

ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS: AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

ANALYSIS OF PUBLIC POLICIES: EVALUATION OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY

ANÁLISIS DE POLÍTICAS PÚBLICAS: EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR

Wanderson de Almeida Mendes

Doutorando em Administração com concentração na área Pública do PPGADM da Universidade Federal de Viçosa

Antônio Cláudio Lopes de Faria

Mestre em Economia na Universidade Federal de Viçosa

Adriano Provezano Gomes

Doutorado em Economia Aplicada pela Universidade Federal de Viçosa
Professor Titular do Departamento de Economia da Universidade Federal de Viçosa

Wesley de Almeida Mendes

Doutor em Administração com concentração na área Pública do PPGADM da Universidade Federal de Viçosa

Artigo recebido em 24/05/2020. Revisado por pares em 05/10/2020. Reformulado em 10/10/2020. Recomendado para publicação em 17/08/2021, por Ademar Dutra (Editor Científico). Publicado em 31/08/2021. Avaliado pelo Sistema *double blind review*.

©Copyright 2021 UNISUL-PPGA/Revista Eletrônica de Estratégia & Negócios. Todos os direitos reservados. Permitida citação parcial, desde que identificada a fonte. Proibida a reprodução total. Revisão gramatical, ortográfica e ABNT de responsabilidade dos autores.

RESUMO

Objetivo consiste em avaliar a ESF nos municípios mineiros através da análise de eficiência técnica. Como método, utilizou uma variação da Análise Envoltória de Dados, denominado de Modelo de Medidas Especiais, considerando o Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS) como variável de saída não-discrecionária. Ainda, foi utilizado o método de Fronteira Invertida com o intuito de comparar a eficiência composta normalizada com o IMRS. Os resultados indicaram que os municípios situados em regiões mais pobres, tendem a ter menores desempenhos na ESF. Concluiu-se que o desempenho da ESF afeta outros setores, além de sofrer influência das condições econômicas locais e regionais.

Palavras-chave: Avaliação de Políticas Públicas; Estratégia Saúde da Família; Eficiência.

ABSTRACT

The purpose of evaluating the FHS in the municipalities of Minas Gerais through the analysis of technical efficiency. As a method, it used a variation of the Data Envelopment Analysis, called the Special Measures Model, considering the Minas Gerais Social Responsibility Index (IMRS) as a non-discretionary output variable. In addition, the Inverted Frontier method was used in order to compare the normalized composite efficiency with the IMRS. The results indicated that the municipalities located in poorer regions, tend to have lower performances in the FHS. It was concluded that the performance of the FHS affects other sectors, in addition to being influenced by local and regional economic conditions.

Keywords: Evaluation of Public Policies; Family Health Strategy; Efficiency.

RESUMEN

El objetivo es evaluar la ESF en los municipios de Minas Gerais a través del análisis de la eficiencia técnica. Como método, se utilizó una variación del Análisis Envoltorio de Datos, denominado Modelo de Medidas Especiales, considerando el Índice de Responsabilidad Social Mineiro (IMRS) como una variable de salida no discrecional. Además, se utilizó el método de Frontera Invertida para comparar la eficiencia compuesta normalizada con el IMRS. Los resultados indicaron que los municipios ubicados en regiones más pobres tienden a tener un desempeño más bajo en el ESF. Se concluyó que el desempeño del ESF afecta a otros sectores, además de estar influenciado por las condiciones económicas locales y regionales.

Palabras clave: Evaluación de Políticas Públicas; Estrategia de Salud Familiar; Eficiencia.

1 INTRODUÇÃO

O conceito de saúde vai além da ausência de doenças, sendo algo mais complexo, que envolve um completo bem-estar, tanto físico como mental, permitindo que as pessoas convivam em sociedade, e que sejam capazes de desempenhar suas atividades cotidianas (WHO, 1946). Nesse sentido, considera-se a necessidade da elaboração de políticas públicas visando a garantia da saúde para a sociedade.

Com a constituição federal de 1988, a saúde pública ganhou força no Brasil, passando a considerá-la como um direito de todos e dever do Estado, além de colocá-la, juntamente com a assistência social e previdência social, como base do tripé da seguridade social. A constituição de 1988 ainda promoveu a descentralização fiscal, o que deu maior autonomia aos municípios, permitindo que estes criassem políticas públicas, inclusive de saúde (BRASIL, 1988).

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 pela Lei Orgânica de Saúde nº 8.080 com a proposta de universalização e equidade dos serviços foi importante para a melhorar a qualidade de vida da população brasileira (BRASIL, 1990). Contudo, as desigualdades sociais e regionais tornam complexas as atividades políticas, inclusive de saúde, e mesmo depois da implantação do SUS, os problemas relacionados à saúde ainda são um desafio a ser superado.

A década de 1990 foi marcada pela criação de programas sociais que visavam os serviços de atenção básica de saúde. A atenção básica, também conhecida como atenção primária de saúde, é um conjunto de ações que visa a saúde preventiva da população. No Brasil, dentre as políticas voltadas para a atenção básica destaca-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), que busca atender famílias das comunidades próximas dos postos de saúde com o intuito de evitar que essas pessoas adoeçam, levando informação sobre atitudes saudáveis (MENDONÇA et al., 2012).

O acompanhamento das famílias é feito por meio de agentes comunitários de saúde (ACS), que possuem um papel importante na ESF. Durante as visitas, os ACS coletam informações sobre as famílias cadastradas para a construção de um banco de dados sobre a comunidade. Essas informações servem de base para ações da ESF naquela localidade, na Revista Eletrônica de Estratégia & Negócios, Florianópolis, v.14, n. 2, mai./ago. 2021.

tentativa de evitar doenças e agravos. O estado de Minas Gerais, no ano de 2014, foi o que apresentou o maior número de ACS, representando 11,57% da quantidade total no Brasil (DATASUS, 2018).

A política ESF contribui para a redução de internações e outros serviços hospitalares. Isso afeta diretamente os gastos públicos, uma vez que os gastos com a atenção básica de saúde tendem a ser menores que os gastos ambulatoriais e hospitalares (MENDONÇA et al., 2012). Segundo Faria, Jannuzzi e Silva (2008), o alcance da eficiência das despesas, proporciona melhores resultados em políticas públicas. Nesse sentido, nota-se a importância de se investir nos serviços de atenção básica de saúde.

O aumento da população ao longo dos anos fez crescer a demanda pelos serviços de saúde, o que levou a necessidade de obter mais recursos. Contudo, os recursos públicos são oriundos de tributos, tornando-se uma situação complexa uma vez que a população brasileira já sofre com a carga tributária, sendo uma das mais elevadas do mundo. Nesse ponto, destaca-se a execução do serviço visando a qualidade do gasto público e da eficiência dos serviços.

Além do mais, as pessoas que mais necessitam dos serviços da ESF estão em comunidades carentes, onde o nível de escolaridade, renda e saneamento básico tendem a ser mais baixos, e muito das vezes, a falta de instrução afeta os cuidados de prevenção que essas pessoas deveriam ter com a própria saúde, o que torna importante o trabalho dos ACS, da política de ESF, e também de outros programas e políticas sociais.

Os programas e políticas públicas visam a promoção do bem-estar da sociedade. As condições de um setor afetam outro, com isso, uma política de saúde, por exemplo, influencia as condições de outras dimensões políticas, como a educação (SEN, 2010). Nesse sentido, o governo do estado de Minas Gerais criou a Lei Estadual nº 15.011 de 2004 que aborda sobre a importância da responsabilidade social na gestão pública, e criou o Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS), que é uma ferramenta para mensurar a implementação de políticas sociais (MINAS GERAIS, 2004).

