



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PLANEJAMENTO E CONTROLE DE
GESTÃO

VICTOR FERREIRA DANTAS

Execução das Políticas Públicas de Saúde Indígena no Brasil: uma análise da eficiência dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas entre os anos de 2019 e 2022.

Florianópolis/SC

2023

VICTOR FERREIRA DANTAS

Execução das Políticas Públicas de Saúde Indígena no Brasil: uma análise da eficiência dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas entre os anos de 2019 e 2022.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Planejamento e Controle de Gestão da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Mestre em Planejamento e Controle de Gestão.

Orientador: Prof. Dr. Valmir Emil Hoffmann

Florianópolis/SC

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

DANTAS, Victor Ferreira

Execução das políticas públicas de saúde indígena no Brasil: uma análise da eficiência dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas entre os anos de 2019 e 2022 / Victor Ferreira DANTAS; orientador, Valmir Emil HOFFMANN, 2023.

115 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Socioeconômico, Programa de Pós-Graduação em Controle de Gestão, Florianópolis/SC, 2023.

Inclui referências.

1. Controle de Gestão. 2. Políticas Públicas. 3. Saúde Indígena. 4. Execução Orçamentária. 5. Análise Envoltória de Dados (DEA). I. HOFFMANN, Valmir Emil. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Controle de Gestão. III. Título.

Victor Ferreira Dantas

Execução das Políticas Públicas de Saúde Indígena no Brasil: uma análise da eficiência dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas entre os anos de 2019 e 2022.

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Valmir Emil Hoffmann
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Luiz Alberton
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Paulo Henrique de Souza Bermejo
Universidade de Brasília

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre em Controle de Gestão.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof. Dr. Valmir Emil Hoffmann
Orientador

Florianópolis/SC

2023

A Deus e a minha família.
Aos professores pelos ensinamentos.
Aos amigos pelo apoio.

RESUMO

Este estudo avaliou o nível da eficiência técnica e orçamentária do desempenho entre os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), nos anos de 2019 a 2022 e, até que ponto as políticas públicas colaboraram no sentido de implementar o desempenho dos DSEIs no alcance das metas dos indicadores de saúde indígena e atendimentos. Avalia-se ainda a efetividade da execução orçamentária dos DSEIs, ações de planejamento e execução de políticas públicas para a população indígena enquanto responsabilidade da União, com a governança da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) e executada pelos DSEIs. O enquadramento metodológico do trabalho é predominantemente quantitativo, além de ter viés normativo, documental e descritivo. A origem dos dados é secundária. Quanto aos dados, estes foram levantados a partir de informações disponibilizadas pela SESAI, por meio da Lei de Acesso à Informação, nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. O tratamento dos dados utilizou o método *Data Envelopment Analysis* (DEA), os dados analisados levaram em conta os números de profissionais de saúde, valores repassados aos convênios, estabelecimentos de saúde, habitantes por DSEI, média dos indicadores de saúde indígena, média de atendimentos realizados por profissionais de saúde. Dentre as contribuições práticas para os gestores dos DSEIs, observou-se o resultado alcançado pelas unidades consideradas eficientes pelo método DEA e pelo índice de Malmquist-DEA e a busca desse cenário para as demais unidades, que foram consideradas ineficientes em ambas análises: Amapá e Norte do Pará, Bahia, Guamá-Tocantins, Interior Sul, Leste de Roraima, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais e Espírito Santo, Pernambuco, Porto Velho, Rio Tapajós, Xavante, Xingu e Yanomami. Foi possível avançar no sentido de se apontar quais seriam os DSEIs mais semelhantes e que, assim, podem servir de benchmarking para as menos eficientes. Conclui-se que as políticas de saúde refletem uma vitória social, legal, onde todos foram incluídos, ou seja, uma política que contemplasse também as especificidades de cada povo, o que significa incluir o bem-estar da população indígena. Mas, apesar de a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnaspi) ter sido implementada há mais de 20 anos, após todo esse tempo, a saúde desses povos ainda revela a necessidade de buscar trabalhar de forma integrada e compartilhada a fim de ser assegurado o direito à saúde.

Palavras-chave: saúde indígena; políticas públicas; execução orçamentária; DEA.

ABSTRACT

This study evaluated the level of technical and budgetary efficiency of the performance among the Special Indigenous Health Districts (DSEIs) in the years 2019 to 2022 and, to what extent public policies collaborated to implement the performance of the DSEIs in reaching the goals of the indigenous health indicators and services. We also evaluate the effectiveness of the budget execution of the DSEIs, planning actions and execution of public policies for the indigenous population as a responsibility of the Union, with the governance of the Secretariat of Indigenous Health (SESAI) and executed by the DSEIs. The methodological framework of the work is predominantly quantitative, besides having a normative, documental and descriptive bias. The origin of the data is secondary. As for the data, they were collected from information made available by SESAI, through the Access to Information Law, No. 12.527, of November 18, 2011. The data treatment used the *Data Envelopment Analysis* (DEA) method; the analyzed data took into account the number of health professionals, amounts transferred to the agreements, health establishments, population per DSEI, average indigenous health indicators, and average number of consultations performed by health professionals. Among the practical contributions for the managers of the DSEIs, it was observed the results achieved by the units considered efficient by the DEA method and by the Malmquist-DEA index, and the search for this scenario for the other units, which were considered inefficient in both analyses: Amapá and Northern Pará, Bahia, Guamá-Tocantins, Southern Interior, Eastern Roraima, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais and Espírito Santo, Pernambuco, Porto Velho, Rio Tapajós, Xavante, Xingu and Yanomami. It was possible to advance towards pointing out which would be the most similar DSEIs, and thus can serve as benchmarking for the less efficient ones. We conclude that the health policies reflect a social, legal victory, where everyone was included, that is, a policy that also contemplated the specificities of each people, which means including the welfare of the indigenous population. But, despite the fact that the National Policy for Health Care for Indigenous Peoples (Pnasp) was implemented more than 20 years ago, after all this time, the health of these peoples still reveals the need to seek to work in an integrated and shared way in order to ensure the right to health.

Keywords: indigenous health; public policies; budget execution; DEA.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Ciclo das Políticas Públicas	30
Figura 2 – Mapa dos DSEIs.....	43
Figura 3 – Resumo do Fluxo DSEI x CASAI	45
Figura 4 – Comparação entre as fronteiras dos modelos CCR e BCC	51
Figura 5 – Modelos matemáticos e o tipo da eficiência calculada	52
Figura 6 – Formulação do modelo BCC – VRS.....	53

LISTAS DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – DSEIs ineficientes	62
Gráfico 2 – Fronteira de eficiência	63
Gráfico 3 – Eficiências nas DMUs nos de 2019 e 2022	67
Gráfico 4 – DMUs relacionadas	71
Gráfico 5 – DMU eficientes x DMU ineficientes.....	73
Gráfico 6 – Execução por DMU 2019	76
Gráfico 7 – Execução por DMU 2019 – mais efetivas.....	77
Gráfico 8 – Execução por DMU 2019 – menos efetivas.....	77
Gráfico 9 – Execução por DMU 2020.....	79
Gráfico 10 – Execução por DMU 2020 – mais efetivas.....	80
Gráfico 11 – Execução por DMU 2020 – menos efetivas.....	81
Gráfico 12 – Execução por DMU 2021.....	83
Gráfico 13 – Execução por DMU 2021 – mais efetivas.....	84
Gráfico 14 – Execução por DMU 2021 – menos efetivas.....	85
Gráfico 15 – Execução por DMU 2022.....	87
Gráfico 16 – Execução por DMU 2022 – mais efetivas.....	88
Gráfico 17– Execução por DMU 2022 – menos efetivas.....	89
Gráfico 18 – Execução média por DMU 2019 a 2022 – mais efetivas	90
Gráfico 19 – Execução média por DMU 2019 a 2022 – menos efetivas	91
Gráfico 20 – Valores aplicados em saúde indígena entre 2019 e 2022	96

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Conceito de políticas públicas segundo a literatura.....	22
Quadro 2 – Exemplos de políticas públicas e ações de serviços de saúde	26
Quadro 3 – Ações e serviços de políticas públicas de saúde indígena	39
Quadro 4 – Manifestações: teor, número do registro e data de cadastro	47
Quadro 5 – População indígena, área territorial e densidade demográfica	48
Quadro 6 – Categorias, <i>inputs</i> e <i>outputs</i>	54
Quadro 7 – DMUs por localização	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Profissionais, estabelecimentos, habitantes e repasse aos convênios	58
Tabela 2 – Médias dos indicadores de saúde indígena	60
Tabela 3 – DSEIs ineficientes	61
Tabela 4 – Eficientes	63
Tabela 5 – Ineficientes	64
Tabela 6 – Médias dos desempenhos anuais – ineficiências	65
Tabela 7 – Eficiências nas DMUs nos de 2019 e 2022	66
Tabela 8 – Repetições	68
Tabela 9 – DMUs relacionadas	69
Tabela 10 – DMU eficientes x DMU ineficientes	72
Tabela 11 – Execução orçamentária	74
Tabela 12 – Execução por DMU 2019	75
Tabela 13 – Efetivas (+) ano 2019	76
Tabela 14 – Efetivas (-) ano 2019	76
Tabela 15 – Execução por DMU 2020	78
Tabela 16 – Efetivas (+) ano 2020	80
Tabela 17 – Efetivas (-) ano 2020	80
Tabela 18 – Execução por DMU 2021	82
Tabela 19 – Efetivas (+) ano 2021	84
Tabela 20 – Efetivas (-) ano 2021	84
Tabela 21 – Execução por DMU 2022	86
Tabela 22 – Efetivas (+) ano 2022	88
Tabela 23 – Efetivas (-) ano 2022	88
Tabela 24 – Execução média 2019 a 2022 – mais efetivas	89
Tabela 25 – Execução média 2019 a 2022 – menos efetivas	90

