

EFICIÊNCIA DOS SISTEMAS MUNICIPAIS DE SAÚDE: COMO OS AGENTES POLÍTICOS E O MOMENTO ELEITORAL INTERFEREM?

EFFICIENCY OF HEALTH MUNICIPAL SYSTEM: HOW THE POLITICAL AGENTS AND ELECTORAL MOMENT INTERFERE?

Recebido: 07/09/2018 – Aprovado: 28/12/2018 – Publicado: 01/09/2019

Processo de Avaliação: Double Blind Review

Kleber Morais de Sousa ¹

Doutorando em Ciências Contábeis pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Professor Assistente da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE)

Monica de Maria Santos Fornitani Pinhanez²

Ph.D em Desenvolvimento Internacional e Políticas Públicas pelo Massachusetts Institute of Technology (MIT).

Coordenadora de Relações Internacionais pelo Insper

Sinara Mônica Vitalino de Almeida³

Doutora em Biologia Aplicada a Saúde pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Professora-adjunta da Universidade de Pernambuco (UPE)

Simone Bastos Paiva⁴

Doutora em Administração pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Professora-adjunta da Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

e-mail: sbpaiva@uol.com.br

¹ Autor para correspondência: Endereço: Universidade Federal da Paraíba, Cidade Universitária, João Pessoa – PB, Brasil. CEP 58.051-900. E-mail: kleberfinancas@gmail.com

² E-mail: monicapinhanez@yahoo.com

³ E-mail: kleberfinancas@gmail.com

⁴ E-mail: sbpaiva@uol.com.br



RESUMO

Este estudo teve por objetivo investigar como os agentes políticos e o momento eleitoral interferem na eficiência dos sistemas de saúde dos municípios segundo a percepção dos gestores municipais de saúde. O estudo foi desenvolvido em duas etapas: (i) quantitativa; e (ii) qualitativa. A primeira etapa mensurou a eficiência dos sistemas de saúde dos municípios por meio da DEA. A segunda etapa consistiu em entrevistas semiestruturadas com secretários de saúde de municípios que obtiveram melhores e piores níveis de eficiência. As entrevistas foram tratadas por análise de conteúdo. A amostra foi formada pelos municípios pernambucanos com população inferior a 50 mil habitantes. Os dados utilizados para mensuração da eficiência foram obtidos na base de dados do Siops e do Datasus do Ministério da Saúde, correspondentes ao ano de 2015. Os resultados indicaram que os vereadores auxiliam na eficiência dos serviços de saúde ao viabilizar atendimentos em hospitais regionais e especializados. Contudo, os mesmos prejudicam os serviços pressionando os gestores de saúde locais pela oferta de medicamentos, exames e consultas para seus eleitores, fora do fluxo e do planejamento dos serviços. Os gestores municipais relevaram a existência de uma prática social de busca de benefícios pelos cidadãos nos momentos de eleição quando os políticos estão mais acessíveis e dispostos a ajudar. Esses resultados sugerem a existência de um ciclo político eleitoral. Não foi possível observar diferença do comportamento político dos vereadores e dos gestores que justifique a disparidade dos indicadores de eficiência entre os municípios melhor e pior avaliados.

Palavras-chave: Eficiência; Serviços de Saúde; Municípios; Política.

ABSTRACT

This article aims to investigate how the political agents and the electoral moment interfere in the efficiency of municipal health system according to perception of the health municipal manager. The study was developed in two steps: (i) quantitative; and (ii) qualitative. In the first step the efficiency of health municipal system was measured by DEA. The second step consisted in the semi-structured interview with health manager of the municipalities that achieved best and worse efficiency levels. The interviews were treated by content analysis. The sample was formed by municipalities of Pernambuco state with population less than 50.000 habitants. For efficiency measurement, the data were collected in SIOPS and DATASUS databases, relative to



year 2015. The results indicated that the councillors helped in health service efficiency by achieving medical appointments and exams in regional and specialized hospitals. However, the councillors harms the health services crushing health municipal management by offer of drugs, exams and health appointments for your voters, out of the flowing and service planning. The municipal manager revealed that there is a social practice to seek benefits by citizens on election moments, when the politicians are more accessible and available to help. These results suggest an electoral political cycle. It was not existence possible to observe differences of political behavior of the councilor and health manager that justify the disparity of efficiency indicators among best and worse municipalities.

Keywords: *Efficiency; Health service; Municipalities; Policy.*

1. INTRODUÇÃO

Este estudo investiga como os agentes políticos e o momento eleitoral interferem na eficiência dos sistemas de saúde nos pequenos municípios pernambucanos, segundo a percepção dos secretários municipais de saúde. Neste estudo, eficiência é compreendida como a capacidade de produzir mais, mantida a quantidade de recursos utilizados; ou é a capacidade de obter o produto com a menor quantidade de recursos (Farell, 1957). A literatura sobre eficiência dos serviços de saúde tem estudado seus determinantes tendo com foco principal os aspectos econômicos, demográficos e sociais (Afonso & Aubyn, 2011; Jeremic et al., 2012; Hadad et al., 2013; Varabyova & Müller, 2016). Contudo, o relacionamento entre os poderes legislativo e executivo e o momento eleitoral não tem sido investigado, lacuna que este trabalho busca suprir parcialmente.

