimento de políticas de incentivos financeiros. Um importante avanço ocorreu partir da NOB/96, que foi a criação das transferências fundo a fundo na área de APS. Tais mudanças ocorreram devido à expansão do SUS o que resultou numa maior participação dos municípios no financiamento da saúde e conseqüentemente na redução da participação da União neste tipo de gastos. Contudo, os recursos da União ainda são a principal fonte de custeio da saúde pública (MARQUES; MENDES, 2003).

Os recursos federais destinados às ações e aos serviços de saúde são transferidos na forma de blocos de financiamento. Desta forma, os recursos financeiros federais para a APS, compõem o Bloco de Financiamento da Atenção Básica (BLATB), que por sua vez é composto pelo Piso de Atenção Básica (PAB) fixo e variável. Tais os recursos são transferidos aos municípios em contas específicas, com objetivo de facilitar seu acompanhamento. A ESF é um dos componentes do PAB variável, sendo seus recursos transferidos aos Fundos Municipais de Saúde, mediante adesão e implementação das ações de saúde e desde que constantes no plano de saúde do município (BRASIL, 2007). A presença da ESF no PAB é marcante. Pois, a ampliação dos recursos do PAB é explicada pela ampliação dos recursos na ESF.

Os incentivos financeiros para custeio da ESF são transferidos mensalmente, tendo como base o número de equipes de saúde da família registradas no sistema de cadastro nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência (BRASIL, 2011). De acordo com a Portaria 978/2012, o incentivo financeiro para custeio das equipes de saúde da família, para os municípios do sudoeste do Estado de Minas Gerais é de R\$ 7.130,00 (sete mil cento e trinta reais) a cada mês, por equipe, o incentivo financeiro para custeio das equipes de saúde bucal é de R\$ 2.230,00 (dois mil duzentos e trinta reais), a cada mês, por equipe, o incentivo financeiro para custeio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) a cada mês, por NASF. E a Portaria 260/2013, fixou em R\$ 950,00 (novecentos e cinquenta reais), a cada mês, o valor do incentivo financeiro referente a cada Agente Comunitário de Saúde.

O Programa de Melhoria do Acesso a Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), fixou o valor do repasse integral do Componente de Qualidade do PAB Variável em R\$ 6.500,00 por equipe de Estratégia Saúde da Família, podendo chegar a R\$ 8.500,00 nos casos em que houver equipe de Saúde Bucal. Desse modo, cada município receberá, ao aderir ao programa, R\$ 1.300,00 por Equipe da Estratégia Saúde da Família e R\$ 1.700,00 quando houver ESB vinculada à ESF. Contudo, após o processo de avaliação externa, o valor a ser transferido será vinculado ao seu desempenho da ESF do município (BRASIL, 2011c).

As transferências de recursos para os municípios foram concebidas inicialmente para possibilitar aos gestores municipais o uso planejado do recurso. Mas, de maneira contraditória a concepção original os recursos federais ganharam vinculação, ou seja, possuem destinação. O gestor deve utilizá-la somente em sua destinação específica. Dessa forma, os municípios passaram a ser meros executores de políticas de saúde estabelecidas no âmbito federal (MARQUES; MENDES, 2003). Para Mendes (2012), o subfinanciamento, a ineficiência alocativa e a iniquidade na distribuição de recursos, são marcas do SUS. Sendo, esse um sistema de financiamento perverso que vai, ao longo do tempo, pressionando os gastos municipais.

Segundo Marques e Mendes (2003), os estados também têm ampliando os incentivos financeiros para a ESF, utilizando diferentes critérios de distribuição, alguns focam nos municípios mais pobres e outros atrelam as transferências na expansão da cobertura de saúde

da população. Compreendendo a necessidade de recursos para a implantação e expansão da ESF, como o principal motivo para que os governos estaduais concedam incentivos aos municípios nesta área. Os incentivos financeiros dos Estados para ESF ocorrem de várias formas: transferências financeiras, fornecimento de material didático/educativo e treinamentos, fornecimento de insumos e medicamentos, equipamentos; e de recursos humanos.

Para Marques e Mendes (2003), As regras de distribuição dos incentivos, sejam do Governo Federal e/ou dos Governos Estaduais, induziram à implantação de centenas de ESF's, muitas sem a menor possibilidade de serem mantidas sem esses repasses. Para evitar essa situação o Estado de Minas Gerais utiliza dois índices para alocação de recursos financeiros no Programa Saúde em Casa (PSC), O Índice de Necessidades em Saúde (INS) que combina as principais variáveis epidemiológicas e socioeconômicas; e Índice de Porte Econômico (IPE) que mede a capacidade de autofinanciamento dos municípios, com base no valor repassado a título de cota parte do Imposto sobre Circulação de Mercadoria e Serviços (ICMS) per capita. A média desses dois índices gera o fator de alocação que, dividido em quartis, possibilita o repasse de mais recursos aos Municípios com maior necessidade. Para fazer jus aos incentivos do Programa Saúde em Casa, os Municípios assumem o cumprimento de metas pactuadas com a Secretaria Estadual da Saúde de Minas Gerais (SES/MG) (LELES *et al.* 2009).

No período entre 2010 e 2012 o Estado de Minas Gerais repassou mensalmente, aos Municípios da Região Sudoeste, incentivo financeiro às equipes de saúde da família, no valor de R\$ 1.000,00 (um mil reais), a cada mês, por equipe, para os pertencentes ao quartil um e R\$ 1.250,00 (um mil duzentos e cinquenta reais), a cada mês, por equipe, para os pertencentes ao quartil dois. Os municípios podem utilizar esses recursos na aquisição de equipamentos e material de consumo e para capacitação de profissionais das equipes de saúde da família (LELES *et al.* 2009).

Conforme pesquisa realizada por Rocha Filho e Silva (2009), em 2004, no município de Fortaleza/CE a os gastos da ESF encontram se distribuídos da seguinte forma: 62,22% custos com pessoal que atuam diretamente na equipe saúde da família, 13,21% custos com pessoal de apoio; 18,87% custos com medicamentos; 3,52% custos com transporte e 2,18% custos com energia, água e telefone.

O custo da atenção à saúde é cada vez mais elevado e os recursos sempre escassos frente ao crescente volume das necessidades neste setor. Isso torna cada vez mais urgente o conhecimento sobre a formação dos custos em saúde, que subsidiem intervenções que melhorem a produção dos serviços a menores custos. Contudo, a análise de custo não deve ser utilizada para reduzir a verba aplicada em saúde, tendo vista a diferença existente entre recursos e as crescentes necessidades e demandas. Essa análise deve possuir como objetivo aperfeiçoar as ações de saúde. (ROCHA FILHO; SILVA, 2009).

De acordo com Marques e Mendes (2003), os Municípios arcam com 70% dos custos da Estratégia Saúde da Família. Para Mendes (2012) este percentual chega a 75% e conforme pesquisa realizada por Rosa e Coelho (2011) no município de Santo Antonio de Jesus/BA o percentual apresentado foi 83,60%. Para Castro (2011) os municípios chegam a arcar com até 90% dos gastos da Estratégia Saúde da Família. Diante deste, cenário fica evidente a existência de risco financeiro operacional na ESF.

3. Procedimentos metodológicos

Este capítulo apresenta a classificação da pesquisa e os procedimentos metodológicos. O objetivo é apresentar ao leitor a metodologia de coleta e tratamento de dados e a escolha da amostra que serviram de base para o texto que mostra os resultados práticos da pesquisa. Ou seja, descreve os procedimentos metodológicos propostos, focalizando o seu tipo e sua natureza, os meios, os fins, os sujeitos, fontes e instrumentos da coleta de dados, a descrição do tratamento estatístico dos mesmos.

3.1. Classificação da pesquisa

O presente estudo caracteriza-se como pesquisa exploratória de caráter descritivo quanto aos seus objetivos, quanto aos meios utiliza pesquisa documental e levantamento e quanto à abordagem do problema de pesquisa possui caráter quantitativo.

Para Martins (2007) a pesquisa exploratória é uma abordagem que busca maiores informações sobre determinado assunto. Possui, segundo o mesmo autor, um planejamento flexível e é indicada quando se tem pouco conhecimento do assunto a ser pesquisado, tendo a finalidade de formular problemas e hipóteses para estudos posteriores.

A pesquisa exploratória, segundo Malhotra (2001) permite ao pesquisador familiarizar-se com maior facilidade com o seu problema de estudo, o que torna aquilo que se caracteriza inicialmente como complexo em algo mais claro possibilitando a elaboração de hipóteses mais adequadas ao desenvolvimento do ato de pesquisar.

Ainda Malhotra (2001), a técnica de pesquisa exploratória é aplicada quando é necessário definir com maior clareza e precisão o problema, identificando assim possibilidades de ação para que se possa obter dados relevantes e adequados à pesquisa em curso.

De acordo com Marconi e Lakatos (2012), estudos descritivos consistem em investigações cuja principal finalidade é o delineamento ou análise das características de fatos e fenômenos. Os estudos descritivos empregam abordagem quantitativa tendo como objetivo a coleta de dados sobre populações, programas, ou amostras. Utilizam várias técnicas de coleta de dados como entrevistas, questionários, formulários, etc..

Para Marconi e Lakatos (2012), os estudos exploratório-descritivos combinados têm por objetivo descrever determinado fenômeno. Podem ser encontradas tanto descrições quantitativas como qualitativas quanto a acumulação de informações detalhadas. Dá-se precedência ao caráter representativo sistemático e, em consequência, os procedimentos de amostragem são flexíveis.

Para consecução de cada objetivo, foi utilizada uma determinada técnica de pesquisa, que facilita identificar e classificar a Estratégia Saúde da Família dos municípios do sudoeste mineiro. Para caracterizar a ESF nos municípios quanto ao número de equipes, quantidade de profissionais e população atendida, foi realizada uma pesquisa documental. A mesma técnica foi aplicada para especificar, identificar e medir as receitas e os gastos da ESF nos municípios e identificar a participação de cada ente da federação em seu financiamento. Já para classificar a ESF em relação às características básicas de APS foi realizado um levantamento, que utilizou como instrumento de coleta de dados o formulário *PCATool-Brasil*, aplicado aos gestores/coordenadores da ESF em cada município.

3.2. Coleta de dados

Os dados sobre número de equipe, quantidade de profissionais, população atendida, receita e gasto na ESF foram obtidos por meio de pesquisa documental. Portanto, observando Demo (2000), a pesquisa documental, que às vezes se confunde com a bibliográfica, utiliza de fontes mais diversificadas ou que ainda não foram oficializadas com publicações. A análise documental refere-se a um trabalho calçado em documentos, que visa seu estudo com objetivo de descobrir as circunstâncias sociais e econômicas e suas relações com o tempo (RICHARDSON, 1999).

Já os dados sobre o atendimento das características de Atenção primária à saúde foram obtidos por meio da realização de um levantamento juntos aos coordenadores de APS realizado em seu ambiente de trabalho. Para Martins e Theóphilo (2009, p 61), “os levantamentos são próprios para os casos em que o pesquisador deseja responder a questões acerca das relações entre características de pessoas ou grupos, da maneira como ocorrem em situações naturais”.

O levantamento utilizou como instrumento de pesquisa o formulário *PCA/TOOL Brasil*. De acordo com Marconi e Lakatos (2012), o formulário é uma coleção de questões, destinada a coleta de dados resultantes da observação, do interrogatório, cujo preenchimento é feito pelo próprio pesquisador, à medida que faz as observações e recebe as respostas.

Portanto, o levantamento de dados por meio de formulários possui como objetivo compreender a natureza e a dinâmica dos serviços oferecidos de acordo com as características de porta de entrada do serviço, continuidade do cuidado, integralidade, coordenação, atenção centrada na família, orientação comunitária e competência cultural.

A análise de documental contemplada por esta pesquisa utiliza três fontes de dados: Prestação de Contas Anual (PCA), o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS) e o Portal do departamento de atenção básica do governo federal na internet (dab.saude.gov.br/portaldab/index2.php).

Desta forma, para classificar a ESF nos municípios quanto ao número de equipes, quantidade de profissionais e população atendida, foi realizada pesquisa documental, no site da Sala de Apoio à Gestão Estratégia do Ministério da Saúde¹¹.

Para levantar as transferências de receitas recebidas por cada município foi realizada pesquisa documental no *site* do Fundo Nacional de Saúde¹², por meio da ferramenta consulta de pagamento. Já para levantamento das despesas foi realizada pesquisa utilizando a documentação que compõe a chamada Prestação de Contas Anual e que disponibiliza documentos contábeis obrigatórios segundo a legislação e complementares exigidos pelo tribunal de contas, constituindo um importante banco de dados para pesquisa de várias

¹¹ Endereço eletrônico: <http://189.28.128.178/sage/>

¹² Endereço eletrônico: <http://www.fns.saude.gov.br/indexExterno.jsf>

nuances. A prestação de contas é realizada e entregue por meio do Sistema Informatizado de Apoio ao Controle Externo/Prestação de Contas Anual SIACE/PCA, que é fornecido gratuitamente a todos os municípios, pelo TCE/MG, para remessa das prestações de contas anuais dos gestores do poder executivo e das administrações indiretas municipais. Alguns dados foram confirmados utilizando o portal do SIOPS¹³, por meio da ferramenta dados informados pelos municípios, que reúne informações sobre o financiamento e gasto com a saúde pública, constituindo-se num banco de dados único no âmbito das políticas sociais no Brasil.

Por fim, foi realizada pesquisa documental em acervos disponibilizados pela Superintendência Regional de Saúde de Passos (MG) que é responsável por avaliar o Programa Saúde em Casa dos municípios pesquisados. As fontes documentais supracitadas possuem como objetivo a prestação de contas e a transparência na gestão pública. Portanto, trata-se de uma pesquisa documental em dados primários. Ou seja, os dados necessitaram de tratamento para o alcance do escopo da pesquisa.

A coleta de dados sobre financiamento e gastos na ESF nas fontes supracitadas, apóia-se no princípio constitucional de publicidade da coisa pública, pois, as informações constantes nos SIACE/PCA, SIOPS, *site* do Ministério da Saúde e os documentos fornecidos pela Superintendência Regional de Saúde de Passos, são informações públicas que devem estar à disposição do cidadão. Para tratamento dos dados foi criada uma planilha que sumariza as receitas e gastos da ESF. A fim de calcular o risco financeiro operacional desta ação de saúde pública, sendo apresentada no apêndice 1.

A coleta de dados sobre o financiamento e gastos da ESF teve início em 12 de dezembro de 2013 e terminou em 25 de março de 2014. Para solicitar os dados o pesquisador entrou em contato via email, telefone e pessoalmente com a secretária de finanças de cada município pesquisado. Neste contato informava sobre a realização da pesquisa, explicava o tema, objeto e objetivos da pesquisa e solicitava dados financeiros por meio do backup da prestação de contas anual entregue ao TCE/MG.

¹³ <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops/mais-sobre-siops/6117-dados-informados-municipios>

Os dados sobre o atendimento das características de Atenção Primária à Saúde foram coletados por meio do formulário *Primary Care Assessment Tool* Brasil (*PCATool-Brasil*), versão profissionais, instrumento já testado e validado pelo Ministério da Saúde. O *PCATool-Brasil* é um formulário composto por perguntas fechadas, com utilização de escalas de 1 a 4. O instrumento apresenta 77 itens divididos em 8 componentes da seguinte maneira em relação as características da APS: acessibilidade, longitudinalidade, coordenação (integração de cuidados e sistema de informações), integralidade (serviços disponíveis e serviços prestados), atenção centrada na familiar e orientação comunitária (BRASIL, 2010). Os formulários são apresentados nos anexos.

Além dos dados sobre atendimento das características de APS também foram coletado dados sobre o perfil do coordenador da Atenção Primária da Saúde ou Estratégia Saúde da Família de cada município. Para realizar este levantamento o pesquisador criou um instrumento de pesquisa composto por 11 questões, que foram apresentadas de forma direta, sendo abordado: Gênero, idade, escolaridade, área de formação acadêmica e formação complementar, cargo e função pública, tempo de atuação na prefeitura, na área de APS/ESF e na coordenação da APS/ESF, o formulário é apresentado no apêndice 2. Foi realizado teste no formulário perfil do coordenador junto a profissionais de saúde do município de Passos.

Os formulários foram aplicados pelo pesquisador no ambiente de trabalho dos sujeitos da pesquisa. Foi apresentado um termo de esclarecimento da pesquisa cada respondente. Foram seguidas todas as instruções de aplicação constante no manual do instrumento de pesquisa de avaliação da atenção primária à saúde. Os formulários foram aplicados no período de 17 a 28 de Fevereiro de 2014.

A triangulação entre dados, sobre número de equipes, quantidade de profissionais, população atendida, financiamento, gastos, e atendimento das características de APS, torna se importante diante da relevância das informações de custos no setor de saúde. Ou seja, o levantamento destes dados contribui para compreender a ESF nos municípios pesquisados. E ainda, possibilita a comparação entre os níveis de atendimento de característica de APS e gastos realizados nas ESF dos municípios pesquisados.

Para Gonçalves *et al.* (2010), as informações sobre custos podem ser um importante ponto de partida para o *benchmarking*, planejamento e controle, o que melhora a gestão dos recursos aplicados no setor saúde e constitui-se base para o processo de tomada de decisão no setor.

3.3. Definição da Amostra

Esta pesquisa analisa os dados financeiros nos exercícios 2010, 2011 e 2012 e o atendimento das características de APS da Estratégia Saúde da Família nos municípios da região sudoeste de Minas Gerais. Portanto, trata-se de uma pesquisa com dados em séries históricas, que “é uma série em que os dados são distribuídos de acordo com o tempo em que se produziram, permanecendo fixos os locais e as categorias, com a finalidade é analisar o comportamento de uma variável em sucessivos intervalos de tempo.” (MARCONI; LAKATOS, 2012, p. 185). A escolha deste período possui como critério o PPA vigente, durante o período de realização da pesquisa, ou seja, 2010 a 2013, não sendo possível a análise de 2013, pois, a prestação de contas deste exercício ainda não havia sido entregue ao TCE/MG.

O Estado de Minas Gerais recortou seu espaço territorial em 853 municípios onde se encontram 76 microrregiões¹⁴ e 13 macrorregiões¹⁵ de saúde. Essa proposta de regionalização da saúde possui como base os princípios de economia de escala, qualidade e acesso. Dessa forma, o Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais¹⁶ (PDR/MG) cria a base territorial para uma distribuição dos equipamentos de saúde. Além do mais, o PDR mineiro está sendo construído para constituir-se em territórios sanitários de organização das redes de atenção à saúde, numa perspectiva de atendimento às necessidades de saúde da população do estado (MALACHIAS *et al.* 2013). Portanto, para facilitar a compreensão e comparação dos

¹⁴ **Microrregião de Saúde:** Base territorial de planejamento da atenção secundária com capacidade de oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade e alguns serviços de alta complexidade, constituída por um ou mais módulos assistenciais. Apresenta nível tecnológico de média complexidade e abrangência intermunicipal (MALACHIAS *et al.* 2013).

¹⁵ **Macrorregião de Saúde:** Base territorial de planejamento da atenção à saúde, que engloba regiões e microrregiões de saúde e oferta de alguns serviços da média complexidade de maior especialização e a maioria de serviços da alta complexidade (MALACHIAS *et al.* 2013).

¹⁶ **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais:** Instrumento de planejamento e gestão que na área da saúde objetiva direcionar a descentralização com vistas à promoção de maior e mais adequada acessibilidade dos usuários, considerados os princípios da integralidade, equidade e economia de escala (MALACHIAS *et al.* 2013).

resultados dentro de parâmetros definidos pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais e gerando, assim, um banco de dados que pode subsidiar novas pesquisas. O presente estudo utiliza o recorde espacial de microrregiões de saúde.

Os municípios pesquisados pertencem às microrregiões Passos/Piumhi¹⁷ e São Sebastião do Paraíso¹⁸, ambas no sudoeste do Estado de Minas Gerais. Estas microrregiões foram selecionadas por acessibilidade, o que caracteriza uma pesquisa com amostras não-probabilísticas e intencional. Além do mais, a região sudoeste do estado de Minas Gerais apresenta indicadores favoráveis na área da saúde e com maior acesso à infraestrutura sanitária e serviços básicos de saúde (GALVARRO *et al.* 2012).

Para melhor comparação entre os municípios, os mesmos foram classificados de acordo com número de habitantes, PIB per capita e atividade econômica preponderante. Os dados foram coletados no *site* do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁹. Os critérios mencionados impactam diretamente nos gastos na área de saúde, sendo o critério número de habitantes, também utilizado para distribuição do Fundo de Participação dos Municípios, uma *Proxy* do seu tamanho e o PIB per capita demonstra a geração de riqueza/renda dos municípios pesquisados.

3.4 Modelo utilizado para tratamento dos dados e alcance dos resultados

Os dados coletados foram submetidos a técnicas de análise quantitativa para apuração do risco financeiro operacional na manutenção das atividades da ESF para análise dos dados coletados nos formulários (*PCATool* – Brasil) e perfil dos coordenadores da Atenção Primária à Saúde Municipal.

¹⁷ **Microrregião Passos/Piumhi:** Composta pelos municípios de Alpinópolis, Bom Jesus da Penha, Capetinga, Capitólio, Cássia, Claraval, Delfinópolis, Doresópolis, Fortaleza de Minas, Guapé, Ibiraci, Itaipava de Minas, Passos, Piumhi, São João Batista do Glória, São José da Barra, São Roque de Minas e Vargem Bonita (MALACHIAS *et al.*, 2013).

¹⁸ **Microrregião São Sebastião do Paraíso:** Compostas pelos municípios de Itamogi, Jacuí, Monte Santo de Minas, Pratápolis, São Sebastião do Paraíso e São Tomaz de Aquino (MALACHIAS *et al.*, 2013).

¹⁹ Endereço eletrônico: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang&coduf=31&search=minas-gerais>

Para identificar e medir os custos da ESF, os dados contábeis receberam tratamento que utiliza o método de acumulação de custos por processo e o método de custeio direto. Os custos apurados foram classificados, conforme a legislação contábil pública por elemento de despesa, de acordo com que foi apresentado no referencial teórico.

Após a classificação e apuração, foi criado um centro de resultado, ou seja, os custos foram confrontados com as receitas a fim de calcular o resultado, que representa o risco financeiro operacional exigido dos municípios para manutenção das atividades da ESF, ou seja, as receitas transferidas pela União e Estado para ESF, menos as despesas realizadas para manutenção das atividades da ESF, o resultado representa o risco financeiro operacional do município na manutenção da ESF, que será apresentado como um percentual possuindo como base as despesas realizadas.

A análise dos dados referentes aos municípios selecionados recebeu tratamento de estatística descritiva analisando a média, desvio padrão, máximo e mínimo das receitas arrecadadas e das despesas executadas nos períodos previamente estabelecidos. Os dados foram segmentados de acordo com a estrutura da pesquisa para realização de observações, e apresentados por meio de tabelas e gráficos, inseridos e transcritos nos capítulos de apresentação e análise dos dados.

No capítulo de análise dos dados são identificados padrões, possíveis explicações e a retomada das anotações de campo e do referencial teórico. Para realizar os cálculos e auxiliar nas análises dos dados foi utilizado o *software* Microsoft Office Excel 2007.

4. Apresentação dos resultados

Este capítulo apresenta os resultados da pesquisa e os relaciona com os objetivos específicos. Os resultados foram formatados em tabelas e quadros, que receberam tratamento estatístico descritivo. Deve-se salientar que os resultados desta pesquisa não podem ser generalizados.

4.1 Características dos municípios pesquisados

Os municípios pesquisados da região sudoeste do estado de Minas Gerais, foram caracterizados a partir de variáveis que são direcionadoras de receitas e que geram impacto nos gastos com saúde dos municípios.