LISTA DE SIGLAS

AIS	Agentes Indígenas de Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
BCC	Banker, Charnes e Cooper
CASAI	Casa de Apoio à Saúde Indígena
CCR	Charnes, Cooper e Rhodes
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CISI	Comissão Intersetorial da Saúde Indígena
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
Covid-19	<i>Corona Virus Disease 2019</i>
CPP	Curva de Possibilidade de Produção
CRS	<i>Constant Returns to Scale</i>
DEA	<i>Data Envelopment Analysis</i>
DMU	<i>Decision-Making-Units</i>
DSEIs	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
EAPs	Equipes de Atenção Primária à Saúde
EMSI	Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
Funai	Fundação Nacional dos Povos Indígenas
LAI	Lei de Acesso à Informação
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MS	Ministério da Saúde
MSD	Módulo Sanitário Domiciliar
MVPI	Mês de Vacinação dos Povos Indígenas
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PIB	Produto Interno Bruto
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNS	Plano Nacional de Saúde

PPA	Plano Plurianual
RAS	Rede de Assistência à Saúde
SasiSUS	Subsistema de Saúde Indígena
Sesai	Secretaria de Saúde Indígena
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UTIs	Unidades de Terapia Intensiva
VRS	<i>Variable Returns to Scale</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	OBJETIVOS.....	18
1.1.1	Objetivo geral	18
1.1.2	Objetivos específicos.....	18
1.2	JUSTIFICATIVA.....	19
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
2.1	POLÍTICAS PÚBLICAS	21
2.1.1	Conceito de políticas públicas	22
2.1.2	Tipos de políticas públicas	23
2.2	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	23
2.2.1	Planejamento de saúde e o ciclo de políticas públicas.....	28
2.2.2	Avaliação de políticas públicas.....	30
2.2.3	Políticas públicas de saúde em outros países	31
2.3	ORÇAMENTO PÚBLICO.....	33
2.3.1	Orçamento público de saúde	34
2.3.2	Execução orçamentária de saúde.....	36
2.4	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE INDÍGENA.....	38
2.4.1	Saúde indígena em outros países.....	40
2.4.2	Gestão da saúde indígena no Brasil.....	41
3	MÉTODO.....	46
3.1	TIPO DE PESQUISA.....	46
3.2	OBTENÇÃO DOS DADOS	46
3.3	CENSO DA PESQUISA	47
3.4	TRATAMENTO DE DADOS	49
4	RESULTADOS.....	58
4.1	<i>INPUTS</i>	58
4.2	<i>OUTPUTS</i>	60
4.3	DESEMPENHO DOS DSEIS.....	61
4.3.1	Resumo dos pares	68
4.3.2	Benchmarking para os distritos indígenas.....	72
4.4	EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA.....	74

4.5	DISCUSSÃO.....	91
5	CONCLUSÃO	98
	REFERÊNCIAS	102

1 INTRODUÇÃO

As necessidades e fragilidades dos cidadãos aliadas aos direitos da sociedade são superadas e garantidas por meio de políticas públicas (SOUZA, 2002). Assim, políticas públicas são os mecanismos que o poder público encontra para atuar junto aos planos de governo e operacionalização das ações e atividades do bem social (FONSECA, 2016). Um dos objetivos das políticas públicas é atingir resultados a partir de demandas da sociedade, nas áreas de educação, saúde, desenvolvimento social, entre outros (AZEVEDO *et al.*, 2021).

Sobre políticas públicas no contexto internacional, Secchi (2020) relata que esta é considerada uma ciência política nos Estados Unidos da América (EUA). Já Farah (2011) explica que a ciência política ajudou a administração política, permitindo aproximação de ambas. Porém, em 1950 a política pública começa a ser objeto de estudo, mas só é impulsionada com o rompimento entre a administração e a política. Já na Europa, ela nasce a partir de estudos das teorias que tentam explicar o poder público e seus papéis. Isto é, o Estado enquanto protagonista na construção eficiente de políticas públicas, além dos vários atores que fazem parte do processo, tais como os formuladores, os tomadores de decisão, os executores etc. (SOUZA, 2002).

Enquanto no território brasileiro, Brasil e Capella (2016) mencionam que as políticas públicas têm sido mais pesquisadas em relação às áreas específicas, como por exemplo: saúde, educação, meio ambiente, segurança. O que se infere é a existência de um vasto campo de pesquisa sobre políticas públicas a serem abordadas. Resgatando alguns aspectos políticos do país, os mencionados autores consideram que o término da ditadura militar e a redemocratização muito contribuíram para que a sociedade conseguisse ter voz, e participação em movimentos que atuaram na formulação das políticas públicas sociais. Não permitindo, dessa forma, que as referidas políticas fossem concentradas apenas nas fases de agenda prioritária de governo, mas também na sua implementação e avaliação.

Farah (2016) considera que as políticas públicas no Brasil não aconteceram tendo como base estudos e pesquisas sobre o assunto; não foi institucionalizada por meio do conhecimento ou criação de cursos para formar especialistas na área. Mas se apresentam com uma iniciação prática a partir da organização de movimentos, de grupos militantes de uma determinada causa e com uma agenda independente do poder público. Então, segundo o autor, a pesquisa veio a reboque das iniciativas sociais.

Especificamente falando das políticas públicas de saúde, elas tiveram origem em movimentos sanitaristas espalhados pelo mundo. Essa expansão chegou até à América Latina por meio de uma rede de instituições comandadas pelos EUA desde 1902, as quais funcionaram como uma conexão sanitária internacional, de onde foram destacados os pressupostos e estratégias de atuação no setor (LABRA, 1985).

No Brasil, esse movimento teve seu auge em 1986, resultando em um modelo mais estruturado de saúde, que foi plasmado dois anos depois na Carta Magna de 1988, onde ficou declarada a saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988). A partir desse momento percebe-se que muitas políticas, projetos e ações dessa área se desdobraram no país (MENDES, W. *et al.*, 2021). Monteiro (2022) explica que a implementação de políticas públicas no território brasileiro se fortaleceu e a partir da Constituição Federal de 1988 foi prevista a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo decretada em lei no ano de 1990.

Apesar de ter sido berço do movimento sanitarista na América Latina, cabe mencionar que nos EUA não existe um sistema universal de saúde (GARCIA; GONÇALVES, 2020). Seu destaque se concentra no setor privado, enquanto no Brasil a prevalência é a do setor público, porém com fragilidades nas origens de recursos para manutenção do SUS (PERGORARO, 2013). Na União Europeia, a saúde é universal, e contempla um sistema de proteção social, sendo parte dos direitos humanos e dever do Estado (GARCIA; GONÇALVES, 2020).

Secchi e Zappellini (2016), estudando políticas públicas na visão de autores de referências, como Arretche (2003) e Pacheco (2003), perceberam que existem poucos estudos analíticos sobre o tema, e que as avaliações realizadas não utilizaram o tempo necessário para análises aprofundadas, apesar de sua importância para gestão de um país.

Souza (2002) menciona que algumas vezes as entregas da gestão são impostas, outras vezes é um meio que o governo encontra para definir sua agenda para programas, projetos e ações mais eficientes para comunidade, otimizando, dessa forma, os recursos do orçamento. Mendes, W. *et al.* (2021) ressaltam que o fluxo da política pública não é estático, visto que a construção da agenda é com base na situação real do cenário. Isso tende a fragilizar a base da Carta Magna de 1988, que trata sobre políticas públicas voltadas para a inclusão de forma democrática e universal.

Considerando que essas políticas para serem implementadas e executadas necessitam do fator econômico, assim, o orçamento público, que também é considerado uma política de grande importância, custeia a aplicação das demais políticas do ente federado. O orçamento, de

forma planejada dimensiona e aloca os recursos, derivados de impostos e receitas diversas. Daí sua importância para o equilíbrio das contas públicas que proporciona identificar as prioridades do governo, perante as políticas públicas para sociedade (BRASIL, 2022c).

As áreas de educação e saúde possuem imposição legal de gastos, conforme o artigo 212 da Constituição Federal (BRASIL, [2020]). Beirão e Leite (2019) mencionam que, ao indicar o volume de gastos, a Lei estabelece que deve haver um conjunto de ações com vistas a melhorar os setores estratégicos. Contudo, mesmo havendo essa imposição, alguns entes federados podem não cumprir essa meta para a destinação de recursos.