A eficiência dos serviços de saúde dos governos municipais tem sido explicada principalmente por métodos quantitativos, predominantemente regressão, sem atentar para os aspectos políticos da gestão municipal. São exemplos os trabalhos de Ferreira e Pitta (2008), Fonseca e Ferreira (2009), Varela, Martins e Fávero (2010), Varela, Martins e Fávero (2012) e Queiroz, Silva, Figueiredo e Vale (2013). As metodologias quantitativas utilizadas são úteis, mas não permitem identificar comportamentos específicos dos agentes envolvidos no processo, especificamente dos políticos. Assim, os métodos aplicados neste estudo inovam e permitem identificar “como” os agentes



políticos agem e interferem na execução dos serviços públicos de saúde dos municípios. O método qualitativo justifica-se pela maior possibilidade de surgirem fatos novos inerentes às peculiaridades dos pequenos municípios ainda não relatados na literatura sobre eficiência.

Por outro lado, na investigação da eficiência é importante tratar dos aspectos políticos, porque os gestores públicos, no processo de tomada de decisão, estão constantemente buscando atender seus próprios interesses. Essa abordagem é desenvolvida à luz da teoria da escolha pública que interpreta os indivíduos como defensores dos seus interesses, seja nas decisões de âmbito público ou privado. Ela contraria a concepção dos estudos clássicos de finanças públicas em que o gestor público é considerado um agente benevolente que prima pelo interesse público (Buchanan & Tullock, 1962; Tullock, Seldon, & Brady, 2002).

Nos últimos vinte anos, os municípios brasileiros tiveram suas responsabilidades ampliadas na oferta dos serviços de saúde, em especial na oferta de serviços básicos de saúde (Collins; Araújo, & Barbosa, 2000). Entretanto, essa descentralização não foi realizada de forma racional e planejada, de modo a obter os melhores benefícios advindos do federalismo fiscal, mas ocorreu em resposta à excessiva centralização ocorrida no período do regime militar (Arretche, 2003; Falleti, 2010).

Nesse sentido, os gestores, no intuito de conseguir apoio de eleitores e de grupos de interesses específicos, tomam decisões que não necessariamente favorecem o melhor funcionamento dos sistemas de saúde. As regras de transferências de recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) para os municípios não asseguram a eficiência, tão pouco evitam o uso oportuno para atender propósitos políticos dos gestores, já que eles comumente utilizam os serviços de saúde como instrumentos de cooptação, legitimação e obtenção de votos (Viana, 1998).

Diante do exposto, o estudo é descritivo e utilizou métodos quantitativos e qualitativos. A pesquisa foi desenvolvida em duas etapas. Na primeira etapa, foi realizada a apuração do indicador de eficiência dos sistemas de saúde por meio da DEA de retornos variáveis de escala e orientado aos *inputs*. Em seguida, a segunda etapa consistiu em seis entrevistas semiestruturadas com os secretários de saúde dos municípios que obtiveram piores e melhores indicadores de eficiência. As entrevistas foram tratadas por análise de conteúdo. A amostra foi formada pelos municípios pernambucanos com população

inferior a 50 mil habitantes e os dados utilizados foram obtidos na base de dados do Siops e do Datasus do Ministério da Saúde, correspondentes ao ano de 2015.

Além desta introdução, o trabalho possui a seção 2 com o referencial teórico; a seção 3 apresenta a metodologia utilizada, a seção 4 mostra os resultados quantitativos e qualitativos e a seção 5 apresenta a conclusão do estudo.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 EFICIÊNCIA DOS SISTEMAS DE SAÚDE E O COMPORTAMENTO DOS POLÍTICOS E DOS CIDADÃOS NA TEORIA DA ESCOLHA PÚBLICA

Como citado na introdução, a eficiência é considerada a capacidade de produzir mais, mantida a quantidade de recursos utilizados ou a capacidade de obter o produto com menor quantidade de recursos (Farrell, 1957). Nos sistemas de saúde, os estudos sobre eficiência têm investigado os efeitos da renda, da desigualdade econômica, do nível educacional, da densidade populacional, do nível de poluição, da distribuição por faixa etária populacional e localização (Afonso & Aubyn, 2011; Jeremic et al., 2012; Hadad et al., 2013). Entretanto, pouca atenção tem sido direcionada aos aspectos políticos, enquanto fator de influência da eficiência dos serviços de saúde governamentais. Esse fenômeno também ocorre nos estudos de âmbito nacional, por exemplo, Ferreira e Pitta (2008), Fonseca e Ferreira (2009), Varela, Martins e Fávero (2010), Varela, Martins e Fávero (2012) e Queiroz, Silva, Figueiredo e Vale (2013) mensuram a eficiência dos sistemas municipais de saúde e investigam sua relação aos aspectos sociais, econômicos e demográficos, sem compreender os aspectos políticos do processo.