Diante da necessidade do fornecimento dos serviços básicos de saúde, e a escassez de recursos públicos, tem-se a necessidade de se buscar a qualidade dos gastos públicos, e melhores desempenhos nas atividades dos implementadores. Nesse sentido, é pertinente Revista Eletrônica de Estratégia & Negócios, Florianópolis, v.14, n. 2, mai./ago. 2021.

questionar: Municípios mineiros com melhores resultados de responsabilidade social são também os mais eficientes com relação ao serviço de saúde preventiva?

O presente estudo tem como objetivo fazer uma avaliação da política Estratégia Saúde da Família nos municípios mineiros no ano de 2014. Especificamente, pretende-se:

1. Verificar a eficiência dos municípios mineiros;
2. Fazer um comparativo regional em relação ao desempenho da ESF;
3. Verificar a relação entre o indicador de responsabilidade social com o nível de eficiência.

A Estratégia Saúde da Família é uma das principais políticas públicas da Atenção Básica de Saúde no Brasil. Nesse sentido, esse artigo se justifica por avaliar o desempenho dessa política com a finalidade de encontrar meios de melhorar seus resultados, visando o bem-estar social, levando em consideração o fato de que a saúde básica afeta outras políticas sociais.

Para a elaboração deste estudo, o presente artigo está estruturado em cinco seções, onde além desta introdução, há um tópico com o referencial, onde é abordada a contextualização da atenção básica de saúde e a política brasileira de Estratégia Saúde da Família, e também sobre a avaliação de políticas públicas no contexto da ESF. A terceira seção consiste nos procedimentos metodológicos utilizados para a execução e desenvolvimento do estudo proposto. Em seguida são apresentados os resultados e discussões do estudo, e por fim é feita a conclusão sobre a pesquisa e sugestão de estudos futuros.

2 REFERENCIAL

2.1 CONTEXTO HISTÓRICO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Fornecer um serviço de qualidade de saúde pública para a população de forma universal e igualitária é um desafio para qualquer nação, ainda mais se tratar de um país em desenvolvimento. Visando eliminar as disparidades na prestação desses serviços, a *World Health Organization (WHO)*, propôs em uma conferência na cidade de Alma-Ata no ano de 1978 uma série de diretrizes para cuidados com a saúde, resultando na Declaração de Alma-Revista Eletrônica de Estratégia & Negócios, Florianópolis, v.14, n. 2, mai./ago. 2021.

Ata, que deu base para a criação da Atenção Básica de Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1979; VOLPATO, 2014).

A ideia central da Atenção Básica de Saúde é atender às pessoas antes que adoeçam, ou seja, promover ações preventivas que visam a garantia da saúde e bem-estar da sociedade, evitando assim, a necessidade de se buscar por serviços hospitalares, que são mais complexos e exigem mais recursos que a atenção básica.

Para Starfield (2002), a necessidade de recursos para os serviços especializados é maior se comparado à atenção básica devido a exigência de tecnologia e equipamentos mais complexos para manter os enfermos vivos. Segundo dados do Tesouro Nacional, no ano de 2014, os gastos dos municípios mineiros com relação aos serviços ambulatoriais e hospitalares foram aproximadamente 67% superior aos serviços de atenção básica (FINBRA, 2019).

No Brasil, em 1986, o movimento da Reforma Sanitária levou o tema “saúde como direito” para se discutir na 8ª Conferência Nacional de Saúde (VOLPATO, 2014). O resultado dessa conferência deu base para a abordagem sobre saúde na Constituição Federal de 1988, que passou a considerar a saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988).

Desde então, diversos programas e políticas de Atenção Básica de Saúde foram desenvolvidos no Brasil. Na década de 1980, iniciou os primeiros trabalhos com ACS, o que levou o Ministério da Saúde a criar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, buscando alternativas de melhoria de saúde da população.

A criação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, tinha o objetivo de fazer um acompanhamento das famílias próximas da comunidade, promovendo a universalização da saúde, buscando atender principalmente as famílias mais carentes. Em 2006, o Ministério da saúde por meio da Portaria nº 648, considerou o PSF como estratégia prioritária da atenção básica nacional (BRASIL, 2006). No ano de 2011, a Portaria nº 2.488 revogou a Portaria nº 648, tornando o PSF uma política, passando a se chamar de ESF (BRASIL, 2011).

As equipes de ESF são compostas por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, ACS e dentistas. Cada equipe tem a responsabilidade de acompanhar em média 3.000 pessoas, sem exceder o limite de 4.000 pessoas. Além disso, o número de ACS deve ser suficiente para

atender todas as pessoas cadastradas, respeitando o número máximo de 12 ACS em cada equipe e de 750 pessoas cadastradas para cada ACS (BRASIL, 2011).

Sabe-se que muitos municípios carecem de serviços básicos como saúde, educação, segurança, emprego e renda, e que em muitos casos a ESF é o único serviço de saúde que as pessoas desses municípios possuem. A dificuldade de encontrar emprego que forneça uma renda capaz de sustentar a família com conforto e qualidade de vida são um dos limitadores de regiões mais pobres.

Sen (2010) considera a pobreza como algo que impede as capacidades básicas, ou seja, pobreza não é apenas a baixa renda, mas a privação dessas capacidades torna difícil a obtenção da renda, e conseqüentemente, sua conversão em serviços básicos. Nesse sentido, é importante avaliar e monitorar a ESF, visando a garantia da qualidade do serviço básico de saúde, principalmente nas regiões mais pobres, buscando minimizar os problemas sociais.

2.2 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E A ESF

Diversos autores buscaram a definição de políticas públicas. Para Lasswell (1958), as análises e tomadas de decisões dependem de quem vai ganhar o que, a justificativa disso, e que diferença que isso faz. Jenkins (1978), define políticas públicas como um conjunto de decisões que possuem relação entre si, tomadas por atores políticos a fim de alcançar os objetivos traçados.

Souza (2006) conceitua política pública como um campo do conhecimento capaz de fazer com que o governo entre em ação, analisando-a e, quando necessário, sugerir alterações nessas ações ao longo do tempo. Dye (2013) descreve políticas públicas como as escolhas que os governos fazem, ou deixam de fazer. Nesse sentido, o governo é responsável por promover as ações que irão influenciar na sociedade.

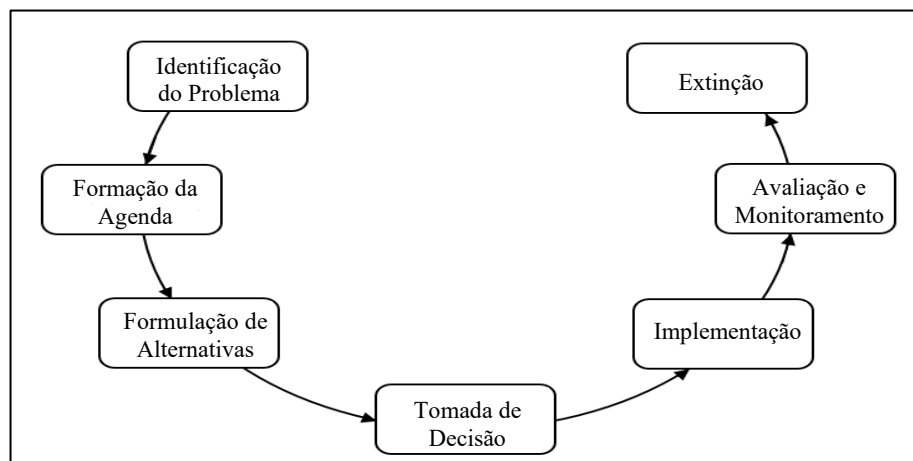
Apesar das várias definições, o campo de políticas públicas é complexo de se analisar, como é o caso da saúde pública, que sofre influência de vários condicionantes e determinantes, dificultando a busca por soluções de problemas. Nesse sentido, houve a necessidade da criação de modelos de análise de políticas públicas, dentre eles, o Ciclo de Políticas Públicas, que é um modelo teórico do funcionamento do processo, o que não

acontece necessariamente na prática. Sua função é facilitar a visualização do processo, dividindo-o em etapas, começando pela definição do problema e terminando na extinção da política conforme a Figura 1.