Tabela 4 - Características dos Municípios

Municípios	População	Atividade Econômica	PIB percapita
Alpinópolis	19.391	Agropecuária e Serviços	R\$ 13.655,52
Bom Jesus da Penha	4.091	Agropecuária e Serviços	R\$ 18.674,97
Capetinga	7.222	Agropecuária e Serviços	R\$ 11.711,44
Capitólio	8.535	Agropecuária e Serviços	R\$ 14.500,14
Cássia	17.967	Agropecuária e Serviços	R\$ 14.666,97
Claraval	4.751	Agropecuária e Serviços	R\$ 14.196,23
Delfinópolis	7.096	Agropecuária e Serviços	R\$ 22.962,43
Doresópolis	1.504	Agropecuária e Serviços	R\$ 14.550,72
Fortaleza de Minas	4.302	Indústria e Serviços	R\$ 78.222,20
Guapé	14.349	Agropecuária e Serviços	R\$ 12.252,96
Ibiraci	13.006	Indústria	R\$ 42.000,73
Itamogi	10.572	Agropecuária e Serviços	R\$ 10.842,22
Itaú de Minas	15.694	Indústria e Serviços	R\$ 30.503,84
Jacuí	7.755	Agropecuária e Serviços	R\$ 12.524,19
Monte Santo de Minas	21.878	Agropecuária e Serviços	R\$ 14.467,58
Passos	111.651	Serviços	R\$ 14.907,06
Piumhi	33.580	Serviços	R\$ 26.430,03
Pratápolis	8.975	Indústria e Serviços	R\$ 15.049,99
São João Batista do Gloria	7.241	Indústria	R\$ 60.448,47
São José da Barra	7.155	Indústria	R\$ 60.934,32
São Roque de Minas	6.973	Agropecuária e Serviços	R\$ 21.909,53
São Sebastião do Paraíso	68.518	Serviços	R\$ 17.349,46
São Tomaz de Aquino	7.257	Agropecuária e Serviços	R\$ 15.108,72
Vargem Bonita	2.216	Agropecuária e Serviços	R\$ 15.672,40

Fonte: IBGE (2013)

A tabela 4 apresenta algumas características dos municípios pesquisados que possuem relação com gestão da saúde pública tais como: população²⁰, atividade econômica preponderante²¹ e Produto Interno Bruto percapita²². A população dos municípios pesquisados totaliza 397.527 habitantes, distribuída da seguinte forma: 20,83% possuem população até 5.000 habitantes, 37,5% possuem população entre 5.001 e 10.000 habitantes, 25% possuem população entre 10.001 e 20.000 habitantes e 16,67% possuem população entre 20.001 e 112.000 habitantes. A menor população pertence à Doresópolis e a maior a Passos. A mediana da amostra 8.145 habitantes foi calculada a partir das populações de Jacuí e Capitólio. Quanto à atividade econômica preponderante, a maioria dos municípios se situa no setor de serviços e agropecuária, 62,50%, o restante dos municípios encontra-se distribuídos nas demais atividades com o mesmo percentual 12,50%. O setor de serviços dos municípios está concentrado nas áreas de comércio, educação e saúde. No segmento agropecuário as maiores atividades estão na produção de café e a pecuária de corte e leite. Na área industrial, destaca-se a geração de energia elétrica e mineração, sendo os municípios sedes dessas atividades industriais aqueles que possuem maior PIB percapita. Quanto ao PIB per capita 66,67% dos municípios se situam entre R\$ 10.000,00 e R\$ 20.000,00, 20,83% entre R\$ 20.000,01 e R\$ 60.000,00 e 12,50% entre R\$ 60.000,01 e R\$ 80.000,00. O menor PIB per capita pertence à Itamogi e o maior a Fortaleza de Minas. A mediana do PIB per capita R\$ 15.079,36 foi gerada pelos municípios de Pratápolis e São Tomaz de Aquino.

O primeiro objetivo específico da pesquisa é classificar a Estratégia Saúde da Família dos municípios pesquisados quanto ao número de equipes de saúde da família e saúde bucal, quantidade de agentes comunitários de saúde, existência do núcleo de apoio à saúde da família e população atendida. Tais, informações são relevantes por serem utilizadas como direcionadoras para transferência de recursos da União aos municípios, e por constituir-se numa preocupação permanente do gestor público em relação à quantidade e qualidade dos

²⁰ A população é um direcionador para a distribuição de recursos no setor público. Exemplo o PAB-Fixo. A parte fixa do PAB, destinada à assistência básica, é obtida pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada Município (BRASIL, 1998).

²¹ A constituição federal de 1988 determina que 25% total arrecadado com ICMS nos Estados seja repartido entre seus respectivos municípios, da seguinte forma: a) 75%, no mínimo, na proporção do valor adicionado nas operações relativas a circulação de mercadorias e nas prestações de serviços realizadas em seus territórios; b) 25% de acordo com o que dispuser a lei estadual ou, no caso dos territórios, lei federal. A LRF determina que no mínimo 15% das receitas tributárias dos municípios devem ser aplicadas em saúde.

²² O produto interno bruto per capita apresenta a dimensão ao valor adicionado pelo município e, também, da distribuição média desta riqueza. Critério, também, utilizado para estratificação de municípios pelo PMAQ.

recursos humanos e os gastos com pessoal²³. Portanto, possuem relação com o risco financeiro operacional. A tabela 5 apresenta as características da rede ESF em cada município pesquisado.

Tabela 5 - Características da rede ESF nos Municípios pesquisados

Municípios	População Atendida	Quantidade de ACS	Quantidade de EQSF	Quantidade de ESB	Quantidade de NASF
Alpinópolis	17.250	31	05	05	01
Bom Jesus da Penha	3.942	10	02	01	00
Capetinga	6.900	12	02	00	00
Capitólio	8.218	18	03	03	01
Cássia	10.350	21	03	00	00
Claraval	3.450	06	01	01	00
Delfinópolis	6.850	12	03	02	01
Doresópolis	1.447	04	01	01	00
Fortaleza de Minas	3.450	07	01	01	00
Guapé	13.892	34	05	05	01
Ibiraci	10.350	14	03	00	00
Itamogi	10.321	24	04	04	01
Itaú de Minas	15.042	26	05	02	00
Jacuí	6.900	14	02	02	01
Monte Sto de Minas	21.236	46	08	08	01
Passos	58.650	103	17	00	02
Piumhi	32.121	67	10	10	01
Pratápolis	8.776	23	04	04	01
S. J. B. do Gloria	6.900	12	02	02	00
São José da Barra	6.778	12	02	02	00
São Roque Minas	6.714	15	03	02	00
S. S. do Paraíso	62.100	128	18	12	02
S. Tomaz de Aquino	6.900	12	02	02	00
Vargem Bonita	2.160	5	01	01	00

Fonte: MS/SAGE (2013)

Observa-se a partir da tabela 5 que São Sebastião do Paraíso possui a maior rede ESF²⁴ e a maior população atendida em número de habitantes. Já Doresópolis possui a menor rede ESF e a menor população atendida em número de habitantes. A mediana da população atendida foi 7559 habitantes, gerada a partir da população atendida pelos municípios de Capitólio e São Tomaz de Aquino e a moda da população atendida pela ESF foram 6900 pessoas. Quanto à quantidade de Agente Comunitário de Saúde (ACS) 58,33% dos municípios possuem até 20

²³ A Lei de Responsabilidade Fiscal determina limite legal de gastos com pessoal em 54% da receita corrente líquida, para o executivo municipal.

²⁴ Neste trabalho considera-se como rede ESF a quantidade de agentes comunitários de Saúde, de equipes saúde da família e equipes de saúde bucal e núcleos de apoio à saúde da família, existentes no município.

ACS, 25% possuem entre 21 e 40 ACS, 4,17% possuem entre 40 e 60 ACS, 4,17% possuem entre 60 e 80 ACS e 8,33% possuem entre 100 e 130 ACS. A mediana da quantidade de ACS foi quinze e a moda doze. Quanto à quantidade de Equipe Saúde da Família (EQSF) 62,50% dos municípios possuem até 3 EQSF, 16,67% possuem entre 4 e 6 EQSF, 4,17% possui entre 7 e 9 EQSF, 4,17% possuem entre 10 e 12 EQSF e 8,33% possuem entre 16 e 18 EQSF. A mediana da quantidade de EQSF foi três e a moda foi duas. Quanto à quantidade de Equipe de Saúde Bucal (ESB) 70,83% dos municípios possuem entre 1 e 3 ESB, 16,67% possuem entre 4 e 6 ESB, 4,17% possui entre 7 e 9 ESB e 8,33% possuem entre 10 e 12 ESB, Contudo, 16,67% dos municípios pesquisados não possuem ESB. A mediana e a moda da quantidade de ESB foram duas. Quanto ao Núcleo de Apoio a Estratégia Saúde da Família (NASF) ele existe em 45,83% dos municípios pesquisados, destes 81,82% possuem uma unidade e 18,18% duas unidades. Assim, a mediana e à moda de quantidade do NASF, nos municípios pesquisados, foi zero. Ou seja, a maioria dos municípios não aderiu a esta atividade.

4.2 Classificação dos municípios quanto atendimento das características de APS.

O segundo objetivo específico da pesquisa é classificar a Estratégia Saúde da Família (ESF) dos municípios pesquisados quanto ao atendimento das características de Atenção Primária à Saúde (APS). Este objetivo possui relação com o risco operacional, por relacionar-se com o desempenho das atividades da ESF. Para alcançar este objetivo o pesquisador realizou pesquisa de campo, em que utilizou o formulário *PCATool-Brasil*, versão profissional como instrumento de pesquisa. O formulário mede as seguintes variáveis: acessibilidade, longitudinalidade, coordenação (integração de cuidados e sistema de informações), integralidade (serviços disponíveis e serviços prestados), atenção centrada na família e orientação comunitária, com pontuação entre 1 e 4 (BRASIL, 2010).

Além de classificar a ESF de cada município quanto às características essenciais de APS a pesquisa de campo, levantou também o perfil do Coordenador da APS, para tanto foi utilizado formulário criado pelo pesquisador que aborda as seguintes variáveis: Gênero, idade, escolaridade, formação acadêmica, formação complementar, existência do cargo de

coordenador da APS/ESF, jornada de trabalho, tempo de trabalho na prefeitura, tempo que atuação na área de APS e tempo que atuação como coordenador da APS.

Os formulários foram preenchidos no ambiente de trabalho dos respondentes, consumindo em média 40 minutos por pessoa para serem preenchidos. Em geral, os Coordenadores de APS demonstraram receptividade em participar da pesquisa. Contudo, ocorreram pequenas esperas ou interrupções do preenchimento, devido à necessidade dos respondentes atenderem a comunidade ou orientar colaboradores. O processo de coleta de dados iniciava, sempre, a partir com a abordagem do tema, objeto e objetivo da pesquisa.

Por meio da aplicação dos formulários foi possível traçar, o perfil do coordenador da APS na região sudoeste do estado de Minas Gerais e construir um cenário sobre o qual demonstra o nível de atendimento das características de APS pela ESF dos municípios pesquisados, a partir da percepção do Coordenador APS.

A amostra foi composta por 24 Coordenadores da Atenção Primária à Saúde, e ficou evidenciado o seguinte perfil: 91,67% são do sexo feminino contra apenas 8,33% do sexo masculino, quanto a idade 16,67% possuem entre 20 e 27 anos, 66,67% possuem entre 28 e 35 anos, 8,33% possuem entre 36 e 43 anos, 4,17% possuem entre 44 e 51 anos e 4,17% estão acima de 52 anos. Portanto, pode-se inferir que a Coordenação da APS em sua maioria é exercida por mulheres jovens.

Quanto à escolaridade, todos os respondentes possuem graduação, a maioria possui especialização e apenas um o título de mestre. A escolaridade está distribuída da seguinte forma: 29,17% dos coordenadores de APS possuem somente graduação, enquanto 66,67% possuem também especialização e apenas 4,17% possui mestrado. Todos os respondentes possuem graduação em enfermagem. A formação complementar “especialização” apresenta a seguinte distribuição: 62,50% possuem especialização em Estratégia Saúde da Família, 25% possui especialização em Gestão de Saúde Pública e 12,50% possui em especialização em outras áreas da saúde. Desta forma, pode-se considerar que a Coordenação da APS, dos municípios pesquisados, possui profissionais qualificados para exercer a função.

Em alguns municípios não existe o cargo público²⁵ de Coordenador da Atenção Primária à Saúde, sendo esta função exercida pela enfermeira da equipe saúde da família. Em 58,33% dos municípios pesquisados possuem o cargo. Contudo, é um cargo comissionado, ou seja, indicado pelo Prefeito Municipal. Desta forma, o profissional pode exercer a função por no máximo, o mesmo tempo que durar o mandato daquele que indicou. Entretanto, em 85,71% dos municípios pesquisados, os ocupantes do cargo são servidores que possuem o cargo efetivo de enfermeiro, assim, não perdem o vínculo como servidor do município, ao fim do Governo, dando ao cargo de Coordenador de APS, característica de função comissionada²⁶. Em relação à jornada de trabalho 95,84% cumprem jornada de trabalho de 40 horas semanais.

A tabela 6 apresenta características dos Coordenadores da Atenção Primária à Saúde, quanto ao tempo de atuação na Prefeitura Municipal, na área de APS e na Coordenação da APS.

Tabela 6 - Características dos Coordenadores quanto ao tempo de atuação

Características dos coordenadores quanto ao tempo de atuação	Até 4 anos	5 a 8 anos	9 a 12 anos	13 a 20 anos	21 a 30 anos
na Prefeitura Municipal	41,67%	37,50%	12,50%	4,17%	4,17%
na área de Atenção Primária à Saúde	41,67%	29,17%	20,83%	8,33%	0,00%
na Coordenação da APS.	66,67%	29,17%	4,17%	0,00%	0,00%

Fonte: Dados da pesquisa.

A partir da tabela 6 observa-se as seguintes características dos Coordenadores de APS dos municípios pesquisados: 79,17% trabalham nas Prefeituras Municipais a menos de 8 anos, 70,84% trabalham na área de APS menos de 8 anos e 66,67% exercem a função a menos de 4 anos. A ESF como política de saúde pública possui 18 anos, percebe-se, a partir dos dados encontrados pela pesquisa, que a atuação dos profissionais de saúde, nesta área possui no máximo o mesmo período.

A tabela 7 apresenta os resultados da avaliação da ESF quanto ao atendimento das características de APS, evidenciando o escore essencial e o escore geral dos municípios pesquisados na região sudoeste do estado de Minas Gerais.

²⁵ Cargo público: é o conjunto de atribuições e responsabilidades previstas na estrutura organizacional que devem ser cometidas a um servidor (Brasil, 1990).

²⁶ CF. Art. 37, § 5º. As funções de confiança, exercidas exclusivamente por servidores ocupantes de cargo efetivo, e os cargos em comissão, a serem preenchidos por servidores de carreira nos casos, condições e percentuais mínimos previstos em lei, destinam-se apenas às atribuições de direção, chefia e assessoramento (1988).

Tabela 7 - Avaliação das características de APS na Estratégia Saúde da Família nos Municípios da Região Sudoeste de Minas Gerais.

Municípios	Acessibilidade	Longitudinalidade	Coord. Int. Cuidados	Coord. Sist. Inf.	Integ. Serv. Disponíveis	Integ. Serv. Prestados.	Orient. Familiar	Orientação Comunitária	Escore Essencial	Escore Geral
Alpinópolis	2,78	3,31	3,50	3,67	2,95	3,27	3,33	3,67	3,25	3,31
B. Jesus da Penha	2,56	4,00	3,50	3,00	3,55	3,67	4,00	4,00	3,38	3,53
Capetinga	2,00	4,00	3,50	4,00	2,95	3,60	4,00	3,50	3,34	3,44
Capitólio	2,56	3,69	3,83	3,67	3,45	3,40	4,00	3,83	3,43	3,55
Cássia	2,11	3,85	3,67	4,00	3,27	3,13	4,00	3,67	3,34	3,46
Claraval	3,44	3,62	3,50	4,00	3,64	3,00	3,67	3,17	3,53	3,50
Delfinópolis	3,11	3,77	3,67	4,00	3,64	3,67	4,00	3,83	3,64	3,71
Doresópolis	3,33	4,00	3,67	4,00	3,91	3,67	4,00	3,67	3,76	3,78
Fortaleza de Minas	2,67	3,92	3,83	4,00	3,45	3,80	4,00	4,00	3,61	3,71
Guapé	2,67	3,54	3,17	3,67	3,27	3,60	3,67	3,83	3,32	3,43
Ibiraci	2,22	3,77	3,50	4,00	3,50	3,53	3,67	3,83	3,42	3,50
Itamogi	3,33	3,62	3,50	3,67	3,86	3,40	4,00	4,00	3,56	3,67
Itaú de Minas	2,67	3,77	3,83	4,00	3,50	3,60	4,00	3,50	3,56	3,61
Jacuí	2,22	3,46	3,33	3,33	3,45	3,60	4,00	3,67	3,23	3,38
Monte Sto. Minas	2,22	3,54	3,50	4,00	3,32	3,20	4,00	3,33	3,30	3,39
Passos	2,44	3,15	2,50	3,33	3,00	2,87	3,33	3,33	2,88	3,00
Piumhi	2,33	3,62	3,50	3,67	3,86	3,40	4,00	3,83	3,40	3,53
Pratápolis	2,56	3,69	3,33	4,00	2,95	3,47	3,67	3,00	3,33	3,33
S. J. B. do Gloria	2,11	3,46	3,17	4,00	3,45	3,67	3,33	3,83	3,31	3,38
S. J. da Barra	2,67	3,69	3,50	4,00	3,45	3,80	4,00	3,67	3,52	3,60
S. R. de Minas	2,44	3,69	3,67	4,00	3,45	3,27	4,00	3,67	3,42	3,52
S. S. do Paraíso	2,89	3,08	2,83	3,00	3,27	2,93	3,33	3,17	3,00	3,06
S. Tomaz Aquino	3,00	2,92	3,00	4,00	3,73	3,67	4,00	3,83	3,39	3,52
Vargem Bonita	2,22	3,92	3,17	3,67	3,50	3,60	4,00	3,67	3,35	3,47

Fonte: Dados da Pesquisa.

O critério acessibilidade avalia a ESF como primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde. Desta forma, a acessibilidade é avaliada por meio da utilização do serviço de saúde, como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das emergências e urgências médicas (BRASIL, 2010). Na avaliação da acessibilidade, o maior escore 3,34 pertence à Claraval e o menor escore de 2,00 pertence a Capetinga. A mediana e a moda da avaliação da acessibilidade foram respectivamente 2,56 e 2,67.

O critério longitudinalidade estima existência de uma fonte continuada de atenção à saúde, assim como sua utilização ao longo do tempo. Este critério avalia também a relação entre a população e sua fonte de atenção à saúde que deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde (BRASIL, 2010). Na avaliação da longitudinalidade, três municípios alcançaram o escore máximo de 4,00, Bom Jesus da Penha, Capetinga e Doresópolis. O menor escore 2,92 pertence a São Tomaz de Aquino. A mediana e a moda na avaliação da longitudinalidade foram 3,69.

O critério coordenação avalia a continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração destes cuidados no cuidado atenção destinada ao paciente. O provedor de atenção primária, no caso os municípios, deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe por meio da coordenação entre os serviços de saúde de atenção primária, secundária e terciária. A coordenação avalia separadamente a “integração de cuidados” e o “sistema de informações” (BRASIL, 2010). Na avaliação da coordenação “integração de cuidados”, o maior escore 3,83 pertence a Itaipava e o menor escore 2,50 pertence à Passos. A mediana e a moda na avaliação da coordenação “integração de cuidados” foram 3,50. Já avaliação da coordenação “sistema de informação” vários municípios alcançaram o escore máximo. Portanto, este escore também representa à mediana e a moda da amostra. O menor escore 3,00 pertence a Bom Jesus da Penha.

O critério integralidade quantifica os serviços disponíveis e prestados pela ESF e também as ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral,

tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial²⁷ do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequada ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades básicas de saúde. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros. A avaliação da integralidade encontra-se dividida em dois critérios “serviços disponíveis” e “serviços prestados” (BRASIL, 2010). Na avaliação da integralidade “serviços disponíveis” o maior escore 3,91 pertence à Doresópolis e o menor escore 2,95 foi alcançado por três municípios Alpinópolis, Capetinga e Pratápolis. A mediana e moda na avaliação da integralidade foram 3,45. Já na avaliação da integralidade no critério “serviços prestados” o maior escore 3,80 pertence a Fortaleza de Minas e a menor escore 2,87 pertence a Passos. A mediana e a moda na avaliação da integralidade “serviços prestados foram respectivamente 3,57 e 3,67.

O critério orientação familiar estima a atenção integral considerando o contexto familiar e seu potencial de auxiliar nos tratamentos de saúde (BRASIL, 2010). Neste critério vários municípios alcançaram escore máximo, sendo que o mesmo também representa à mediana e a moda. Já o escore mínimo de 3,33 foi alcançado por Alpinópolis, Passos, São João Batista do Gloria e São Sebastião do Paraíso.

O critério orientação comunitária avalia o reconhecimento por parte da ESF, das necessidades da comunidade quanto a tratamentos de doenças, por meio de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade. Foi avaliado, também, o planejamento e a existência de métodos de avaliação conjunta dos serviços prestados pela unidade de saúde (BRASIL, 2010). Na avaliação da orientação comunitária, o maior escore de 4,00 pertence à Fortaleza de Minas e o menor escore de 3,00 pertence à Pratápolis. A mediana e a moda da avaliação da orientação familiar foram 3,67.

O escore essencial é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais dividido pelo número de componentes e o escore geral é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais e dos atributos derivados dividido pelo número total de componentes (BRASIL, 2010). No escore essencial, a melhor avaliação 3,76 pertence a Doresópolis e a menor avaliação de 2,88 pertence a Passos. A mediana e a moda do escore essencial foram respectivamente 3,38 e

²⁷Biopsicossocial constitui uma abordagem é usada para se obter uma integração das várias dimensões da saúde (biológica, individual e social) (SAMPAIO; LUZ, 2009).

3,42. No escore geral, a melhor avaliação de 3,78 pertence a Doresópolis e menor avaliação 3,00 pertence a Passos. A mediana e a moda no escore geral foram 3,50.

O atendimento as características de APS é uma Proxy do risco operacional, pois, este se caracteriza pelas falhas no processamento e no controle das operações da organização, prejudicando o desempenho das atividades. Os resultados da pesquisa demonstraram que ESF dos municípios pesquisados atendem as características de Atenção Primária à Saúde. A acessibilidade com escore médio de 2,61 foi a característica de APS que os municípios apresentaram maior dificuldade em atender. A orientação familiar com escore geral médio de 3,83 foi à característica de APS que os municípios apresentaram menor dificuldade. Os demais critérios apresentam os seguintes escores médios: Longitudinalidade 3,63, Coordenação “integração dos cuidados” 3,68, Coordenação “sistema de informação” 3,42, Integralidade “serviços disponíveis” 3,43, e integralidade “serviços prestados” 3,67, orientação comunitária 3,65, escore essencial 3,39 e escore geral 3,47.

As maiores dificuldades quanto ao atendimento da característica de APS acessibilidade estão concentradas nos seguintes itens: Disponibilidade do serviço de saúde no sábado ou domingo; Disponibilidade do serviço de saúde pelo menos em alguns dias da semana até as 20 horas e a disponibilidade de algum funcionário da ESF para atender os pacientes nestes dias e horário. Contudo, a maioria dos respondentes declarou, espontaneamente, que seu município possui serviço de pronto atendimento e que nestes dias e horário, os cidadãos procuram este serviço para suas necessidades de saúde.

4.2.1 Classificação dos municípios quanto ao cumprimento das metas PSC.

Os municípios pesquisados foram avaliados quanto ao cumprimento das metas pactuadas no Programa Saúde em Casa (PSC), que foram: Nível de cobertura populacional da ESF. Índice de recém nascidos com cobertura mínima de sete consultas pré-natais. Índice de cobertura dos exames preventivo do colo do útero. Índice de cobertura na imunização tetravalente em menores de um ano de idade. No exercício 2012, esta última, foi alterada para nível de utilização do protocolo de avaliação de risco. A tabela 8 apresenta Avaliação dos municípios quanto ao cumprimento das metas do PSC, nos exercícios de 2010, 2011 e 2012.

Tabela 8 - Avaliação dos municípios quanto ao cumprimento das metas do PSC

Municípios	2010	2011	2012	Média
Alpinópolis	4,00	4,00	4,00	4,00
Bom Jesus da Penha	3,00	4,00	3,00	3,33
Capetinga	2,00	1,00	2,00	1,67
Capitólio	4,00	4,00	4,00	4,00
Cássia	2,00	4,00	4,00	3,33
Claraval	4,00	3,00	2,00	3,00
Delfinópolis	2,00	3,00	2,00	2,33
Doresópolis	4,00	4,00	4,00	4,00
Fortaleza de Minas	4,00	4,00	3,00	3,67
Guapé	4,00	4,00	4,00	4,00
Ibiraci	3,00	2,00	3,00	2,67
Itamogi	4,00	4,00	4,00	4,00
Itaú de Minas	4,00	4,00	3,00	3,67
Jacuí	3,00	4,00	4,00	3,67
Monte Santo de Minas	4,00	4,00	3,00	3,67
Passos	4,00	3,00	4,00	3,67
Piumhi	4,00	4,00	4,00	4,00
Pratápolis	3,00	4,00	3,00	3,33
São João Batista do Gloria	4,00	4,00	3,00	3,67
São José da Barra	4,00	4,00	4,00	4,00
São Roque de Minas	4,00	3,00	4,00	3,67
São Sebastião do Paraíso	4,00	3,00	4,00	3,67
São Tomaz de Aquino	4,00	3,00	4,00	3,67
Vargem Bonita	4,00	4,00	3,00	3,67

Fonte: Dados da Pesquisa (SES/MG).

Quanto ao cumprimento das metas pactuadas no Programa Saúde Casa (PSC), os municípios pesquisados apresentaram os seguintes resultados no exercício 2010: 70,83% cumpriram todas as metas, 16,67% cumpriram três metas e 12,50% apenas duas metas. Já no exercício 2011, 66,67% dos municípios cumpriram todas as metas, 25% cumpriram três metas, 4,17% cumpriram duas metas e 4,17% cumpriram apenas uma meta. Por fim, em 2012, 87,5% cumpriram todas as metas e 12,50% cumpriram três metas. Considerando o período todo 50% dos municípios cumpriram todas as metas pactuadas. Os municípios pesquisados apresentaram maior dificuldade no cumprimento das seguintes metas no exercício 2010: Índice de recém nascidos com cobertura mínima de sete consultas pré-natal e Índice de cobertura dos exames preventivo do colo do útero. Já nos exercícios seguintes as dificuldades foram: Nível de cobertura populacional da ESF e Índice de cobertura dos exames preventivo do colo do útero. A meta, nível de utilização do protocolo de avaliação de risco, não se

aplicava em alguns municípios. Portanto, os resultados da pesquisa demonstram que a maioria dos municípios pesquisados cumpre as metas pactuadas no PSC.