Essa abordagem teórica parte da premissa de que os gestores locais são benevolentes ignorando as contribuições advindas de outras perspectivas, como a escolha pública. A teoria da escolha pública, foco deste estudo, tem por premissa que os gestores públicos não atendem prioritariamente os interesses públicos, mas os seus próprios interesses. Nesse sentido, os indivíduos, tanto no âmbito público quanto no privado, tomam decisões racionalmente de modo a obter maiores benefícios (Buchanan & Tullock, 1962; Tullock; Seldon & Brady, 2002). A abordagem da escolha pública inovou

justamente ao aplicar os conceitos da economia de mercado à política, algo que ganhou notoriedade com o trabalho clássico de Buchanan e Tullock (1962).

No contexto da teoria da escolha pública, os políticos possuem características semelhantes aos indivíduos no processo de tomada de decisão e priorizam as escolhas que favorecem a maximização dos seus benefícios, visto que todos os indivíduos buscam satisfazer seus próprios interesses. Como na maioria das vezes os interesses das pessoas na sociedade são diferentes entre si, é difícil, senão impossível, obter consenso na escolha das opções, logo os gestores públicos decidem pela que mais lhe favoreça (Mueller, 2003).

Por outro lado, o processo de tomada de decisão do eleitor frente ao processo eleitoral é diferente do consumidor segundo a teoria da escolha pública. Na tomada de decisão, o consumidor busca a maior quantidade e qualidade de informações a respeito do objeto que deseja adquirir, enquanto o eleitor evita esse esforço, com o propósito de não ter custo informacional e por acreditar que sua decisão depende dos demais eleitores, ou seja, ele acredita exercer pouca influência na escolha efetiva do político (Buchanan & Tullock, 1962; Buchanan, 2003).

Por sua vez, os grupos de interesse possuem conhecimento específico e profundo sobre os efeitos resultantes das decisões tomadas pelos gestores públicos e reagem de forma positiva ou negativa. Os grupos de interesses, assim como os políticos conhecem o objeto de deliberação, se aproveitam do desconhecimento do eleitor e propõem projetos que atendem seus interesses, sob o argumento de atender o interesse da coletividade como um todo. Assim, já que os grupos de interesse proporcionam maiores resistências, os gestores públicos oportunamente direcionam as escolhas públicas para atender os grupos como uma forma de cooptá-los aos seus interesses políticos, por exemplo, quando ocorrem as eleições (Buchanan & Tullock, 1962), fazendo existir o ciclo político eleitoral. Ou seja, nos momentos eleitorais, os serviços são incrementados e ofertados aos grupos de interesses e aos indivíduos como uma forma de cooptação pelos políticos (Nordhaus, 1975).

A universalização do acesso e a descentralização dos serviços de saúde para os municípios, proporcionados pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Federal n. 9.090, transferiu as responsabilidades pelos atendimentos de urgência e emergência, do atendimento de saúde da família e o acompanhamento das doenças de menor complexidade para os municípios (Collins, Araújo, & Barbosa, 2000). A



descentralização das competências fiscais e da oferta de bens públicos não ocorreu de forma racional e planejada, mas como uma resposta aos mais de vinte anos de centralização do regime militar (Arretche, 2003; Falleti, 2010).

Os recursos transferidos pela união aos municípios para prestação dos serviços de saúde, não asseguram a eficiência dos sistemas de saúde, tão pouco evitam o uso oportuno para atender propósitos políticos pelos gestores, já que os serviços de saúde oferecidos são comumente utilizados como instrumentos de cooptação, legitimação e de obtenção de votos pelos políticos locais (Viana, 1998). Entretanto, pouco conhecimento se tem a respeito de como os políticos interferem na gestão dos sistemas de saúde, em especial sob a ótica da eficiência nos municípios brasileiros.

3. METODOLOGIA

A pesquisa é de abordagem positivista, de caráter descritivo e utilizou métodos quantitativos e qualitativos. O estudo foi desenvolvido em duas etapas. Na primeira etapa foi realizada a apuração do indicador de eficiência dos sistemas de saúde dos municípios pernambucanos e na segunda etapa foram realizadas entrevistas com os secretários de saúde dos municípios que apresentaram os melhores e os piores indicadores de eficiência. Foram considerados melhores os municípios que tiveram indicadores de eficiência no último quartil da distribuição e piores os que tiveram indicadores no primeiro quartil.

Na primeira etapa foi mensurada a eficiência por meio da Análise Envoltória dos Dados (DEA), desenvolvida por Banker, Charnes e Cooper (BCC) (1984), que considera os retornos variáveis de escala (VRS) das Unidades de Tomada de Medidas (UTM). Em razão do estudo ter como foco principal a gestão dos recursos, o modelo foi direcionado para os *inputs*.