Os problemas que afetam a saúde pública nem sempre são oriundos do setor de saúde. Muitas das vezes, esses problemas estão relacionados com fatores condicionantes e determinantes, como é o caso da educação, saneamento básico, habitação, renda, emprego, segurança (BRASIL, 1990). Dessa forma, a criação de uma política pública visa atingir não somente as questões que envolvem o próprio setor, mas também outros setores, direta ou indiretamente que, para isso, torna necessário buscar a melhoria contínua da política para a garantia de seus resultados, sendo importante o papel da fase de avaliação.

Embora a avaliação seja a penúltima etapa do ciclo, sua atividade ocorre durante todo o processo, sendo importante na garantia do funcionamento da política. A avaliação pode ser entendida como o julgamento de valor, utilizada em projetos, programas, políticas, organizações, setores, temas e assistência ao país (IMAS; RIST, 2009).

Figura 1 - Ciclo de Políticas Públicas



Fonte: Secchi (2013, p. 43).

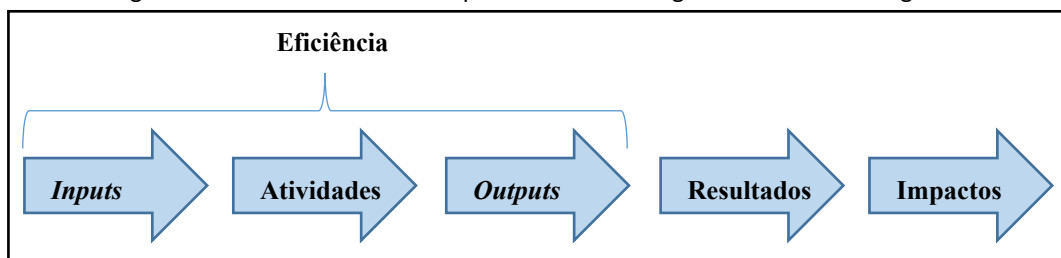
Desde a criação do PSF, vários estudos buscaram avaliar o programa cujos resultados evidenciaram benefícios gerados em prol da população, o que fez com que o programa fosse reconhecido como uma política nacional, passando a se chamar ESF, embora ainda haja limitações a serem superadas. Tais problemas justificam a realização de avaliação e monitoramento em busca da melhoria dessa política.

A avaliação pode ser feita usando várias abordagens. A avaliação formativa, por meio de análise de desempenhos utilizando a eficiência e a eficácia, tem a função de analisar se a lógica operacional de uma implementação está de acordo com as operações reais. Já a avaliação sumativa é realizada em uma intervenção madura ou que esteja finalizada por meio de análises de impacto. E por fim, a avaliação prospectiva, visa avaliar resultados que podem ocorrer em uma ação (IMAS; RIST, 2009).

A análise de eficiência, que é o caso deste estudo, permite mensurar o desempenho buscando a minimização de *inputs* ou a maximização de *outputs*. A ESF, por ser uma política pública, almeja-se a expansão dos serviços fornecidos com a quantidade de insumos que possui, ou seja, sem a redução de *inputs*. Isso se dá pelo fato do setor público lidar com a sociedade, apresentando diversas demandas por serviços públicos, havendo, portanto, a necessidade de priorizar o fornecimento desses serviços de acordo com as necessidades sociais, juntamente com a disponibilidade de recursos, tornando complexa a análise de eficiência (FOX, 2002).

As etapas da avaliação de políticas públicas podem ser visualizadas a partir do modelo lógico da Teoria do Programa, em que a análise de eficiência permite avaliar parte desse modelo. A função do modelo lógico é dar base para a elaboração e melhoria de estratégias políticas, auxiliando na tomada de decisão (FUNNELL; ROGERS, 2011). Nesse sentido, para melhorar a eficiência dos municípios em relação a ESF é necessário melhorar as atividades durante o processo, a fim de aumentar os *outputs*, sem alterar os *inputs*. O modelo lógico pode ser visualizado na Figura 2.

Figura 2 - Análise da eficiência a partir do modelo lógico da Teoria do Programa



Fonte: Elaborado pelos autores com base em Imas e Rist (2009) e Funnell e Rogers (2011).

Apesar de não permitir identificar as outras etapas do modelo lógico como a eficácia, resultados e impactos da política, a análise de eficiência é uma parte importante do processo de avaliação. Para sua realização, é feita uma comparação entre as unidades em análise, Revista Eletrônica de Estratégia & Negócios, Florianópolis, v.14, n. 2, mai./ago. 2021.

verificando quem é eficiente e quem é ineficiente. Os resultados da análise servem de orientação para que os gestores possam melhorar a política, direcionando os esforços em pontos estratégicos que carecem de atenção.

Contudo, vale ressaltar que as ações políticas são movidas por diversos fatores, como a disponibilização de recursos, jogo de interesses, prioridades, custo-benefício, discricionariedade, o que dificulta o processo da política (LIPSKY, 2010; KINGDON, 2014). Segundo Dallabrida (2017), os fatores de desenvolvimento locais são influenciados pelas ações políticas da região, causando efeito na política. O fato é que as políticas públicas em muitos municípios estão cercadas por ações patrimonialistas e clientelistas, impedindo que a sociedade receba os serviços públicos de qualidade, o que justifica os estudos sobre avaliação.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo quantitativo o qual utilizou dados do DATASUS, FINBRA, IBGE e IMRS. A unidade empírica analisada foram os municípios de Minas Gerais. A escolha do estado mineiro se deve por apresentar o maior número de ACS do país. Além disso, Minas Gerais é o estado com o maior número de municípios, com o total de 853, proporcionando maior análise comparativa, em que cada município foi uma *Decision Making Unit* (DMU), considerando a disponibilidade de dados (DATASUS, 2018).

Percebeu-se que o ano de 2014 foi o último ano crescente em relação ao número de ACS no Brasil, antes da queda em 2015, o mesmo aconteceu com alguns estados brasileiros, inclusive Minas Gerais (DATASUS, 2018). Além disso, o ano de 2015 foi marcado por uma crise político-econômica que afetou os anos seguintes, criando assim, uma instabilidade na gestão pública. Nesse sentido, optou-se por estudar o período de 2014, por apresentar dados e informações mais estáveis sobre a gestão pública. Este estudo concentrou-se na avaliação dos 853 municípios de Minas Gerais. Entretanto, pela indisponibilidade de dados no ano de 2014, foram avaliados 758 municípios, representando 88,86% do total.

Para o alcance dos objetivos propostos, foi utilizado o método não-paramétrico Análise Envoltória de Dados (DEA) com retornos variáveis de escala e orientação *output*, uma vez que por se tratar do setor público, almeja-se a expansão dos serviços com a quantidade de insumo que se possui. Foi utilizada uma variação do modelo DEA em que uma das variáveis de *output*, Revista Eletrônica de Estratégia & Negócios, Florianópolis, v.14, n. 2, mai./ago. 2021.

o IMRS, é não-discricionária, chamada de Modelo de Medidas Específicas (MME) (BANKER; MOREY, 1986).