O nível de atendimento das metas do PSC possui relação com o risco operacional, pois, o não cumprimento da meta, evidencia que o município ao desempenhar as atividades pactuadas junto a Secretária Estadual de Saúde de Minas Gerais. Ou seja, Evidencia que o município possui falha no processamento e/ou controle das atividades realizadas pelas ESF. Como consequência o município pode não receber as transferências financeiras advindas do estado para manutenção do programa, fato que levar ao risco financeiro. Assim sendo, pode ser que o município não seja capaz de fazer frente as suas obrigações financeiras.

4.3 Classificação das receitas e despesas destinadas à manutenção da ESF.

O terceiro objetivo específico da pesquisa é identificar e medir as receitas de transferências intergovernamentais e os gastos da Estratégia Saúde da Família (ESF) nos municípios pesquisados.

4.3.1 Classificação das receitas de transferências intergovernamentais destinadas ESF.

As receitas de transferências intergovernamentais destinadas a manutenção da ESF realizadas pela União fazem parte do Piso da Atenção Básica Variável (PAB-Variável) é composta pelas receitas: por equipe de Saúde da Família (SF) implantada; por Agente Comunitário da Saúde (ACS); por Núcleo de Apoio a Estratégia Saúde da Família (NASF) e do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Em relação ao Estado de Minas Gerais a receita destinada à ESF são as transferências quadrimestrais do Programa Saúde em Casa. Desta forma, a ESF dos municípios pesquisados, possui cinco receitas advindas de transferências intergovernamentais, sendo quatro da União e uma do Estado de Minas Gerais.

As receitas de transferência intergovernamentais advindas da União foram obtidas no *site* do Fundo Nacional de Saúde²⁸. Já as receitas advindas do Governo do Estado de Minas Gerais foram solicitadas junto a Superintendência Regional de Saúde de Passos. Não foi possível utilizar como fonte de informação para obtenção das receitas, a prestação de contas anual dos municípios pesquisados ou os dados disponíveis no SIOPS. Pois, as receitas nestes documentos foram apresentadas pelos municípios de forma agregada com outras transferências intergovernamentais destinadas ao setor saúde. Não possibilitando, portanto, alcançar o escopo da pesquisa que almeja identificar e medir cada uma das receitas destinadas a ESF.

As receitas foram classificadas de acordo com a legislação contábil para setor público²⁹, que utiliza a seguinte codificação: categoria econômica, origem, espécie, rubrica, alínea, subalínea e fonte. As receitas de transferência intergovernamentais foram reconhecidas por competência conforme determina as normas de contabilidade aplicadas ao setor público (NCASP).

As receitas destinadas à Estratégia Saúde da Família são apresentadas por exercício, compreendendo a somatória das transferências intergovernamentais realizadas aos municípios das microrregiões de saúde Passos/Piumhi e São Sebastião do Paraíso e seu percentual em relação ao total e evolução. As tabelas 9, 10 e 11 demonstram as receitas destinadas à manutenção da ESF nos exercícios de 2010, 2011 e 2012.

Tabela 9 - Receitas destinadas a Estratégia Saúde da Família 2010.

Código	Descrição	Valores	AV
17.21.33.11.31	Saúde da Família	R\$ 7.852.800,00	48,77%
17.21.33.11.32	Agente Comunitário de Saúde	R\$ 5.450.633,00	33,85%
17.21.33.11.33	Saúde bucal	R\$ 1.534.000,00	9,53%
17.21.33.11.38	Núcleo Apoio Saúde da Família	R\$ -	0,00%
17.21.33.11.39	Programa M. Acesso e da Qualidade (PMAQ)	R\$ -	0,00%
17.22.33.11.31	Saúde em casa	R\$ 1.265.125,00	7,86%
	Total	R\$16.102.558,00	100%

Fonte: Dados da Pesquisa.

²⁸ <http://www.fns.saude.gov.br/indexExterno.jsf>

²⁹ Lei nº 4.320/64, Portaria nº 42/1999, do Ministério do Orçamento e Gestão, e pela Portaria Interministerial nº 163/2001, da Secretaria do Tesouro Nacional (STN) e da Secretaria de Orçamento Federal (SOF).

Observa-se que no exercício 2010 as maiores receitas de transferências intergovernamentais destinadas à manutenção da ESF foram para manutenção das Equipes Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde.

Tabela 10 - Receitas destinadas a Estratégia Saúde da Família 2011.

Código	Descrição	Valores	AV	AH
17.21.33.11.31	Saúde da Família	R\$ 8.147.400,00	40,81%	3,75%
17.21.33.11.32	Agente Comunitário de Saúde	R\$ 6.623.001,00	33,17%	21,51%
17.21.33.11.33	Saúde bucal	R\$ 1.620.300,00	8,12%	5,63%
17.21.33.11.38	Núcleo Apoio Saúde da Família	R\$ 1.802.000,00	9,03%	
17.21.33.11.39	Programa M. A. Qualidade (PMAQ)	R\$ 124.650,00	0,62%	
17.22.33.11.31	Saúde em casa	R\$ 1.647.657,27	8,25%	30,24%
	Total	R\$19.965.008,27	100%	23,99%

Fonte: Dados da Pesquisa.

Observa-se a partir da tabela 10 a existência de duas novas receitas advindas de transferências intergovernamentais destinadas a manutenção dos serviços da ESF, são as receitas destinadas ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e ao Programa de Melhoria ao Acesso da Qualidade (PMAQ). As receitas de transferências intergovernamentais destinadas à manutenção da ESF apresentaram evolução em 2011 de 23,99%. A transferência para manutenção do Programa Saúde em Casa foi à receita que apresentou a maior evolução em percentual no período. Contudo, as maiores receitas, ainda, são as transferências para manutenção das Equipes Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde.

Tabela 11 - Receitas destinadas a Estratégia Saúde da Família 2012.

Código	Descrição	Valores	AV	AH
17.21.33.11.31	Saúde da Família	R\$ 9.656.644,50	34,99%	18,52%
17.21.33.11.32	Agente Comunitário de Saúde	R\$ 7.312.758,00	26,49%	10,41%
17.21.33.11.33	Saúde bucal	R\$ 1.953.040,00	7,08%	20,54%
17.21.33.11.38	Núcleo Apoio Saúde da Família	R\$ 2.120.000,00	7,68%	17,65%
17.21.33.11.39	Programa M. A. Qualidade (PMAQ)	R\$ 5.026.700,00	18,21%	39,32%
17.22.33.11.31	Saúde em casa	R\$ 1.532.608,33	5,55%	-6,98%
	Total	R\$27.601.750,83	100%	38,25%

Fonte: Dados da Pesquisa.

A tabela 11 demonstra que as receitas de transferências intergovernamentais destinadas a manutenção da ESF evoluíram 38,25%, destaca-se a expressiva evolução do repasse do PMAQ, que passa a representar a terceira maior fonte de receitas advindas de transferências intergovernamentais e a redução da transferência para manutenção do Programa Saúde em

Casa, pode ser explicada pelo descumprimento de metas por alguns municípios durante o exercício de 2011.

A partir das tabelas das receitas destinadas a Estratégia Saúde da Família observa-se a constante evolução das receitas acima do índice inflação do período³⁰ e também a preocupação com mecanismos de transferências que proporcione uma melhoria constante na quantidade e qualidade dos serviços de saúde prestados na Atenção Primária à Saúde. Tais mecanismos de transferências possuem relação direta com risco financeiro operacional por atrelarem um maior repasse à qualidade dos serviços de saúde.

4.3.2 Classificação dos gastos realizados na manutenção das atividades da ESF.

Os gastos realizados para manutenção da ESF nos municípios da região sudoeste mineira foram obtidos da partir de análise na documentação que compõe a Prestação de Contas Anual, entregue por meio do SIACE/PCA ao TCE/MG, foram analisados os seguintes relatórios: comparativo da despesa autorizada com a despesa realizada e memorial de restos a pagar. O processo de análise consistiu em localizar as dotações que compreendem as autorizações de despesas para ESF, anotar seus valores com movimentação e verificar a existência despesas inscritas em restos a pagar não processados.

Os gastos foram classificados de acordo a legislação contábil para setor público³¹, não foi possível criar um codificação uniforme para os seguintes itens: codificação institucional e programática. Por serem classificações criadas para atender as necessidades individuais de cada município. Contudo, todas as despesas analisadas, possuíam como classificação institucional, a Secretaria Municipal de Saúde, função saúde (10) e subfunção Atenção Básica à Saúde (301), classificações programáticas relacionadas à manutenção das atividades da ESF e natureza da despesa. De acordo com a metodologia de custo direto, utilizada por esta pesquisa, os gastos realizados na manutenção da ESF representam uma Proxy dos custos deste serviço de saúde.

³⁰ INPC 2010 foi 6,47%; INPC 2011 foi 6,08%; INPC 2012 foi 6,20%.

³¹ Lei nº 4.320/64, Portaria nº 42/1999, do Ministério do Orçamento e Gestão, e pela Portaria Interministerial nº 163/2001, da Secretaria do Tesouro Nacional (STN) e da Secretaria de Orçamento Federal (SOF).

Não foi realizada nenhuma segregação dos gastos por fonte. Ou seja, não foram separados os gastos realizados com recursos advindos de transferências intergovernamentais para manutenção da ESF e os gastos para manutenção da ESF que utilizaram recursos do tesouro municipal. Pois, o objetivo da pesquisa é levantar todos os gastos realizados na manutenção da atividade ESF. Os gastos com a manutenção das Equipes Saúde da Família, dos Agentes Comunitários de Saúde, das Equipes de Saúde Bucal e do Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família foram agrupados como gastos realizados na manutenção da ESF.

Os gastos realizados na manutenção da ESF são apresentados por elemento da despesa, que representa a somatória dos gastos necessários para manutenção da ESF nos municípios das microrregiões de saúde Passos/Piumhi e São Sebastião do Paraíso, demonstra-se, também, a estrutura e a evolução dos gastos. As tabelas 12, 13 e 14 demonstram os gastos realizados na manutenção das atividades da ESF dos municípios pesquisados nos exercícios de 2010, 2011 e 2012.

Tabela 12 - Gastos realizados na manutenção da Estratégia Saúde da Família 2010.

Código	Descrição	Valores	AV
3.1.90.04	Contratação por tempo determinado	R\$ 12.332.580,96	39,30%
3.1.90.11	Vencimentos e vantagens fixas	R\$ 11.403.031,03	36,34%
3.1.90.13	Obrigações patronais	R\$ 2.805.272,01	8,94%
3.1.90.16	Outras despesas variáveis	R\$ 63.714,15	0,20%
3.3.90.04	Contratação por tempo determinado	R\$ 122.704,76	0,39%
3.3.90.14	Diárias	R\$ 5.856,34	0,02%
3.3.90.30	Material de Consumo	R\$ 1.783.684,58	5,68%
3.3.90.32	Material distribuição gratuita	R\$ 74.105,87	0,24%
3.3.90.33	Passagens e despesas com locomoção	R\$ 4.052,69	0,01%
3.3.90.36	Outros serviços de terceiros pessoas físicas	R\$ 962.321,76	3,07%
3.3.90.39	Outros serviços de terceiras pessoas jurídicas	R\$ 1.432.292,95	4,56%
3.3.90.46	Auxílio alimentação	R\$ 285.403,07	0,91%
3.3.90.47	Obrigações tributárias e contributivas	R\$ 12.101,00	0,04%
3.3.90.48	Outros auxílios financeiros a pessoas físicas	R\$ 40.273,44	0,13%
3.3.90.93	Indenizações e restituições	R\$ 51.874,79	0,17%
	TOTAL	R\$ 31.379.269,40	100%

Fonte: Dados da Pesquisa.

A partir da tabela 12 observa-se que os principais gastos realizados na manutenção das atividades da ESF nos municípios pesquisados, podem ser agrupados em três grandes categorias: mão de obra (contração por tempo determinado, vencimentos e vantagens fixas, obrigações patronais, outras despesas variáveis, outros serviços de terceiros pessoas físicas,

obrigações tributárias e contributivas e auxílio alimentação) que representa 89,19%, materiais consumidos (material de consumo e material de distribuição gratuita) que representa 5,92% e serviços relacionados (Diárias, outros serviços de terceiros pessoas jurídicas, outros auxílios financeiros a pessoas físicas e indenizações e restituições) que representa 4,72%.

Quanto à qualidade dos gastos é possível observar que os gastos com contratação de pessoal por tempo determinado de 39,30% foram superiores aos gastos com a contratação de pessoal efetivo, representado pela rubrica vencimentos e vantagens fixas 36,34%. O que evidencia dificuldade de contratação de profissionais de forma efetiva para atuarem na ESF.

Tabela 13 - Gastos realizados na manutenção da Estratégia Saúde da Família 2011.

Código	Descrição	Valores	AV	AH
3.1.90.04	Contratação por tempo determinado	R\$ 12.842.073,15	33,84%	4,13%
3.1.90.11	Vencimentos e vantagens fixas	R\$ 12.696.513,24	33,46%	11,34%
3.1.90.13	Obrigações patronais	R\$ 3.042.471,78	8,02%	8,46%
3.1.90.16	Outras despesas variáveis	R\$ 74.061,33	0,20%	16,24%
3.3.90.04	Contratação por tempo determinado	R\$ 189.248,48	0,50%	54,23%
3.3.90.14	Diárias	R\$ 7.646,68	0,02%	30,57%
3.3.90.30	Material de consumo	R\$ 2.476.256,16	6,53%	38,83%
3.3.90.32	Material distribuição gratuita	R\$ 117.260,60	0,31%	58,23%
3.3.90.33	Passagens e despesas com locomoção	R\$ 25.692,71	0,07%	534%
3.3.90.35	Serviço de consultoria	R\$ 22.600,00	0,06%	
3.3.90.36	Outros serviços de terceiros p. físicas	R\$ 3.987.055,98	10,51%	314%
3.3.90.39	Outros serviços de terceiros p. jurídicas	R\$ 1.797.601,34	4,74%	25,51%
3.3.90.46	Auxílio alimentação	R\$ 306.158,82	0,81%	7,27%
3.3.90.47	Obrigações tributárias e contributivas	R\$ 267.318,14	0,70%	2109%
3.3.90.93	Indenizações e restituições	R\$ 119.056,23	0,31%	129,51%
	TOTAL	R\$ 37.971.014,64	100%	21,01%

Fonte: Dados da Pesquisa.

A tabela 13 apresenta algumas alterações na estrutura dos gastos para manutenção das atividades da ESF como: inclusão de serviço de consultoria e a exclusão de outros auxílios financeiros a pessoas físicas. Destacam-se as reduções percentuais nos gastos realizados nas rubricas: contratação por tempo determinado, vencimentos e vantagens fixas e obrigações patronais. Já análise da evolução dos gastos evidencia aumento na rubrica outros serviços de terceiros pessoas físicas. As alterações ocorridas nos gastos para manutenção da ESF tanto na estrutura, quanto na evolução, podem ser explicados em partes pela posição do TCE/MG, quanto à classificação contábil dos gastos realizados com servidores públicos efetivamente pagos com recursos advindos do Bloco de Atenção Básica, especificamente ESF. Portanto,

alguns municípios passaram a classificar os gastos com servidores públicos alocados na ESF e pagos com recursos de transferências intergovernamentais na rubrica outros serviços de terceiros pessoas físicas. Fato este, que também explica a evolução da rubrica obrigações tributárias e contributivas, onde são alocados gastos referentes à contribuição patronal ao INSS sobre os serviços prestados por pessoas físicas. No exercício 2011 os gastos da ESF estão distribuídos da seguinte forma: 87,98% mão de obra, 6,83% materiais de consumo, 5,19% serviços relacionados. O total de gastos realizados para manutenção da ESF evolui 21,01%, índice este acima da inflação medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC) do período.

Tabela 14 - Gastos realizados na manutenção da Estratégia Saúde da Família 2012.

Código	Descrição	Valores	AV	AH
3.1.90.04	Contratação por tempo determinado	R\$ 17.377.696,92	39.14%	35.32%
3.1.90.11	Vencimentos e vantagens fixas	R\$ 14.183.783,68	31.95%	11.71%
3.1.90.13	Obrigações patronais	R\$ 2.766.394,83	6.23%	-9.07%
3.1.90.16	Outras despesas variáveis	R\$ 68.093,64	0.15%	-8.06%
3.3.90.04	Contratação por tempo determinado	R\$ 149.611,55	0.34%	-20,94%
3.3.90.14	Diárias	R\$ 8.164,88	0.02%	6,78%
3.3.90.30	Material de consumo	R\$ 2.550.257,28	5.74%	2,99%
3.3.90.31	Premiações culturais, art. cient. e outras	R\$ 206.255,13	0.46%	
3.3.90.32	Material distribuição gratuita	R\$ 8.702,50	0.02%	-92.58%
3.3.90.33	Passagens e despesas com locomoção	R\$ 38.762,25	0.09%	50.87%
3.3.90.35	Serviço de consultoria	R\$ 23.971,42	0.05%	6.07%
3.3.90.36	Outros serviços de terceiros p. físicas	R\$ 4.327.690,69	9.75%	8.54%
3.3.90.39	Outros serviços de terceiros p. jurídicas	R\$ 1.846.441,68	4.16%	2,72%
3.3.90.46	Auxílio alimentação	R\$ 333.165,57	0.75%	8.82%
3.3.90.47	Obrigações tributárias e contributivas	R\$ 278.899,16	0.63%	4,36%
3.3.90.48	Outros auxílios financeiros a p. físicas	R\$ 33.450,00	0.08%	
3.3.90.93	Indenizações e restituições	R\$ 196.104,04	0.44%	64,72%
	TOTAL	R\$ 44.378.597,94	100%	16,92%

Fonte: Dados da Pesquisa

A partir da tabela 14 observou-se, na estrutura dos gastos realizados na manutenção das atividades na ESF dos municípios pesquisados, as seguintes alterações: Foram incluídos gastos com premiações culturais, artísticas, científicas, desportivas e outras e outros auxílios financeiros a pessoas físicas. Quanto à evolução da rubricas destaca-se o aumento dos gastos com contratação por tempo determinado e a redução outras despesas variáveis, onde são classificados os custos com hora extra. A maior redução ocorreu na rubrica material para distribuição gratuita. O aumento dos gastos com contratação por tempo determinado, vencimento e vantagens fixas e outros serviços de terceiros pessoas físicas podem ser

explicados parcialmente pela entrada em maior volume dos recursos do PMAQ que possui como objetivo a melhoria do acesso e da qualidade nos serviços de APS. No exercício 2012 os gastos da ESF estão distribuídos da seguinte forma: 88,97% mão de obra, 5,77% materiais de consumo, 5,26% serviços relacionados. Observa-se, portanto, no exercício 2012 que a evolução das receitas tanto em percentual quanto em montante financeiro foi superior à evolução dos gastos. Este cenário pode ser explicado parcialmente pela entrada do maior volume dos recursos referente ao PMAQ ter ocorrido no final do exercício não havendo tempo suficiente para realizar gastos utilizando-os dentro do período.

A tabela 15 apresenta de forma individualizada o percentual de evolução das receitas de transferências intergovernamentais e dos gastos ocorridos na manutenção da Estratégia Saúde da Família nos exercícios de 2010/2011 e 2011/2012.

Tabela 15 - Evolução das receitas e das despesas na Estratégia Saúde da Família.

Municípios	Evolução das Receitas 2010/2011	Evolução das Despesas 2010/2011	Evolução das Receitas 2011/2012	Evolução das Despesas 2011/2012
Alpinópolis	48,31%	29,53%	29,40%	
Bom Jesus da Penha	14,14%	52,28%	113,50%	32,49%
Capetinga	3,13%	9,16%	40,98%	0,11%
Capitólio	16,94%	-0,55%	52,74%	15,13%
Cássia	58,49%	51,52%	35,35%	41,71%
Claraval	8,72%	51,73%	70,40%	6,34%
Delfinópolis	6,45%	-21,49%	66,37%	24,96%
Doresópolis	9,57%	208,11%	68,46%	36,16%
Fortaleza de Minas	12,72%	-17,21%	65,02%	1,81%
Guapé	25,06%	8,47%	44,28%	50,14%
Ibiraci	2,38%	-1,78%	42,28%	38,53%
Itamogi	45,98%	49,13%	32,22%	8,92%
Itaú de Minas	12,55%	37,78%	38,19%	15,81%
Jacuí	12,65%	18,43%	41,29%	19,84%
Monte Santo de Minas	14,08%	46,37%	26,54%	11,62%
Passos	33,44%	21,33%	28,00%	47,03%
Piumhi	28,12%	13,27%	18,92%	-0,72%
Pratápolis	43,46%	16,82%	14,27%	17,85%
São João Batista do Gloria	11,14%	37,40%	77,88%	138,54%
São José da Barra	12,71%	7,29%	26,22%	20,79%
São Roque de Minas	12,08%	66,40%	27,74%	34,41%
São Sebastião do Paraíso	21,47%	14,88%	53,22%	13,04%
São Tomaz de Aquino	3,84%	5,48%	70,39%	25,26%
Vargem Bonita	12,01%	99,80%	59,13%	9,43%

Fonte: Dados da pesquisa.

Observou-se a partir da tabela 15 que no período 2010/2011. Cássia apresentou a maior evolução das receitas intergovernamentais destinadas a ESF e Ibiraci a menor. Em relação aos gastos a maior evolução pertence ao município de Jesus da Penha e a menor a Delfinópolis. Já no período 2011/2012 São Batista do Gloria apresentou a maior evolução das receitas destinadas a ESF e Capetinga a menor. Quanto aos gastos a maior evolução ocorreu em Cássia e a menor em Piumhi. Deve se considerar evolução das receitas possui bases menores para aplicação de percentuais em relação à despesa. Portanto, índices muito próximos de evolução representam o aumento da participação do município no financiamento da ESF.

4.4 Classificação dos municípios quanto ao risco financeiro na ESF.

O quarto objetivo específico da pesquisa consiste em calcular e apresentar o risco financeiro implícito na manutenção da atividade ESF de cada município pesquisado. O risco financeiro foi calculado por meio da confrontação das receitas de transferências intergovernamentais destinadas a ESF e os gastos ocorridos na manutenção da ESF. Desta forma, esta pesquisa assume que o déficit financeiro, gerado pela diferença entre o montante das receitas advindas de transferências intergovernamentais e o montante de gastos realizados na manutenção das atividades da Estratégia Saúde Família, representa uma *proxy* do risco financeiro. Ou seja, o déficit demonstra que o município pode não conseguir fazer frente a suas obrigações financeiras. As tabelas 16, 17 e 18 apresentam o risco financeiro de cada município nos exercícios de 2010, 2011 e 2012.

Tabela 16 - Risco Financeiro da Estratégia Saúde da Família dos Municípios em 2010

Municípios	Receitas ESF	Gastos ESF	Risco Financeiro em Moeda	% de Risco
Alpinópolis	R\$ 797.906,00	R\$1.556.406,70	(R\$ 758.500,70)	48,73%
Bom Jesus da Penha	R\$ 175.739,00	R\$ 454.063,95	(R\$ 278.324,95)	61,30%
Capetinga	R\$ 277.424,00	R\$ 444.495,63	(R\$ 167.071,63)	37,59%
Capitólio	R\$ 461.484,00	R\$1.428.797,37	(R\$ 967.313,37)	67,70%
Cássia	R\$ 295.791,00	R\$ 500.695,75	(R\$ 204.904,75)	40,92%
Claraval	R\$ 167.712,00	R\$ 216.575,05	(R\$ 48.863,05)	22,56%
Delfinópolis	R\$ 391.958,00	R\$1.016.037,95	(R\$ 624.079,95)	61,42%
Doresópolis	R\$ 141.756,00	R\$ 188.815,03	(R\$ 47.059,03)	24,92%
Fortaleza de Minas	R\$ 173.364,00	R\$ 463.621,86	(R\$ 290.257,86)	62,61%
Guapé	R\$ 756.118,00	R\$1.011.529,35	(R\$ 255.411,35)	25,25%
Ibiraci	R\$ 400.716,00	R\$1.498.591,06	(R\$ 1.097.875,06)	73,26%
Itamogi	R\$ 653.544,00	R\$ 790.843,00	(R\$ 137.299,00)	17,36%
Itaú de Minas	R\$ 716.952,00	R\$1.499.929,73	(R\$ 782.977,73)	52,20%
Jacuí	R\$ 334.174,00	R\$ 525.167,76	(R\$ 190.993,76)	36,37%
Monte Santo de Minas	R\$1.275.402,00	R\$1.876.932,93	(R\$ 601.530,93)	32,05%
Passos	R\$2.346.186,00	R\$4.276.259,74	(R\$ 1.930.073,74)	45,13%
Piumhi	R\$1.676.520,00	R\$3.462.941,87	(R\$ 1.786.421,87)	51,59%
Pratápolis	R\$ 636.696,00	R\$1.184.277,61	(R\$ 547.581,61)	46,24%
S. João Batista do Gloria	R\$ 306.120,00	R\$ 523.553,24	(R\$ 217.433,24)	41,53%
São José da Barra	R\$ 335.424,00	R\$ 386.689,70	(R\$ 51.265,70)	13,26%
São Roque de Minas	R\$ 439.430,00	R\$ 488.695,27	(R\$ 49.265,27)	10,08%
São Sebastião do Paraíso	R\$2.841.658,00	R\$6.706.628,85	(R\$ 3.864.970,85)	57,63%
São Tomaz de Aquino	R\$ 335.424,00	R\$ 637.905,50	(R\$ 302.481,50)	47,42%
Vargem Bonita	R\$ 165.060,00	R\$ 239.814,50	(R\$ 74.754,50)	31,17%

Fonte: Dados da pesquisa

No exercício 2010 Ibiraci (73,26%) demonstrou o maior percentual de risco financeiro na manutenção das atividades da ESF e São Roque de Minas (10,08%) demonstrou o menor percentual. O percentual médio de risco financeiro na manutenção deste serviço de saúde nos municípios pesquisados em 2010 foi 42,01%. São Sebastião do Paraíso apresentou a maior receita, despesa e maior risco operacional financeiro em termos monetários. Doresópolis apresentou a menor receita em termos monetários e Claraval evidenciou a menor despesa e o menor risco financeiro operacional em termos monetários.