O indicador obtido pelo DEA representa a eficiência para cada município (UTM). Entretanto, a DEA é sensível à composição da amostra e, para obter maior consistência e reduzir seus efeitos, os indicadores foram submetidos a *bootstrap* de 10 mil reamostragens com reposição (Simar & Wilson, 1998). Os indicadores de eficiência ajustados por *bootstrap* foram utilizados para escolha dos municípios participantes das



entrevistas com os secretários municipais de saúde. As variáveis inseridas como *inputs* e *outputs* no DEA-BCC estão definidas no Tabela 1 a seguir:

Tabela 1
Variáveis de *Input* e *Output* para Mensuração de Eficiência.

Tipo	Denominação	Descrição	Fonte dos Dados
Input	Gastos em Saúde	Despesa orçamentária na função 10 – Saúde excluídos os gastos com despesa de capital.	Siops
Input	Funcionários	Quantidade de funcionários alocados no setor de saúde	Datasus
Input	Estrutura Física	Quantidade de leitos ambulatoriais e de hospitalares	Datasus
Output	Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares	Quantidade de procedimentos ambulatoriais e hospitalares	Datasus
Output	Procedimentos Saúde da Família	Quantidade de atendimentos das equipes de saúde da família	Datasus

Fonte: Elaboração própria.

Logo após a mensuração da eficiência, foi realizada a segunda etapa por meio de entrevistas semiestruturadas com os secretários municipais de saúde que apresentaram indicadores pertencentes ao primeiro e último quartis. A escolha desses quartis foi feita por causa das maiores diferenças de eficiência entre si, sendo esperada a existência de diferenças no comportamento dos agentes políticos nos serviços de saúde. Após a coleta, as entrevistas semiestruturadas foram transcritas e examinadas por meio de análise de conteúdo (Bardin, 2011) com auxílio do *software* R com o *package* RQDA *Qualitative Data Analysis*.

A amostra foi formada pelos pequenos municípios pernambucanos com população inferior a 50 mil habitantes e os dados obtidos são correspondentes ao ano de 2015. A escolha dos municípios com população inferior a 50 mil teve por base a capacidade de produção e de administração e a dinâmica do sistema político, em que os cidadãos possuem maior contato com os políticos. Além disso, o corte amostral buscou maior homogeneidade visando atender os requisitos para utilização da DEA.

Os critérios adotados resultaram em uma amostra inicial de 149 municípios, no entanto, foram excluídos da amostra 12 (doze) municípios por apresentarem produção dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares igual a zero e 6 (seis) municípios por apresentarem produção dos atendimentos das equipes de saúde da família igual a zero. Ao final, a amostra resultou em 131 municípios. Foram realizadas seis entrevistas semiestruturadas, sendo três delas em municípios com melhor eficiência (pertencente ao

quarto quartil) e as outras três naqueles com pior eficiência (pertencentes ao primeiro quartil), todas realizadas no mês de dezembro de 2016.

O tratamento das entrevistas foi realizado com uma leitura flutuante nas transcrições das entrevistas, de modo a identificar possíveis componentes e categorias, já que este estudo inova com essa abordagem. Em seguida, a codificação foi realizada com a segregação dos 25 componentes identificados em três categorias: administrativa; política e socioambiental. O Tabela 2 descreve as categorias e componentes, conforme segue:

Tabela 2
Categorias e componentes.

Categoria	Componentes
Administrativo	Aprendizagem; Avaliação; Críticas aos serviços; Eficiência dos serviços; Exames; Medicamentos; Cirurgia; Funcionários; Planejamento; Produção; Recurso; Serviços oferecidos; e Transporte.
Político	Interferência dos políticos nos serviços; Cultura política; Eleições; Judicialização; Situação e oposição; Rede social; Relações intergovernamentais; Relações dos poderes executivo e legislativo; Relações da secretaria de saúde e o legislativo.
Socioambiental	Distância territorial; Epidemias; Práticas sociais; Surtos de doenças.

Fonte: Elaboração própria.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1. ANÁLISE QUANTITATIVA

A Tabela 3 apresenta as estatísticas descritivas das variáveis população, despesas correntes, quantidade de funcionários, estrutura física, quantidade de procedimentos ambulatoriais e hospitalares e a quantidade de atendimentos na saúde da família, conforme segue:

Tabela 3
Estatísticas Descritivas dos *Inputs* e *Outputs* do DEA. Ano 2015.

Variáveis	Mínimo	1 Quartil	Mediana	3 Quartil	Máximo
População	4.556	12.950	19.030	26.430	49.090
Despesas Correntes (em milhões de R\$)	2.831	5.523	8.167	10.910	25.660
Funcionários	36	91	131	174	360
Estrutura Física	3	31,5	46	64,5	116
Procedimentos Ambulatoriais e	19.110	105.900	167.000	271.200	1.683.000

Hospitalares					
Atendimentos em Saúde da Família	847	6.334	9.748	16.780	44.680

Fonte: Datasus e Siops.