O IMRS é um indicador de responsabilidade social que varia de 0 a 1, que utiliza dez dimensões, buscando retratar a situação, o esforço político e aspectos da gestão pública municipal. Além da saúde, fazem parte das dimensões que compõem o índice, a educação, assistência social, segurança pública, saneamento e habitação, meio ambiente, cultura, lazer, renda e emprego, e finanças públicas (MINAS GERAIS, 2004).

A utilização desse modelo se deve pelo fato da DMU não possuir controle sobre uma de suas variáveis, não sendo possível os gestores modificar seus valores, uma vez que tais valores dependem de fatores externos. Nesse sentido, essa variável exógena não é multiplicada por ϕ como acontece com as outras variáveis (BANKER; MOREY, 1986; FERREIRA; GOMES, 2009). O modelo MME orientação *output* com retornos variáveis de escala pode ser descrito conforme a equação 1.

O uso dessa variável é importante para analisar a eficiência do serviço de saúde considerando a responsabilidade social dos municípios mineiros. Segundo Sen (2010), a privação de uma das capacidades básicas das pessoas, dificulta o acesso de outros fatores sociais. Nesse sentido, a expectativa teórica é que os resultados da saúde pública influenciam as outras dimensões políticas, afetando, assim, os resultados do IMRS.

$$\begin{aligned} & \text{Maximizar } \phi E \\ & (\phi, \lambda) \end{aligned} \quad (1)$$

Sujeito a:

$$\begin{aligned} \sum_{k=1}^n \lambda_k x_{ik} + s_i^- &= x_{io} \quad i = 1, 2, \dots, s. \\ \sum_{k=1}^n \lambda_k y_{mk} - s_m^+ &= \phi y_{mo} \\ & m \in \{D\}, \\ \sum_{k=1}^n \lambda_k y_{mk} - s_m^+ &= y_{mo} \quad m \notin \{D\}, \text{ ou} \\ & m \in \{ND\}, \\ \lambda_k &\geq 0 \quad \forall k; k = 1, 2, \dots, n. \\ \sum_{k=1}^n \lambda_k &= 1 \end{aligned}$$

Além da variável não-discrecional de *output*, foram utilizadas duas variáveis de insumo e duas variáveis de saída para a avaliação da política. As variáveis utilizadas no modelo MME estão descritas no Quadro 1.

Quadro 1 - Descrição das variáveis utilizadas no modelo MME

VARIÁVEIS DISCRICIONÁRIAS				
Variáveis		Descrição	Literatura	Fonte
Input 1	ACS {I}	Número de Agentes comunitários no município dividido pela população, e multiplicado por 10.000 (dez mil).	(LIPSKY, 2010)	DATASUS
Input 2	Gastos com Atenção Básica {I}	Despesas liquidadas com o fornecimento de serviço da Atenção Básica de Saúde dividido pela população.	(FARIA; JANNUZZI; SILVA, 2008)	FINBRA
Output 1	Imunizações {O}	Número total de vacinas aplicadas no município dividido pela população.	(MENDONÇA et al., 2012)	DATASUS
Output 2	Visitas {O}	Número de visitas realizadas pela ESF no município dividido pela população.		DATASUS
VARIÁVEL NÃO-DISCRICIONÁRIA				
Output 3	IMRS {ON}	Índice Mineiro de Responsabilidade Social.	(SEN, 2010)	IMRS

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os gastos com a atenção básica de saúde são destinados para as políticas de prevenção da saúde, e dentre elas está a ESF, que é uma das principais políticas desse tipo de atenção. Nesse sentido, as despesas liquidadas representam os investimentos realizados nas políticas preventivas de saúde, visando a prestação do serviço público de qualidade, sendo importante na busca por resultados positivos na política (FARIA; JANNUZZI; SILVA, 2008).

Outro insumo utilizado na pesquisa refere-se ao número de ACS, por considerar sua importância na implementação da ESF, realizando um acompanhamento próximo à população, o que possibilita maior controle preventivo da saúde. Lipsky (2010) aponta que o trabalho realizado pelos burocratas de nível de rua, como é o caso dos ACS, é essencial para qualidade do processo da política pública.

A fim de representar os serviços realizados pela ESF, foram usados o número de imunizações e o número visitas realizadas pela ESF como *output*. Uma forma de se prevenir doenças, é por meio de vacinas, considerada como o mecanismo eficaz no combate de doenças, fazendo com que a população tenha maior resistência as enfermidades.

Os serviços de acompanhamento nas residências pela ESF são realizados com base no cadastramento na política, sendo uma ferramenta fundamental para que as equipes possam

conhecer as famílias, auxiliando na execução das atividades das equipes. Sendo assim, o número de visitas representa o acompanhamento realizado nas residências pela ESF.

A fim de analisar a relação entre a eficiência e o IMRS, foi utilizado o método de Fronteira Invertida. Tal método cria uma fronteira pessimista, analisando as piores práticas das DMUs, em que os valores maiores são dados às DMUs menos eficientes, avaliando, portanto, a situação mais desvantajosa para as DMUs (YAMADA; MATUI; SUGIYAMA, 1994). Para calcular a fronteira invertida, deve-se inverter os *inputs* pelos *outputs* no modelo DEA, e também a orientação utilizada (ENTANI; MAEDA; TANAKA, 2002).

A partir da média aritmética entre a eficiência e a ineficiência obtidas respectivamente pelas fronteiras original e invertida, pode-se calcular o índice de eficiência composta conforme apresentado na equação 2. Para encontrar a eficiência composta normalizada, deve-se dividir os valores da eficiência composta pelo maior índice, como na equação 3 (SILVEIRA; MEZA; MELLO, 2012).

$$Eficiência\ Composta = \frac{Eficiência + (1 - Ineficiência)}{2} \quad (2)$$

$$Eficiência\ Composta\ Normalizada = \frac{Eficiência\ Composta}{Eficiência\ Composta\ Máxima} \quad (3)$$

Desse modo, pode-se criar um *ranking* permitindo o desempate entre as DMUS eficientes, deixando mais clara a relação entre a eficiência e a variável IMRS.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na Tabela 1 pode ser observada a análise descritiva dos dados utilizados no estudo. Percebe-se que a média de número de ACS nos 758 municípios analisados é de aproximadamente 23 para cada 10.000 (dez mil) pessoas. Pode-se perceber ainda que os valores estão concentrados levemente abaixo da mediana.

Tabela 1 - Análise descritiva dos dados

	ACS {I}	Gastos com Atenção Básica {I}	Imunizações {O}	Visitas {O}	IMRS {ON}
Média	23,373	R\$ 358,80	0,775	3,011	0,557
Desvio padrão	6,849	R\$ 238,13	0,220	1,141	0,037
Mínimo	6,036	R\$ 38,99	0,264	0,212	0,463
Máximo	60,215	R\$ 2.060,12	2,139	9,296	0,697

Fonte: Resultados da pesquisa.

Com relação aos gastos *per capita* com atenção básica, nota-se que a média está mais próxima dos valores mínimos, ou seja, a maioria dos municípios concentraram seus gastos nos valores mais baixos da amostra. Dos 758 municípios em análise, 79,68% gastaram menos de R\$ 500,00 reais por pessoa na atenção básica. Apenas 5,28% gastaram acima de R\$ 800,00 reais *per capita*. Os municípios com maiores gastos *per capita* foram os de menor número de habitantes, isso se dá pelo fato de municípios maiores terem ganho de escala na realização dos serviços públicos.

A variável de imunizações também apresentou uma grande amplitude entre os valores máximo e mínimo. Os municípios obtiveram média de 7.750 vacinas para cada 10.000 pessoas, e os valores ficaram concentrados entre 5.000 e 10.000 vacinas a cada 10 mil habitantes.