Tabela 17 - Risco Financeiro da Estratégia Saúde da Família dos Municípios em 2011

Municípios	Receitas ESF	Gastos ESF	Risco Financeiro em Moeda	% de Risco
Alpinópolis	R\$1.183.335,41	R\$ 2.016.002,41	(R\$ 832.667,00)	41,30%
Bom Jesus da Penha	R\$ 200.588,84	R\$ 691.432,19	(R\$ 490.843,35)	70,99%
Capetinga	R\$ 286.093,60	R\$ 485.213,09	(R\$ 199.119,49)	41,04%
Capitólio	R\$ 539.639,33	R\$ 1.420.909,95	(R\$ 881.270,62)	62,02%
Cássia	R\$ 468.784,80	R\$ 758.638,46	(R\$ 289.853,66)	38,21%
Claraval	R\$ 182.331,80	R\$ 328.607,23	(R\$ 146.275,43)	44,51%
Delfinópolis	R\$ 417.251,25	R\$ 797.731,01	(R\$ 380.479,76)	47,70%
Doresópolis	R\$ 155.324,04	R\$ 581.764,22	(R\$ 426.440,18)	73,30%
Fortaleza de Minas	R\$ 195.423,24	R\$ 383.854,37	(R\$ 188.431,13)	49,09%
Guapé	R\$ 945.610,01	R\$ 1.097.197,18	(R\$ 151.587,17)	13,82%
Ibiraci	R\$ 410.235,40	R\$ 1.471.924,04	(R\$1.061.688,64)	72,13%
Itamogi	R\$ 954.037,60	R\$ 1.179.361,41	(R\$ 225.323,81)	19,11%
Itaú de Minas	R\$ 806.911,21	R\$ 2.066.570,42	(R\$1.259.659,21)	60,95%
Jacuí	R\$ 376.450,88	R\$ 621.946,02	(R\$ 245.495,14)	39,47%
Monte Santo de Minas	R\$1.454.975,94	R\$ 2.747.338,07	(R\$1.292.362,13)	47,04%
Passos	R\$3.130.789,00	R\$ 5.188.496,40	(R\$2.057.707,40)	39,66%
Piumhi	R\$2.147.893,62	R\$ 3.922.368,72	(R\$1.774.475,10)	45,24%
Pratápolis	R\$ 913.407,80	R\$ 1.383.417,69	(R\$ 470.009,89)	33,97%
S. João Batista do Gloria	R\$ 340.236,88	R\$ 719.351,29	(R\$ 379.114,41)	52,70%
São José da Barra	R\$ 378.061,28	R\$ 414.889,83	(R\$ 36.828,55)	8,88%
São Roque de Minas	R\$ 492.534,40	R\$ 813.164,53	(R\$ 320.630,13)	39,43%
São Sebastião do Paraíso	R\$3.451.903,00	R\$ 7.704.550,67	(R\$4.252.647,67)	55,20%
São Tomaz de Aquino	R\$ 348.307,70	R\$ 672.861,31	(R\$ 324.553,61)	48,23%
Vargem Bonita	R\$ 184.881,24	R\$ 479.145,75	(R\$ 294.264,51)	61,41%

Fonte: Dados da pesquisa

No exercício 2011 Doresópolis (73,30%) demonstrou o maior percentual de risco financeiro na manutenção das atividades da ESF e São José da Barra (8,88%) apresentou o menor percentual. O percentual médio de risco financeiro na manutenção deste serviço de saúde nos municípios pesquisados em 2011 foi 46,06%. São Sebastião do Paraíso apresentou a maior receita, despesa e maior risco operacional financeiro em termos monetários. Doresópolis apresentou a menor receita em termos monetários e Claraval evidenciou a menor despesa em termos monetários e São José da Barra demonstrou o menor risco financeiro operacional em termos monetários.

Os dados demonstram que houve aumento da amplitude e do percentual médio de risco financeiro na manutenção das atividades da ESF. Contudo, São José da Barra reduziu seu risco tanto em percentual quanto em termos monetários.

Tabela 18 - Risco Financeiro da Estratégia Saúde da Família dos Municípios em 2012

Municípios	Receitas ESF	Despesas ESF	Risco Financeiro em Moeda	% de Risco
Alpinópolis	R\$1.531.275,00	R\$ 740.837,56	R\$ 790.437,44	
Bom Jesus da Penha	R\$ 428.265,00	R\$ 916.088,98	(R\$ 487.823,98)	53,25%
Capetinga	R\$ 403.320,67	R\$ 485.770,82	(R\$ 82.450,15)	16,97%
Capitólio	R\$ 824.269,00	R\$1.635.852,69	(R\$ 811.583,69)	49,61%
Cássia	R\$ 634.477,00	R\$1.075.047,72	(R\$ 440.570,72)	40,98%
Claraval	R\$ 310.700,67	R\$ 349.441,30	(R\$ 38.740,63)	11,09%
Delfinópolis	R\$ 694.180,00	R\$ 996.863,64	(R\$ 302.683,64)	30,36%
Doresópolis	R\$ 261.655,00	R\$ 792.131,61	(R\$ 530.476,61)	66,97%
Fortaleza de Minas	R\$ 322.496,00	R\$ 390.819,84	(R\$ 68.323,84)	17,48%
Guapé	R\$1.364.352,00	R\$1.647.324,57	(R\$ 282.972,57)	17,18%
Ibiraci	R\$ 583.665,00	R\$2.038.986,63	(R\$ 1.455.321,63)	71,37%
Itamogi	R\$1.261.470,00	R\$1.284.520,67	(R\$ 23.050,67)	1,79%
Itaú de Minas	R\$1.115.047,00	R\$2.393.275,70	(R\$ 1.278.228,70)	53,41%
Jacuí	R\$ 531.903,00	R\$ 745.343,26	(R\$ 213.440,26)	28,64%
Monte Santo de Minas	R\$1.841.161,00	R\$3.066.712,75	(R\$ 1.225.551,75)	39,96%
Passos	R\$4.007.293,00	R\$7.628.458,59	(R\$ 3.621.165,59)	47,47%
Piumhi	R\$2.554.302,00	R\$3.894.009,08	(R\$ 1.339.707,08)	34,40%
Pratápolis	R\$1.043.721,00	R\$1.630.314,75	(R\$ 586.593,75)	35,98%
S. João Batista do Gloria	R\$ 605.215,00	R\$ 996.565,52	(R\$ 391.350,52)	39,27%
São José da Barra	R\$ 477.174,00	R\$ 501.144,42	(R\$ 23.970,42)	4,78%
São Roque de Minas	R\$ 629.140,00	R\$1.092.989,31	(R\$ 463.849,31)	42,44%
São Sebastião do Paraíso	R\$5.288.975,50	R\$8.708.932,79	(R\$ 3.419.957,29)	39,27%
São Tomaz de Aquino	R\$ 593.494,00	R\$ 842.829,26	(R\$ 249.335,26)	29,58%
Vargem Bonita	R\$ 294.200,00	R\$ 524.336,48	(R\$ 230.136,48)	43,89%

Fonte: Dados da pesquisa

No exercício 2012 Doresópolis (66,97%) demonstrou o maior percentual de risco financeiro na manutenção das atividades da ESF e Itamogi (1,79%) apresentou o menor percentual e em termos financeiro. O percentual médio de risco financeiro na manutenção deste serviço de saúde nos municípios pesquisados no período foi 35,49%. São Sebastião do Paraíso apresentou a maior receita em termos monetários. Passos registrou a maior despesa e maior risco financeiro operacional em termos monetários. Doresópolis apresentou a menor receita em termos monetários e Claraval evidenciou a menor despesa em termos monetários. Os dados demonstraram uma redução do risco operacional em 2012.

O município de Alpinópolis foi desconsiderado para análise no exercício 2012, por não ter realizadas classificações orçamentárias adequadas tanto na elaboração quanto na execução orçamento para ESF, gerando um falso superávit.

4.5 Participação de cada ente federado no financiamento das atividades da ESF.

O quinto objetivo específico da pesquisa consiste em identificar a participação de cada ente da federação no financiamento necessário para manutenção da Estratégia da Saúde da Família nos municípios pesquisados da região sudoeste do Estado de Minas Gerais.

A União participa do financiamento para manutenção da ESF, por meio das transferências intergovernamentais para manutenção das equipes de Saúde da Família (SF), dos Agentes Comunitários da Saúde (ACS), dos Núcleos de Apoio a Estratégia Saúde da Família (NASF) e do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). O estado de Minas Gerais participa do financiamento para manutenção da ESF, por meio de transferência intergovernamental para manutenção do Programa Saúde em Casa (PSC). Por fim os municípios participam do financiamento para manutenção da ESF complementando os valores das transferências, uma vez que é o ente federado responsável pela execução da ESF.

A tabela 19 demonstra a participação da União, do Estado de Minas Gerais e dos municípios pesquisados da região sudoeste de Minas Gerais no financiamento para manutenção da ESF, sendo apresentado em termos monetários e percentuais.

Tabela 19 - Participação de cada ente da federação no financiamento da ESF.

Entes	2010	%	2011	%	2012	%
União	R\$ 14.837.433,00	47,28	R\$ 18.317.351,00	48,24	R\$ 26.069.142,50	58,72
Estado	R\$ 1.265.125,00	4,03	R\$ 1.647.657,27	4,34	R\$ 1.532.608,33	3,45
Municípios	R\$ 15.276.711,40	48,69	R\$ 18.006.006,37	47,42	R\$ 16.795.773,39	37,83
Total	R\$ 31.379.269,40	100	R\$ 37.971.014,64	100	R\$ 44.397.524,22	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se a partir da tabela 19 que a União vem gradativamente aumentando a participação no financiamento para manutenção da ESF nos municípios da região sudoeste do estado de Minas Gerais. O estado é o ente federado menos contribui financiamento da manutenção da atividade Estratégia Saúde da Família. No exercício 2011, observa-se que apesar do aumento do volume de recursos financeiro destinados pela União e o Estado de Minas Gerais para ESF, os municípios pesquisados da região sudoeste mineira, aumentaram o volume dos recursos financeiro em 17,86%.

Já no exercício 2012 o Estado de Minas Gerais reduziu a transferência do PSC em 6,98%, os municípios pesquisados também reduziram os recursos destinados à manutenção da ESF em 6,72% e a União aumentou as transferências dos recursos destinados a ESF em 42,32% neste período. A participação de cada ente federado no financiamento para manutenção da ESF durante todo o período pesquisado (2010, 2011 e 2012) está distribuída da seguinte forma: União 52,07%, Estado de Minas Gerais 3,91% e Municípios pesquisados 44,02%.

O risco financeiro relacionado a manutenção das atividades da ESF nos municípios pesquisados apresentou amplitude de 71,51% variando entre 1,79% e 73,30% no período. A mediana do percentual de risco financeiro nos exercício 2010, 2011 e 2012 foram respectivamente 43,33%, 46,14% e 37,62%.

A maior participação da União deve-se a mecanismos de transferência de recursos que obriga a assunção de obrigações, quanto a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade dos serviços prestados pela ESF nos municípios pesquisados. Assim sendo, a maior participação da União do financiamento da ESF pode não reduzir o risco financeiro operacional dos municípios na manutenção das atividades da ESF. Pois, o cenário evidenciado pela pesquisa demonstra que nos exercícios 2010 e 2011 a União e os Municípios participavam do financiamento da ESF com percentuais muito próximos. Quanto ao exercício 2012 as receitas destinadas ao PMAQ foram repassadas em maior volume ao final do período. Fato que pode ter prejudicado a realização de gastos que utilizam especificamente este recurso. Portanto, pode se inferir que a União e os municípios são os entes da federação responsáveis pela maior parte dos recursos aplicados na Estratégia Saúde da Família, no contexto desta pesquisa.

5. Análise dos resultados

Este capítulo analisa os resultados da pesquisa a partir de estudos anteriores e legislação vigente, a fim de compreender o risco financeiro operacional exigido dos municípios do sudoeste mineiro a partir do atendimento das características de Atenção Primária à Saúde (APS) pela Estratégia Saúde da Família (ESF) que representam uma *proxy* do risco operacional e do déficit gerado pela confrontação das receitas e os gastos relacionados com a manutenção das atividades deste serviço de saúde, que representam o risco financeiro.

5.1 Acessibilidade das ESF nos municípios pesquisados.

A característica de APS acessibilidade refere-se ao acesso da população aos serviços de saúde, traduzido na ESF pelo índice de cobertura da população. Compreendendo a ampliação da cobertura um objetivo do estado Minas Gerais, que por meio do Programa Saúde em Casa estabeleceu como meta prioritária a cobertura populacional. Os municípios pesquisados apresentaram cobertura populacional média na ESF de 89,14%. As Microrregiões de Saúde Passos/Piumhi e São Sebastião do Paraíso, somadas demonstraram cobertura populacional de 79,32%. O gráfico 1 apresenta o índice de cobertura populacional em percentual de cada município pesquisado.

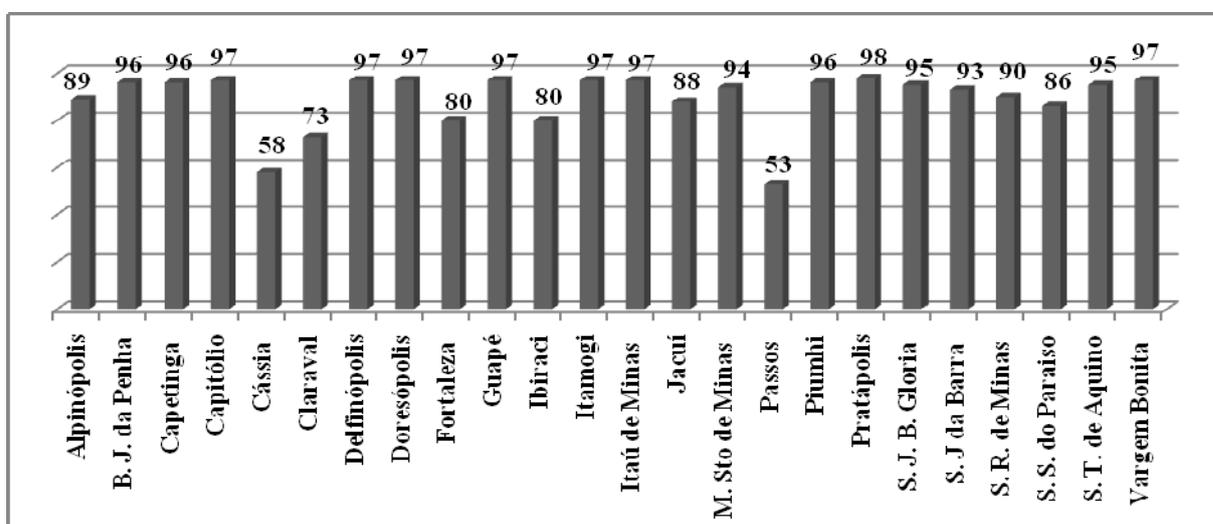


Gráfico 1. Cobertura das ESF nos municípios pesquisados.

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) a rede de saúde mineira tem por pilar a APS como a porta de entrada do cidadão no sistema de saúde. A ESF é uma das formas de organização deste nível de saúde nos municípios e, nesse campo, Minas Gerais tem alcançado níveis satisfatórios de cobertura populacional. Em 2010, o ESF tinha uma cobertura de 70,1% da população mineira. Cobrindo, portanto, toda população SUS dependente.

Universalizar o acesso à APS é um objetivo estratégico na área da saúde em Minas Gerais. A estratégia utilizada para alcançá-lo e ampliar a cobertura e a quantidade de Equipes de Saúde da Família (EQSF) e capacitá-las, mediante apoio aos municípios na estruturação, organização e custeio (MINAS GERAIS, 2012).

Para o TCE/MG a ampliação da cobertura e da quantidade de EQSF é uma necessidade premente. Pois, uma auditoria realizada, por este órgão, na ESF de 36 municípios, apontou ausência de cobertura para uma parte considerável da população mineira, além da alta proporção de habitantes por equipe de saúde da família, comprometendo a capacidade de atendimento. Ademais, apontou o órgão técnico que ocorre o descumprimento da jornada de 40 horas semanais por profissional das ESF, em grande parte dos Municípios, e ainda, que as EQSF não realizam todas as devidas visitas domiciliares (TCE/MG, 2013).

A portaria do Ministério da Saúde 2488/2011, determinada que cada Equipe de Saúde da Família atenda no máximo 4.000 habitantes. Mas, à média recomendada é de 3.000 habitantes. E ainda, as EQSF devem possuir quantidade de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) suficientes para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente e de 12 agentes por equipe. Todos os profissionais de saúde das equipes, com exceção dos médicos, devem cumprir carga horária de 40 horas semanais. Os profissionais médicos podem cumprir carga horária diferenciada de acordo com a configuração da ESF (BRASIL, 2011b).

A **tabela 20** apresenta a quantidade de habitante do município por EQSF e ACS e a quantidade de habitantes atendidos por EQSF e ACS, em cada município pesquisado da região sudoeste do estado de Minas Gerais.

Tabela 20 - Quantidade de habitantes por ESF e ACS nos municípios pesquisados.

Municípios	População por EQSF	Pop. Atendida por EQSF	População por ACS	Pop. Atendida por ACS
Alpinópolis	3878	3450	626	556
Bom Jesus da Penha	2046	1971	409	394
Capetinga	3611	3450	602	575
Capitólio	2845	2750	474	458
Cássia	5989	3450	856	493
Claraval	4751	3450	792	575
Delfinópolis	2365	2290	591	572
Doresópolis	1504	1454	376	364
Fortaleza	4302	3450	615	493
Guapé	2870	2782	422	409
Ibiraci	4335	3450	929	739
Itamogi	2643	2573	441	429
Itaú de Minas	3139	3051	604	587
Jacuí	3878	3450	554	493
Monte Santo de Minas	2735	2567	476	446
Passos	6568	3450	1084	569
Piumhi	3358	3235	501	483
Pratápolis	2244	2200	390	383
São João Batista do Gloria	3621	3450	603	575
São José da Barra	3578	3339	596	557
São Roque de Minas	2324	2100	465	420
São Sebastião do Paraíso	3807	3258	523	448
São Tomaz de Aquino	3629	3450	605	575
Vargem Bonita	2216	2160	443	432

Fonte: Dados da pesquisa.

A partir da tabela 20 observar-se que mesmo considerando a capacidade máxima de atendimento de cada Equipe Saúde da Família (EQSF) por habitante, 20,83% dos municípios pesquisados, necessitam de ampliar a quantidade EQSF para cobrir toda população. Cássia e Passos necessitam ampliar para cobrir até população SUS dependente. Ou seja, para alcançar 70% da população do município. Quanto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a necessidade de ampliação existente foi 12,50% dos municípios pesquisados. Nenhuma EQSF atende acima da capacidade máxima. Contudo, 54,17% das EQSF possuem população atendida acima da média recomendada.

O cenário apontado pelo TCE/MG e ratificado pela pesquisa demonstra que as ESF destes municípios operam com sobre carregadas. Fator que contribui para aumento o risco operacional, por prejudicar o desempenho das atividades na ESF. Para Assaf Neto (2010) existe uma relação entre os gastos da organização e seu volume de atividade. Pois, quando

maior o nível de atividade maior a probabilidade de ocorrência do risco operacional. Portanto, as atividades devem ser ampliadas somente até o ponto que reduz os custos e não prejudica a qualidade dos serviços prestados.

Quanto à acessibilidade, os resultados do primeiro ciclo de avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e da qualidade da Atenção Básica (PMAQ) demonstraram que: 45,50% das Unidades Saúde da Família (USF) informam aos cidadãos os serviços disponíveis, por meio de quadros ou painéis, 62% mostram o horário de funcionamento, em 37% das USF, o cidadão tem acesso à escala dos profissionais com nomes e horários de atendimento de cada um, 86% dos cidadãos afirmaram que o horário de funcionamento da USF atende suas necessidades e 85% dos cidadãos afirmaram receber visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS) em sua casa, 67% dos cidadãos são atendidos mesmo sem marcar consulta, 72,5% das USF atendem situações de urgência, porém, somente 38% utilizam protocolos clínicos para avaliação de situações de urgência; 79% dos cidadãos esperam 30 minutos ou menos para serem atendidos, 75% dos profissionais da saúde da USF realizam acolhimento à população, 84% dos cidadãos consideram boa ou muito boa a forma como são acolhidos ao procurar a USF.

Nos municípios pesquisados, os resultados do estudo demonstraram, quanto à acessibilidade que: Todas as USF declararam cumprir carga horária de 40 horas semanais, realizarem visitas domiciliares, atenderem os cidadãos no mesmo dia em que procuram a USF e que é fácil para o cidadão marcar consulta na USF. 83,33% dos Coordenadores de APS declararam que os cidadãos esperam 30 minutos ou menos para serem atendidos. As maiores dificuldades estão relacionadas ao funcionamento da USF nos fins de semana, sua abertura pelo menos alguns dias da semana até as 20 horas e a disponibilidade um profissional da ESF para atendimento dos pacientes quando a USF está fechada. Os gastos realizados na manutenção da ESF comprovam a indisponibilidade dos serviços de saúde da ESF em dias e horários alternativos. Pois, os gastos relacionados este tipo de ações (horas extras) representaram somente 0,18% do total de gastos realizados na ESF. Os Coordenadores de APS de vários municípios declararam, espontaneamente, que nos dias e horários que a USF está fechada os cidadãos procuram a Unidade de Saúde de Pronto Atendimento (UPA) para suas necessidades de urgência e emergência. A pesquisa de campo não abortou os itens atendimento de urgência,

quais profissionais que realizam o acolhimento ao cidadão e a percepção do cidadão sobre este acolhimento.

Contudo, a utilização de protocolo clínico para avaliação de situações de urgência, constitui uma preocupação da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Minas (SES/MG), tanto que estabeleceu, este procedimento como meta do Programa Saúde em Casa (PSC). Porém, em 2012, não foi possível sua aplicação em 45,83% dos municípios pesquisados. Lourenço *et al.* (2009), constatou-se, também, baixa utilização de protocolo clínico de avaliação nas Equipe de Saúde Bucal (ESB). Para os autores, este procedimento pode ser uma forma de incorporar aos serviços o princípio da equidade. Os protocolos clínicos foram utilizados por municípios do vale de Jequitinhonha, como critério de regulação obedecendo aos casos mais urgentes, a equidade da oferta das ações por critérios de risco (VEIGAS; PENNA, 2013). Assim sendo, os protocolos clínicos representam um mecanismo de controle que contribui para redução do risco operacional nas atividades da ESF.

Quanto as Equipe de Saúde Bucal (ESB) o estudo realizado por Lourenço *et al.* (2009) em 310 municípios mineiros, apontou que 57,20% dos municípios implantaram somente uma ESB; 54,80% das ESB atenderam até 3000 pessoas; 93% dos profissionais das ESB pesquisadas cumprem jornada de 40 horas semanais. Os resultados da pesquisa, nos municípios do sudoeste mineiro, apontam que 83,33% das ESF possuem ESB instalada; Deste total 79,17% implantaram mais de uma ESB; 40% das ESB atenderam até 3000 pessoas. O cenário da pesquisa demonstra mesmo com o aumento na quantidade de ESB, o nível de atividade das ESB continuou alto. Em relação ao descumprimento da jornada de trabalho apontado pelo TCE/MG. A pesquisa realizada por Lourenço *et al.* (2009) e os resultados desta pesquisa, demonstra que a grande maioria das ESF cumpriram a jornada de trabalho estabelecida pela legislação para este serviço de saúde.

5.2 Longitudinalidade dos serviços de saúde das ESF nos municípios pesquisados.

A característica de APS longitudinalidade, refere-se à continuidade do cuidado, que é compreendida como a manutenção do vínculo entre o paciente e o profissional de saúde ao

longo do tempo, de modo consistente, que contribui para um atendimento eficiente, humanizado na ESF.

Quanto à longitudinalidade, os resultados do primeiro ciclo de avaliação do PMAQ demonstraram que: 91% dos cidadãos são chamados pelo nome durante o atendimento nas USF e sempre se sentem respeitados em seus hábitos, crenças e cultura, 65% dos cidadãos são sempre atendidos pelo mesmo médico, 26% dos cidadãos pode escolher a equipe pela qual desejavam ser atendido, 79% dos cidadãos apontaram que as orientações dadas pelos profissionais sempre respondem às suas necessidades, 71% dos cidadãos afirmaram que sempre são orientados sobre os cuidados gerais para se recuperar e 69% dos cidadãos afirmaram que sempre são orientados sobre sinais de melhora e piora quando ficam doentes.

Nos municípios pesquisados, os resultados do estudo demonstraram, quanto à longitudinalidade que: nas USF que os cidadãos foram atendidos pelos mesmos profissionais de saúde, que tanto o profissional de saúde, quanto o paciente compreenderam os assuntos tratados durante a consulta, que as consultas duraram tempo suficientes para que o cidadão fale sobre suas preocupações e problemas, que a maioria dos cidadãos se sentiu confortável ao falar de suas preocupações e problemas, que conhecem os cidadãos mais como pessoa do que alguém com problema de saúde e que possuem conhecimento caso os pacientes não conseguissem as medicações receitadas ou tivessem dificuldades de pagar por elas. Contudo, os Coordenadores de APS afirmaram possuir dificuldades em saber todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando.