No Brasil, entre 2018 e 2021, as despesas com saúde consumiram: 4,61% (2018), 4,8% (2019), 4,72% (2020) e 4,55% (2021) do orçamento da União, sendo que em 2020 e 2021 esses valores superaram a previsão orçamentária para o setor, em função da crise sanitária provocada pelo *Corona Virus Disease 2019* (Covid-19) (BRASIL, 2022a).

Verploegh, Budding e Wassenaar (2022) relatam que já há um comprometimento e planejamento da sociedade e gestão pública com as políticas públicas, perseguindo os objetivos políticos, demonstrando a transparência dos recursos públicos dos cidadãos, e até mesmo, como estão sendo utilizados. Esses autores também comentam sobre um fator importante na melhoria na aplicação dos recursos públicos que vem acontecendo há mais de cinquenta anos, que é a gestão orçamentária. Estabelecer políticas que reduzem despesas muitas vezes tendem a ser prioridades das agendas de muitos países, estados e municípios, com ressalva àqueles em crescimento (SOUZA, 2002).

Robinson e Brumby (2005) comentam que o planejamento orçamentário visa aperfeiçoar os resultados da gestão para com a sociedade e garantir a sustentabilidade fiscal. Os autores mencionam que Austrália, Nova Zelândia, EUA e Reino Unido foram os países que mais passaram por reformas orçamentárias. Isso ocorreu para que a alocação de recursos das ações e programas do governo resultassem em melhores entregas. Assim, Mazon *et al.* (2018) relatam que a eficiência na utilização dos recursos públicos é um dos pontos críticos para que se tenha bons resultados na saúde pública. Isso acontece, pois como afirmam Baptista *et al.* (2012), a maior rubrica no orçamento federal brasileiro é o da Previdência e a segunda rubrica é a do Ministério da Saúde (MS), gestor do SUS.

No Brasil, o orçamento da saúde é alocado em função de diferentes políticas públicas. Para este estudo, será considerada a política que trata da saúde indígena. Diante de algumas peculiaridades e especificidades, o MS criou a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), instituída pela Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002. Ela objetiva

garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Para que se cumpram as diretrizes da referida política são necessárias ações voltadas para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garantam aos indígenas o exercício de sua cidadania e a expressão de suas culturas (BRASIL, 2002).

O destaque para o Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS) é que ele se configura como um arranjo de serviços implantado em terras indígenas ou locais de referência, a partir de critérios geográficos, demográficos, culturais e de necessidade de saúde. Composto por 34 (trinta e quatro) Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), que executam ações de atenção primária e vigilância de saúde para a população indígena (BRASIL, 2020; SILVA *et al.*, 2016).

Existem ações para cuidados com a saúde indígena no Plano Nacional de Saúde 2020-2023, com dados que demonstram que a saúde indígena vem melhorando seu desempenho em alguns aspectos, nos últimos anos. Como exemplo de estratégia, tem-se: aumentar a porcentagem de pessoas vacinadas, o Mês de Vacinação dos Povos Indígenas (MVPI), a Operação Gota (vacinação em áreas de difícil acesso geográfico), entre outras (BRASIL, 2020).

Considerando que os dados de desempenhos dos DSEIs são diferentes, conforme boletins epidemiológicos e de execuções orçamentárias disponíveis no site da Secretaria de Saúde Indígena no ano de 2022, e que há desafios para a implementação de políticas públicas eficientes e aprimoramento da utilização dos recursos orçamentários na saúde indígena, formula-se a seguinte questão-problema: qual a eficiência dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) quanto à execução das políticas públicas de saúde e orçamento público?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Avaliar o nível da eficiência técnica e orçamentária do desempenho entre os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, nos anos de 2019 a 2022.

1.1.2 Objetivos específicos

- a) Aferir o desempenho dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no alcance das metas dos indicadores de saúde indígena e atendimentos;

- b) Identificar os Distritos Sanitários Especiais Indígenas de melhores desempenhos;
- c) Avaliar a efetividade da execução orçamentária dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

1.2 JUSTIFICATIVA

Entende-se que medir o desempenho é importante para o alcance de melhoria de resultados. Cardoso *et al.* (2020) mencionam que, nas últimas décadas, melhorar o desempenho humano e organizacional tem sido uma questão de destaque na gestão pública e que no Brasil o ensino e a pesquisa relacionados à temática ainda sofrem com uma defasagem de 10 (dez) anos em relação aos países desenvolvidos.

Apesar de várias ações estratégicas para melhorar a qualidade de vida dos indígenas, cabe ressaltar que o fator saúde depende que outros fatores como ambiente, saneamento, infraestrutura estejam em boas condições para que a recorrência de doenças crônicas, desnutrição e suas agudizações não prevaleçam no ambiente dos indígenas (SOUSA, 2020).

A partir dessas afirmações, busca-se identificar quais DSEIs foram mais eficientes, usando como parâmetros de *input* o emprego de recursos, e como *output* a melhoria de índices de saúde indígena. Com isso pretende-se conhecer possíveis práticas de gestão que proporcionaram maior desempenho, práticas essas que poderão ser implementadas por outros distritos na busca de melhores resultados.

Pinto (2022) após estudo sobre orçamento por desempenho na saúde indígena sugeriu desenvolvimento de novas pesquisas e utilização de técnicas como a Análise Envoltória de Dados para análise dos resultados com elementos ponderados, tais como os aspectos do custo histórico e densidade demográfica.

A escolha do período pesquisado adveio da disponibilidade de dados mais atualizados, no qual permitiu-se analisar informações qualificadas e que contemplavam todos os 34 (trinta e quatro) DSEIs.

A presente pesquisa preenche as lacunas de informações sobre o desempenho dos DSEIs na prestação de saúde aos povos indígenas e contribui à Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde (MS) e aos órgãos de controle no fornecimento de informações para a aplicação dos recursos públicos de forma mais eficaz e integrada para o atingimento das metas das políticas públicas de saúde indígena.

Assim, a viabilidade do trabalho constata-se pelas várias publicações sobre o tema políticas públicas e orçamento público, bem como a possibilidade de acesso às informações por meio da Lei nº 12.527/2011 – Lei de Acesso à Informação (LAI).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo serão discorridos os estudos científicos referentes às políticas públicas e o orçamento público, tais como: políticas públicas em saúde, saúde indígena em outros países, execução orçamentária.

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS

A política vai além do parlamento, do governo, ou do ato de votar; ela faz parte da argumentação e debate dos temas e problemas públicos para implantações de estratégias que atendam às necessidades sociais (ORTEGA, 2020).

Considerando o que foi mencionado por Ortega (2020), infere-se que as ações de interesse público surgem a partir de discussões em grupos sociais, perpassando por consenso dos mesmos até às instâncias governamentais, para possível consolidação e implementação.

Dowbor, Carlos e Albuquerque (2018) relatam que o início das políticas públicas acontece a partir de provocações da sociedade, uma vez que as necessidades da população são existentes e muitas vezes não têm respostas do Estado. Com isso um certo movimento social é estabelecido, o qual exigirá prioridades e olhares do poder público de forma organizada.

Políticas Públicas ou *policy analysis* como é conhecida nos EUA, país que deu origem e disseminou a ideia de ações e implementações da temática por volta do século XX. Naquele momento os EUA passavam por enaltecimento do conhecimento das ciências públicas, como forma de contribuir para tomar decisões mais assertivas nas ações governamentais (SECCHI, 2020).

As políticas públicas no Brasil compreendem fatores de diversas temporalidades do passado, presente e tendências futuras, porém o protagonista do processo que entrega as políticas públicas, é o governo (BRASIL; CAPELLA, 2016). Os serviços ou produtos entregues à sociedade como resposta das ações do governo se dá a partir da inovação social, forma que o estado encontra de ser resolutivo para suprir as necessidades sociais (DOWBOR; CARLOS; ALBUQUERQUE, 2018).

Segundo Patias e Santos (2022), os movimentos sociais são provocadores de mudança, que agem de modo a amenizar os problemas da sociedade não percebidos ou supridos pelo Estado.

McCarthy e Zald (2017) relatam que organização desses movimentos nascem a partir da insatisfação do coletivo, indivíduos aderentes, de uma área que se encontra fragilizada ou com insuficiência de gestão pública. Estes autores apresentam ainda que, os membros dos movimentos sociais compartilham de ideologias comuns e são capazes de solidificar suas necessidades, em demandas para o poder público.

2.1.1 Conceito de políticas públicas

Existem vários estudos, pesquisas e trabalhos sobre o tema, assim, para melhor compreender os conceitos em uma ordem cronológica, apresenta-se o Quadro 1.

Quadro 1 – Conceito de políticas públicas segundo a literatura

Autores	Conceitos
Abers, Silva e Tatatgiba (2018)	Produto de organizações da sociedade que buscam cobertura numa determinada área (educação, saúde, ambiente), no qual apresenta necessidades coletivas.
Mastrodi e Ifanger (2019)	Atuação do governo que visa a promoção e garantia dos direitos dos cidadãos, ou seja, oferta de serviços que atendam às necessidades da sociedade.
Secchi (2020)	Políticas públicas aborda duas vertentes que são: problema público e a política pública, o primeiro diz respeito como se encontra determinada situação da comunidade com a variáveis que fogem do controle da comunidade; já o segundo trata sobre o meio utilizado para controlar ou amenizar os riscos das variáveis que incomodam e prejudicam o coletivo.
Rosa, Lima e Aguiar (2021)	Ações que o Estado desenvolve de forma provocada ou não com objetivo de transformar a realidade social. Também pode ser vista como mecanismo com a finalidade de enfrentar impasses sociais.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Levando em conta os conceitos abordados pela literatura pesquisada (Quadro 1), infere-se que as políticas públicas podem ser consideradas como um tipo de resposta que o poder público dá para a sociedade, devido a alguma situação incômoda de uma realidade capaz de ser melhorada, por meio de estratégias governamentais efetivas. Outro fator importante sobre as políticas públicas são as capilaridades, as quais proporcionam ações voltadas para vários agrupamentos sociais, dependendo do tipo de política formulada e qual ou quais partes dela visam atender ao ser implementada.