Os dados coletados das variáveis foram utilizados na mensuração da eficiência dos sistemas de saúde por meio do DEA com *bootstrap*. Os indicadores foram classificados da seguinte forma: 1º quartil com 0,4219, ou seja, municípios com indicadores inferiores a 0,4219 são considerados piores e o 3º quartil com 0,6920, em outras palavras, municípios com indicadores superiores ao valor de 0,6920 foram considerados como de melhor eficiência. A Tabela 2 apresenta as estatísticas descritivas por mesorregião do estado e a Figura 1 o histograma do indicador de eficiência dos sistemas de saúde dos municípios.

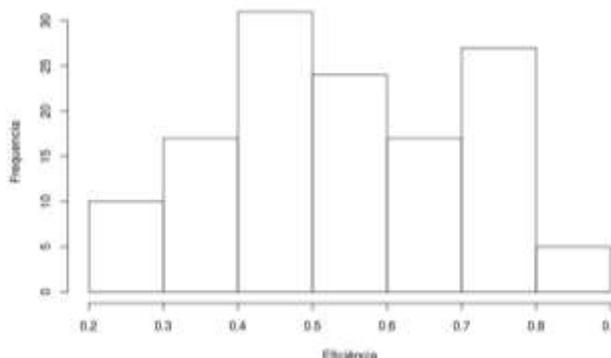
Tabela 2
Estatísticas Descritivas do Indicador de

Eficiência dos Sistemas de Saúde pelo DEA. 2015.

Mesorregião	Eficiência DEA-BCC com <i>Bootstrap</i>	
	Média	Desvio-Padrão
São Francisco	0,508	0,188
Sertão	0,600	0,175
Agreste	0,530	0,154
Zona da Mata	0,533	0,160
Litoral	0,506	0,067

Fonte: Elaboração própria

Figura 1 –
Histograma do Indicador de
Eficiência



Fonte: Elaboração própria

4.2. ANÁLISE QUALITATIVA

Os municípios de maior e menor eficiência foram escolhidos por critério de acessibilidade para realização das entrevistas semiestruturadas com os secretários municipais de saúde. Três das entrevistas foram realizadas com os secretários dos municípios com pior eficiência e três com os de melhor eficiência totalizando seis entrevistas. Dois dos entrevistados já exerceram cargos eletivos e quatro deles possuem formação de nível superior.

A análise das entrevistas pelos componentes e categorias definidas revelou aspectos do funcionamento administrativo e a interferência política nos sistemas de saúde municipais. Os secretários revelaram dificuldades na operacionalização do sistema em relação a grande quantidade de medicamentos e exames solicitados pelos pacientes e profissionais de saúde. A ampliação dos direitos sociais com acesso universal dos serviços de saúde sem fontes de financiamento estáveis tem prejudicado o funcionamento do SUS nos municípios (Arretche, 2003; Lima, 2007), inclusive, reforça a necessidade de eficiência, como um dos secretários entrevistado destacou:

Então, é uma das dificuldades é justamente essa [os recursos], porque as políticas de saúde, é..., foram conquistadas, as políticas acontecem, no entanto, o financiamento é, não vem seguindo a ordem cronológica do tempo. Né? Ela fica estagnada e com isso dificulta o serviço da gestão. Aí a gestão precisa ser eficiente. Com pouco, fazer muito.

As questões das entrevistas buscaram identificar a percepção dos secretários em relação à eficiência. Entretanto, embora o conceito de eficiência tenha sido mencionado no início e tenha sido recordado de formas diferentes no decorrer das perguntas, a análise das respostas obtidas evidenciaram que, em alguns momentos, os secretários falavam no sentido de eficácia e não de eficiência. Esse fato releva que os conceitos de eficiência e eficácia não são claros e presentes na rotina dos entrevistados, sendo recomendado que em futuras pesquisas, as questões sejam direcionadas aos elementos que compõem a eficiência, por exemplo, na produtividade e na otimização do uso dos recursos.

Já em relação aos aspectos políticos, os entrevistados se mostraram, na maioria dos casos, cautelosos ao evidenciar situações práticas. Contudo, foi revelada a ocorrência de interferências dos políticos nos sistemas de saúde dos municípios. Os secretários fizeram questão de afirmar com veemência que os serviços de saúde estão disponíveis a todos e que o atendimento das solicitações advindas dos vereadores seguia a ordem definida pelos setores administrativos, não ocorrendo priorização em razão dos pedidos políticos.

Entretanto, a maior parte dos secretários afirmaram que os vereadores exercem influência nos serviços, principalmente no atendimento da demanda de seus eleitores, segundo um dos entrevistados “Existe uma conotação muito objetiva acerca do [papel do político]... aquele [que] oferece uma melhor qualidade ele tem uma melhor consistência politicamente falando”. O fato de o político viabilizar o acesso ao serviço

de saúde evidencia sua participação no âmbito das instituições públicas, conforme também observado por Vieira (2002).