5.3 Integralidade dos serviços de saúde das ESF nos municípios pesquisados.

A característica de APS integralidade dos serviços refere-se à abrangência das ações de saúde. Pois, APS deve promover a prevenção, os cuidados e a cura das condições de saúde, por meio de visitas domiciliares, reuniões com a comunidade e ações intersetoriais. Atendendo grande parte dos problemas de saúde, evitando que a população procure os hospitais e as Unidades de Saúde de Pronto Atendimento.

Quanto à integralidade dos serviços nas UBS, os resultados do primeiro ciclo de avaliação do PMAQ demonstraram que: 82% realizaram todas as vacinas do calendário básico, 60% realizaram retiradas de pontos e aplicam medicações injetáveis intramusculares, 50% aplicaram medicações injetáveis endovenosas e aplicação de penicilina, 35% realizaram lavagem de ouvido, 34% fazem drenagem de ferida/abcesso, 31% fazem sutura de ferimentos e 25% fazem retiradas de unhas.

Nos municípios pesquisados, os resultados do estudo demonstraram, quanto à integralidade dos serviços prestados que: Todas as USF realizaram a verificação se as famílias podem participar de programas ou benefícios de assistência social, 91,67% realizaram orientação nutricional; 95,83% realizaram aplicações de todas as vacinas do calendário básico; 95,83% realizaram avaliações da saúde bucal e tratamento dentário; 41,67% realizaram sutura de corte que necessite de pontos; 95,83% realizaram avaliação de problemas auditivos; 91,67% realizaram avaliação de problemas visuais; 20,83% realizaram colocação de tala e fazem remoção de verrugas e 25% realizaram retiradas de unhas. Estes resultados são consistentes com Barbosa *et al.* (2010), que evidenciou que a ESF desde 2001 possui uma elevada cobertura no tratamento de doenças crônicas e vem aumentando gradativamente a cobertura no tratamento de doenças infecto-contagiosas e ações de vigilância epidemiológica.

5.3.1 Integralidade e dos serviços de saúde rede cegonha.

A rede cegonha é uma estratégia de saúde, que visa acompanhar as mulheres gestantes e as crianças em todas UBS no país. O objetivo é melhorar a assistência e o cuidado da mulher no parto e no crescimento das crianças. Para SES/MG, estas ações, também, são prioritárias, tanto que das quatro metas pactuadas no PSC, três refere-se à assistência da mulher e das crianças, a saber: Índice de recém nascidos com cobertura mínima de sete consultas pré-natal, índice de cobertura dos exames preventivo do colo do útero e o índice de cobertura na imunização tetravalente em menores de um ano de idade.

Quanto às ações da rede cegonha, os resultados do primeiro ciclo de avaliação do PMAQ demonstraram no atendimento às mulheres que: 56% das pacientes com problemas ginecológicos são atendidas no mesmo dia. Quanto ao rastreamento do câncer de colo de

útero e de mama que: 97% dos profissionais das UBS realizam o exame preventivo de câncer de colo de útero e em média os resultados são entregues em 37 dias, 91% das pacientes afirmaram que conseguiram fazer mamografia, quando indicado, em média, as pacientes esperam 25 dias para fazer o exame de mamografia. Nas ações de planejamento familiar: 92% dos profissionais da UBS oferecem ações de planejamento familiar e 98% ofertam métodos anticoncepcionais. Em relação ao acompanhamento da gestação: 95% das gestantes realizaram exame de ultrassonografia; 90% realizaram exames pré-natais e participaram de grupos educativos; 73% das gestantes estavam com vacina de tétano em dia; 71% foram consultadas pela EQSF na 1ª semana após o parto e 63% receberam visitas do ACS. Quanto ao acompanhamento da criança, 97% das crianças estão com as vacinas em dia. Contudo, para consultar com o médico, as crianças que não são atendidas no mesmo dia, esperam em média 9 dias para fazer a consulta.

Nos municípios pesquisados, os resultados do estudo demonstraram quanto às ações da rede cegonha, no atendimento às mulheres que: Todas ESF realizaram exame preventivo para câncer de colo de útero e 91,67% forneceram orientações sobre cuidados de problemas comuns relativos à menstruação ou a menopausas. Nas ações de planejamento familiar: Todas as ESF realizaram ações de orientação quanto ao planejamento familiar. Em relação ao acompanhamento da gestação todas ESF realizaram exames pré-natais e ofereceram orientações sobre as mudanças ocorridas durante o crescimento e desenvolvimento das crianças esperadas para cada faixa etária. Contudo, os resultados das avaliações do PSC demonstraram que este cenário foi alcançado gradativamente. Pois, em 2010, algumas ESF não conseguiram atingir as metas pactuadas em relação ao nível de cobertura mínima de consultas pré-natais e exames preventivos do câncer de colo de útero. Em 2011, houve uma redução da quantidade de ESF que não conseguiram cumprir tais metas e no exercício 2012 todas as ESF cumpriram estas metas. Os resultados dos municípios pesquisados e do PMAQ, em relação à rede cegonha, são consistentes entre si e demonstraram evolução no quadro apresentado por Facchini *et al.* (2006) e ratificam os achados de Barbosa *et al.* (2010) que evidenciou melhoria nestes indicadores.

5.4 Coordenação dos cuidados das ESF nos municípios pesquisados.

A característica de APS coordenação dos cuidados refere-se à organização dos fluxos e contra fluxos de pessoas, produtos e informações na rede de saúde. A ESF possui a responsabilidade de organizar, coordenar e integrar os cuidados à saúde, proporcionando o diálogo entre os diversos níveis de atenção a saúde. A coordenação dos cuidados pode ser realizada por meio do cuidado integral prestado pelo mesmo profissional de saúde ou pela utilização de prontuários médicos, ou ambos (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2010).

Quanto à coordenação dos cuidados de saúde, os resultados do primeiro ciclo de avaliação do PMAQ demonstraram em relação ao fluxo que: 63% dos cidadãos não tiveram dificuldades de serem consultados pelos especialistas quando foram encaminhados. 61% dos cidadãos afirmaram que as consultas foram marcadas pelos profissionais USF ou 39% receberam o encaminhamento para marcação diretamente em uma central de encaminhamento. Referente ao contra fluxo: 81% dos cidadãos afirmaram que tiveram facilidade para saber os resultados de seus exames e 59% dos cidadãos afirmaram que tiveram facilidade para tirar dúvidas com os profissionais de saúde sem precisar marcar outra consulta. Lourenço *et al.* (2009) demonstra a existência da organização fluxo nas Equipes de Saúde Bucal (ESB) ao afirmarem que 74% das ESB, por eles pesquisadas, utilizaram mais de uma forma de agendamento para o tratamento de saúde dos usuários.

Nos municípios pesquisados, os resultados do estudo demonstraram quanto à coordenação dos cuidados de saúde, que em todas USF os profissionais auxiliaram os cidadãos no processo de encaminhamento ao serviço especializado. Os profissionais de saúde da USF afirmaram, ainda, ter conhecimento das consultas que seus pacientes fazem aos serviços especializados de saúde. E, que conversaram com os pacientes sobre os diferentes serviços de saúde que poderia atendê-lo. Afirmaram que fornecem informações por escrito para o paciente levar aos serviços especializados e que após a consulta com o serviço especializado conversaram com o paciente sobre o resultado da consulta. Apenas 37,50% afirmaram receber informações úteis do serviço especializado sobre a consulta do paciente.

Os resultados demonstraram uma melhora no cenário apresentado por Barbosa *et al.* (2010) que evidenciou dificuldade no acesso aos serviços especializados. Contudo, ratifica os

achados de Veigas e Penna (2013) que evidenciaram a existência de intercomunicação entre os níveis de atenção à saúde entrecruzada por percalços que interferem na linha do cuidado ao paciente. Pois, a conduta estabelecida pelos serviços especializados não é mencionada no prontuário do paciente. A solução encontrada em ambos os casos foram semelhantes, que no caso, baseia-se no redirecionamento dos pacientes para as USF. Uma limitação da avaliação do PMAQ e desta pesquisa foi não dimensionar quantidade de encaminhamento disponível, que geralmente, é inferior da quantidade necessária (VEIGAS; PENNA, 2013). Portanto, a pesquisa evidencia a existência de risco operacional gerado pela falha de comunicação entre a ESF e os serviços de saúde especializados.

O cenário apresentado pela pesquisa demonstra necessidade de maior integração entre os níveis de atenção à saúde. Pois, para serem estratégicos, os prestadores de saúde precisarão que todos os envolvidos na prestação dos serviços de saúde tenham um objetivo comum centrado no paciente, e um compromisso compartilhado com os resultados gerais, e não agendas individuais (PORTER; TEISBERG, 2007).

5.4.1 Coordenação dos cuidados sistema de informação nos municípios pesquisados.

A coordenação dos cuidados médico/paciente deve ser compreendida no contexto da família e ampliada por meio da utilização de sistemas integrados de serviços de saúde (STRALEN *et al.* 2008) quanto a este cenário os resultados do primeiro ciclo de avaliação do PMAQ demonstraram que: 87,6% dos profissionais de saúde das USF possuem prontuário padronizado com informações de saúde dos cidadãos; 18% dos profissionais de saúde das USF utilizaram prontuário eletrônico e 30% das USF possuem pelo menos um consultório com computador conectado à internet.

Nos municípios pesquisados, os resultados do estudo demonstraram, quanto à coordenação dos cuidados de saúde “sistema de informação” que: Todas as USF possuem prontuários médicos dos pacientes e 91,67% dos profissionais de saúde das EQSF afirmaram solicitar aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado; O que ratifica o cenário evidenciado por Facchini *et al.* (2009), onde a maioria das UBS, não dispunham de

computadores. E, também, corrobora, com os achados de Barbosa *et al.* (2010) que evidenciou aumento de 11% na presença de equipamento de informática na ESF e que 100% dos profissionais de saúde das EQSF de Minas Gerais utilizavam prontuários.

5.5 Orientação familiar e comunitária nas ESF dos municípios pesquisados

A orientação familiar estima a atenção integral considerando o contexto familiar e seu potencial de auxiliar nos tratamentos de saúde. Já, a orientação comunitária avalia o reconhecimento por parte da ESF, das necessidades da comunidade quanto aos tratamentos de doenças, por meio de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade. Evidencia, também, a existência de planejamento e de métodos de avaliação dos serviços prestados pela USF (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2010).

Nos municípios pesquisados, os resultados do estudo demonstraram quanto à orientação familiar que: Os profissionais de saúde da ESF convidaram os cidadãos a participarem do planejamento do seu tratamento de saúde ou do tratamento de saúde de seus familiares. Os profissionais de saúde da ESF conversaram com as famílias para identificar e tratar problemas de saúde e sempre estavam dispostos a atender membros da família do paciente para conversar sobre problemas de saúde ou familiares.

Quanto à orientação comunitária, os resultados do primeiro ciclo de avaliação do PMAQ demonstraram que: 58% das ESF referem ter conselho local de saúde ou instância colegiada semelhante na USF; 79% dos cidadãos avaliaram como bom ou muito bom os serviços da USF; 86% recomendariam a UBS para um amigo ou familiar.

Nos municípios pesquisados, os resultados do estudo demonstraram, quanto à orientação comunitária que: Os profissionais da ESF afirmaram que acreditam conhecer de forma adequada sobre os problemas de saúde da comunidade que atende. Todas as ESF ouviram opiniões e idéias da comunidade para melhorar o serviço de saúde; 91,67% realizaram pesquisas com os pacientes para saber se os serviços de saúde estão satisfazendo suas necessidades, 75% das ESF realizaram pesquisas para identificar os problemas de saúde da comunidade. Todos os coordenadores afirmaram que em seus municípios, membros da

comunidade participam do Conselho Municipal de Saúde. Este resultados corroboram Barbosa *et al.* (2010) evidência uma grande evolução na parcela de ESF que os profissionais estão envolvidos com a comunidade seja por meio da participação em reuniões ou atividades educativas realizadas para gestantes, idosos, doentes crônicos e entre outros.

Contudo, o resultado da auditoria realizada pelo TCE/MG na ESF de 36 municípios mineiros constatou a baixa participação popular nas ações voltadas para a saúde da família e a falta de fiscalização pelos gestores e conselhos municipais de saúde. Para La Forgia e Couttolenc (2009) os conselhos municipais de saúde é o principal fórum para negociação de políticas públicas de saúde e a obrigação de prestar contas à população é um elemento chave, que influencia no desempenho do serviço de saúde. Facchini *et al.* (2009) aponta que as reuniões entre os profissionais de saúde e Conselho Municipal de Saúde é uma prática gerencial existentes em ESF da região Sul e Nordeste. Para Granja e Zoboli (2012) é fundamental o estabelecimento de uma governança compartilhada entre os pontos da rede de atenção à saúde para a obtenção de resultados satisfatórios às necessidades de saúde, em um cuidado humanizado.

Contudo, vereadores e conselheiros municipais, não utilizam adequadamente as informações contábeis da gestão pública. Os fatores que contribuem para este cenário são: Ausência de indicadores ligados aos demonstrativos contábeis; divulgação somente dos demonstrativos contábeis obrigatórios; desconhecimento da linguagem contábil e falta de divulgação de ferramentas que auxiliam no controle social (SANTANA, 2008).

Para Rocha *et al.* (2013) os conselheiros demonstram consciência do papel de avaliação e fiscalização do orçamento público, porém para que função pública seja realizada de fato, faz-se, necessário a colaboração dos gestores envolvidos no processo, seja por meio da disponibilização de relatórios contábeis gerenciais ou curso de capacitação para os conselheiros.

5.6 Gestão da ESF nos municípios pesquisados

Os dirigentes geralmente atribuem êxito ou fracasso organizacional a práticas de gestão, mas essas práticas não ocorrem por acaso. As práticas de gestão é um conjunto de regras e procedimentos formais e informais de seleção, que busca a utilização e supervisão de recursos de maneira mais eficiente possível, a fim de atingir objetivos institucionais. A gestão da área de saúde implica um leque de funções clínicas e não clínicas (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

O caráter confuso da legislação do setor público e a complexidade da descentralização do sistema público de saúde levaram os municípios a centralizar a execução dos processos de recursos humanos, compras e orçamento nas secretárias de administração e finanças. Além do mais, a secretaria de finanças padroniza a maioria dos processos orçamentários e de administração e finanças para todas as unidades executoras. Este cenário pode levar os municípios a inúmeras dificuldades, quanto à gestão dos serviços públicos de saúde, pois a secretaria de saúde na maioria dos casos tem pouca influência sobre esses processos (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). E ainda, a distancia física dos serviços de saúde em relação às secretarias que realizam a gestão da saúde, constitui-se num grande desafio para supervisão e, conseqüentemente, para melhoria dos processos (FACCHINI *et al.* 2006).

Corroboram o TCE/MG (2013) ao afirmar que grande parte dos Municípios não elabora os instrumentos básicos de planejamento para gestão da saúde, não possuem profissionais responsáveis exclusivamente pela coordenação técnica da ESF, muitas vezes o enfermeiro é também o gerente da Unidade de Saúde da Família, sem que tenha realizado curso ou capacitação específica em administração ou gestão pública, ou ainda, existência de diversidade na formação profissional dos gestores e a deficiente capacitação em gestão de saúde têm resultando em falhas na gestão local da ESF. Dentre as falhas, destaca-se a coexistência, na mesma UBS, do modelo ESF com o modelo convencional, revelando ausência ou precariedade dos instrumentos de planejamento, sendo que os dois modelos seguem lógicas de planejamento, ação e organização distintas.

Para Facchini *et al.* (2006) o desempenho da ESF é melhor e mais adequado para o funcionamento do sistema municipal de saúde. Contribuem Stralen *et al.* (2008), ao afirmarem que o modelo ESF estabelece um vínculo mais forte com o usuário em relação ao modelo convencional de APS. Além do mais, os dados da pesquisa revelam que a opção pela ESF como único modelo de APS, traria, consigo, o benefício de aplicar os recursos do PAB fixo, forma integral na ESF. Fato que gera uma considerável redução no risco financeiro deste serviço de saúde.

Quanto ao perfil da Coordenação da ESF nos municípios pesquisados, os resultados do estudo demonstraram que: 91,67% são mulheres; 83,33% possuem menos de 35 anos; todos possuem graduação em enfermagem; 66,67% possuem especialização, sendo 87,50% são especialistas em Estratégia Saúde da Família ou Gestão de Saúde Pública. Em 58,33% dos municípios criaram o cargo de Coordenador da APS, 95,84% dos Coordenadores da APS exercem jornada de trabalho de 40 horas semanais, 79,17% trabalham nas Prefeituras Municipais a menos de 8 anos, 70,84% trabalham na área de APS menos de 8 anos e 66,67% exercem a função de coordenação da Atenção Primária a menos de 4 anos.

Portanto, o resultado desta pesquisa confirma a posição do TCE/MG quanto à inexistência em muitos municípios de profissionais responsáveis exclusivamente pela coordenação técnica da ESF. Mas, refuta, em relação à formação inadequada dos profissionais que exercem a função de Coordenador da APS, quando existente no município. Pois, de acordo com Couto e Pedrosa (2003) a função gerencial no sistema assistencial de saúde cabe as enfermeiras, que além dos conhecimentos técnicos específicos de saúde, devem possuir conhecimento de técnicas gerenciais básicas. E ainda, alertam que, o gerente que não tem tempo de parar para pensar, por estar envolvido com a execução da rotina, não está cumprindo sua função.

Para Barbosa *et al.* (2010) o enfermeiro é o profissional que concentra um maior conhecimento sobre a dinâmica de funcionamento da ESF. E ainda, de acordo com Oliveira (2005) a gerência é o estado de um fazer, e não uma identidade do ser. As pessoas “estão” gerentes, e não “são” gerentes, porque a área da saúde ainda é pouco profissionalizada e os cargos vinculam-se a uma estrutura de confiança, e não só de competência técnica.

Quanto aos contratos de trabalho instáveis, Lourenço *et al.* (2009) ratificam a posição do TCE/MG quanto evidenciaram que 67% dos profissionais da ESB possuem vínculos contratuais instáveis. Já Quanto à questão da formação inadequada de recursos humanos para APS, Castro e Machado (2010) e Rodrigues (2012) evidenciaram a existência de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e Educação, que resultaram em mudanças curriculares e fortalecimento da formação dos profissionais de saúde da família. E ainda, a criação de novos cursos de especialização específicos para saúde da família.

Em relação ao apoio institucional que deve ser fornecido para ESF pela Secretaria Municipal de Saúde, os resultados do primeiro ciclo de avaliação do PMAQ demonstraram que: 87,4% trabalharam de acordo com o planejamento elaborado para ser colocado em prática no último ano; 87,3% receberam da secretaria municipal de saúde informações para análise da situação de saúde, por informativos e relatórios; 79% recebem apoio permanente da secretaria de saúde para realizar atividades para a melhoria do serviço e organização da USF; e 87% avaliaram como muito bom ou bom o apoio recebido da secretaria municipal de saúde. O que representa uma melhora no cenário apresentado por Facchini *et al.* (2006) onde a disponibilidade de relatórios periódicos para tomada de decisão foi pequena e o apoio institucional era escasso.

A ESF trabalha de acordo com o planejamento do ano anterior, por utilizar orçamento prospectivo por elemento de despesa. Assim sendo, orçamento público é fixado anualmente e alocado antecipadamente por categorias funcionais e por elemento de despesa. A formulação deste modelo de orçamento não requer muita informação e é geralmente baseada em valores históricos. Essa forma de orçamento facilita o controle dos gastos totais, mas, por não estar vinculado ao desempenho, pouco contribui para promover a eficiência na prestação de serviços (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Para o TCE/MG o processo de monitoramento e avaliação se encontra comprometido, devido à insuficiência na estrutura básica e no conteúdo dos instrumentos de planejamento utilizados. E ainda, os instrumentos de avaliação e monitoramento devem ser utilizados mais efetivamente, porquanto contribuem para a melhoria do desempenho da equipe e para a qualidade dos serviços por ela prestados. Além do mais, grande parte dos Municípios possui dificuldades em atingir as metas pactuadas junto a SES/MG e salientou que não basta pactuar resultados ou impactos das políticas de saúde sem uma clara definição das ações específicas

que devam ser tomadas e das estratégias locais de implementação, com vistas a melhorar os indicadores apresentados.

Um ponto positivo apresentado por Castro e Machado (2010) foi à instituição de um processo de pactuação entre os entes federado, o pacto pela saúde. Cabral e Ferreira (2014) evidenciaram que modelo de gestão proposto pelo Pacto pela Saúde contribui para melhorar desempenho dos municípios mineiros no que se refere à otimização de recursos. Para La Forgia e Couttolenc (2009) alcançar as metas pactuadas na área da saúde exige dos municípios, o desenvolvimento de instrumentos de planejamento voltados para o monitoramento do desempenho, bem como o fortalecimento da capacidade de planejar, gerenciar, elaborar orçamentos e monitorar a prestação dos serviços de saúde. Para Silveira e Pereira (2013) e justamente essa a intenção da SES/MG, pois que apesar do fato de muitos municípios não conseguirem atingir as metas e compromissos pactuados, não houve interrupção no repasse dos recursos, uma vez que a pactuação de metas deve ter inicialmente um caráter mais pedagógico do que punitivo, refletido de forma geral, na melhora dos indicadores de saúde no âmbito do Estado.

O ponto de partida para elaboração de um planejamento é definir a meta (PORTER; TEISBERG, 2007). A identificação de prioridades de atuação é essencial para que os recursos, em geral escassos, produzam resultados máximos. Cada unidade de saúde, com a participação de equipes multidisciplinares, deve definir claramente os seus produtos e os processos ligados a eles (COUTO; PEDROSA, 2003).

5.7 Receitas intergovernamentais das ESF nos municípios pesquisados

Grande parte dos municípios no país é de pequeno porte, com pequena base de sustentação econômica, portanto, dependentes de transferências intergovernamentais (CASTRO; MACHADO, 2010). Metade dos recursos investidos em saúde, a nível municipal, provém de transferências específicas dos Estados e da União (SCATENA; VIANA; TANAKA, 2009). Para Vasquez (2011) as transferências intergovernamentais para saúde são norteadas pelo tamanho da população e o tipo de adesão dos municípios às políticas de saúde desenhadas pela União, além de prever recursos adicionais vinculados à oferta de programas específicos.

Os resultados desta pesquisa confirmam este cenário. As receitas intergovernamentais destinadas à manutenção da ESF advindas da União são as transferências por Equipe de Saúde da Família implantada, por Agente Comunitário da Saúde, por Núcleo de Apoio a Estratégia Saúde da Família e do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. O estado de Minas Gerais participa por meio das transferências do Programa Saúde em Casa. O gráfico 2 apresenta a evolução das receitas intergovernamentais destinadas a ESF dos municípios pesquisados.

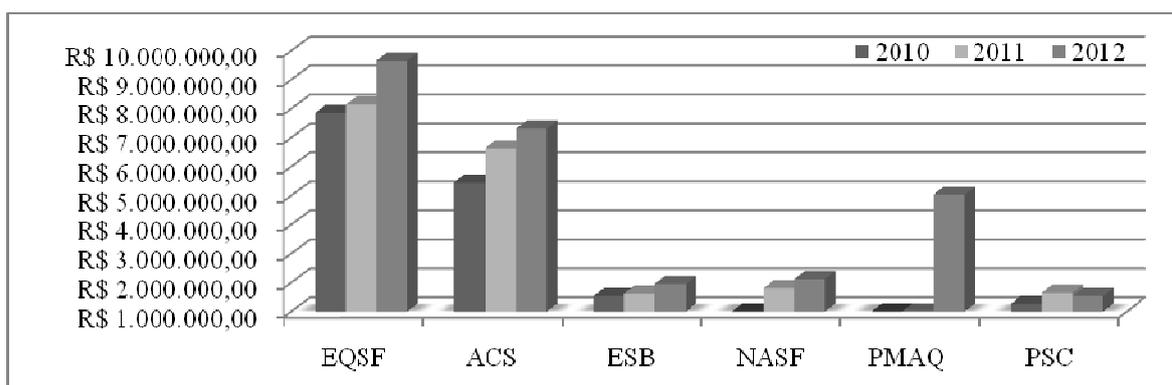


Gráfico 2. Evolução das receitas intergovernamentais destinadas a ESF .

Fonte: Dados da pesquisa.

A partir do gráfico 2 observa-se a constante evolução das receitas de transferências intergovernamentais destinadas a manutenção da ESF. Contudo, está evolução utiliza como mecanismo de assunção que os municípios melhorem de forma constante o acesso e a qualidade dos serviços de saúde prestados. Este mecanismo deixa evidente a estratégia da União de aumentar a resolutividade da APS, por meio, da ampliação da abrangência e do escopo das ações da ESF (CASTRO; MACHADO, 2010). O gráfico 3 apresenta a estrutura das receitas intergovernamentais destinadas a ESF dos municípios pesquisados.