2.1.2 Tipos de políticas públicas

Souza (2002) apresenta quatro tipos de políticas públicas: a) as distributivas que tratam da definição de estratégias pela gestão, não consideram os recursos disponíveis no orçamento; b) as regulatórias são de maior destaque, pois agrupa políticos, empresários, interessados; c) as redistributivas estão relacionadas a um grupo bem maior de pessoas; e d) as constitutivas abordam os métodos.

A política distributiva faz transferência de recursos de uma determinada comunidade específica para outra, enquanto que a política regulatória tem a finalidade de usar pouco recurso da gestão para sua implementação e execução (HERINGER, 2018). Muzzi (2014) chama atenção para as políticas regulatórias uma vez que é uma forma de o Estado limitar o comportamento da sociedade, porque geralmente são compostas de orientações legais/normativas cabíveis de punições. A política do tipo redistributiva é aplicada com o escopo de dar a um grupo da sociedade um determinado bem ou serviço, o qual foi retirado de outro grupo de maior poder aquisitivo, já a política constitutiva são protocolos que norteiam como a sociedade e o governo devem atuar, conforme o autor.

Diante das ponderações dos autores Souza (2002), Muzzi (2014) e Heringer (2018), em relação aos tipos de políticas públicas infere-se que não existe um tipo que contemple toda a sociedade, em algum programa estratégico seja de iniciativa social ou governamental uma parte da coletividade se sentirá excluída ou não beneficiada.

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Falar de políticas públicas de saúde é resgatar o movimento sanitarista, que foi um dos precursores para que os cuidados com a saúde se tornassem um direito de todos. Este movimento foi capaz de construir uma agenda para formulação de uma política forte e vital para a sociedade (FARAH, 2016). Soares (2018) apresenta o movimento sanitarista como um fator de pressão sobre a má gestão do poder público em relação à falta de atenção e promoção da saúde pública, já que muitas críticas aos cuidados e acesso à saúde de forma universal e igualitária foram feitas ao Estado. A mobilização para melhorar o processo sanitário e a higiene da sociedade era o fator principal para tornar o país moderno, pois preveniria e até mesmo eliminaria muitas doenças presentes nas comunidades.

O movimento sanitarista apoiado pela elite, políticos, sociedade civil, acadêmicos e professores tem todo esse escopo de união, pois existia a pretensão de modernizar o Brasil. Como alcançar tal objetivo com tantas desigualdades no cuidado com a saúde e mal-estar da população? Era momento de juntar forças e amenizar a disseminação de doenças, reduzir as epidemias melhorando os espaços sanitários, os quais, tempos depois, transformam-se em desafios e passam a ser problemas públicos, que deveriam ser tratados por meio de políticas públicas (SOARES, 2018).

De acordo com Escorel (1999), o movimento sanitarista foi uma forma de reflexão conjunta e inovadora que envolveu novos agentes sociais e políticos. Esses atores tinham ideias de mudanças, principalmente em relação à prestação de serviços de saúde para a classe assalariada, os trabalhadores formais, uma vez que estes tinham serviços de saúde de fácil acesso, na época. Dentre os membros do movimento sanitarista, cabe enfatizar os docentes e discentes das universidades, que colaboraram com pesquisas e estudos para a construção do conhecimento alusivo à situação de saúde com a realidade da sociedade, nesse período. A academia torna-se, assim, a base teórica para as transformações aspiradas pelo movimento.

Considerando as aspirações, desejos e necessidades dos movimentos sociais em atender os objetivos coletivos para uma melhor cobertura, e acesso aos cuidados com as pessoas de forma igualitária, o movimento sanitarista desponta, então, como exemplo de movimento social. Para Paim (2008), o movimento sanitarista brasileiro foi um movimento no qual as pessoas se uniram para criticar a saúde no período militar. Por seu caráter social, passou por várias fases e não foi concluído. Tal movimento impulsionou políticos, classes sociais, classes profissionais de forma articulada e consolidada.

A saúde constante na Constituição federal de 1988 passou a ser considerada um direito social, garantida sua execução por meio das políticas públicas de saúde e econômicas. A Lei n.º 8.080 de 1990 que regulamenta a saúde no Brasil como um sistema único, por meio de ações e serviços de saúde para assegurar o bem-estar físico, emocional e social dos cidadãos. A referida lei contempla as diretrizes, destacando-se: integralidade, universalidade, equidade, dentre outras (BRASIL, 1990).

O Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto política geral que visa proporcionar melhor qualidade de vida da população, é coordenado no nível federal pelo Ministério da Saúde; no nível estadual, pelas Secretarias de Estado da Saúde e no nível municipal pelas Secretarias Municipais de Saúde, sendo que cada ente possui suas competências e atribuições. Outros atores participam da operacionalização da saúde de forma articulada, integrada e compartilhada, estes

se fazem presente nos espaços colegiados, por meio de pactuações e deliberações, que são: as Comissões Intergestoras Tripartite (CIT); Comissão Intergestores Bipartite (CIB); Comissões Intergestoras Regionais (CIR); e os Conselhos de Saúde (BRASIL, 1990).

O SUS é uma estratégia de grande relevância, com complexidades peculiares de cada região do país, destinado a resolutividade dos acometimentos de doenças, além de cuidar com métodos preventivos de casos epidemiológicos nos territórios. Diante disso, a Rede de Assistência à Saúde (RAS) surge como algo construtivo e como uma peça regulatória, proporcionando acesso à saúde aos cidadãos como direito universal (RODRIGUES; SOARES; BEZERRA, 2021).

Rodrigues, Soares e Bezerra (2021) comentam que cuidados da saúde pelo poder público é uma grande vitória da sociedade conquistada e mantida como dever do poder público. Já Mendes, W. *et al.* (2021) mencionam que a origem dessa política de saúde: SUS se originou a partir da medicina preventiva. Como estratégia de antecipar os cuidados a certas doenças em que muitas vezes a relação custo versus benefício é menor do que os níveis de assistência da média e alta complexidade. Monteiro (2022) diz que políticas de saúde são projetos ativos que foram decididos e tiveram sua implementação realizada pela gestão governamental. Vale ressaltar o envolvimento da população direta ou indiretamente, e das instituições privadas, ambas com a finalidade de assegurar seus direitos, seja para diversos grupos da sociedade: culturais, econômicos, entre outros.

Já Almeida *et al.* (2017) reforçam o termo políticas públicas de saúde como um agrupamento de ações estratégicas, voltadas para enfrentar as doenças, que o poder público decide implementar, no qual os desafios de saúde são combatidos. Para exemplificar esta política de saúde, tem-se o SUS. A saúde pública no Brasil se desdobra em várias políticas, programas, ações e serviços de saúde direcionados para assistência e cuidado da população, de acordo com o diagnóstico situacional do território (BRASIL, 1990). Tais estratégias iniciaram-se a partir da mobilização sanitária, e permitiram acesso a todos os povos, como: portadores de necessidades especiais, saúde da mulher, saúde da criança, saúde do homem, cuidados com idoso, população indígena, dentre outros.

Tofani *et al.* (2021) explicam que a saúde tem como forma de organização as RAS coordenando a Atenção Primária de Saúde (APS) operando para que a execução das ações e serviços de saúde sejam efetivados de forma integrada e, ao mesmo tempo, esta funciona a partir da descentralização dos recursos, municipalização e regionalização. Diante disso, cabe

apresentar algumas políticas públicas e ações de serviços de saúde existentes no país, suas abordagens, objetivos e beneficiários, conforme o Quadro 2.

Quadro 2 – Exemplos de políticas públicas e ações de serviços de saúde

Políticas Públicas	Objetivo	Beneficiários	Fonte de Informação
SUS	Tem a finalidade de promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como organizar o funcionamento das ações e serviços de saúde em todo o país.	População	Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.
PNASPI	Proteção, promoção e recuperação da saúde dos povos indígenas	População Indígena	Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002.
Programa Nacional de Imunização (PNI)	Elevar a qualidade de vida da sociedade por meio da prevenção de doenças. O PNI foi instituído em 1975 e é um dos maiores do mundo.	Público alvo das campanhas	Programa Nacional de Imunização.
Estratégia de Saúde da Família (ESF)	Tem como finalidade promover a ampliação e a resolutividade da atenção primária de forma integrada e planejada. Faz parte do Plano Nacional de Saúde (PNS) (2020-2023), esta estratégia contribui de forma ativa para o alcance da população coberta por sua equipe.	População do território	Programas Estratégia Saúde da Família.
Rede Cegonha	Proporcionar uma rede de cuidados que dá à mulher o direito à gravidez de forma planejada e ter atenção humanizada durante a gestação, ao parto e ao puerpério. Também protege a criança para o nascimento de forma segura e o crescimento saudável.	Mulheres grávidas e bebês	Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.
Informatiza APS	Permitir que as ESFs e as Equipes de Atenção Primária à Saúde (EAPs) sejam informatizadas para que os dados da saúde nos territórios sejam qualificados.	Equipes de Saúde da Família/APS	Portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2019.