Em relação ao número de visitas, a média foi de 30 visitas a cada 10 pessoas, sendo que a média ficou mais próxima dos valores mínimos, e a distribuição dos valores ficou concentrada próximo à média. Essa variável também apresentou grande amplitude entre os valores máximo e mínimo.

Já a variável não discricionária, o IMRS, não apresentou discrepância nos valores como as outras variáveis. A maioria dos municípios obtiveram um índice entre 0,500 e 0,600, contudo, nota-se que os valores estão longe do atingimento total, que é 1,000, indicando a necessidade de melhoria na responsabilidade social em Minas Gerais.

Apesar da discrepância entre as variáveis, o modelo DEA não leva em consideração essa diferença em variáveis isoladas. A DEA considera que os valores entre a razão *output/input* (*output* dividido pelo *input*) não devem ser discrepantes. Nesse sentido, uma DMU que possui um valor de *input* alto, deveria ter também um valor alto de *output*.

Na Tabela 2 pode ser observada a análise descritiva do *score* de eficiência do modelo MME. Percebe-se a discrepância entre os valores máximo e mínimo, no entanto, os valores

Revista Eletrônica de Estratégia & Negócios, Florianópolis, v.14, n. 2, mai./ago. 2021.

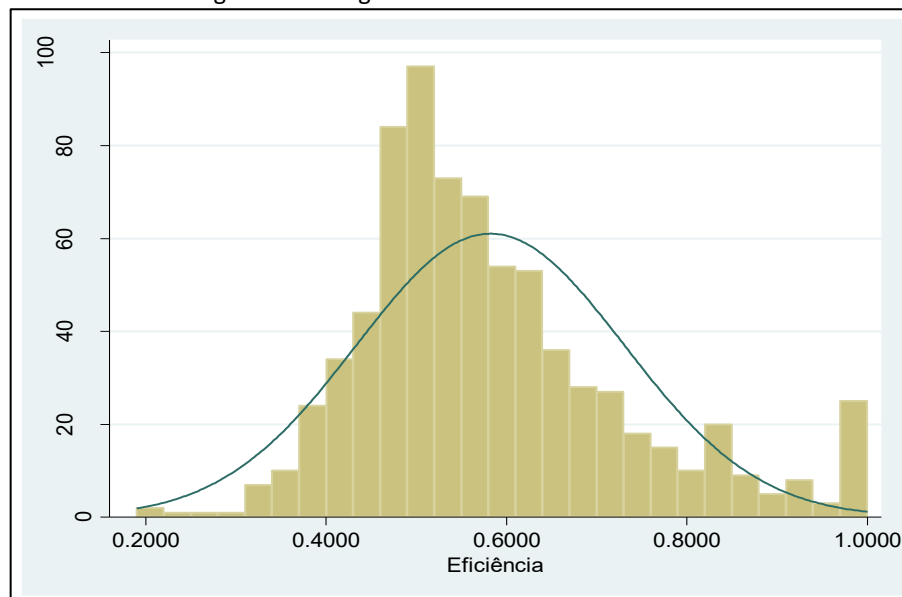
ficaram concentrados próximos à mediana, em que poucas DMUs alcançaram a eficiência máxima. Além disso, a concentração de DMUs com os menores valores de eficiência, foi relativamente baixa. Tais resultados representaram uma homogeneidade entre os valores da amostra.

Tabela 2 - Análise descritiva dos dados.

Eficiência	
Média	0,58211992
Desvio padrão	0,14855009
Mínimo	0,19036379
Máximo	1,00000000
Contagem	758

Fonte: Resultados da pesquisa.

Cerca de 67,02% das DMUs obtiveram um *score* de eficiência entre 45% e 70%, e das 758 DMUs, apenas 23 encontraram-se na fronteira de eficiência, e 22 serviram de *benchmark* para pelo menos 1 DMU. Além disso, apenas 14,38% dos municípios tiveram desempenho abaixo de 45% de eficiência. De acordo com a Figura 3 pode-se perceber que o *score* de eficiência obteve uma distribuição concentrada próxima à média.

Figura 3 - Histograma com os *scores* de eficiência.

Fonte: Resultados da pesquisa.

Dentre os municípios eficientes, destacam-se Campo do Meio e Campo Florido, que serviram de *benchmarks* para, respectivamente, 78,89% e 69% da amostra. A capital mineira também obteve eficiência máxima, servindo de *benchmark* para 38 DMUs. Os *benchmarks* servem de referências para que as DMUs ineficientes alcancem melhores desempenhos

(FERREIRA; GOMES, 2009). Na Tabela 3 podem ser observados os municípios que ficaram na fronteira de eficiência.

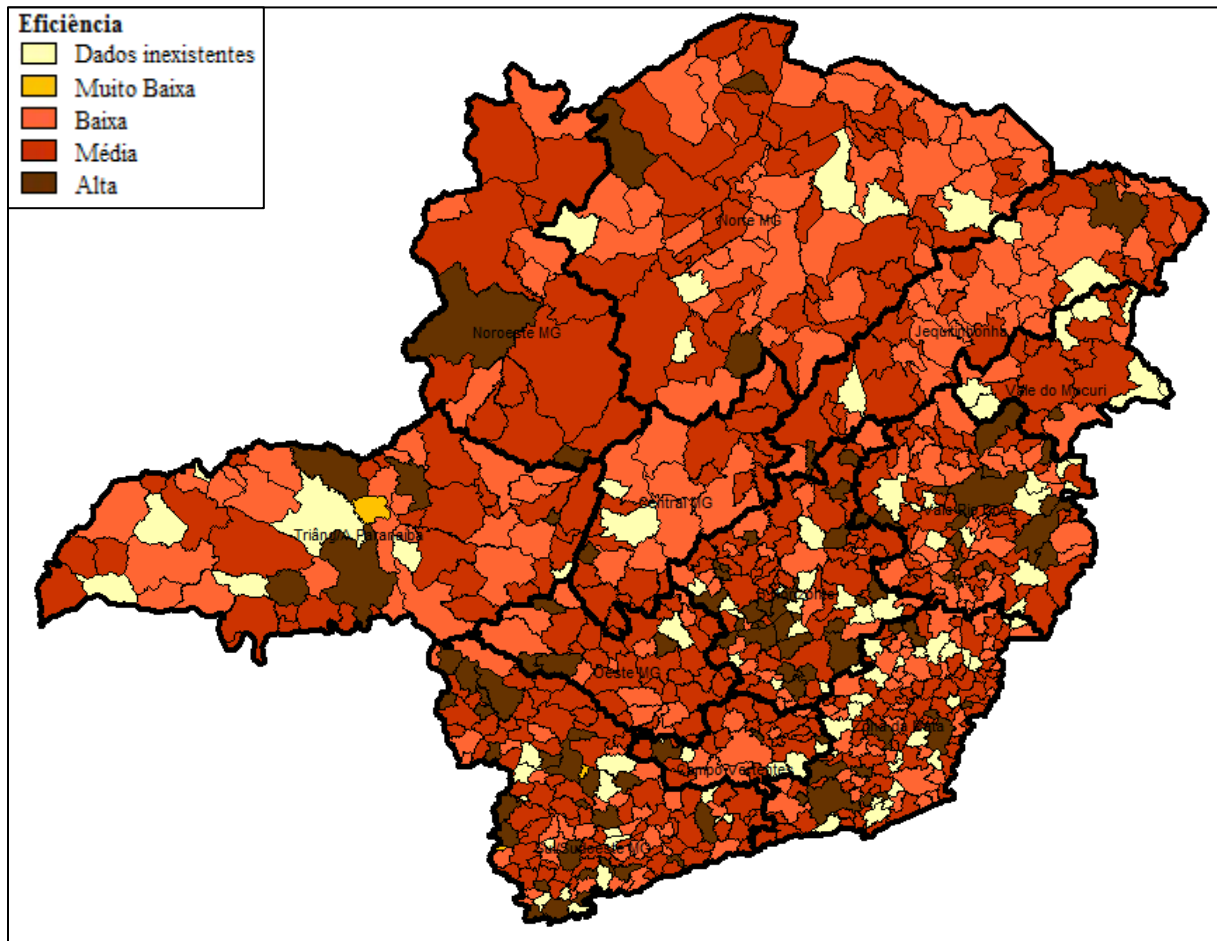
Tabela 3 - Descrição dos municípios eficientes