A participação dos vereadores na política de saúde dos municípios depende, segundo as entrevistas, da posição política, se ele faz parte da base política do governo ou se é oposição. Os opositores realizam críticas indistintamente, com o propósito de difamar a imagem dos governantes, sem analisar cuidadosamente os fatos. Para tanto, utilizam-se as redes sociais e os instrumentos institucionais de controle, em especial o ministério público (Cunha & Santos, 2005). Além disso, foi possível observar que os servidores municipais também participam dessa dinâmica política. Segundo os entrevistados, já aconteceu de agentes comunitários de saúde que não apoiam o governo não informarem a população sobre as ações desenvolvidas no município de oferta de exames de ultrassonografia dentre outros, com o propósito de influenciar na avaliação que o eleitor faz do governo e do prefeito. Esse fato releva o potencial de perda de eficiência do sistema de saúde, por razões político-partidárias. Nesse sentido, outro secretário mencionou que:

Agora no período eleitoral a gente tem vários problemas, por quê? Cada um que queira é, ser o melhor, fazer a sua campanha e que, às vezes, faz até com mentiras tentar difamar os serviços de saúde quando a gente prestava o serviço de saúde, sendo que se o vereador for um opositor, ele dizia que não tava sendo ofertado. Então, várias vezes, é, ecoou por, pelo município a informação que o hospital estava sem médicos, sendo que a gente tem um quadro de plantonistas completo. Aí, as pessoas, às vezes, da zona rural distante não queriam arriscar vir pra ver se realmente tinha médico ou não no hospital. Aí, dessa forma, eles atrapalharam muito não só o trabalho, mas também a vida da população.

Em relação às eleições, a maior parte dos entrevistados negou alteração da eficiência do sistema, em especial no aumento da produção. Porém, no desdobrar das pesquisas, os entrevistados revelaram que os políticos, nesse período, são mais suscetíveis aos pedidos dos eleitores, que por sua vez, recorrerem com maior frequência aos secretários e às unidades de saúde, algo que aumenta a pressão por maior quantidade de serviços, ou seja, são evidências que corroboram o efeito dos ciclos políticos eleitorais (Nordhaus, 1975).

Segundo os secretários, a maior intensidade de pedidos da população ocorre pela existência de uma “prática social” de querer se beneficiar nesses momentos, já que os políticos estão mais abertos a escutar e atender os pedidos. Um secretário assim respondeu:

É, não. Não, eu creio que não. Uma vez ou outra que, vamo dizer assim, pronto, no período de eleição a gente, às vezes, tem vários pedidos, né? Por quê? Porque o pessoal, às vezes, vai lá pra, pra a população. Às vezes eu tô aqui com uma, uma unha encravada, sei lá, eu tô com essa unha encravada eu já tenho vários meses que eu não venho e agora na eleição eu digo: ah meu amigo, eu quero viagem, eu quero remédio, eu quero isso, quero aquilo, tal, tal, tal. Porque já é cultural do povo dizer não, na eleição eu vou conseguir mais alguma coisa e, e...é, é... cultural também de candidatos a vereadores serem procurados e tentar resolver, né? Quer dizer: aumenta um pouco mais a questão de quê? De exames, de pedidos de cirurgia (tá entendendo?). Então assim, naquele período que o pessoal é mais procurado.

Nesse sentido, a fala de um dos secretários resumiu os achados da influência das eleições na eficiência dos serviços:

Sofre. Sofre porque no período eleitoral, principalmente, é, todo mundo quer transformar a saúde, principalmente, e os setores com assistencialismo. Todo mundo se torna prestativo, todo mundo, é, busca, é, trazer as pessoas pra, pra através da saúde conseguir votos, e isso dificulta também o trabalho da saúde, porque a gente tem um trabalho contínuo. Então, a gente tenta ser o mais transparente possível, não se envolver a saúde com política, mas mesmo assim, a política tenta adentrar-se na saúde.

Em suma, a interpretação do conjunto das entrevistas revela que a busca por maior quantidade de serviços decorrentes da eleição pode comprometer a eficiência, já que os pedidos políticos requerem práticas que “transgridam” o funcionamento normal do sistema com a priorização dos atendimentos ou por necessitar adaptar a prática, “[...] porque, o cultural é de que eles sejam, é..., eles sejam favorecidos porque são vereadores. Né?! O cultural é isso” disse um dos entrevistados. Todavia, a priorização por si só, não provoca diretamente perda de eficiência, mas fragiliza as regras institucionais, algo que facilita o comportamento oportunista dos políticos, servidores ou dos cidadãos. Já em relação a adaptações das práticas, elas provocam maiores gastos ao ente público, porque funcionam fora do fluxo e planejamento normal das atividades. Esses resultados confirmam as discussões realizadas por Vianna (1987) e Lopez (2004), de que nas relações entre políticos e eleitores é comumente necessária a burla de regras para atendimento de demandas privadas dos parentes, amigos, apadrinhados e aliados. As relações entre os entes da federação do sistema de saúde também apareceram nas entrevistas. Os secretários citaram que os vereadores auxiliam na oferta dos serviços de saúde por viabilizarem atendimentos em unidades de saúde mantidas pelo governo estadual. Os vereadores conhecem os servidores das Gerências Regionais de Saúde do Estado de Pernambuco (GERES) e dos hospitais públicos, algo que favorece o ajustamento do acesso aos serviços. Nesse sentido, o secretário assim mencionou:

É, vamos dizer, tem alguns vereadores que por intermédio deles a gente tem, conhece alguém em algum hospital, em, na capital, ou então na parte mesmo, de, de, na secretaria do estado (Né?) de saúde. Eles interferem de forma positiva e sempre que eu procuro, é, é... uma ajuda, eles dão um norte, alguma coisa, eles me ajudam de forma positiva. Não vejo de forma negativa não.