Fonte: Adaptado de Brasil (1990, 2002, 2003, 2011a, 2011b, 2017a, 2019, 2022d).

Rodrigues, Soares e Bezerra (2021) nas discussões de seus estudos mencionam que o sistema de saúde público do Brasil, observado a partir dos movimentos da reforma sanitária, se apresenta como uma metodologia sistematizada que passa por diversos aprimoramentos, adaptações dos mais variados cenários, sejam econômicos, financeiros ou sociais. E como exemplos estão algumas políticas, programas e ações originadas da reivindicação ou necessidade da população, tendo como uma das finalidades fortalecer a atuação da atenção primária no país.

Tofani *et al.* (2021) explicam que o MS ao implantar as redes de atenção em 2011 permitiu que a política de saúde tivesse uma reorganização de suas ações e serviços de saúde, provocando alterações na operacionalização do cuidado com a saúde para com o usuário, por meio das redes temáticas, como exemplo: Rede Cegonha, Rede de Doenças Crônicas, Rede de Urgência e Emergência etc.

Cada rede tem sua orientação normativa de implementação, a Portaria n.º 1.459 de 2011 institui a Rede Cegonha, que é o arranjo de cuidados com a saúde da mulher e do bebê. Referida rede possibilita à família o planejamento de reprodução e assistência humanizada durante a gravidez, na hora e após o parto. O bebê também é assistido de forma que possa nascer com segurança e se desenvolva saudavelmente (BRASIL, 2011a).

A Rede Cegonha, assim como as demais redes, objetiva reduzir os indicadores específicos de mortalidade no país. No caso da rede que tem a finalidade do cuidado materno e infantil, esta apresentava índices elevados tanto numa comparação interna, entre os estados, quanto externamente, comparado com os países desenvolvidos. Este foi um dos motivos de sua criação pelo SUS (BRASIL, 2011a).

Tofani *et al.* (2021) tratam a implementação das redes como complementações de outras ações e serviços de saúde, seja do nível primário, secundário ou terciário, levando em conta que a estrutura, os fluxos dos processos e o cuidado com o bem-estar estão centrados nos pacientes e profissionais de saúde.

Outra estratégia de saúde de sucesso é o PNI, que foi criado no ano de 1973 pelo MS, cuja finalidade é organizar, de forma coordenada, as atividades de imunizações. Apenas no ano de 1975 é que o PNI se torna institucional nos níveis: nacional e internacional, e assim a disseminação da estratégia do programa se ampliava ao mesmo tempo que, tal integridade, proporciona a utilização dos imunizantes (BRASIL, 1975, 1976).

As ações de vacinação deram forças para o PNI e em 1980 aconteceu a 1ª Campanha Nacional de Vacinação Contra Poliomielite, onde a meta era vacinar as crianças menores de 5 (cinco) anos em único dia. A ocorrência do último caso de poliomielite no Brasil se deu no estado da Paraíba, em março de 1989 (BRASIL, 1975). Percebe-se, portanto, que cada ação ou serviço de saúde, estruturados e organizados, com base na execução da saúde e rede se torna mais fácil de entender o percurso do fluxo ao qual o usuário do SUS precisa percorrer, para ter acesso aos cuidados.

2.2.1 Planejamento de saúde e o ciclo de políticas públicas

Chai e Pereira (2016) comentam que o processo de planejar a saúde é primordial para a execução das políticas públicas, considerando os princípios e diretrizes já previstos pela Constituição Federal, e diante disso, alcançar os objetivos propostos, que é dar acesso e assistência de saúde de qualidade.

Ressalta-se que a Portaria n.º 699, de 30 de março de 2006 é um dos instrumentos que define sobre como deve ser o planejamento de saúde, que é articulado e integrado junto aos três entes: Federal, Estadual e Municipal (BRASIL, 2006). Assim, a cogestão, parceria e corresponsabilidade precisam estar bem estruturadas, para que o planejamento de saúde seja efetivo.

Com a descentralização, passou-se a autonomia para que cada ente faça seu planejamento de saúde, pois estes conhecem suas necessidades, pelo fato da proximidade de seus cenários e são eles que farão a gestão das ações e serviços de saúde com os recursos disponíveis (CHAI; PEREIRA, 2016).

O Manual de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) traz em seu escopo que o processo de planejamento de saúde se respalda na conformação dos entes federados, onde cada um tem competências tendo em vista suas especificidades, e que são estimulados a utilizar tal ferramenta, de acordo com a regionalização de saúde no território (BRASIL, 2016a).

O planejamento do SUS tem por base sete princípios, que são: a) ser uma ferramenta obrigatória aos entes e utilizada de forma continuada; b) ser integrado ao planejamento governamental; c) deve obedecer as pactuações entre os entes; d) precisa ser acompanhado, monitorado e avaliado; e) precisa priorizar as necessidades de baixo para cima, dos municípios até o nível federal; f) deve permitir a transparência das ações e serviços de saúde com suas respectivas execuções; e g) verificar o diagnóstico de cada território (BRASIL, 2016a).

Ao falar do princípio do planejamento no SUS e sua integração ao planejamento governamental sua importância se deve ao fato de que planejar requer pensar em recursos, logo, é necessário refletir sobre orçamento. Por isso os instrumentos de planejamento – Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatórios de Gestão – estão presentes nos Instrumento de Planejamento do Governo – Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA) (BRASIL, 2016a).

A Portaria de Consolidação n.º 4, de 28 de setembro de 2017, art. 94, inciso V versa sobre a importância da integração entre os instrumentos de planejamento da saúde: Plano de

Saúde, com vigência de quatro anos, no qual se desdobra em: Programações Anuais de Saúde, Relatórios de Gestão. Já os instrumentos de gestão do governo, que são o Plano Plurianual, também com vigência de quatro anos, que se desdobra em leis como: Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual. É importante mencionar que estes instrumentos são elaborados para cada ente, por seu gestor e equipe (BRASIL, 2017b).

Essa mesma orientação legal versa que instrumentos de planejamento de saúde integram-se em sequência, formando um processo cíclico para operacionalidade do conjunto do SUS, lembrando, no entanto, que o plano de saúde precisa ter como base o Plano Plurianual (BRASIL, 2017b).

Assim como o plano de saúde obedece aos prazos do PPA, a programação anual de saúde também deve seguir prazos para ser elaborada e validada pelo gestor e conselho, antes da LDO e LOA, pois nestes instrumentos de gestão do governo deverão constar recursos para o que foi previsto para a saúde de cada ente (BRASIL, 2017b).

Quanto ao resultado do processo de planejamento de saúde é o que se chama de Plano de Saúde. Quando construído na esfera federal é o PNS; a nível de Estado, é o Plano Estadual de Saúde e no Município, é o Plano Municipal de Saúde (BRASIL, 2021).

O PNS é a ferramenta estabilizadora que resulta do planejamento e perpassa pelo acompanhamento, monitoramento e avaliação das políticas e programas do SUS. Neles estão definidas as diretrizes, objetivos, metas e indicadores que são prioridades para sua vigência de quatro anos (BRASIL, 2020).

Desse modo, no PNS constam as políticas públicas de saúde que, por sua vez, obedecem a um ciclo, sendo que suas etapas são interdependentes, e nenhuma, independente da ordem, é mais importante do que a outra, para o processo ser consolidado. Essas são compostas por fases ou etapas que formam o ciclo. Sobre a fase de implementação, esta resgata conhecimentos, métodos e teoria das áreas da ciência política e da administração pública, ambas motivadas pelo Direito e a Sociologia, as quais apresentam estudos recentes (LOTTA, 2019).

Segundo Lotta (2019), as pesquisas e estudos são mais voltadas para a fase de implementação, ainda que de forma tímida. Desde os anos de 2010 as fases das políticas públicas podem ser organizadas de modo sistematizado. Na Figura 1 observa-se o ciclo.

Figura 1 – Ciclo das Políticas Públicas



Fonte: Adaptado de Oliveira (2016).

Rosa, Lima e Aguiar (2021, p. 46) esclarecem cada fase do ciclo das políticas públicas da seguinte forma:

I - Agenda: momento em que situações percebidas como indesejáveis são transformadas em problemas sociais e disputam a atenção de atores que detêm os recursos para formular e implementar políticas públicas; II - Formulação das alternativas: quando as comunidades de políticas elaboram alternativas de políticas públicas; III - Tomada de decisão: fase da escolha entre as alternativas disponíveis; IV - Implementação: estágio de execução das políticas públicas e de sua adaptação aos contextos locais de ação; e V - Avaliação: atividades de produção de informações sobre a política e sua implementação.