Cód. DEA	Município	Mesorregião	População	Eficiência	Benchmarks
108	Campo do Meio	Sul/Sudoeste de Minas	11.844	100,00%	598
109	Campo Florido	Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba	7.562	100,00%	523
90	Cachoeira da Prata	Metropolitana de Belo Horizonte	3.727	100,00%	251
253	Extrema	Sul/Sudoeste de Minas	32.402	100,00%	215
498	Passos	Sul/Sudoeste de Minas	112.402	100,00%	131
687	Senador Amaral	Sul/Sudoeste de Minas	5.409	100,00%	128
516	Pedro Teixeira	Zona da Mata	1.840	100,00%	66
694	Serra da Saudade	Central Mineira	822	100,00%	58
15	Almenara	Jequitinhonha	41.028	100,00%	45
57	Belo Horizonte	Metropolitana de Belo Horizonte	2.491.109	100,00%	38
563	Raposos	Metropolitana de Belo Horizonte	16.144	100,00%	33
684	Sardoá	Vale do Rio Doce	6.021	100,00%	20
409	Mariana	Metropolitana de Belo Horizonte	58.233	100,00%	18
291	Guaxupé	Sul/Sudoeste de Minas	51.704	100,00%	16
450	Morro do Pilar	Metropolitana de Belo Horizonte	3.399	100,00%	14
185	Contagem	Metropolitana de Belo Horizonte	643.476	100,00%	12
42	Areão	Sul/Sudoeste de Minas	14.624	100,00%	9
211	Datas	Jequitinhonha	5.425	100,00%	8
643	São Gonçalo do Sapucaí	Sul/Sudoeste de Minas	25.143	100,00%	7
179	Congonhas	Metropolitana de Belo Horizonte	52.280	100,00%	3
25	Andradas	Sul/Sudoeste de Minas	39.761	100,00%	1
283	Governador Valadares	Vale do Rio Doce	276.995	100,00%	1
462	Nova Lima	Metropolitana de Belo Horizonte	88.672	100,00%	0

Fonte: Resultados da pesquisa.

A partir da Figura 4 é possível visualizar de forma ampla o desempenho dos municípios de Minas Gerais com relação à ESF. Para isso, o *score* de eficiência foi estratificado em cinco categorias, em que os municípios que não participaram da amostra devido à falta de dados foram categorizados como Dados inexistentes. Já os 758 municípios da amostra foram classificados em eficiência Muito Baixa (0% - 25%), Baixa (25% - 50%), Média (50% - 75%) e Alta (75% - 100%).

Figura 4 - Mapa dos municípios de Minas Gerais com seus estratos de eficiência



Fonte: Resultados da pesquisa.

O Mapa apresentado na Figura 4 ainda permite a visualização de pontos específicos, como a localização dos municípios mais eficientes, e de baixa eficiência, tornando-se uma ferramenta importante para tomada de decisão política e gerencial. Nota-se também que os municípios de mesma região, possuem uma concentração maior de determinado estrato de eficiência, o que aponta a influência regional na eficiência dos municípios.

A mesorregião que obteve a maior média de eficiência foi a Metropolitana de Belo Horizonte, com 66,07% de eficiência, seguida pela Sul/Sudoeste de Minas com 60,86%. Essas duas mesorregiões foram as que tiveram o maior número de DMUs com eficiência máxima, representando 69,57% da fronteira de eficiência. Já a mesorregião menos eficiente foi o Norte de Minas, com a eficiência média de seus municípios de 58,20%, além de conter nenhuma DMU na fronteira de eficiência. A análise das mesorregiões está descrita na Tabela 4.

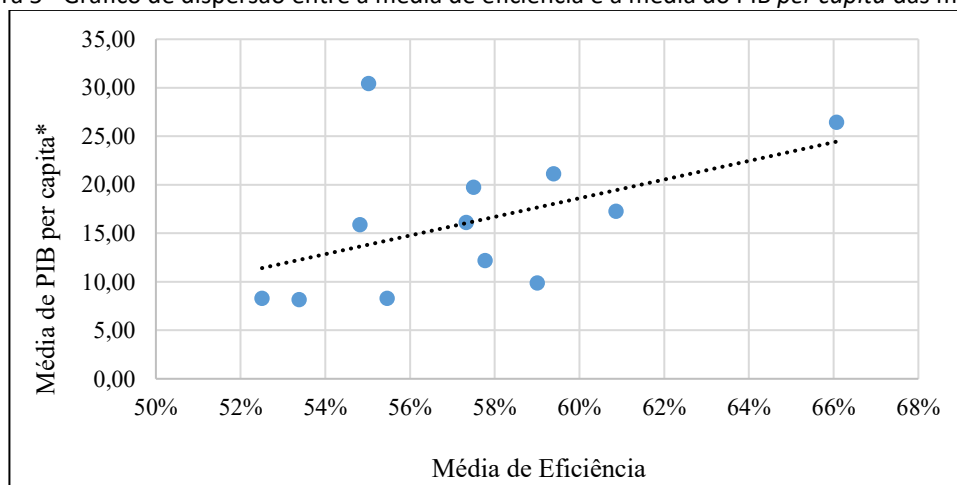
Tabela 4 - Análise das mesorregiões mineiras

Mesorregiões	Média de eficiência	Total cidades	Amostra	Representatividade da amostra	DMUs eficientes	PIB *
Metropolitana de Belo Horizonte	0,6607	105	90	85,71%	8	34,43
Sul/Sudoeste de Minas	0,6086	146	132	90,41%	8	23,51
Noroeste de Minas	0,5939	19	19	100,00%	0	24,50
Vale do Rio Doce	0,5900	102	91	89,22%	2	17,17
Zona da Mata	0,5777	142	118	83,10%	1	17,32
Oeste de Minas	0,5750	44	43	97,73%	0	20,82
Central Mineira	0,5732	30	28	93,33%	1	18,94
Vale do Mucuri	0,5546	23	16	69,57%	0	11,33
Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba	0,5502	66	59	89,39%	1	34,08
Campo das Vertentes	0,5482	36	31	86,11%	0	17,12
Jequitinhonha	0,5338	51	48	94,12%	2	8,91
Norte de Minas	0,5251	89	83	93,26%	0	12,29
Geral	0,5820	853	758	88,86%	23	24,92

Fonte: Resultados da pesquisa.

* Produto Interno Bruto per capita a preços correntes (Mil Reais) (IBGE, 2019).

Percebe-se ainda uma relação entre a média dos *scores* de eficiência das mesorregiões e a média de seus respectivos PIB *per capita*. Nessa relação, quanto maior o PIB, maior o *score* de eficiência como apresentada na Figura 5. Contudo, essa relação não ocorreu com a mesorregião do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba, que apesar de ter um dos maiores PIB *per capita*, não esteve entre as melhores médias de eficiência.

Figura 5 - Gráfico de dispersão entre a média de eficiência e a média do PIB *per capita* das mesorregiões

Fonte: Resultados da pesquisa.

* Produto Interno Bruto per capita a preços correntes (Mil Reais) (IBGE, 2019).