No que tange à eficiência dos sistemas municipais de saúde, esse papel exercido pelos vereadores permite melhores resultados, já que esforços administrativos são evitados para obtenção dos serviços. Contudo, revela um lado perverso, ao demonstrar que cidadãos que solicitam aos políticos possuem maior facilidade de acesso aos serviços, enquanto outros que não solicitam têm que seguir os procedimentos administrativos dos entes. Os vereadores dos municípios menores, portanto, exercem um papel de ligar os sistemas de saúde dos entes federativos. Além disso, é importante observar que esse “jeitinho” de obter acesso aos serviços regionais e especializados pelos políticos dos pequenos municípios pode trazer consequências para os cidadãos dos municípios de maior porte, em que as relações entre os políticos e os eleitores são mais distantes.

Ou seja, o cidadão pode ter acesso aos serviços de saúde prejudicado ou facilitado pelas ações dos políticos nos hospitais regionais e especializados. Por esse ponto específico, os cidadãos residentes em municípios maiores possuem menores chances de acesso por terem, de modo geral, menor proximidade aos políticos, enquanto os cidadãos residentes em municípios menores possuem maiores chances de acesso aos serviços, desde que recorram aos políticos locais em relação estritamente clientelista, conforme observado por Pase, Müller e Morais (2014).

As evidências obtidas fizeram observar que o vereador dos pequenos municípios desempenha um papel de assessorar os cidadãos na busca por serviços públicos, em especial na área de saúde. Evidentemente, essa postura não ocorre, como pode ser notado na percepção dos secretários, por cumprimento das obrigações que o cargo confere, mas pela busca de seus interesses para obtenção de votos e manutenção do poder, conforme indicado pela teoria da escolha pública (Buchanan & Tullock, 1962; Santos, 2010).

A análise das entrevistas não permitiu observar comportamento diferente da influência dos aspectos políticos entre os municípios com melhor e pior eficiência, ou seja, a diferença dos indicadores não pode ser atribuída aos achados obtidos na investigação das entrevistas. Porém, foi possível observar que as intervenções dos políticos nos

serviços de saúde mostraram-se homogêneas nos municípios, em razão das semelhanças no modo de proceder dos gestores, políticos e cidadãos (Vieira, 2002; Santos, 2010).

5. CONCLUSÃO

A análise de conteúdo das entrevistas revelou o funcionamento dos sistemas municipais de saúde e a interferência política. Na percepção dos secretários de saúde, os serviços de saúde influenciam na avaliação dos políticos, sendo determinante para o sucesso eleitoral. A participação dos vereadores depende do seu posicionamento ideológico participante ou contrário à base política do governo. Se opositor, os vereadores tendem a realizar críticas indistintamente, de modo a depreciar a imagem do governo. Isso ocorre também com servidores, que por vezes causam problemas e prejudicam a eficiência.

No período eleitoral, os cidadãos procuram a oferta dos serviços de saúde com maior frequência. Segundo os secretários, esse fato ocorre pela existência de uma prática social de buscar se favorecer nesses momentos, já que os políticos são mais acessíveis e dispostos a ajudar. Os políticos sempre esperam ser privilegiados quando buscam as secretarias para solicitar serviços para seus eleitores. Essa prática enseja esforços que “transgridam” o funcionamento normal dos sistemas com a priorização dos atendimentos ou pela adaptação do seu funcionamento. Por outro lado, os políticos contribuem com a eficiência dos sistemas municipais de saúde ao viabilizarem atendimentos em hospitais regionais e especializados, conseguidos por meio das relações políticas com servidores das gerências regionais e dos hospitais, já que reduz os esforços administrativos.

Por último, os resultados das entrevistas não identificaram diferença no comportamento político dos municípios que justifique os diferentes níveis de eficiência. Entretanto, apontou fatos que indicam como os vereadores interferem no funcionamento dos sistemas de saúde favorecendo ou prejudicando a eficiência. No mais, as evidências corroboraram que os agentes públicos buscam atender seus interesses nas decisões públicas conforme aponta a teoria da escolha pública (Buchanan & Tullock, 1962).

Ampliar o espectro de sujeitos da pesquisa envolvendo os usuários dos sistemas de saúde, os políticos e os servidores, além da quantidade de entrevistas com municípios

localizados em diferentes estados são pontos que podem enriquecer os achados em futuras pesquisas.