Considerando a apresentação de Oliveira (2016) e a explanação de Rosa, Lima e Aguiar (2021) sobre as etapas de políticas públicas, é possível perceber o fluxo do processo: com entrada (necessidade ou problema) nos quais são processados e, conseqüentemente, a entrega da política para o bem-estar social. Essa passará por uma avaliação para apurar seus efeitos, tanto social quanto economicamente.

2.2.2 Avaliação de políticas públicas

Sanderson (2002) menciona que as políticas públicas quando avaliadas sem completar o ciclo, ultrapassando as etapas, só como forma de apresentar respostas rápidas do andamento e impactos da política, geralmente solicitada pela gestão para apresentação de resultados, tende a ser prejudicial aos resultados dos projetos ou programas, pois muitas vezes o período de implementação da política não é suficiente para passar por avaliação e dizer se tal política está sendo ou não efetiva para a sociedade ou público alvo.

A implementação das políticas, projeto-piloto nos EUA, costumam ser avaliadas de acordo com o tempo determinado na implementação e não para apresentação de resultados a partir de demandas eleitorais (SANDERSON, 2002). Este mesmo autor descreve que a avaliação analisa tanto os impactos quanto a implementação da referida política. Isso é realizado depois da periodicidade de experimentos, em que determinada análise responderá às questões: a política funciona? pode ser melhorada?

Heringer (2018) relata que as políticas públicas precisam ser aferidas de forma criteriosa, observando seus aspectos técnicos, já essas políticas com ênfase na área política, geralmente são frágeis. Tais critérios devem considerar também os aspectos técnicos para uma avaliação objetiva e quantitativa. Mendes, W. *et al.* (2021) comentam que fazer avaliação das políticas públicas não é fácil, principalmente, quando se trata da área de saúde, pois esta depende de outras áreas, como: educação, emprego, infraestrutura etc. Assim, deve adotar um método para todo o processo, e apurar como de fato este acontece na realidade.

Souza (2002) identifica um viés nos grupos focais, e argumenta que existem atualmente muitos formados no Brasil, apenas com a finalidade eleitoral. Trata-se das avaliações qualitativas, que se associam com outros tipos, como: pesquisa de opinião e surveys.

Segundo Figueiredo e Figueiredo (1986) são tipos de avaliação de Políticas Públicas: a) avaliação de processo, na qual mede-se a eficácia, isto é: se alcançou os objetivos, metas e indicadores propostos; e b) avaliação de impacto, cujo objetivo visa identificar se o público-alvo foi impactado.

Imas e Rist (2009) afirmam que um instrumento de avaliação que se baseie na eficácia da política, programa ou projeto proporciona melhores informações sobre o poder público e seu desempenho, pois contribui com os atores que formulam essas políticas, como os gestores e demais membros envolvidos. Uma vez que informam se os objetivos foram alcançados; demonstram se as ações provocaram melhorias ou não, podendo, nesses casos, os tomadores de decisão do poder público intervir ou não.

A fase de avaliação, enfatiza Sanderson (2002), não é nada mais que ter clareza de como está funcionando determinada política, se a sociedade tem acesso às ações e serviços e em quais condições. É válido considerar que os variados estudos sobre avaliação de políticas públicas de saúde, no contexto geral, constata a importância de uma avaliação técnica sem interferências políticas para que o resultado não seja comprometido.

2.2.3 Políticas públicas de saúde em outros países

Nos EUA não existe um sistema universal de saúde (GARCIA; GONÇALVES, 2020). O referido país tem destaque no setor privado da saúde, enquanto no Brasil a prevalência é a do setor público, porém com fragilidades na fonte de recursos para assegurar o SUS (PERGORARO, 2013). Na União Europeia a saúde é universal, contempla um sistema de

proteção social, uma vez que a saúde faz parte dos direitos humanos, e deve ser coberto pelo Estado (GARCIA; GONÇALVES, 2020).

Pinto, Garcia e Gonçalves (2020) explicam que nos EUA, o acesso à saúde para maior parte da população é feito através do setor privado. Sistema este que é criticado, por ser um país de alta renda e, quando comparado com o Brasil, possui um método público universal. Várias vezes o poder público tentou implantar o sistema de saúde, cita-se aqui o: “Obama Care”, que surgiu na gestão de Barack Obama. Este modelo funciona, mas é alvo de críticas e judicialização. Garcia e Gonçalves (2020) comentam que na Europa, muitos países têm o modelo privado, a exemplo da Alemanha. Em outros países, como Portugal, o modelo até prevalece, mas a população precisa pagar taxas, cujos valores não são relevantes. O governo financia parte do modelo, e a população outra parte. A França tem um sistema de saúde qualificado como um dos melhores da Europa, de boa qualidade e de acesso para todos, boa parte é financiado pelo próprio país. Já a Itália tem um modelo semelhante ao sistema do Brasil, onde os cidadãos podem fazer tratamentos gratuitos.

Uma pesquisa realizada no país de Gales, sobre saúde pública, encontrou respostas significativas referentes ao cuidado com as crianças, sugestão de mais recursos para saúde ao longo da vida e autocuidado do ser humano com a saúde, de forma consciente (SHARP *et al.*, 2020). Os autores mencionam que as tensões sobre a prestação de serviços de saúde podem ser diminuídas por meio de implementação e execução de atividades voltadas para o cuidado de modo mais atuante.

De acordo com Teixeira e Pungirum (2005) a saúde pública nas Américas é comprometida muitas vezes por falta de outros serviços, tais como: tratamento de águas e esgotos e fatores importantes para proteção da saúde populacional. Alguns países, como os da América Latina e Caribe, não desenvolvidos, resgatam doenças, como: diarreias, dengue, hepatite, leptospirose, dentre outras parasitoses, que poderiam ser amenizadas, mas reaparecem devido ao descuido com saneamento básico, crescimento urbano desordenado ou por falta de uma infraestrutura adequada. Como consequência, a mortalidade infantil aumenta.

Teixeira e Pungirum (2005) enfatizam que outro fator é a desnutrição em crianças, o que aumenta o risco de mortes, por meio de diarreias graves, principalmente em menores de cinco anos. Porém, quando ações e serviços de saúde são priorizados para este público, aumenta a tendência de melhorar tal indicador.

Os referidos autores também comentam sobre uma pesquisa realizada no Canadá para observar o grau de desigualdade de saúde e obteve como resultado, que tais ações e serviços de

saúde devem ser feitas com foco em crianças e idosos. Monteiro (2022) relata que o envolvimento da sociedade na elaboração das políticas públicas é reconhecido desde 2017, isso tem importância para que as necessidades da população sejam compartilhadas com o poder público e demais atores envolvidos no processo.

2.3 ORÇAMENTO PÚBLICO

O Orçamento público é fundamentado e concretizado pela construção do Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual, e pela sua execução de forma integrada com as políticas públicas da gestão (CREPALDI, 2017). O orçamento do ente federal contempla os programas sociais das diversas áreas, como: saúde, educação e segurança, por exemplo. Crepaldi (2013) menciona que orçamento público é a definição dos recursos que serão desembolsados para determinadas atividades.

A Constituição Federal de 1988 traz em seu arcabouço as leis orçamentárias do Brasil, que são: PPA, LDO e LOA. Cada ente precisa elaborar tais leis com base no que será previsto em cada área da gestão e periodicidade específicas (BRASIL, [2020]). O PPA é elaborado no primeiro ano do mandato, tem a temporalidade de quatro anos, e a partir deste são elaborados a LDO e LOA, contemplando os programas e ações orçamentárias e alocação dos recursos propostos no plano. Nesse sentido, convém uma observância para possíveis restrições ou limitações que possam impactar na implementação das políticas públicas de cada área (ABREU; OLIVEIRA, 2022).

Para Almeida e Costa (2019), o orçamento público faz parte do processo de planejamento que se desdobra nas leis orçamentárias, no qual uma trata da prevenção e a outra da autorização da utilização dos recursos públicos. As receitas devem estar previstas e as despesas fixadas. O PPA, LDO e LOA cabe ao executivo de todos os entes (Municípios, Estados, Distrito Federal e União) elaborar, uma vez que foram estes representantes da sociedade eleitos para ofertar serviços públicos de qualidade e uma gestão efetiva à população.

Santos, Nunes e Gomes (2018) comentam que o plano plurianual é o instrumento central do planejamento, considerado de longo prazo. Sua operacionalidade começa no segundo ano do mandato e termina no primeiro ano do mandato seguinte. Quanto aos prazos, o gestor deve enviar até 31 de agosto do seu primeiro ano de gestão, para aprovação do legislativo.

Os instrumentos de gestão têm grande relevância no momento de construção do orçamento, uma vez que por meio destes é que se adquire mais credibilidade, já que ações são

estratégicas e planejadas, a probabilidade de riscos é menor e, caso existam, tendem a ser gerenciados. A LOA faz a previsão de receita e fixação de despesa, orientada pelo PPA e LDO (ALMEIDA; COSTA, 2019).

Abreu e Oliveira (2022) explicam que cada setor, saúde, educação, meio ambiente, infraestrutura, dentre outros, fazem suas propostas e ajustes necessários de orçamento e enviam para o setor competente, o qual observará as orientações legais, quanto ao valor mínimo a ser aplicado determinado recurso, na respectiva área, origem do recurso a que se estima a receita, seguindo as recomendações para cada política pública do orçamento.