Nota-se, portanto, a dificuldade das regiões mais carentes em desenvolver não só a política de atenção básica de saúde, mas também outros tipos de políticas. Dallabrida (2017) aponta as desigualdades regionais como um limitador para a implementação das políticas públicas e para o desenvolvimento local.

Em relação aos piores desempenhos, apenas 46 DMUs apresentaram eficiência abaixo de 40%, sendo a Zona da Mata a mesorregião com a maior quantidade de DMUs, totalizando 10 municípios. Em seguida encontra-se a região Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba, com 9 municípios. Contudo, ao analisar a proporção, percebe-se um percentual maior de composição para a mesorregião do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba.

Na tabela 5, se podem ver os municípios com os menores *scores* de eficiência, juntamente com seus respectivos *benchmarks* (ver código DEA Tabela 3), e entre parênteses estão os valores de λ , que são os pesos para a projeção da DMU ineficiente sobre a fronteira (FERREIRA; GOMES, 2009).

Tabela 5 - Os 10 menores *scores* de eficiência

Município	Mesorregião	PIB*	Efici.	Benchmarks (λ)
Estrela Dalva	Zona da Mata	9,90	33,27%	108(0,59) 109(0,41)
Romaria	Triângulo Mineiro/Alto Par.	62,05	32,21%	90(0,41) 109(0,35) 498(0,25)
Tupaciguara	Triângulo Mineiro/Alto Par.	19,71	32,17%	90(0,22) 108(0,04) 109(0,69) 253(0,04)
Cônego Marinho	Norte de Minas	5,70	31,59%	108(0,12) 109(0,73) 516(0,06) 687(0,08)
Chapada do Norte	Jequitinhonha	5,23	31,33%	108(0,46) 109(0,54)
Ataléia	Vale do Mucuri	9,14	30,86%	108(0,32) 109(0,68)
Santa Maria do Salto	Jequitinhonha	6,42	27,90%	108(0,68) 109(0,32)
Fama	Sul/Sudoeste de Minas	12,38	24,59%	109(0,64) 516(0,16) 687(0,20)
Albertina	Sul/Sudoeste de Minas	23,74	21,45%	90(0,38) 109(0,21) 253(0,35) 498(0,06)
Indianópolis	Triângulo Mineiro/Alto Par.	59,35	19,04%	90(0,00) 108(0,57) 109(0,43)

Fonte: Resultados da pesquisa.

* Produto Interno Bruto per capita a preços correntes (Mil Reais) (IBGE, 2019).

A DMU que apresentou a menor eficiência foi Indianópolis, município localizado no Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba, que, apesar de possuir um PIB *per capita* acima da média, proporcionando maior capacidade econômica para gerir as políticas públicas, o município apresentou um resultado abaixo da média, não só no *score* de eficiência da ESF, mas também no IMRS no ano de 2014, o que aponta a necessidade de melhoria na gestão das políticas públicas de forma geral.

Contudo, os municípios com a situação mais preocupante são Cônego Marinho, Chapada do Norte, Ataléia e Santa Maria do Salto, pois além estarem entre os municípios de menor *score* de eficiência na ESF, também possuem um PIB *per capita* muito abaixo da média, e estão nas mesorregiões mais pobres do estado mineiro. Tais municípios também estão entre os menores IMRS, com destaque para Ataléia, que possui o índice mais baixo da amostra deste estudo, e o segundo mais baixo de Minas Gerais.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (1979), uma das principais preocupações da Atenção Básica de Saúde é com relação a desigualdade do estado de saúde existente entre os povos. Nesse sentido, a disparidade regional existente em Minas Gerais, que refletiu no resultado da análise de eficiência realizada neste estudo, se torna um objeto de preocupação comum aos líderes de governo, havendo a necessidade da formulação de políticas públicas específicas para regiões mais carentes, e também uma avaliação e monitoramento dessas políticas, a fim de garantir sua efetividade.

Sen (2010) destaca que mesmo em países mais ricos, existem pessoas que vivem em situações precárias, devido à carência dos fatores sociais e econômicos, que são as oportunidades básicas. É o caso da disparidade regional no estado de Minas Gerais, tornando-se objeto de estudo de vários pesquisadores das ciências sociais. Portanto, a desigualdade socioeconômica, justifica a necessidade da ESF atuar em municípios desenvolvidos, buscando o atendimento de pessoas e comunidades carentes presentes também nesses locais.

O fato de os municípios mais desenvolvidos serem também os mais eficientes está ligado à quantidade de recursos que tais municípios possuem, o que torna o investimento em políticas públicas, inclusive na ESF, menos complexo, se comparado a cidades menos desenvolvidas.

Nesse contexto, para que os municípios alcancem os melhores resultados, é necessário maximizar os *outputs*, sem alterar os *inputs*, e nem a variável não discricionária, uma vez que os gestores de saúde não exercem controle sobre ela. Dessa forma, as variáveis que podem alterar são o número de visitas realizadas pelos profissionais da ESF nas residências e o número de vacinas distribuídas para a população.

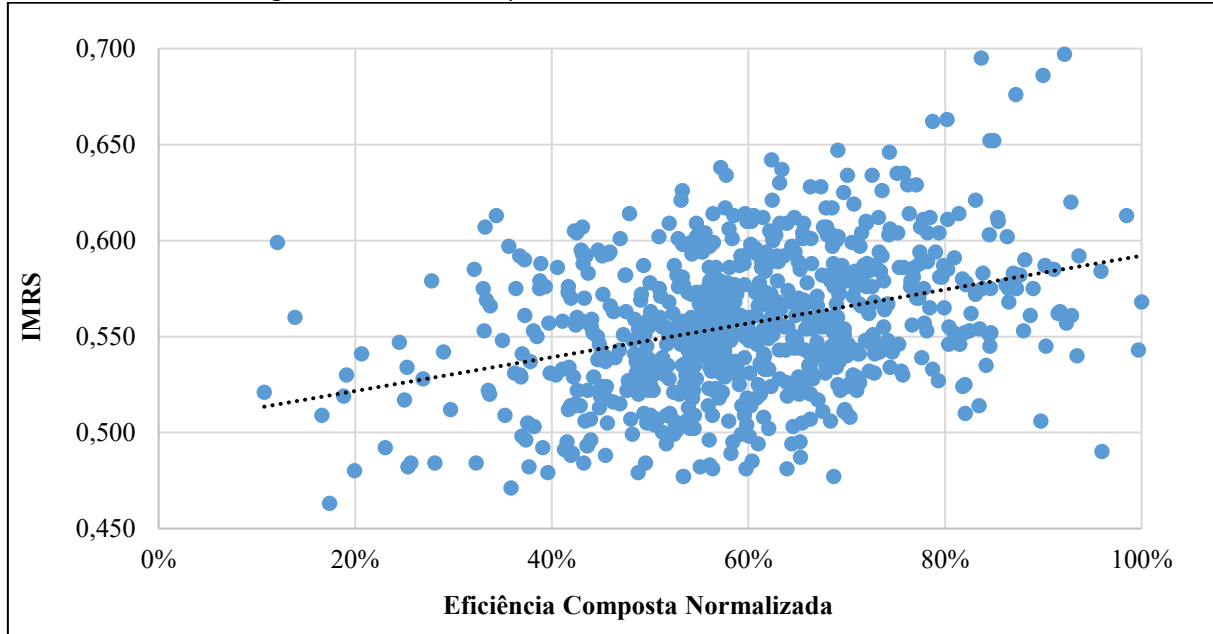
Ao analisar os resultados de eficiência composta normalizada, obtida por meio da média entre a eficiência (resultado do modelo MME) e ineficiência (resultado do método de Fronteira Invertida), e compará-los com o IMRS na Figura 6, pode-se perceber uma tendência, em que os municípios mais eficientes possuem também melhores índices de responsabilidade social, com exceção de alguns municípios.