REFERÊNCIAS

- Afonso, A & Aubyn, M. S. (2011). Assessing health efficiency across countries with a two-step and bootstrap analysis. *Applied Economics Letters*, v.18, p. 1427–30.
- Arretche, M. (2003). Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 8 n. 2, p. 331-345.
- Banker, R. D., Charnes, A. & Cooper, W. W. (1984). Some models for estimating technical and scale inefficiencies in data envelopment analysis. *Management science*, v. 30, n. 9, p. 1078-1092.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70 – Brasil.
- Buchanan, J. M. (2003). *Public Choice: The Origins and Development of a Research Program*.
- Buchanan, J. M. & Tullock, G. (1962). *The calculus of consent*, v. 3. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Charnes, A., Cooper, W. W., Lewin, A. Y. & Seiford, L. M. (1994). *Data Envelopment Analysis*. London: Kluwer Academic Publishers.
- Collins, C., Araújo, J. & Barbosa, J. (2000). Decentralizing the health sector: issues in Brazil. *Health Policy*. Berlin, v. 52, p. 113-127.
- Cunha, M. A. V. C. D. & Santos, G. S. D. (2005). O uso de meios eletrônicos no relacionamento do parlamentar com o cidadão nos municípios brasileiros. *Organizações & Sociedade*, v. 12, n. 35, p. 69-89.
- Farrell, M. J. (1957). The measurement of productive efficiency. *Journal of the Royal Statistical Society Series A (General)*, v. 120, p.253–90.
- Falleti, Tulia G. (2010). *Decentralization and subnational politics in Latin America*. Cambridge University Press.
- Ferreira, M. P. & Pitta, M. T. (2008). Avaliação da eficiência técnica na utilização dos recursos do sistema único de saúde na produção ambulatorial. *São Paulo em perspectiva*, v. 22, n. 2, p. 55-71.
- Fonseca, P. C. & Ferreira, M. A. M. (2009). Investigação dos níveis de eficiência na utilização de recursos no setor de saúde: uma análise das microrregiões de Minas Gerais. *Saúde e Sociedade*, v. 18, n. 2, p. 199-213.



- Hadad, S., Hadad, Y. & Simon-Tuval, T. (2013). Determinants of healthcare system's efficiency in OECD countries. *European Journal of Health Economics*, v.14, p. 253–65.
- Jeremic, V. et al. (2012). An evaluation of European countries' health systems through distance based analysis. *Hippokratia*, v. 16, p. 170–4.
- Lima, L. D. (2007). Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 511-522.
- Lopez, F. G. (2004). A política cotidiana dos vereadores e as relações entre executivo e legislativo em âmbito municipal: o caso do município de Araruama. *Revista de Sociologia e Política*, v. 22, p. 153-177.
- Mueller, D. C. (2003). *Public Choice III*. New York: Cambridge University Press.
- Nordhaus, W. D. (1975). The political business cycle. *The review of economic studies*, v. 42, n. 2, p. 169-190.
- Pase, H. L., Müller, M. & Morais, J. A. (2014). O clientelismo nos pequenos municípios brasileiros. *Pensamento plural*, v. 10, p. 181-199.
- Queiroz, M. F. M., Silva, J. L. M., Figueiredo, J. D. S. & Vale, F. F. R. (2013). Eficiência no Gasto Público com Saúde: uma Análise nos Municípios do Rio Grande. *Revista Econômica do Nordeste*, v. 44, p. 761-776.
- Santos, M. L. (2010). Voto, (des) informação e democracia: déficit de accountability e baixa responsividade no município do Recife. *Revista Política Hoje*, v.17, n. 1.
- Simar, L. & Wilson, P. W. (1998). Sensitivity Analysis of Efficiency Scores: How to Bootstrap in Nonparametric Frontier Models. *Management Science*, v. 44, p. 49-61.
- Tullock, G., Seldon, A. & Brady, G. L. (2002). *The theory of public choice*. Government Failure, Washington: Cato Institute.
- Varabyova, Y. & Müller, J. M. (2016). The efficiency of health care production in OECD countries: A systematic review and meta-analysis of cross-country comparisons. *Health Policy*, v. 120, p. 252-263.
- Varela, P. S., Martins, G. A. & Fávero, L.P. L. (2010). Production efficiency and financing of public health: an analysis of small municipalities in the state of São Paulo – Brazil. *Health Care Management Science*, v. 3, n. 2, p. 112-123.
- Varela, P. S., Martins, G. D. A. & Favero, L. P. L. (2012). Desempenho dos municípios paulistas: uma avaliação de eficiência da atenção básica à saúde. *Revista de Administração*, v. 47, n. 4, p. 624-637.
- Viana, A. L. D. Á. (1998). Desenho, modo de operação e representação de interesses-do sistema municipal de saúde e os conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 3, n. 1, p. 20-22.



Vianna, O. (1987). *Instituições políticas brasileiras*. Belo Horizonte: Itatiaia, 1987.

Vieira, A. C. (2002). Clientelismo e serviços de saúde. *Revista Políticas Públicas*, v. 6, n. 1, 9-40.