Almeida e Costa (2019) argumentam que o orçamento público é um dos impulsionadores para execução das ações e serviços públicos. Assim, de posse do que está disponível é que os gestores conseguem planejar seus objetivos e tomar decisões assertivas, podendo utilizar os recursos relativos ao que foi planejado. Não esquecendo que o processo de planejamento é primordial para construção de um orçamento transparente e preciso, tendo como consequência melhores resultados para os gestores e melhores entregas para a sociedade, proporcionando até mesmo mais transparência e credibilidade para o ente.

Abreu e Oliveira (2022) relatam como funciona o superávit no Brasil, porque os recursos recebidos e que não foram utilizados na despesa do exercício financeiro, em que foi autorizada a lei orçamentária, chama-se de superávit financeiro. Este poderá ser alocado para o exercício subsequente.

Em síntese, o orçamento público de acordo com os autores (ABREU; OLIVEIRA, 2022; ALMEIDA; COSTA, 2019) precisa partir de um planejamento bem elaborado, no qual as diretrizes, objetivos metas das ações e serviços públicos estejam bem alinhados e definidos com a alocação dos recursos de cada setor. Corroborando, dessa forma, para a execução das políticas públicas e cobertura da sociedade.

2.3.1 Orçamento público de saúde

É importante mencionar que a junção da política pública com o orçamento voltado para o desempenho apresenta resultados melhores pertinentes ao custo-benefício, ou seja, mais efetividade das prestações de serviços. Outro fator importante na melhoria dos recursos públicos e que vem acontecendo a mais de cinquenta anos é a gestão orçamentária (VERPLOEGH; BUDDING; WASSENAAR, 2022).

Verploegh, Budding e Wassenaar (2022) em seus estudos na Holanda sobre o orçamento e a respectiva alocação dos recursos públicos, nas políticas públicas, mencionam que se estes gerenciados de forma controlada agregam mais valor ao bem-estar da população. Já Nguyen (2007) explica que devido os cidadãos estarem mais conscientes a respeito dos gastos públicos, começaram a acompanhar as ações do poder público.

Um dos desafios de um país em relação a uma boa gestão orçamentária, efetiva e de qualidade é o conflito entre os poderes: legislativo e executivo (NGUYEN, 2007).

Robinson e Brumby (2005) comentam que o planejamento orçamentário tem vínculo com outras reformas do poder público, com a finalidade de aperfeiçoar as entregas para a sociedade e, ao mesmo tempo ,garantir a sustentabilidade fiscal.

A Austrália, Nova Zelândia, EUA e Reino Unido foram os países que mais passaram por reformas orçamentárias com o foco na execução de políticas públicas, com alocação de recursos baseado nas ações e programas do governo, gerando resultados mais eficazes (ROBINSON; BRUMBY, 2005).

Robinson e Brumby (2005) reforçam que um dos principais problemas, ao tratar de orçamento, é o acesso aos dados, diante disso o estudo se torna limitado quando é necessário apresentar informações de despesas e desempenho mais aprofundadas. E quanto às ações públicas, estas têm avaliação por pesquisa de opinião, tornando-se mais usual e subjetiva.

Pesquisas feitas por Mazon *et al.* (2018) autores que tratam de orçamento público de saúde apresentam que a falta de eficiência dos recursos públicos é um dos pontos críticos para obtenção de bons resultados na saúde pública. Estes autores também citam que o financiamento da saúde não é suficiente para a manutenção desta, já que os custos de saúde têm crescido de forma desproporcional aos investimentos.

Segundo Baptista *et al.* (2012), a saúde tem outra forma de receita de recursos, que é por meio de emendas parlamentares. Os autores, analisando o Plano Plurianual de 2004-2007, identificaram que as emendas para saúde são maiores do que as emendas para educação, meio ambiente, infraestrutura, dentre outras. Mendes, A. *et al.* (2018) mencionam que o orçamento da saúde tem aumentado, pois comparando os anos de 2002 e 2010, os autores enfatizam que 2002 foi três vezes menor que 2010. Baptista *et al.* (2012) explicam que a primeira maior rubrica é o da Previdência e a segunda rubrica é a do Ministério da Saúde, gestor do SUS. Isso mostra uma quantidade expressiva de recursos e que ainda é complementada pelas emendas parlamentares.

Marques e Mendes (2012) relatam que apesar do orçamento da saúde, no Brasil, estar entre um dos maiores em relação às outras áreas e que cresce a cada ano, o poder público ainda não tem priorizado a saúde como outros países que também dispõem de saúde pública. Funcia (2019) corrobora a citação acima quando relata que a política de saúde no Brasil surge com um financiamento sem a definição de fontes estáveis, que aloca os recursos orçamentários para cumprir os princípios da saúde, mas com um financiamento doentio e frágil.

Servo *et al.* (2011) mencionam que a criação do Sistema Único de Saúde ao ser criado, a sua previsão na Constituição Federal era que tal sistema seria financiado de forma tripartite, com recursos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. O mesmo autor continua explicando que a saúde teria recursos oriundos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) até aprovação da primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias, com definição anual do percentual que seria para a saúde.

Quanto à forma de repasse dos recursos da União para Estados e Municípios, esta é realizada por descentralização do Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, para as contas dos entes da federação, sendo contínuo, regular e automático, de acordo com os respectivos blocos de financiamento, conforme com Portaria GM/MS n.º 204, de 29 de janeiro de 2007 (BRASIL, 2007a). Em 2017, o MS publicou a Portaria nº 3.992/2017, que alterou os blocos de financiamento da saúde, que eram seis, e com esta orientação legal considera apenas dois blocos: Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde (BRASIL, 2017c). É importante enfatizar que esta decisão foi de forma pactuada entre MS, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde e Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde.

Baptista *et al.* (2012) fazem uma reflexão sobre a complexidade de gerenciar a saúde, com tantas especificidades do território brasileiro. Os autores chamam atenção para o tamanho do orçamento da saúde que precisa ser diferente em várias ações, e serviços públicos de saúde que precisam ser planejados, programados e executados, para uma população tão diversificada. Ao mesmo tempo, os gestores tendem a conciliar planos de governo com as diretrizes técnicas das políticas de saúde.

2.3.2 Execução orçamentária de saúde

Mazon *et al.* (2018) relatam que em 2014 a saúde pública utilizou 3,9% do seu Produto Interno Bruto (PIB), sendo que a União: 1,7%; estados – 1%; e municípios – 1,2%, isso é pouco

em relação aos gastos dos países europeus que empregaram 8% no mesmo ano. Ou seja, os países, como França, Alemanha, Reino Unido, aplicaram na saúde mais que o dobro de recurso que o Brasil.

Em estudos de Pinto (2021) sobre orçamento e finanças, no período pandêmico, revela-se que, mesmo antes desse período, o orçamento e execução, respectivamente, não eram prioridades de saúde pública, pois já se percebia fragilidades e impasses para financiamento desse setor. Diante disso, percebe-se as diversas variações negativas citadas por Funcia (2019), que são: recursos para Saúde Indígena (-7,48%), capacidade instalada dos estabelecimentos de saúde (-36,47%); Vacinas e Vacinação (-19,90%). Tudo isso em decorrência de realocação orçamentária e execução das despesas.

Segundo Funcia (2019), em seu recorte temporal do ano de 2018, as despesas das ações e serviços públicos de saúde que foram empenhadas às emendas parlamentares, fonte crescente de recurso para saúde, foi o montante de R\$ 8,841 bilhões que representa 83,0% a mais do cálculo que é feito com base na Emenda Constitucional de 86. Isso revela um peso político, no qual parlamentares podem utilizar desses recursos para beneficiar seus territórios eleitorais em detrimento de outros.

Mbachu *et al.* (2021) mostram como ocorrem as aquisições de produtos e equipamentos de saúde na Nigéria. Os autores apresentam que a execução dos recursos é ineficiente, isto é, a etapa de compras de saúde é descentralizada, as agências responsáveis por tal processo muitas vezes não têm informações suficientes para adquirir os materiais para proporcionar uma cobertura de saúde efetiva. Sobre o tema, os autores apresentam o modelo de compra estratégico em que os países compram com a finalidade de otimizar a utilização dos recursos no momento da compra e, conseqüentemente, melhorar os resultados da cobertura de saúde. Esses autores também relatam que essa percepção de compra estratégica de saúde está aumentando na Nigéria, desse modo as despesas são melhor gerenciadas, aumenta a esperança de melhorar a prestação de serviços na saúde, tendendo a uma cobertura de saúde universal.

Moulton (2017) menciona sobre um estudo no Canadá que mostra que 20% do orçamento de saúde tem a utilização equivocada, seja comprando materiais de saúde desnecessários, seja comprando sem conhecer as reais necessidades dos pacientes. Nesse estudo, cita que estes problemas podem ser os mesmos de outros países, por isso que se pretende promover ações de debates e discussões entre profissionais de saúde, usuários da saúde, parceiros interessados, para tomar decisões mais assertivas com os recursos destinados à saúde.