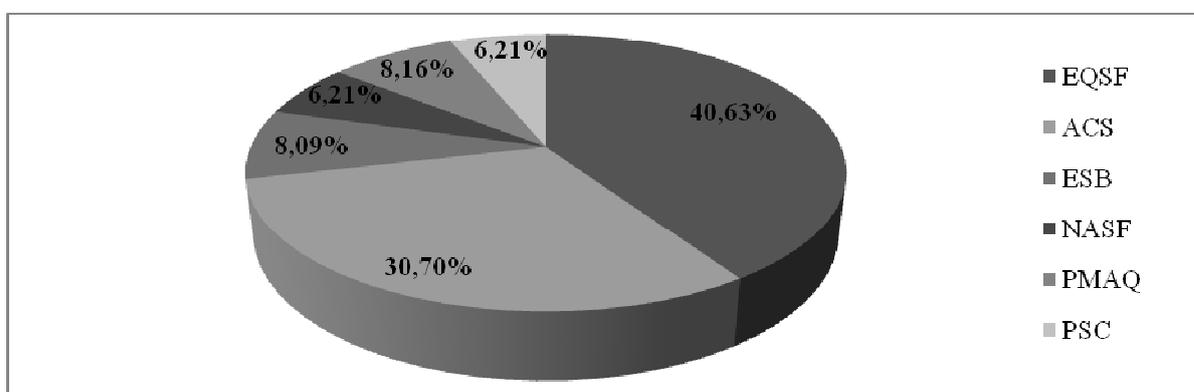


Gráfico 3. Estrutura das receitas intergovernamentais destinadas a ESF.

Fonte: Dados da pesquisa.

O gráfico 3 demonstra ao considerar as receitas de todo o período, que as principais receitas de transferências intergovernamentais para manutenção da ESF nos municípios pesquisados são as destinadas a EQSF, ACS e ESB. Apesar da grande evolução no último exercício das transferências para o PMAQ, na análise do período pesquisado, esta receita representa somente quarta fonte de recursos da ESF. As receitas do NASF e PSC possuem o mesmo peso como fonte de recurso. Portanto, apesar das alterações em alguns mecanismos, prevalece a lógica de financiamento original deste serviço de saúde. Para Sousa e Hamann (2009) mesmo com ampliação dos recursos destinados à APS/ESF, o modelo atual de financiamento, dificulta o alcance da acessibilidade desejada pelo Ministério da Saúde. Existe, portanto, a necessidade de incorporação de novos critérios no processo de alocação de recursos da União e dos Estados para ESF (MARQUES; MENDES, 2003). Os resultados da pesquisa, quanto às transferências intergovernamental ratifica os resultados de Rocha e Coelho, (2011), Vasquez (2011) e Sobrinho (2012) que evidenciaram a baixa participação do Estado no financiamento das atividades da ESF.

Os mecanismos utilizados para financiar os serviços de saúde são ferramentas poderosas que podem induzir os prestadores a cumprir diretrizes e prioridades, como melhorar a qualidade, aumentar a eficiência, ampliar o acesso e conter custos. Para de fato promoverem a melhoria do desempenho, estes mecanismos devem ser baseados em informações confiáveis de custos, pois, mecanismos baseados em orçamento em geral são menos poderosos para influenciar os prestadores de serviços de saúde (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). Ressalta-se que apesar da constante evolução das transferências intergovernamentais de recursos aplicados na ESF, as transferências intergovernamentais para média e alta complexidade são superiores, mesmo quando a APS é anunciada como prioridade. Por outro lado, um dos desafios da Atenção Primária à Saúde é justamente o acesso aos serviços de saúde de média complexidade (CASTRO; MACHADO, 2010).

5.8 Gastos realizados na manutenção das ESF nos municípios pesquisados

Foram considerados como gastos realizados na manutenção da ESF nos municípios pesquisados, os gastos classificados de acordo a legislação contábil para setor público na função saúde, subfunção Atenção básica à saúde e programáticas relacionadas à manutenção das atividades da ESF. Os gastos foram agregados a partir da classificação da natureza da despesa. Por sua vez, as classificações da natureza da despesa foram agregadas em três grupos de gastos, a saber: Mão de obra, materiais e serviços relacionados. O gráfico 4 apresenta a evolução dos gastos realizados na manutenção das atividades da ESF nos municípios pesquisados.

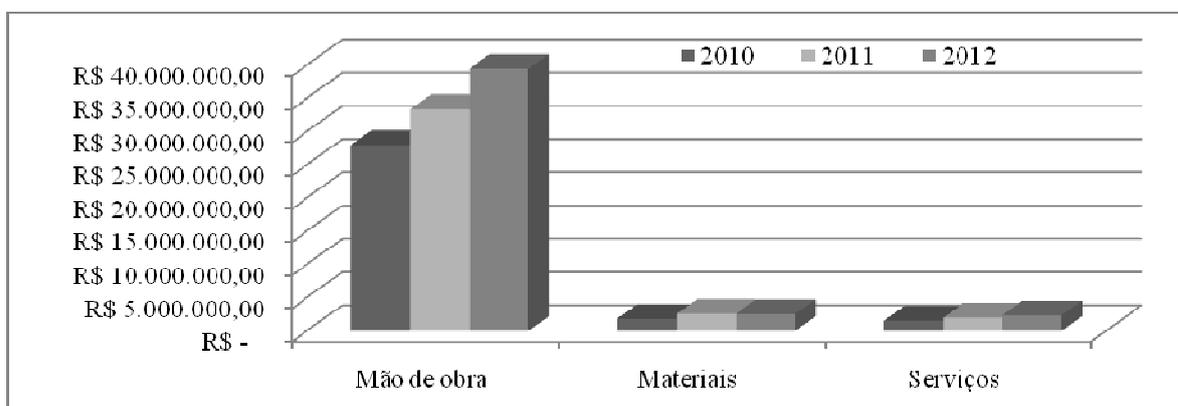


Gráfico 4. Evolução dos gastos realizados na manutenção das atividades da ESF.

Fonte: Dados da pesquisa.

O gráfico 4 demonstra a constante evolução dos gastos realizados na manutenção das atividades da ESF. O gasto com maior evolução são os custos com mão de obra, seguindo pelas despesas com outros serviços, que podem ser explicado pela política de expansão do acesso e qualidade dos serviços implantada pela União. O gasto com materiais apresentou a menor evolução, sendo, em 2012, os gastos com materiais apresentou leve baixa. Efeito da queda acentuada nos gastos com material para distribuição gratuita. Contudo, Couto e Pedrosa (2003) alertam que os recursos materiais que estão à disposição dos profissionais são essenciais para que seja fornecido um serviço de qualidade. O gráfico 5 apresenta a estrutura dos gastos realizados na manutenção das atividades da ESF nos municípios pesquisados.

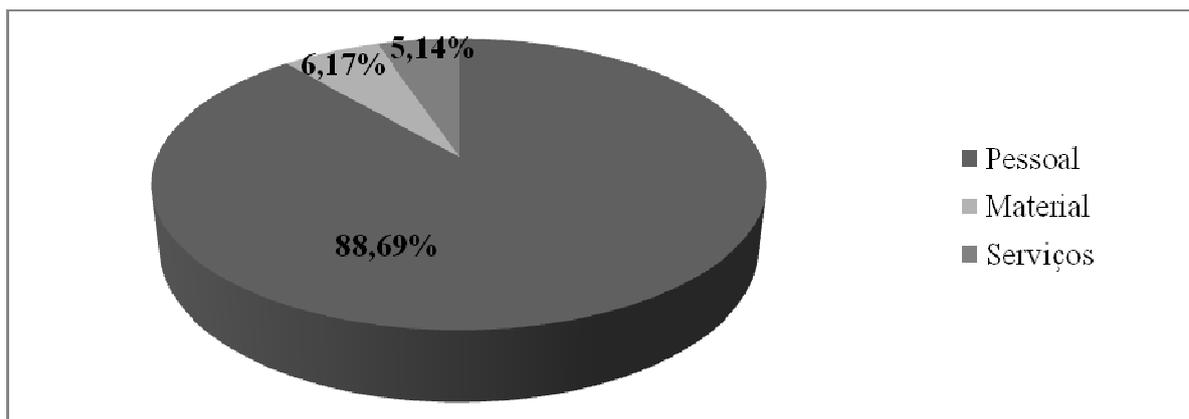


Gráfico 5. Estrutura dos gastos realizados na manutenção das atividades da ESF.

Fonte: Dados da pesquisa.

O gráfico 5 demonstra que para manutenção da ESF os maiores gastos estão relacionados a mão de obra. Ou seja, custos dos serviços prestados pelos profissionais que atuam neste serviço de saúde. Os outros gastos são consideravelmente menores.

Em serviços de saúde municipais, os gastos com medicamento, representam 4% dos gastos total da área de saúde, sendo comum à falta de medicamentos. Já, os gastos relacionados aos recursos humanos, podem alcançar 78%, Este alto gasto, com pessoal, é um padrão na saúde brasileira. As organizações de saúde são empresas intensivas em mão de obra e altamente profissionalizadas. O comportamento destes profissionais é muitas vezes induzidos pelas formas de organização e pelos incentivos financeiros e não financeiros a elas inerentes (LA FORGIA, COUTTOLENC, 2009). Corroborando Castro (2011) ao afirmar em sua pesquisa que os gastos dos municípios com recursos humanos variaram entre 70% e 75% do gasto total com saúde.

Pesquisa realizada por Rocha Filho e Silva (2009), demonstrou que os gastos realizados nas ESF's do município de Fortaleza (CE) possuem a seguinte distribuição: 75,42% pessoal, 18,87% medicamentos e 5,71% serviços relacionados. Já a pesquisa realizada por Sobrinho (2012) no município de Vitória de Santo Antão (PE) evidenciou a seguinte distribuição dos gastos na ESB: 85,60% pessoal, 2,7% recursos materiais, 8,5% manutenção de equipamento e 3,2% recursos prediais.

De acordo com o TCE/MG, a maior parte dos profissionais de saúde, que são contratados para trabalhar na ESF, possui vínculos contratuais precários, predominando contratações sem

concurso público ou processo seletivo, em razão de dificuldades enfrentadas pelo gestor municipal em atrair o profissional necessário para o cargo.

Para La Forgia e Couttolenc (2009), a maioria dos profissionais de saúde prefere contratos com dedicação parcial, remuneração salarial e o estabelecimento de vínculo empregatício com a instituição. O regime parcial permite que os profissionais tenham outros empregos e compensar os baixos salários ou para alcançar a renda desejada. Facchini *et al.* (2006) já evidenciava este cenário de vínculo de trabalho precário em ESF das regiões Sul e Nordeste. Contudo, a proporção de profissionais de saúde com outro emprego é maior no modelo de APS convencional, do que no modelo ESF. Ney e Rodrigues (2012) afirmam que 74% dos médicos da ESF acumulam outros vínculos de trabalho, sendo este um fenômeno comum na classe médica. Outro ponto é a rotatividade dos profissionais de saúde que gera a perda do conhecimento adquirido anteriormente no serviço de saúde (COUTO; PEDROSA, 2003). Para Stralen *et al.* (2008) e Ney e Rodrigues (2012) esta rotatividade é fruto da jornada de trabalho, legalmente imposta e insatisfação com infraestrutura física da ESF.

De acordo com Barbosa *et al.* (2010) 93% das ESF's têm acesso a materiais descartáveis. Quanto aos medicamentos disponíveis nas USF's, os resultados do primeiro ciclo de avaliação do PMAQ demonstraram que: 90% dos cidadãos afirmaram que conseguem os medicamentos que precisam para hipertensão, gratuitamente, 94% dos cidadãos afirmaram que conseguem os medicamentos que precisam para diabetes, gratuitamente, sendo que 69% dos cidadãos retiraram estas medicações na UBF mais próxima da sua casa.

Para Castro e Machado (2010) a disponibilização de medicamentos básicos e essenciais para a população é baseada no co-pagamento usuários-Estado, sendo ofertado em farmácias públicas ou privadas. De acordo com Vieira (2009) a União, vem ampliando seus gastos com aquisição de medicamentos, especificamente, os medicamentos para APS que apresentaram evolução de 75% e os medicamentos de caráter excepcional registraram aumento de 225%. Assim sendo, os programas farmácia popular e farmácia de minas podem explicar de forma parcial o baixo gasto em medicamentos (materiais para distribuição gratuita) na ESF evidenciado pela pesquisa.

Os gastos no setor de saúde pública, também, são apresentados de forma percapita. Ou seja, o montante gasto dividido pela população atendida. A tabela 21 apresenta o gasto per capita realizado na ESF dos municípios pesquisados, nos exercícios 2010, 2011 e 2012.

Tabela 21 - Quantidade de habitantes por ESF e ACS nos municípios pesquisados.

Municípios	2010	2011	2012
Alpinópolis	R\$ 90,23	R\$ 116,87	R\$ 42,95
Bom Jesus da Penha	R\$ 131,61	R\$ 200,42	R\$ 232,39
Capetinga	R\$ 64,42	R\$ 70,32	R\$ 70,40
Capitólio	R\$ 181,69	R\$ 173,64	R\$ 199,06
Cássia	R\$ 72,56	R\$ 73,30	R\$ 103,87
Claraval	R\$ 62,78	R\$ 95,25	R\$ 101,29
Delfinópolis	R\$ 146,11	R\$ 116,80	R\$ 145,53
Doresópolis	R\$ 119,65	R\$ 402,05	R\$ 547,43
Fortaleza de Minas	R\$ 134,38	R\$ 111,26	R\$ 113,28
Guapé	R\$ 75,07	R\$ 79,09	R\$ 118,58
Ibiraci	R\$ 144,79	R\$ 142,21	R\$ 197,00
Itamogi	R\$ 70,50	R\$ 113,96	R\$ 124,46
Itaú de Minas	R\$ 98,31	R\$ 138,28	R\$ 159,11
Jacuí	R\$ 76,11	R\$ 90,14	R\$ 108,02
Monte Santo de Minas	R\$ 91,40	R\$ 129,38	R\$ 144,41
Passos	R\$ 72,91	R\$ 88,47	R\$ 130,07
Piumhi	R\$ 106,29	R\$ 123,02	R\$ 121,23
Pratápolis	R\$ 134,58	R\$ 157,08	R\$ 185,77
São João Batista do Gloria	R\$ 75,88	R\$ 104,25	R\$ 144,43
São José da Barra	R\$ 57,91	R\$ 62,13	R\$ 73,94
São Roque de Minas	R\$ 77,56	R\$ 121,62	R\$ 162,79
São Sebastião do Paraíso	R\$ 114,35	R\$ 131,36	R\$ 140,24
São Tomaz de Aquino	R\$ 92,45	R\$ 97,52	R\$ 122,15
Vargem Bonita	R\$ 111,03	R\$ 223,90	R\$ 242,75

Fonte: Dados da pesquisa

A partir da tabela 21 observa-se que no exercício 2010, Capitólio realizou o maior gasto per capita na ESF e São José da Barra efetuou o menor gasto. O percentual médio de gasto per capita na ESF dos municípios pesquisados foi R\$ 100,11. Em 2011, Doresópolis realizou o maior gasto per capita na ESF e São José Barra efetuou o menor gasto. O percentual médio de gasto per capita na ESF dos municípios pesquisados foi R\$ 131,76. Por fim, no exercício 2012, Doresópolis realizou o maior gasto per capita na ESF dos municípios pesquisados e Capetinga efetuou o menor gasto. O percentual médio de gasto per capita na ESF dos municípios pesquisados foi R\$ 155,46, que representa 0,89% do PIB percapita. O gasto médio per capita na ESF dos exercícios 2010 e 2011 ajustados pela inflação respectivamente são: R\$ 112,78 e R\$ 139,93. Portanto, pode-se afirma que os municípios pesquisados estão ampliando os gastos per capita na ESF.

Os resultados demonstraram a existência de gasto per capita médio maior que o evidenciado Rosa e Coelho (2011) no município de Santo Antonio de Jesus, no estado da Bahia, que realizou um gasto per capita de R\$ 45,00, na ESF que representava 0,79% do PIB per capita em 2005, que atualizado pelo INPC até 2012 representa R\$ 64,95. Contudo, alguns municípios pesquisados possuem gastos próximos a este valor. Santo e Tanaka (2011) evidenciaram a ampliação dos gastos em saúde, acima da inflação, também, em grandes municípios do estado de São Paulo. No entanto, nesses municípios a destinação do gasto com saúde não são pautado pela prioridade de investimento na APS e, muito menos, pela ESF, que se expandiu timidamente, de modo que alcançaram cobertura pouco maior que 30% da população. Para Portela e Ribeiro (2011) o potencial de gasto em saúde per capita dos municípios, está diretamente associado à receita de impostos e transferências constitucionais e legais.

O maior gasto per capita na ESF, evidenciado nos municípios menores não significa necessariamente um melhor serviço de saúde. Pois, pode simplesmente estar relacionado com a falta de escala para este serviço. Rocha Filho e Silva (2009) evidenciaram a existência de falta de escala no município Fortaleza (CE). Para Porter e Teisberg (2007) muitos prestadores de serviço de saúde carecem de escala para serem experientes ou eficientes. Pois, mantém instalações e equipamentos com excesso de capacidade, o que gera pressões para utilizar a capacidade, levando às vezes a uma ampliação dos serviços. Como resultados os prestadores de serviço de saúde oferecem serviços nos quais eles são competentes, mas não excelentes.

Para La Forgia e Couttolenc (2009) o gasto com saúde por si só, não é um bom indicador dos resultados em saúde em comparações. A mensuração de resultados consistente na prestação de serviço de saúde é alcançada por meio da comparação entre a quantidade de recursos gastos e os serviços produzidos por prestadores similares. Para tanto, o prestador de serviço de saúde tem que compreender o mercado geográfico e a área de serviços que atua. Caso contrário não poderá reconhecer os verdadeiros *benchmarks* de desempenho contra os quais deverá se comparar, nem as opções estratégicas disponíveis (PORTER; TEISBERG, 2007). Pois, a única razão de medir resultados é poder introduzir melhorias, deve-se ter em mente que a eficácia no gerenciamento começa na organização de um programa passível de crítica e aprimoramento (COUTO; PEDROSA, 2003).

5.9 Risco financeiro operacional das ESF nos municípios pesquisados.

O termo risco é compreendido como possibilidade de que os resultados realizados possam ser diferentes daqueles esperados. O risco envolve a quantificação e qualificação da incerteza, tanto nas perdas, quanto nos ganhos. O risco financeiro operacional está relacionando com a possibilidade de que a organização não seja capaz de fazer frente as suas obrigações financeiras, devido sua estrutura de seus custos operacionais (GITMAN, 2010). Portanto, este trabalho possui como escopo mensurar em que medida a manutenção das atividades da Estratégia Saúde da Família implica em risco financeiro operacional aos municípios da região sudoeste do estado de Minas Gerais.

Os municípios pesquisados contam com recursos de transferências intergovernamentais da União e do Estado de Minas Gerais para manutenção das atividades da ESF. Contudo, os serviços de saúde no Brasil são de responsabilidade de todos os entes federados. Assim sendo, os municípios devem complementar as transferências intergovernamentais para manutenção da ESF, por dois motivos: Primeiro por ser o ente federado responsável pela execução das ações de Atenção Primária à Saúde e segundo por ser co-responsável pelo financiamento destas ações (SCATENA; VIANA; TANAKA, 2009).

De acordo com IBCG (2007), para se tratar risco, primeiro é preciso determinar o grau de exposição da organização a este, levando em consideração, a probabilidade de sua ocorrência e seu impacto na organização. Os resultados da pesquisa demonstraram que, entre 2010 e 2012, os gastos para manutenção das atividades da ESF nos municípios pesquisados, estão distribuídos da seguinte forma: União 52,07%, Estado de Minas Gerais 3,91% e Municípios pesquisados da região sudoeste do estado de Minas Gerais 44,03%. Entretanto, os resultados, também, demonstraram uma amplitude de 71,51%. Ou seja, uma variação entre 1,79% e 73,30% nos gastos com este serviço de saúde. A mediana do risco financeiro operacional, nos exercícios 2010, 2011 e 2012 foi respectivamente 43,33%, 46,14% e 37,62%. E ainda, revelou que os municípios pesquisados atendem as características de APS, sendo que a maior dificuldade está relacionada à acessibilidade, também evidenciada pelos estudos de Ibanez *et al.* (2006) e Stralen *et al.* (2008), estes autores demonstraram ainda, que a percepção entre usuários e profissionais quanto ao atendimento das características de APS são semelhantes.

Mas, para Porter e Teisberg (2007), não são os papéis, as habilidades ou as funções, isoladamente, que importam, mas o resultado geral.

Rosa e Coelho (2011) apontam que o município de Santo Antonio de Jesus (BA), arcou com 83,60% dos gastos para manutenção das atividades da ESF que possui uma cobertura de 60,4% da população. Já o município de Fortaleza (CE) arcou 60,71% dos gastos na ESF (ROCHA FILHO; SILVA, 2009). Sobrinho (2012) evidenciou que o município de Vitória de Santo Antão (PE) arcou 62,5% dos gastos na ESB. De acordo com Vasquez (2011) inicialmente os repasses intergovernamentais para ESF cresciam numa proporção maior que a oferta dos serviços. Mas, a partir de 2005 está lógica se inverteu. Para Castro (2011) o índice de complementação dos municípios pode variar entre 30% e 90%. Já Mendes (2012) aponta que o índice de complementação pode variar entre 30% e 70%.

Para La Forgia e Couttolenc (2009), quando os pacientes recebem cuidados adequados e o tratamento resolve seu problema de saúde a um custo com o qual o sistema de saúde possa arcar, o desempenho do serviço de saúde é considerado bom. A viabilidade financeira é uma meta importante. Mas, os resultados financeiros são consequência, não uma meta em si e por si mesma. Uma boa margem de superávit operacional não pode compensar a mediocridade no atendimento (PORTER; TEISBERG, 2007).

A União vem ao longo do período estudado ampliando a disponibilidade de recursos destinados à manutenção da ESF. Entretanto, para que os municípios tenham acesso a estes recursos eles devem ampliar suas redes de saúde de ESF, e ainda, assumir compromissos quanto a melhoria da qualidade dos serviços prestados. O estado de Minas Gerais utiliza a mesma lógica, por meio da pactuação de metas em ações que devem ser atingidas pelos municípios, para que recebam os repasses para manutenção do PSC. Portanto, União e Estado de Minas Gerais, ampliam a recursos, mas, concomitantemente amplia o escopo da ESF. Predominando a lógica de reconhecimento de municípios que cumprem os requisitos impostos pelas normativas (CASTRO, MACHADO, 2010).

Os mecanismos de transferências de recursos destinados a ESF, utilizados pela União e pelo Estado de Minas Gerais, podem levar os gestores a uma análise de cenário desatendida a partir de mudanças nas principais variáveis. O que pode explicar parcialmente dois cenários

complexos, existentes em dois municípios pesquisados. O primeiro se caracteriza quando o município opta por ampliar a rede da ESF na busca de conseguir mais recursos e reduzir o risco financeiro operacional. Contudo, neste cenário, o risco financeiro operacional pode aumentar devido a falta de escala neste serviço de saúde. Este fato pode ser verificado no município de Doresópolis que possui uma estrutura com capacidade para atender 3000 habitantes, mas atende aproximadamente 1500. Neste caso a falta de escala elevou o risco financeiro operacional. O segundo cenário é o inverso. Devido, os mecanismos de transferências resultarem em contrapartida por parte do município. O gestor municipal decide não aderir aos programas ou não ampliá-los. Gerando um alto nível de atividade operacional. Ou seja, a rede ESF opera sobrecarregadas, pois a necessidade da população existe e o município deve atendê-la. Aumentando o risco financeiro da atividade, pois o município arcar sozinho com os gastos necessários para manutenção da Atenção Primária à Saúde. Fato que é evidenciado pelo município de Ibiraci, que possui EQSF e ACS que atendem próximo a capacidade máxima indicada pelo Ministério da Saúde, e ainda, não aderiu à Equipe de Saúde Bucal e Núcleo de Apoio a Estratégia Saúde da Família. Contudo, seu nível de atendimento das características de APS revela a existência destes serviços de saúde na ESF. Fica claro, portanto, que ampliação ou não ampliação da rede, como método para gerenciar o risco financeiro operacional pode não ser uma solução adequada para os municípios.

Para La Forgia e Couttolenc (2009) mecanismos de financiamento inadequados, baixa capacidade de execução orçamentária e os desperdícios de recursos sugerem que os municípios possuem uma formalidade excessiva e supervisão e monitoramentos inadequados na gestão dos serviços de saúde. Os sistemas de monitoramento, controle e prestação de contas, relativos ao orçamento são bem estruturados e bastante formalizados, mas centrados no cumprimento de normas estabelecidas pelo controle financeiro, e quase sem nenhuma preocupação com avaliação dos resultados.

A solução para redução do risco financeiro operacional passa necessariamente pela utilização efetiva dos instrumentos de planejamento e pela gerência deste serviço de saúde. Ou seja, para os municípios reduzirem o risco financeiro operacional na ESF, devem necessariamente planejar as ações de APS a partir do plano municipal de saúde, que irá direcionar o PPA, LDO e LOA. E ainda, possuir profissionais que estão comprometidos integralmente com a Coordenação da APS. Contudo, alertam Castro e Machado (2010) que muitos municípios não

possuem base técnica local para formular e implementar políticas de saúde no âmbito municipal. Mas, também sugerem a existência de falha no planejamento da APS na União.

A Lei de responsabilidade Fiscal (LRF) impactou de forma restritiva no espaço para manobra da gestão financeira à disposição dos municípios, que a partir dela, estão atrelados aos indicadores de gastos com pessoal, endividamento e transparência (GERIGK; CLEMENTE; TAFFAREL; 2010). Portanto, os recursos são escassos, as possibilidades de utilização de subterfúgios de administração financeira, são limitadas, e por isso é preciso planejar as ações a serem desenvolvidas. E ainda, tão importante como o planejamento é a mensuração e avaliação das ações empreendidas e dos resultados alcançados (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003).