Para Sen (2010), os fatores sociais como cuidados básicos de saúde, educação, emprego, são importantes para que as pessoas tenham liberdade de escolherem o tipo de

Revista Eletrônica de Estratégia & Negócios, Florianópolis, v.14, n. 2, mai./ago. 2021.

vida que querem levar, e a privação de um fator social prejudica o acesso das pessoas em obter o serviço de qualidade de outros fatores sociais.

Figura 6 - Gráfico de dispersão entre o IMRS e o *score* de eficiência



Fonte: Resultados da pesquisa.

Nesse sentido, a eficiência de uma política de atenção básica de saúde, afeta as outras dimensões políticas, devido ao fato que a privação da capacidade básica gera uma série em cadeia, onde a saúde influencia na educação, emprego, renda, segurança, ou seja, os fatores sociais estão inter-relacionados (SEN, 2010).

Cabem aos atores políticos fazerem uma reflexão sobre a abordagem, a fim de tomar as melhores decisões para o bem da sociedade, buscando a sinergia das políticas públicas, e a melhoria constante dos processos.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo teve o objetivo de realizar uma avaliação da ESF nos municípios de Minas Gerais no ano de 2014 por meio da análise de eficiência técnica.

Pode-se concluir que existe uma relação entre os municípios eficientes e os melhores resultados do IMRS no período em análise, o que confirma a expectativa teórica de uma inter-relação entre a ESF e outras dimensões políticas, representadas pelo indicador. Além disso,

percebeu-se uma relação entre o *score* de eficiência e o PIB *per capita* municipal, levando a reflexões sobre os efeitos da pobreza no desempenho da ESF.

Percebe-se ainda, a influência das mesorregiões nos desempenhos dos municípios, o que leva o presente estudo a contribuir com discussões realizadas em outras pesquisas sobre as disparidades regionais no estado de Minas Gerais, que buscam soluções para tais problemas, sendo um dos motivos da criação da Declaração de Alma-Ata.

Apesar da ESF ser uma política que visa o atendimento locais mais pobres, ela também atua em municípios mais ricos, buscando oferecer o serviço de saúde às pessoas e comunidades mais carentes que estão presentes nos nesses locais, visando, portanto, a redução das desigualdades no estado de saúde da sociedade.

Dentre os municípios mais ineficientes, percebeu-se a oportunidade de aumentar o número de serviços de saúde pública prestados, devido ao resultado obtido pelos municípios mais eficientes.

Conclui-se ainda sobre a importância da avaliação das políticas públicas em geral, a fim de garantir o desempenho da política para gerar bem-estar para a sociedade. Contudo, sabe-se que existem outros fatores que influenciam a qualidade da política, como o jogo de interesses, corrupção, as práticas patrimonialistas, o coronelismo e o mandonismo, prejudicando a garantia das capacidades básicas da população.

Por fim, sabe-se que o modelo DEA, inclusive sua extensão, o modelo MME, possuem algumas limitações, como o fato de utilizar um número limitado de variáveis, o que impossibilita a análise utilizando outros fatores, e também a dificuldade de aprofundamento na pesquisa. Nesse contexto, para estudos futuros sugere-se a realização de uma pesquisa com maior profundidade nos municípios mais eficientes e nos mais ineficientes, buscando encontrar respostas para tais resultados que são difíceis de serem alcançadas com o modelo.

REFERÊNCIAS

BANKER, R. D.; MOREY, R. C. Efficiency analysis for exogenously fixed inputs and outputs. **Operations Research**, v. 34, n. 4, p. 513-521, 1986.

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

Revista Eletrônica de Estratégia & Negócios, Florianópolis, v.14, n. 2, mai./ago. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, Seção 1, 20 set. 1990.

BRASIL. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, v. 143, n. 61, 2006. Seção 1, p.71-76. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2017.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 08 out 2017.

DALLABRIDA, V. R. **Teorias do desenvolvimento**: aproximações teóricas que tentam explicar as possibilidades e desafios quanto ao desenvolvimento de lugares, regiões, territórios ou países. Curitiba: CRV, 2017.

DATASUS. **Ministério da Saúde / DATASUS - Departamento de Informática do SUS**, 2018. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

DYE, T. R. **Understanding public policy**. 14. ed. Estados Unidos da América: Pearson Education, 2013.

ENTANI, T.; MAEDA, Y.; TANAKA, H. Dual models of interval DEA and its extensions to interval data. **European Journal of Operational Research**, v. 136, p. 32-45, 2002.

FARIA, F. P.; JANNUZZI, P. D. M.; SILVA, S. J. D. Eficiência dos gastos municipais em saúde e educação: uma investigação através da análise envoltória no estado do Rio de Janeiro. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 155-177, fev. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122008000100008>>. Acesso em: 01 abr. 2016.

FERREIRA, C. M. C.; GOMES, A. P. **Introdução à análise envoltória de dados**: teoria, modelos e aplicações. Viçosa: Editora UFV, 2009.

FINBRA. Ministério da Fazenda. **Tesouro Nacional**, 2019. Disponível em: <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/pt_PT/contas-anuais>. Acesso em: 28 jan. 2019.

FOX, K. J. **Efficiency in the Public Sector**. New York: Springer Science+Business Media, LLC, 2002.

FUNNELL, S. C.; ROGERS, P. J. **Purposeful program theory**: effective use of theories of change and logic models. San Francisco: Jossey-Bass, 2011.

IBGE. **Sistema IBGE de Recuperação Automática - SIDRA**, 2019. Disponível em: <<http://www2.sidra.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 28 jan. 2019.

- IMAS, L. G. M.; RIST, R. C. **The road to results: designing and conducting effective development evaluations**. Washington: International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2009.
- JENKINS, W. I. **Policy Analysis: a Political and Organizational Perspective**. Londres: Martin Robertson, 1978.
- KINGDON, J. W. **Agendas, Alternatives, and Public Policies**. 2. ed. Harlow: Pearson Education Limited, 2014.
- LASSWELL, H. D. **Politics: Who Gets What, When, How**. Cleveland: Meridian Books, 1958.
- LIPSKY, M. **Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public service**, 30th Anniversary Expanded Edition. New York: Russell Sage Foundation, 2010.
- MENDONÇA, C. S. et al. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. **Health Policy and Planning**, v. 27, n. 4, p. 348-355, jul. 2012.
- MINAS GERAIS. Lei nº 15.011, de 15 de janeiro de 2004. **Minas Gerais Diário do Legislativo**, Belo Horizonte, MG, 2004. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=Lei&num=15011&comp=&ano=2004&aba=js_textoAtualizado>. Acesso em: 27 junho 2018.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados Primários de Saúde**. Brasília: UNICEF, 1979.
- SECCHI, L. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.
- SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. 461 p.
- SILVEIRA, J. Q.; MEZA, L. A.; MELLO, J. C. C. B. S. Use of DEA and inverted frontier for airlines benchmarking and anti-benchmarking identification. **Production**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 788-795, set./dez. 2012.
- SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.
- VOLPATO, F. C. **Estudo de fatores que interferem na implementação da Estratégia Saúde da Família**. 2014. 92 f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. São Paulo. 2014.
- WHO. **Constitution of the World Health Organization**. Genebra: World Health Organization, 1946.
- YAMADA, Y.; MATUI, T.; SUGIYAMA, M. New analysis of efficiency based on DEA. **Journal of the Operations Research Society of Japan**, v. 37, n. 2, p. 158-167, 1994.
- Revista Eletrônica de Estratégia & Negócios, Florianópolis, v.14, n. 2, mai./ago. 2021.