Porter e Teisberg (2007) alertam que melhorar a eficácia operacional é importante, mas não basta. É preciso ter estratégias norteadoras, que definam objetivos e propósitos. Sem estratégias, uma organização carece de clareza para atingir verdadeiramente a excelência. Sem direção e foco, fica difícil até mesmo ser eficiente nas operações.

No seu nível mais simples, a avaliação econômica recomenda que os projetos alcancem benefícios positivos para população, e prioriza esses por sua eficiência relativa no alcance dos benefícios. No entanto, a assistência à saúde está entre os mais difíceis campos de aplicação da avaliação econômica e têm ajudado a revelar a complexidade natural do aparente senso comum por trás dos princípios básicos aplicados aos projetos destinados a salvar vidas e a integridade física (FOLLAND; GOODMAN; STANO, 2008).

Fica claro que o principal risco existente é o operacional, pois, este é o gerador do risco financeiro que é evidenciado pela não maximização dos recursos no cumprimento das metas pactuadas, fruto da falta de planejamento e gestão das ações. Assim, o risco financeiro operacional, não se traduz somente no percentual de complementação que os municípios devem realizar para manutenção das atividades da ESF. Mas, principalmente nas ações realizadas no município para se obter uma Atenção Primária à Saúde efetiva, sendo eficiente quanto à realização de gastos e eficaz no atendimento a população.

A efetividade no atendimento da população na Atenção Primária à Saúde é a principal meta a ser alcançada pelo gestor. Pois, saúde não tem preço, mas tem custo. E os recursos que advêm da população devem ser utilizados para atender a população. Para Lourenço *et al.* (2009), quando o município prioriza a ESF, não está fazendo a opção pelo modelo mais barato, ou tecnicamente mais simples e nem pela exclusão de qualquer assistência à saúde. Pois, Estratégia Saúde da Família deve estar articulada com os demais níveis de atenção à saúde e conhecendo necessidades sanitárias e assistenciais da população. Para que possa ordenar os encaminhamentos, racionalizar o uso dos recursos terapêuticos mais caros.

6. Considerações finais

A saúde no Brasil possui como marco histórico, a inclusão na Constituição Federal de 1.988 da garantia de acesso. Fato que gerou a criação do Sistema Único de Saúde, que se organiza a partir da Atenção Primária à Saúde (APS). Para facilitar o acesso da população à rede de serviços de saúde, foi criada a Estratégia Saúde da Família (ESF), que visa à reorientação do modelo assistencial com caráter substitutivo das práticas convencionais.

A ESF é operacionalizada por meio de ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos, realizados por meio de equipes de saúde multiprofissionais, comprometida com a integralidade da assistência à saúde, focado na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserida. Constituído-se na principal reforma sanitária brasileira com potencial para estruturar, de forma consistente, Atenção Primária à Saúde no Brasil.

É neste ambiente que se insere este estudo que aborda o controle gerencial na administração pública, especificamente gestão de custos na saúde pública e sua relação com risco financeiro operacional, mensurado por meio da criação de um centro de responsabilidade para ESF. Portanto, considera questões atinentes ao financiamento e gastos da ESF, nos municípios da região sudoeste do Estado de Minas Gerais, visando responder a seguinte questão: Em que medida a manutenção das atividades da Estratégia Saúde da Família implica em risco financeiro operacional aos municípios da região sudoeste do estado de Minas Gerais?

Num primeiro momento a questão de pesquisa pode parecer simples, pois é basicamente dimensionar a complementação por parte dos municípios no financiamento das atividades da Estratégia Saúde da Família. Mas, um olhar mais atento, demonstra a complexidade da questão. Quando levanta as seguintes dúvidas: As Estratégias Saúde da Família dos municípios pesquisados atendem as características de Atenção Primária à Saúde? Qual o nível de variação desta complementação entre os municípios? Quais os fatores que contribuem para o aumento ou redução da necessidade de complementação dos recursos financeiros destinados a manutenção a ESF? E ainda, quais os possíveis tratamentos que podem ser utilizados para redução do risco financeiro operacional na ESF dos municípios pesquisados?

Os resultados da pesquisa demonstraram que os gastos para manutenção das atividades da Estratégia Saúde da Família nos municípios pesquisados, são distribuídos da seguinte forma: União 52,07%, Estado de Minas Gerais 3,91% e Municípios pesquisados da Região Sudoeste de Minas Gerais 44,03% e possui amplitude de 71,51%. Ou seja, apresenta uma variação entre 1,79% e 73,30% nos municípios pesquisados. Os resultados da pesquisa revelaram, também, que recursos são consumidos da seguinte maneira: Mão de obra (pessoal) 88,69%, materiais 6,17% e serviços relacionados 5,14%. O gasto per capita médio, por habitante atendido, na ESF dos municípios pesquisados nos exercícios 2010, 2011 e 2012, foi respectivamente: R\$ 110,11, R\$ 131,76 e R\$ 155,46, que representam 0,79% do PIB percapita da região estudada. Quanto ao atendimento das características de Atenção Primária à Saúde, a pesquisa constatou, a partir da aplicação do formulário *PCAtool-Brasil*, que os municípios pesquisados da região sudoeste do estado de Minas Gerais, em uma nota de 1 a 4, alcançaram a média 3,47. Portanto é possível inferir que os municípios pesquisados atendem tais características. Resultado que corroborado pelo índice de cumprimento das metas pactuadas, junto a Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais, por meio do Programa Saúde em Casa de 3,67 e ainda, pelo índice de cobertura da população que atinge resultado superior à média estadual.

Contudo, são diversos os fatores que contribuem para ampliação do risco financeiro operacional na ESF dos municípios pesquisados, dentre eles destaca-se: Falta de planejamento das ações de saúde por parte dos municípios. Falta de escala nas atividades da ESF em alguns municípios e, em outros, o alto nível de atividade operacional das equipes de Saúde da Família e dos Agentes Comunitário de Saúde. Não cumprimento de metas pactuadas nas ações de saúde. Falta de coordenação técnicas na atenção primária à saúde. Crescimento das transferências destinadas a ESF estar abaixo da expansão da oferta de ações de saúde. Coexistência dos modelos de APS convencional e ESF no mesmo município. Falhas no monitoramento e controle das ações de saúde e baixa participação da população neste processo. Falta de controle de custos nas ações de saúde. O controle financeiro centralizado nas secretarias municipais de finanças. Não entendimento por parte dos municípios que são responsáveis pelas ações de Atenção Primária à Saúde e co-responsáveis por seu financiamento. Baixa atratividade para profissionais de saúde trabalhar na ESF, gerando um custo maior de contratação. Falhas na comunicação entre ESF e os demais níveis de atenção à saúde.

Diante, deste cenário faz-se necessário à implementação de política de planejamento e gestão de risco operacional. A partir da estrutura já existente nos municípios é possível utilizar os instrumentos de planejamentos, obrigatórios, definidos em lei, Plano Municipal de Saúde, Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária anual. Assim, utilizando a estrutura existente, criando centros de resultado ou de investimentos para controlar as ações governamentais. E ainda, estabelecer uma política de gestão de risco financeiro operacional.

Inicialmente deduz-se que o risco financeiro operacional na manutenção da atividade ESF,s nos municípios pesquisados, pode ser entendido como o percentual de complementação dos municípios no financiamento desta ação de saúde pública. Entretanto, pelo prisma do principio da eficiência, esta complementação é, simplesmente, o reflexo da qualidade dos serviços prestados por esta política de saúde e seu nível de planejamento. A Atenção Primária à Saúde é uma responsabilidade dos municípios que têm a obrigação de cumpri-la de forma efetiva, torna-se necessário, primeiramente a existência de um bom planejamento e controle, compreendendo o montante de aplicação dos recursos, somente um meio para alcançar uma meta.

Assim sendo, para redução do risco financeiro operacional na ESF dos municípios pesquisados faz-se necessário a realização de planejamento comprometido com metas reais e a implementação de instrumentos de controle interno que contribuíssem para o alcance das metas estabelecidas. Neste ambiente a contabilidade apresenta-se como uma ferramenta indispensável e já disponível em todos os municípios, que ao ser utilizada pela área de gestão da saúde municipal contribuirá significativamente para a obtenção de melhorias sensíveis na saúde pública e redução observável do risco financeiro

6.1 Limitações e sugestões

Este estudo contribui para a prática da gestão em saúde apresentado informações que podem ser utilizadas na elaboração dos instrumentos de planejamento, por meio do reconhecimento de *benchmarks* existentes nas Estratégias Saúde da Família dos municípios pesquisados.

Contudo, todo estudo possui limitações e existem algumas lacunas que podem ser preenchidas por futuras pesquisas.

Quanto às limitações neste estudo, quanto ao risco operacional utilizou como *proxy* a ESF atender as características de APS, devido a dificuldade de se obter os controles administrativos dos sujeitos de pesquisas. Além do mais, a maioria dos municípios não possui sistema de custos implantando, ampliando a limitação quanto ao acesso de controles administrativos de custos. O sistema de custos na administração tem sua obrigatoriedade prevista para entrar em vigor a partir do exercício 2015. Outra limitação encontra-se no instrumento de pesquisa utilizado, que possui como base a percepção do coordenador de APS, sobre o atendimento das características de APS. Quanto aos dados econômicos financeiros utilizados no estudo refletem o processo contábil realizados pelos municípios. Portanto, as análises realizadas neste estudo dependem da correta realização do processo contábil pelos municípios pesquisados.

Como sugestão para futuras pesquisas destaca-se:

- Estudos que abordem a ESF como um centro de investimento. Ou seja, ampliar, o estudo para análise dos gastos realizados na manutenção e nos investimentos necessários para este serviço de saúde.
- Estudos que utilizem a técnica de direcionamento de custo ABC, na Estratégia Saúde da Família. Ou seja, busquem a compreensão dos custos gerados por cada produto ou atividades realizadas por este serviço de saúde.
- Um estudo que aborde o nível de utilização do plano municipal de saúde e seu impacto na redução do risco financeiro operacional do setor saúde.
- Estudos que abordem o nível de controle gerencial nas atividades da Estratégia Saúde da Família e seu alinhamento com os instrumentos de planejamento, comparando os resultados previstos e alcançados.

Referências

AFONSO, Roberto A. E. Modernização da Gestão – Uma Introdução à Contabilidade Pública de Custos. **BNDES Secretaria para Assuntos Fiscais**, Informe-se: n. 18 – Agosto 2000.

Disponível em:

<http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/informesf/inf_18.pdf>. Acesso em 01 abr 2013.

ALEMÃO, Márcia Mascarenhas. **Financiamento do SUS paralelo aos gastos na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais**: Um estudo de caso compreensivo fundamentado na base de conhecimento gerada com a metainformação custo. Belo Horizonte, 2012.

Dissertação (Mestrado em Administração) – Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração. Universidade Federal de Minas Gerais.

ALONSO, Marcos. Custos no serviço público. **Revista do Serviço Público**. Ano 50, Número I, Jan-Mar, 1999. Disponível em:

<http://www.enap.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=2708>.

Acesso em 01 abr 2013.

ALEIXO, José Lucas Magalhães. A atenção primária à saúde e o programa saúde da família: Perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Revista Mineira de Saúde Pública**. Belo Horizonte, MG, n.1, ano 1, jan/jun 2002. Disponível em:

<http://www.patriciaemick.com/UNISUL/coletiva%20I/Materiais/coletivaI_artigo_a%20atencao%20primaria%20a%20saude%20e%20o%20programa%20de%20saude%20da%20familia.pdf>. Acessado em 08 mar 2013.

ANDRADE, Nilton Aquino de; AGUILAR, Adélia Martins de; MORAIS, Eduardo Martins de; PEREIRA, Robison Carlos Miranda; FONSECA, Viviani Rocha. **Planejamento governamental para municípios**: plano plurianual, lei de diretrizes orçamentárias e lei orçamentária anual. 1 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

ANDRADE, Nilton Aquino de. **Contabilidade pública na gestão municipal**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

ANTHONY, Robert N.; GOVINDARAJAN, Vijay. **Sistemas de controle gerencial**. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. **Sistemas de controle gerencial**. 12. ed. São Paulo: McGraw Hill, 2008.

AQUINO, André Carlos Busanelli de. Resenha: Theory of accounting and control. **RePEC – Revista de Educação e Pesquisa em Contabilidade**. Brasília, v.1, n.3, resenha, p. 101-104, Set/dez. 2007.

ARCHER, Stephen H.; D'AMBROSIO, Charles A. **Administração Financeira: Teoria e Aplicação**. São Paulo: Atlas, 1969.

ASSAF NETO, Alexandre. **Finanças Corporativas e valor**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

ATKINSON, Anthony A.; BANKER, Rajiv D.; KAPLAN, Robert S.; YOUNG, Mark. **Contabilidade Gerencial**. Tradução: André Olímpio Mosselman Du Chenoy Castro, Revisão técnicas Rubens Famá. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

BARBOSA, Allan Claudius Queiroz; RODRIGUES, Júnia Marçal; SAMPAIO, Luis Fernando Rolim. De Programa a Estratégia: A saúde da família no Brasil em perspectiva. Um comparativo da década 2000. **Seminário Diamantina**. Belo Horizonte: FACE/UFMG, 2010.

BONHAM, Alan; LANGDON, Ken. **Finanças: conceitos essenciais que fazem a diferença**. São Paulo: Saraiva, (2012).

BORBA, Valdir Ribeiro; LISBOA, Teresinha Covas; ULHÔA, Wander Marcondes Moreira. **Gestão administrativa e financeira de organizações de saúde**. São Paulo: Atlas, 2009.

BRASIL. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Decreto-Lei nº 200. de 25 de Fevereiro de 1967. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo. Brasília. 27 de Fevereiro de 1967. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0200.htm>. Acesso em 02 jun. 2012.

_____. **Guia Prático Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

_____. Lei Complementar nº 101. de 4 de maio de 2000. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo. Brasília. 5 de maio de 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm>. Acesso em 02 jun. 2012.

_____. Lei Ordinária nº 4.320. de 17 de março de 1964. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo. Brasília. 4 de maio de 1964. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L4320.htm>. Acesso em 02 jun. 2012.

_____. Lei ordinária nº. 8112, de 11 de Dezembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Poder Executivo**. Brasília. 19 de Abril de 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8112cons.htm>. Acessado em 15 Mar 2014.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo. Brasília. 6 de Novembro de 1996. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acessado em 09 Jun 2013.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Introdução à Gestão de Custos em Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Programa de Melhoria ao Acesso e da Qualidade na Atenção Básica PMAQ: Resultado da avaliação. Disponível em <dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php?conteudo=resultado_avaliacaoFORM> Acessado em 25 Mar 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Sala de apoio à gestão estratégica (SAGE)**. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage>>. Acessado em 25 mar 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo Assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acessado em 09 Abr 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool pcatool** – Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Instrutivo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Instrutivo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. As Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) E NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Atenção Básica (PAB): parte física**. Brasília. Ministério da Saúde 2001a. Disponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_899_arq_728_ManualAdoAProgramaAAtecaoABasicaA-APABA-AParteAFixa.pdf>. Acessado em 06 Mar 2014.

_____. Portaria Interministerial nº 163, de 04 de maio de 2001. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo. Brasília. 07 de maio de 2001. Disponível em: <http://www3.tesouro.fazenda.gov.br/hp/downloads/Port_Interm_1632001_Atualizada_20100618.pdf>. Acessado em 01 abr 2013.

_____. Portaria Ministério do Orçamento e Gestão nº 42, de 14 de abril de 1999. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo. Brasília. 15 de abril de 1999. Disponível em: <<http://www3.tesouro.fazenda.gov.br/609B7173-CDFF-40E6-BBCA-276E69E509D7/FinalDownload/DownloadId-08A1A417AF1849BD5071B3DD49A7C21B/609B7173-CDFF-40E6-BBCA-276E69E509D7/legislacao/download/contabilidade/portaria42.pdf>>. Acessado em 01 Abr 2013.

_____. Portaria Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro Nº 1882, de 18 de Dezembro de 1997. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo. Brasília. 22 de dezembro de 1997. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog_pab_geral/>. Acessado em 06 Março 2014.

_____. Portaria Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro Nº 3925, de 13 de Novembro de 1998. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo. Brasília. 17 de Novembro de 1998. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog_pab_geral/>. Acessado em 06 Março 2014.

_____. Portaria Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro Nº 95, de 26 de Janeiro de 2001. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo. Brasília. 27 de Janeiro de 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acessado em 13 Jul 2013.

_____. Portaria Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro Nº 648, de 28 de Março de 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo. Brasília. 29 de Março de 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf>. Acessado em 13 Jul 2013.

_____. Portaria Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro Nº 204, de 29 de Janeiro de 2007. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo. Brasília. 30 de Janeiro de 2007. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-204.html>>. Acessado em 14 Jul 2013.

_____. Portaria Ministério da Saúde Nº 2.027, de 25 de Agosto de 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo. Brasília. 26 de Agosto de 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2027_25_08_2011.html>. Acessado em 13 Jul 2013.

_____. Portaria Ministério da Saúde Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo. Brasília. 22 de Novembro de 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acessado em 14 Jul 2013.

_____. Portaria Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro Nº 978, de 16 de Maio de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo. Brasília. 17 de Maio de 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0978_16_05_2012.html>. Acessado em 14 Jul 2013.

_____. Portaria Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Nº 260, de 21 de Fevereiro de 2013. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo. Brasília. 22 de Fevereiro de 2013. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/117962-260.html>>. Acessado em 14 de Jul 2013.

_____. Secretária do Tesouro Nacional. **Manual de Contabilidade aplicada ao setor público**: aplicado à União, Estados, Distrito Federal e Municípios. 4. ed. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, Coordenação-Geral de Normas de Contabilidade Aplicada a Federação, 2011a.

_____. Secretária do Tesouro Nacional. **Manual de demonstrativos fiscais**: aplicado à União, Estados, Distrito Federal e Municípios. 5. ed. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, Coordenação-Geral de Normas de Contabilidade Aplicada a Federação, 2012.

BRIGHAM, Eugene F.; GAPENSKI, Louis C.; EHRHART, Michael C. **Administração Financeira: Teoria e prática**. São Paulo: Atlas, 2001.

BRUNI, Adriano Leal; Rubens FAMÁ. **Gestão de custos e formação de preços**. São Paulo: Atlas, 2002.

CABRAL, Kerla Fabiana Dias; FERREIRA, Marco Aurélio Marques. Investigação dos níveis de eficiência na alocação dos recursos públicos após o pacto pela saúde. **Revista de Administração Hospitalar - RAHIS**, Belo Horizonte, v.11, n.1, pp. 83-98, janeiro/março, 2014.

CAMARGOS, Marcos Antônio de; GONÇALVES, Marcio Augusto. Sistema de custos, métodos de custeio, critério de atribuição de custos e tipos de custo: uma diferenciação didático-teórica para o ensino da disciplina Contabilidade de Custos. In. **Anais XV ENANGRAD - Encontro Nacional da Associação dos Cursos de Graduação em Administração**, 2004, Florianópolis, 2004.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, Recife, PE, v. 5. suppl.1, p. 63-69. 2005.

CARDOSO, Ricardo Lopes; MARIO, Poueri do Carmo; AQUINO, André Carlos Busanelli de. **Contabilidade Gerencial: mensuração, monitoramento e incentivos**. São Paulo: Atlas, 2007.

CASTRO, Ana Luisa de; MACHADO, Cristiani Vieira. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 26, n.4, p.693-705. 2010.

CASTRO, Paula de Sousa e. **Aferição dos custos em unidades básicas de saúde: revisão da literatura**. São Paulo, 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

COHEN, Ernesto; FRANCO, Rolando. **Avaliação de projetos sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 24 suppl. 1, p.7-27. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE CONTABILIDADE - CFC. Resolução nº 1.128 de 21 de Novembro de 2008. **Aprova a NBC T 16.1 – Conceituação, Objeto e Campo de aplicação**. Disponível em: <http://www.crcsp.org.br/portal_novo/legislacao_contabil/resolucoes/Res1128.htm>. 01 abr 2013.

_____. Resolução nº 1268 de 10 de Dezembro de 2009. **Altera, inclui e exclui itens das NBC T 16.1, 16.2 e 16.6 que tratam das Normas Brasileira de Contabilidade Técnicas Aplicadas ao setor público e das outras providências**. Disponível em:

<http://www.crcsp.org.br/portal_novo/legislacao_contabil/resolucoes/Res1268.htm>. 01 abr 2013.

COSTA, Glauce Dias da; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; FERREIRA, Maria de Lurdes da Silva Marques; REIS, José Roberto; FRANCESCHINI, Sylvia do Carmo Castro Franceschini. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62 n.1, p. 113-118. 2009.

COUTO, Renato Camargos; PEDROSA, Tânia Moreira Grillo. **Hospital, gestão operacional e sistemas de garantia de qualidade**. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica, 2003.

CROUHY, Michel; GALAI, Dan; MARK, Robert. **The essentials of risk management**. McGraw-Hill eBooks. 2006. Disponível em: <[http://silvarosa.net/aafm/ebooks/AAFM%20Training%20ebook%20%20The%20Essentials%20of%20Risk%20Management%20\(Crouhy,%20Galay,%20Mark,%202009\).pdf](http://silvarosa.net/aafm/ebooks/AAFM%20Training%20ebook%20%20The%20Essentials%20of%20Risk%20Management%20(Crouhy,%20Galay,%20Mark,%202009).pdf)>. Acessado em 15 Jul 2013.

DARLINGTON, Angela; GROUT, Simon; WHITWORTH, John. **How safe is sage enough? An introduction to risk management, presented at: The Staple Inn Actuarial Society, Staple Inn Hall**, London, June 12, 2001. Disponível em: <<http://www.sias.org.uk/papers/risk2001.pdf>>. Acessado em 15 jul 2007.

DEMO, Pedro. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2000.

DUARTE JÚNIOR, Antonio Marcos. **Gestão de riscos para fundos de investimentos**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2005.

FACCHINI, Luiz Augusto; PICCINI, Roberto Xavier; TOMASI, Eliane; THUMÉ, Elaine; SILVEIRA, Denise Silva; SIQUEIRA, Fernando Vinholes; RODRIGUES, Maria Aparecida. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: Avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, RJ, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.

FERNANDES, Julio Cesar de Campos; SLMOSKI, Valmor. **A gestão de custos no contexto da qualidade no serviço público: Um estudo entre organizações brasileiras**. In: Congresso USP de Iniciação Científica em Contabilidade, 8.; 2011, São Paulo.

FOLLAND, Sherman; GOODMAN, Allen C; STANO, Miron. **A econômica da saúde**. 5.ed. Porto Alegre: Bookman, 2008.

FRANCO, Tulio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v.15 n.2, p.345-353 abr/jun 1999.

GALVARRO, Maria del Pilar Salinas Quiroga Soria; FARIA, Evandro Rodrigues de; FERREIRA, Marco Aurélio Marques; SOUZA, Gustavo José Padula de. Desigualdades regionais na saúde no Estado de Minas Gerais. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde – RAHIS**. Belo Horizonte, v.8, p. 12-27, 2012.

GARRISON, Ray H.; NOREEN, Eric W.; BREWER, Peter C. **Contabilidade gerencial**. 11. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2007.

GERIGK, Willson. **O impacto da Lei de Responsabilidade Fiscal sobre a gestão financeira dos pequenos municípios do Paraná**. 2008. 315 f. Dissertação (Mestrado em Contabilidade) Curso de Pós-Graduação em Contabilidade, Universidade Federal do Paraná-UFPR, Curitiba, 2008.

GERIGK, Wilson; CLEMENTE, Ademir; TAFFAREL. O Impacto da Lei de Responsabilidade Fiscal sobre a Gestão Financeira dos Pequenos Municípios: o Caso do Paraná. **REPeC - Revista de Educação e Pesquisa em Contabilidade**, Brasília, v. 4, n. 3, art. 3, p. 44-69, set/dez. 2010.

GERIGK, Wilson; CLEMENTE, Ademir. Gestão Financeira dos Municípios Brasileiros de Porte Médio. **PRETEXTO**, Belo Horizonte, v. 13 n. 1 p. 34 – 59, jan. /mar. 2012

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 22 n.6, p.1171 - 1181. Jun 2006.

GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de Mendonça; ALMEIDA, Patty Fidelis de; ESCOREL, Sarah; SENNA, Mônica de Castro Maia; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; DELGADO, Mônica Mendonça; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de; CUNHA, Marcela Silva da; MARTINS, Maria Inês Carsalade; TEIXEIRA, Carina Pacheco. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, RJ, v. 14, n.3, p.783-794. mai/jun 2009.

GITMAN, Lawrence J. **Princípios de administração financeira**. Tradução: Allan Vidigal Hasting, 12. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2010.

_____. **Princípios de administração financeira**. Tradução: Allan Vidigal Hasting, 10. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2004.

GONÇALVES, M. A.; AMORIM, C. A.; ZAC, J. I.; COSTA, M. T.; ALEMÃO, M.M. Gestão Hospitalar: aplicabilidade do sistema ABC. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde – RAHIS**. Belo Horizonte, v. 4, p. 73-86, 2010.

GONCALVES, M. A.; GONÇALVES, C. A.; CAPANEMA, F. D.; DRUMOND, H. A.; ALEMÃO, M. M.; TORGA, E. M. M. F. Modelo de gestão FHEMIG e o uso da meta-informação custo. In: XII Congresso Internacional de Custos e V Congresso da Associação Uruguia de Custos (AURCO), 2011, Punta del Este. **Anais...**, 2011. p. 160-161.

GRANJA, Gabriela Ferreira; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos. Humanização da Atenção Primária à Saúde: Gestão em redes e governança local. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.36, n.3, p.494-501, 2012.

IBANEZ, Nelson; ROCHA, Juan S. Yazle; CASTRO, Paulo Carrara de; RIBEIRO, Manoel Carlos Sampaio de Almeida; FORSTER, Aldaisa Cassanho; NOVAES, Maria H. D. Novaes; VIANA, Ana Luiza d'Avila. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, RJ, v. 11, n.3, p.683-703, 2006.

IFAC. International Federation of Accountants. **Governance in the Public Sector: A Governing Body Perspective**. International Public Sector Study13. Aug. 2001

IBCG – Instituto Brasileiro de Governança Corporativa. **Guia de orientação para gerenciamento de riscos corporativos**. São Paulo: IBCG, 2007.

KOHAMA, Helio. **Contabilidade pública: Teoria e prática**. 12. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

LA FORGIA, Gerard M.; COUTTOLENC, Bernard. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. Editora Singular, 2009.

LELES, Fernando Antônio Gomes; MATOS, Marco Antônio Bragança de; MAYER Lucy Monteiro Mayer. **Atenção Primária à Saúde – Saúde em Casa: Melhorando a qualidade da atenção primária presta à Saúde dos Mineiros**. IN: MARQUES, Antônio Jorge de Souza; MENDES, Eugênio Vilaça; SILVA Jomara Alves da; SILVA, Marcus Vinícius Caetano Pestana da; (Org.) O choque de gestão na saúde em Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2009.

LOURENÇO, Eloiso do Carmo; SILVA, Ana Cláudia Baladelli; MENEGHIN, Marcelo de Castro; PEREIRA, Antonio Carlos. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, RJ, v. 14, n.1, p.1367-1377. 2009

MACHADO, Nelson. **Sistema de informação de custo: Diretrizes para integração ao orçamento público e à contabilidade governamental**. São Paulo, 2002. Tese (Doutorado em controladoria e contabilidade) – Faculdade de Economia Administração e Contabilidade de São Paulo, Universidade de São Paulo.

MACHADO JUNIOR. José. Teixeira; REIS, Heraldo da Costa. **Lei 4.320 comentada e a Lei de Responsabilidade Fiscal**. 31. ed. Rio de Janeiro: IBAM, 2003.

MALACHIAS, Ivêta; AMORIM, André Luiz Guimarães; LÉLIS, Leandro José Barros; PINTO, Maria Auxiliadora Silva; SIQUEIRA, Milton de. **Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013.

MALHOTRA, Naresh K. **Pesquisa de Marketing: Uma orientação aplicada**. 3º ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisa, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES Áquilas. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, RJ, v.8, n.2, p. 403-415. 2003.

MARTINS, Eliseu - **Contabilidade de Custos**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARTINS, Gilberto de Andrade. **Manual para elaboração de monografias e dissertações**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 2007

MARTINS, Gilberto de Andrade; THEÓPHILO, Carlos Renato. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MATIAS. Alberto Borges; CAMPELLO, Carlos Alberto Gabrielli Barreto. **Administração financeira municipal**. São Paulo: Atlas, 2000.

MATIAS-PEREIRA, José. Gestão do risco operacional: Uma avaliação do novo acordo de capitais – Basiléia II. **Revista Contemporânea de Contabilidade**. Ano 3, v.1. n° 6, p. 103-124. Jul/Dez, 2006.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. **Atenção à saúde**. IN: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>>. Acessado em 30 Ago 2013.

MAUSS, Cézár Volnei; SOUZA, Marcos Antonio. **Gestão de Custos aplicada ao setor público**: modelo para mensuração e análise da eficiência e eficácia governamental. São Paulo: Atlas, 2008.

MAWAD, Ana Paula de Barros, **Sistema de informação e cidadania**: um desafio na gestão de recursos públicos. 4º Prêmio Tesouro Nacional, Brasília: STN, 2001. Disponível em: <http://www3.tesouro.fazenda.gov.br/Premio_TN/VIPremio/sistemas/3siafpVIPTN/MAWA D_Ana_Paula.pdf>. Acessado em 07 Mar 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em:

MINAS GERAIS. **Plano mineiro de desenvolvimento integrado 2011-2030**. Belo Horizonte: Ed. Rona, 2012.

_____. Conselho de Secretárias Municipais de Saúde de Minas Gerais. **Manual: Prazos da gestão a vista**. Belo Horizonte: 2013. Disponível em: <http://www.cosemsg.org.br/downloads/Arquivos%20Diversos/2013/Julho/manual_cosems_web.pdf>. Acessado em: 06 Mar 2014.

MINAS GERAIS/SES – Secretaria Estadual de Saúde. **Noticias Programa Saúde da Família**. Disponível em: <www.mg.gov.br/governomg/ecp/noticia.do?evento=portlet&pAc=not&ação=proc&pIdPlc=&idconteudo=25656905> Acessado em 10 jun 2013.

NEY, Márcia Silveira; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p.1293-1311, 2012.

OLIVEIRA, Lavínia Santos de Souza. Gestão em atenção primária à saúde (APS). **Saúde Coletiva**, v.02, n.6, p.39-45, 2005.

PADOVEZE, Clóvis Luís. **Sistemas de informações contábeis: fundamentos e análise**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmem Fontes. Política, planejamento, e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v.40 p.73-85. 2006.

PERPETUO, Ignez Helena Oliva; WONG, Laura Rodriguez. **Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) e as mudanças no seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados em Minas Gerais**. Belo Horizonte: Departamento de Demografia/Cedeplar/FACE/UFMG; 2006.

PORTELA, Gustavo Zoio; RIBEIRO, José Mendes. A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia Saúde da Família em municípios de grande porte. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, RJ, v. 16, n.3, p.1719-1732, 2011.

PORTER, Micheal E.; TEISBERG, Elisabeth Olmsted. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. Porto Alegre: Bookman, 2007.

QUINTANA. Alexandre Costa; MACHADO, Daiane Pias; QUARESMA, Jozi Cristiane da Costa; MENDES, Roselaine da Cruz. **Contabilidade Pública: De acordo com as novas normas brasileira de contabilidade aplicadas ao setor público e a lei de responsabilidade fiscal**. São Paulo: Atlas. 2011.

REIS, Heraldo da Costa. **A transparência nas demonstrações contábeis de uma administração municipal** – Um estudo de caso. Rio de Janeiro, 1988, Dissertação (Mestrado em ciências contábeis) – Fundação Getulio Vargas, ISEC.

REZENDE, Denis Alcides; ABREU, Aline França. **Tecnologia da Informação Aplicada a Sistemas de informação Empresariais: o papel estratégico da informação e dos sistemas de informação nas empresas**. 5ª Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

RICCIO, Edson Luiz. **Uma Contribuição ao Estudo da Contabilidade como Sistema de Informação**. Tese (Doutorado em administração) – Faculdade de Economia Administração e Contabilidade de São Paulo, 1989.

RICHARDSON. Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROCHA FILHO, Fernando dos Santos; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. Análise de custos com pessoal e produtividade de equipes do programa de saúde da família em Fortaleza, Ceará. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, RJ, v. 14, n.3, p.919-928. mai/jun 2009.

ROSA, Márcia Reis Rocha; COELHO, Thereza Christina Bahia. O que dizem os gastos com o Programa Saúde da Família em um município da Bahia? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 16 n.3 p.1863-1873. 2011. Disponível em:

ROSS, Stephen A.; WESTERFIELD, Randolph W.; JORDAN, Bradford D. **Princípios de administração financeira**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

SAMPAIO, Rosana Ferreira; LUZ, Madel Terezinha. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. **Caderno de Saúde Pública**. 2009, vol.25, n.3, pp. 475-483.

SANTANA, Ed Wilson Fernandes de. **A utilização da informação contábil como um instrumento de controle social dos municípios paraibanos com mais de 50.000 habitantes**. João Pessoa, 2008. Dissertação (Mestrado em contabilidade) Programa multiinstitucional e inter-regional de Pós-Graduação em ciências contábeis da UnB, UFPB e UFRN.

SANTO, Antônio Carlos Gomes do Espírito; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Financiamento, gasto e oferta de serviços de saúde em grandes centros urbanos do estado de São Paulo (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, RJ, V. 16, n.3, p. 1875-1885, 2011.

SENA, Ludiany Barbosa; ROGERS, Pablo. Análise agregada dos municípios mineiros de grande porte quanto à adequação à lei de responsabilidade fiscal (LRF). 2007. **Anais XIV Congresso Brasileiro de Custos** – João Pessoa - PB, Brasil, dezembro/2007.

SCATENA, João Henrique Gurtler; VIANA, Ana Luiza d'Avila; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Sustentabilidade financeira e econômica do gasto público em saúde no nível municipal: reflexos a partir de dados de municípios mato-grossenses. **Caderno de Saúde Pública**. 2009, vol.25, n.11, pp. 2433-2445.

SILVA, Lino Martins. **Contribuição ao estudo para implantação de um sistema de custo na administração pública**. Rio de Janeiro, 1996. Tese (Livre Docência). Universidade Gama Filho. Disponível em: <http://www3.tesouro.fazenda.gov.br/Premio_TN/IIpremio/sistemas/2siafpIIPTN/SILVA_Lino_Martins.pdf>. Acessado em 07 Mar 2014.

SILVA, Valmir Leôncio da. **A nova contabilidade aplicada ao setor público: Uma abordagem prática**. São Paulo: Atlas, 2012.

SILVEIRA, Camila Teixeira da; PEREIRA, Lizziane d'Avila. Práticas exitosas de monitoramento e avaliação: A experiência do programa saúde em casa – contratualizando resultados com os 853 municípios mineiros. **Anais VI Congresso CONSAD de Gestão Pública, 2013, Brasília, DF**. 2013, p. 2-25.

SLOMSKI, Valmor. **Controladoria e Governança na gestão pública**. São Paulo: Atlas, 2012.

SOBRINHO, José Eudes Lorena. Análise do custo da saúde bucal na Atenção Básica no município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v, 36, n. 4, p. 1077-1082, Out./Dez. 2012.

SOUSA, Maria Fátima de; HAMANN Edgar Merchan. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, RJ, v. 14, Supl. 1, p.1325-1335. 2009

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STRALEN, Cornelis Johannes Van; BELISÁRIO, Soraya Almeida; STRALEN, Terezinha Berenice de Souza Van; LIMA, Ângela Maria Dayrell de; MASSOTE, Alice Wenerck. OLIVEIRA; Claudia di Lorenzo. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 24 suppl. 1, p.148-158. 2008.

TEIXEIRA, Hugo Vocurca; TEIXEIRA, Marcelo Gouvêa. Financiamento da saúde pública no Brasil a experiência do Siops. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, RJ, V. 8, n.2, p. 379-391, 2003.

TRIBUNAL DE CONTAS DE MINAS GERAIS – TCE/MG. **Informativo de Jurisprudência N. 68**. Belo Horizonte, 2012. Disponível em: <[http://www.tce.mg.gov.br/IMG/InformativoJurisprudencia/digital-68%20\(1\)\(1\).pdf](http://www.tce.mg.gov.br/IMG/InformativoJurisprudencia/digital-68%20(1)(1).pdf)>. Acessado em 15 Jul 2013.

_____. **Informativo de Jurisprudência N. 102**. Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <<http://www.tce.mg.gov.br/Informativo-de-Jurisprudencia-n-102-.html/Noticia/1111620878>>. Acessado em 25 Mar 2014.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO - TCU. **Critérios gerais de controle interno na administração pública: Um estudo dos modelos e normas disciplinadoras em diversos países**. Brasília: TCU, 2009.

VASQUEZ, Daniel Arias. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 27, n6, p.1201-1212, jun, 2011.

VEIGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 18, n. 1, p. 181-190. 2013.

VERGARA, Sylvia Constant. **Métodos de coleta de dados no campo**. São Paulo: Atlas, 2009.

VIANA, Ana Luiza D'avila; ROCHA, Juan S. Yazle; ELIAS, Paulo Eduardo; IBANEZ, Nelson; NOVAE, Maria H.D. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 11, n.3, p. 577-606. 2006.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. **Revista Saúde Pública**, Brasília, DF, v.43, n.4, p. 674-681.2009.

Apêndices

APENDICE 1 – Planilha de apuração do risco financeiro operacional na ESF.

APENDICE 2 – Questionário para capitação do perfil dos coordenadores de APS.

APENDICE 3 – Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

APENDICE 4 – Modelo do requerimento de banco de dados SIACE/PCA para os municípios.

APENDICE 5 – Modelo do requerimento de dados financeiro operacional do Programa Saúde da Família.

Planilha de apuração do risco financeiro operacional na ESF.

Receitas

Codigo	Descrição	Valores	Percentual
17.21.33.11.31	Saúde da família	R\$ -	0,00%
17.21.33.11.32	Agente comunitário de saúde	R\$ -	0,00%
17.21.33.11.33	Saúde bucal	R\$ -	0,00%
17.21.33.11.34	Compensação de especificidades regionais	R\$ -	0,00%
17.21.33.11.38	Núcleo de apoio à saúde da família	R\$ -	0,00%
17.21.33.11.39	Programa de melhoria no acesso e qualidade da atenção básica	R\$ -	0,00%
17.22.33.11.31	Saúde em casa	R\$ -	0,00%
	Total	R\$ -	0,00%

Despesas

Codigo	Descrição	Valores	Percentual
3.1.90.04	Contratação por tempo determinado	R\$ -	0,00%
3.1.90.11	Vencimentos e vantagens fixas	R\$ -	0,00%
3.1.90.13	Obrigações patronais	R\$ -	0,00%
3.1.90.16	Outras despesas variáveis	R\$ -	0,00%
3.3.90.04	Contratação por tempo determinado	R\$ -	0,00%
3.3.90.14	Diárias	R\$ -	0,00%
3.3.90.30	Material de Consumo	R\$ -	0,00%
3.3.90.31	Premiações culturais, artísticas, científicas e outras	R\$ -	0,00%
3.3.90.32	Material distribuição gratuita	R\$ -	0,00%
3.3.90.33	Passagens e despesas com locomoção	R\$ -	0,00%
3.3.90.35	Serviço de consultoria	R\$ -	0,00%
3.3.90.36	Outros serviços de terceiros pessoas físicas	R\$ -	0,00%
3.3.90.39	Outros serviços de terceiros pessoas jurídicas	R\$ -	0,00%
3.3.90.46	Auxílio alimentação	R\$ -	0,00%
3.3.90.47	Obrigações tributárias e contributivas	R\$ -	0,00%
3.3.90.48	Outros auxílios financeiros a pessoas físicas	R\$ -	0,00%
3.3.90.93	Indenizações e restituições	R\$ -	0,00%
	TOTAL	R\$ -	0,00%

Cálculo do risco financeiro operacional	Valores	Percentual
Receitas - Despesas = Risco Operacional Financeiro	R\$ -	
(Receita/despesa)-1 = Risco Operacional em Percentual		0,00%

Questionário para capitação do perfil dos coordenadores de APS

Perfil respondente

Gênero: Masculino Feminino

Idade: 20 a 27 28 a 35 36 a 43 44 a 51 Acima de 52

Escolaridade: Ensino Médio Nível Técnico Superior Especialização Mestrado

Formação acadêmica?

Saúde Administração Outros _____ Graduação em:

Formação complementar:

Qual seu função pública?

Existe o cargo de Coordenador da Atenção Primária à Saúde?

Sim Não

A coordenação da Atenção primária é um cargo público comissionado?

Sim Não

Em caso de ocupar um cargo comissionado. Qual sua função pública de origem?

Quanto tempo possui sua jornada de trabalho:

32 Horas Semanais 40 Horas Semanais 44 horas semanais

Exerce mais alguma atividade além da Coordenação da atenção primária à saúde?

Sim Não

Em caso de positivo. Qual? _____

Há quanto anos trabalha na empresa?

0 a 4 anos 5 a 8 anos 9 a 12 anos 13 a 20 anos 21 à 30 anos

Há quanto tempo atua na área de atenção primária à saúde?

0 a 4 anos 5 a 8 anos 9 a 12 anos 13 a 20 anos 21 à 30 anos

Há quanto tempo atua na coordenação da área de atenção primária à saúde?

0 a 4 anos 5 a 8 anos 9 a 12 anos 13 a 20 anos 21 à 30 anos

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa irá avaliar “o risco financeiro e operacional da Estratégia Saúde da Família nos municípios da Região sudoeste do estado de Minas Gerais. O título da pesquisa é “Custeio em atenção primária à saúde em municípios da região sudoeste do estado de Minas Gerais.”. Está sendo realizada por um aluno de mestrado pertencente à Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Ciências Econômicas, Departamento de Contabilidade, curso mestrado em Ciências Contábeis. Farão parte do estudo os profissionais “Os municípios que compõem a microrregião de saúde PASSOS/PIUMHI e SÃO SEBASTIÃO DO PARÁISO que aceitarem livremente participar da pesquisa, após leitura, aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Sua participação nesta pesquisa compreenderá responder a um instrumento para avaliar a qualidade da atenção à saúde prestada no seu serviço de saúde, com objetivo de serem utilizados como direcionadores de custos. Este estudo implica apenas na disponibilidade de tempo para responder ao instrumento. A entrevista será realizada no seu ambiente de trabalho.

Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar sua condição profissional na Unidade de Saúde em que você trabalha e você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa. Para fins de pesquisa os pesquisadores garantem que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre individual de sua pessoa ou do conteúdo individual da sua entrevista será divulgado.

Eu, _____, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Fui informado (a) da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos; da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento e da garantia de que não serei, identificado (a) quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

Assinatura do (a) Profissional Nome

Data _____

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome: Rogério Cardoso

Data

Pesquisador responsável: Marcio Augusto Gonçalves

Professor Orientador.

Modelo do requerimento de banco de dados SIACE/PCA para os municípios

Ao

DD. Prefeito Municipal de

Eu, Rogério Cardoso, estudante do curso de mestrado em ciências contábeis da Universidade Federal de Minas Gerais, funcionário público municipal do município de Passos, Professor da Fundação de Ensino Superior de Passos. Residente e Domiciliado no Município de Passos a Rua Licomédio H. Freitas, nº 136. Venho mui respeitosamente a Vossa presença a fim de solicitar uma copia do Backup da prestação de contas entregue ao Tribunal de contas do Estado de Minas Gerais, nos exercícios 2010 à 2012. Os dados são necessários para realização de pesquisa acadêmica sobre risco financeiro e operacional que dos municípios ao aderir a Estratégia Saúde da Família. O referido estudo pretende demonstrar os riscos financeiros e operacionais, relacionados a está atividade governamental. Serão utilizadas as seguintes informações receitas e despesas, relacionadas a manutenção das atividades da Estratégia Saúde da Família.

Informo-vos que a pesquisa será realizada nas regiões de saúde PASSOS/PIUMHI e SÃO SEBASTIÃO DO PARAISO, totalizando 24 municípios.

Outrossim, informo-vos, ainda, que segundo a Constituição Federal de 1988 e a Lei Complementar 131, os dados que ora solicito são públicos. Portanto, pode ser disponibilizado a todo e qualquer cidadão.

Desde já, comprometo-me a encaminhar a este município copia final da pesquisa, no intuito que, a pesquisa, possa contribuir para gestão dos recursos e aprimoramento do corpo técnico do município.

Nestes termos.

Pede deferimento.

Passos-MG,

Rogério Cardoso
Passos – MG

Ao
Sr.(a)
Diretor(a) da Superintendência Regional de Saúde de Passos

Eu, Rogério Cardoso, estudante do curso de mestrado em ciências contábeis da Universidade Federal de Minas Gerais, funcionário público municipal do município de Passos, Professor da Fundação de Ensino Superior de Passos. Residente e Domiciliado no Município de Passos a Rua Licomédo H. Freitas, nº 136. Venho mui respeitosamente a Vossa presença solicitar informações sobre os repasses financeiros a título do programa saúde em casa, realizados pela Secretaria do Estado de Saúde do Estado de Minas Gerais aos municípios que compõem esta superintendência, durante os exercícios 2010 à 2012 e também informações sobre o cumprimento ou das metas pactuadas no programa saúde da família no mesmo período. Os dados solicitados serão utilizados em pesquisa acadêmica (dissertação de mestrado), que possui a orientação do Professor Doutor Marcio Augusto Gonçalves. E aborda o risco financeiro e operacional que os municípios suportam ao aderirem atividade Estratégia Saúde da Família. O referido estudo pretende demonstrar os riscos financeiros e operacionais relacionados a esta atividade governamental.

Informo-vos que a pesquisa será realizada nas regiões de saúde PASSOS/PIUMHI e SÃO SEBASTIÃO DO PARAISO, totalizando 24 cidades. Os quais compõem esta superintendência.

Comprometo-me encaminhar a este órgão governamental copia pesquisa concluída. No desejo que está possa contribuir para gestão do Programa Saúde em Casa.

Nestes termos.

Pede deferimento.

Passos-MG

Marcio Augusto Gonçalves
Belo Horizonte - MG

Rogério Cardoso
Passos – MG

Anexos

Anexo A - *PCATool*-Brasil, versão profissionais, acesso de primeiro contato – acessibilidade.

Anexo B - *PCATool*-Brasil, versão profissionais, longitudinalidade.

Anexo C - *PCATool*-Brasil, versão profissionais, coordenação (integração de cuidados).

Anexo D - *PCATool*-Brasil, versão profissionais, coordenação (sistema de informações).

Anexo E - *PCATool*-Brasil, versão profissionais, integralidade (serviços disponíveis).

Anexo F - *PCATool*-Brasil, versão profissionais, integralidade (serviços prestados).

Anexo G - *PCATool*-Brasil, versão profissionais, orientação familiar.

Anexo H - *PCATool*-Brasil, versão profissionais, orientação comunitária.

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCA Tool – Brasil Versão Profissionais

Anexo A - Acesso de primeiro contato – acessibilidade.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ Não me lembro
A1 – Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?					
A2 - Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 horas?					
A3 - Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?					
A4 – Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário?					
A5 – Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?					
A6. Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?					
A7 – Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?					
A8 – É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?					
A9 – Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?					

Fonte: Adaptado de Brasil (2010, p. 59).

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCA Tool – Brasil Versão Profissionais

Anexo B - Longitudinalidade.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ Não lembro
B1 – No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?					
B2 – Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?					
B3 – Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?					
B4 – Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?					
B5 – Você dá ao paciente tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?					
B6 – Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?					
B7 – Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de Saúde?					
B8 – Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?					
B9 – Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?					
B10 – Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?					
B11 – Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?					
B12 – Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações prescritas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?					
B13 – Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?					

Fonte: Adaptado de Brasil (2010, p.60)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCA Tool – Brasil Versão Profissionais

Anexo C - Coordenação - Integração de cuidados.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ Não me lembro
C1 – Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?					
C2 – Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?					
C3 – Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?					
C4 – Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?					
C5 – Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?					
C6 – Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?					

Fonte: Adaptado de Brasil (2010, p. 61).

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCA Tool – Brasil Versão Profissionais

Anexo D - Coordenação - Sistema de Informações.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ Não me lembro
D1 – Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)?					
D2 – Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?					
D3 – Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?					

Fonte: Adaptado de Brasil (2010, p. 62).

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCA Tool – Brasil Versão Profissionais

Anexo E - Integralidade - Serviços disponíveis

Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde? (Repetir essa frase a cada 3-4 itens)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ Não me lembro
E1 – Aconselhamento nutricional.					
E2 – Imunizações.					
E3 – Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social.					
E4 – Avaliação da saúde bucal.					
E5 – Tratamento dentário.					
E6 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.					
E7 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas.					
E8 – Aconselhamento para problemas de saúde mental.					
E9 – Sutura de um corte que necessite de pontos.					
E10 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.					
E11 – Identificação de problemas auditivos.					
E12 – Identificação de problemas visuais.					
E13 – Colocação de tala					
E14 – Remoção de verrugas.					
E15 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).					
E16 – Aconselhamento sobre como parar de fumar.					
E17 – Cuidados pré-natais.					
E18 – Remoção de unha encravada.					
E19 – Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma).					
E20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento					
E 21 - Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama.					
E22 – Inclusão em programa de suplementação alimentar.					

Fonte: Adaptado de Brasil (2010, p. 63).

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCA Tool – Brasil Versão Profissionais

Anexo F - Integralidade - serviços prestados

Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis? (repita esta pergunta a cada 3 itens)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ Não me lembro
F1 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.					
F2 – Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança.					
F3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura.					
F4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.					
F5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados.					
F6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.					
F7 – Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando.					
F8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas, no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente.					
F9 – Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança.					
F10 – Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente.					
F11 – Como prevenir quedas.					
F12 – Prevenção de osteoporose em mulheres.					
F13 – Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa.					
F14 – Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças.					
F15 – Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária.					

Fonte: Adaptado de Brasil (2010, p. 65).

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCA Tool – Brasil Versão Profissionais

Anexo G - Orientação familiar.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ Não me lembro
G1 – Você pergunta aos pacientes quais suas idéias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?					
G2 – Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?					
G3 – Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar?					

Fonte: Adaptado de Brasil (2010, p. 67).

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCA Tool – Brasil Versão Profissionais

Quadro 1 - Anexo H - Orientação comunitária.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ Não me lembro
H1 – Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?					
H2 – Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?					
H3 – Seu serviço de saúde ouviu opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?					
Seu serviço de saúde usa os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços/programas?					
H4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?					
H5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?					
H6 – Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários).					

Fonte: Adaptado de Brasil (2010, p. 68).