Kristiyanto (2021) diz que a saúde é uma área que trata do bem-estar das pessoas e que o governo pode e deve ter políticas intervencionistas voltadas para infraestrutura, recursos e participação social, para proporcionar à sociedade uma vida saudável.

2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE INDÍGENA

Sousa (2020) relata que o movimento sanitarista que reivindicava a democracia da saúde, também visava o cuidado com a saúde dos povos indígenas por meio da Comissão Intersetorial da Saúde Indígena (CISI). Mais tarde seria elaborada a PNASPI, pois o receio era que indígenas não tivessem cuidados e acesso à saúde de forma efetiva. Mendes, A. *et al.* (2018) enfatizam que a PNASPI era uma estratégia de dar acesso aos povos indígenas respeitando a cultura, modos de vida, tipos de alimentação etc., pois o foco seria a implementação e execução das ações e serviços da atenção primária de saúde, enquanto cuidado preventivo.

A finalidade da PNASPI é reforçada por Sousa (2020) quando diz que essa política é o cuidado diferenciado para os povos indígenas em que considera suas características, hábitos e costumes. O autor enfatiza essa política também em relação à participação dos indígenas no controle social. Depois disso, várias orientações normativas já foram instituídas, tais como, criação de secretarias e departamentos específicos para esta população.

O recente Decreto nº 11.098 de junho de 2022, que trata da Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, em seu Art. 18 contempla dezoito incisos da Secretaria de Saúde Indígena em que compete (BRASIL, 2022b, art. 18):

I - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, observados os princípios e as diretrizes do SUS; II - fomentar a implementação de políticas de promoção à saúde para a população indígena no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em articulação com as demais Secretarias do Ministério; III - desenvolver mecanismos de gestão, controle, enfrentamento, monitoramento e avaliação das ações destinadas à organização e à implementação das políticas estruturantes para o fortalecimento da atenção primária à saúde das populações indígenas no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; IV - coordenar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dos povos indígenas e a sua integração ao SUS; V - estabelecer diretrizes e promover o fortalecimento da gestão nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas; VI - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações de atenção integral à saúde da população indígena no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; VII - orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação de saúde, segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena, em consonância

com as políticas e os programas do SUS, com as práticas de saúde e com as medicinas tradicionais indígenas, e a sua integração com as instâncias assistenciais do SUS na região e nos Municípios que compõem cada Distrito Sanitário Especial Indígena; VIII - promover o aperfeiçoamento contínuo das equipes multidisciplinares que atuam no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; IX - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações referentes ao saneamento e às edificações de saúde indígena; X - promover ações para o fortalecimento da participação dos povos indígenas no SUS; XI - incentivar a articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais que possuam interface com a atenção à saúde indígena; XII - promover e apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas de saúde indígena; XIII - identificar, organizar e disseminar conhecimentos referentes à saúde indígena; XIV - promover e coordenar as ações de saúde digital para a população indígena no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; e XV - planejar e acompanhar as aquisições de bens, serviços e insumos estratégicos para a saúde no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Desde a mobilização para instituição de sistema para todos, mas que também contemplasse as especificidades de cada povo, a organização da gestão; o acesso efetivo à saúde, condições de regionalizar apoio e articulações; tudo se deu para que a universalidade e igualdade aos direitos à saúde fosse possível. Cabe ressaltar algumas ações de serviços de saúde que promovem o bem-estar da população indígena, conforme o Quadro 3.

Quadro 3 – Ações e serviços de políticas públicas de saúde indígena

Políticas Públicas Indígenas	Objetivo	Beneficiários	Fontes de Informação
Imunização	Planejar a vacinação dos povos indígenas para prevenir doenças. Em seguida implementar a rotina de vacina nas aldeias, inseri-los em todas as campanhas e ainda, apoiar treinamentos e capacitações nas salas de vacinação dos distritos.	Povos Indígenas alvos de cada campanha	Portaria nº 1.498, de 19 de julho de 2013 (BRASIL, 2013).
Atenção às mulheres e crianças indígenas	Saúde da Mulher indígena: Aprimorar a atenção e assistência das gestantes e puérperas, facilitar o acesso às consultas pré-natais, teste e exames; realizar exames de colo de útero e mama, promover orientações sobre as doenças sexualmente transmissíveis; atenção a violência das mulheres; orientar quanto ao planejamento familiar; Saúde da Criança Indígena: Monitorar o crescimento; Imunização; acompanhar a mortalidade infantil entre 1 e 4 anos.	Mulheres e crianças indígenas	Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) (BRASIL, 2022d).
Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI)	Estar mais próximo da população indígena para priorizar os cuidados epidemiológicos, necessidades de saúde, logística de acesso, respeitando as questões de etnias, costumes e culturais desses povos.	Povos Indígenas	Portaria nº 1.317, de 3 de agosto de 2017 (BRASIL, 2017d).

Fonte: Elaborado pelo autor.

2.4.1 Saúde indígena em outros países

A América Latina possui cerca de 45 (quarenta e cinco) milhões de indígenas, isto é, 8,3% da população desse território. Anualmente, percebe-se constantes melhorias nos indicadores de saúde desses povos, principalmente na vacinação dos indígenas no Brasil, que tem campanha programada, envolvendo toda uma mobilização e articulação (WENCZENOVICZ, 2018).

Segundo Sandes *et al.* (2018), existem desafios na Atenção Primária de Saúde que estão relacionados com a dificuldade de acesso, entendimento da comunicação com os profissionais da área da saúde e poucos diagnósticos sobre a realidade da saúde nas aldeias, isso é perceptível em vários países, como Brasil, Peru, Colômbia, Bolívia, Argentina, Chile, Paraguai e Equador.

Quanto aos profissionais para prestar serviços de saúde, Wenczenovicz (2018) enfatiza que pessoas não indígenas não permanecem por muito tempo nas aldeias, devido a não adaptação ao meio, que é isolado e sem os confortos da vida urbana.

Considerando o desafio sobre o aspecto linguístico, Scalco e Louvison (2020) relatam que no Brasil os povos indígenas falam mais de 250 línguas. Isso provoca uma certa dificuldade para estabelecer uma comunicação eficaz, podendo muitas vezes desencadear impasses na prestação de serviços dos profissionais de saúde. Outro fator é a resistência às políticas integradas e de algumas comunidades indígenas, além dos outros povos no desenvolvimento do trabalho na saúde.

Tavares e Ferreira (2019) explicam sobre a situação de saúde dos indígenas no Brasil e América Latina, ao enfatizar os altos acometimentos de doenças e mortalidade, por infecções e parasitas, principalmente entre a população indígena mais jovem, crianças e adolescentes. Outras situações encontradas: sedentarismo, má alimentação, higiene inadequada, sem contar com aproximação com outros povos, que muitas vezes aceleram o processo de contágio das doenças (WENCZENOVICZ, 2018).

Os altos custos para proporcionar a saúde aos povos indígenas com qualidade é uma função difícil, conforme comenta Wenczenovicz (2018), visto que a logística dos equipamentos, instalações e manutenção, algumas vezes necessita de transporte aéreo, encarecendo a oferta de determinados serviços de saúde. Crowshoea *et al.* (2021) relatam que a política de saúde indígena, no Canadá, só veio a ter uma estrutura que contemplasse os

indígenas a partir da Declaração das Nações Unidas, que tratava dos direitos dos povos indígenas. O autor reforça que foi um êxito na história da saúde neste país.

Os estudos sobre a saúde no Canadá apresentam que mesmo com avanço dessa área os povos indígenas ainda enfrentam barreiras quanto à continuidade do serviço de atenção primária de saúde, seja por tratamento desigual ou discriminação (CROWSHOE *et al.*, 2021). É importante mencionar que esta situação não é um caso isolado, uma vez que Whop *et al.* (2021) comentam que Austrália, Nova Zelândia e EUA são países que também apresentam desigualdades quanto ao tratamento de saúde dos povos indígenas, principalmente, no que diz respeito às mulheres indígenas. Esses autores enfatizam que tal impasse precisa ser solucionado com urgência a fim de disponibilizar recursos para fortalecimento do sistema de saúde, e fazer com que as informações sejam disseminadas na população sobre os tipos de serviços, bem como ter acesso aos mesmos.

Crowshea *et al.* (2021) explicam que a doença mais presente nas mulheres indígenas do Canadá é o câncer cervical. Logo, ações estratégicas devem ser implementadas com a finalidade de reduzir tais situações. Henderson *et al.* (2018) mencionam que em algumas cidades do Canadá, a atenção primária precisa ter uma assistência voltada para prevenção, primeiros cuidados e acesso igualitário à saúde indígena. Mesmo que tal política tenha embates de financiamentos e de prioridades hospitalares, aliadas aos seus territórios. Adiantam também que em 2000 o governo do Canadá deu o maior apoio na APS, quanto à sua estruturação, chegando a investir \$800 milhões, no período de seis anos.

2.4.2 Gestão da saúde indígena no Brasil

A organização da saúde dos povos indígenas precisava estar mais próxima de cada comunidade, pela necessidade de agilizar a assistência e para responder a alguma situação de urgência. Por isso foram criados os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, ressalta-se que subdivisões de outros tipos de cuidados coexistem, como polo base, postos de saúde indígena e as casas de apoio à saúde indígena (MENDES, A. *et al.*, 2018).

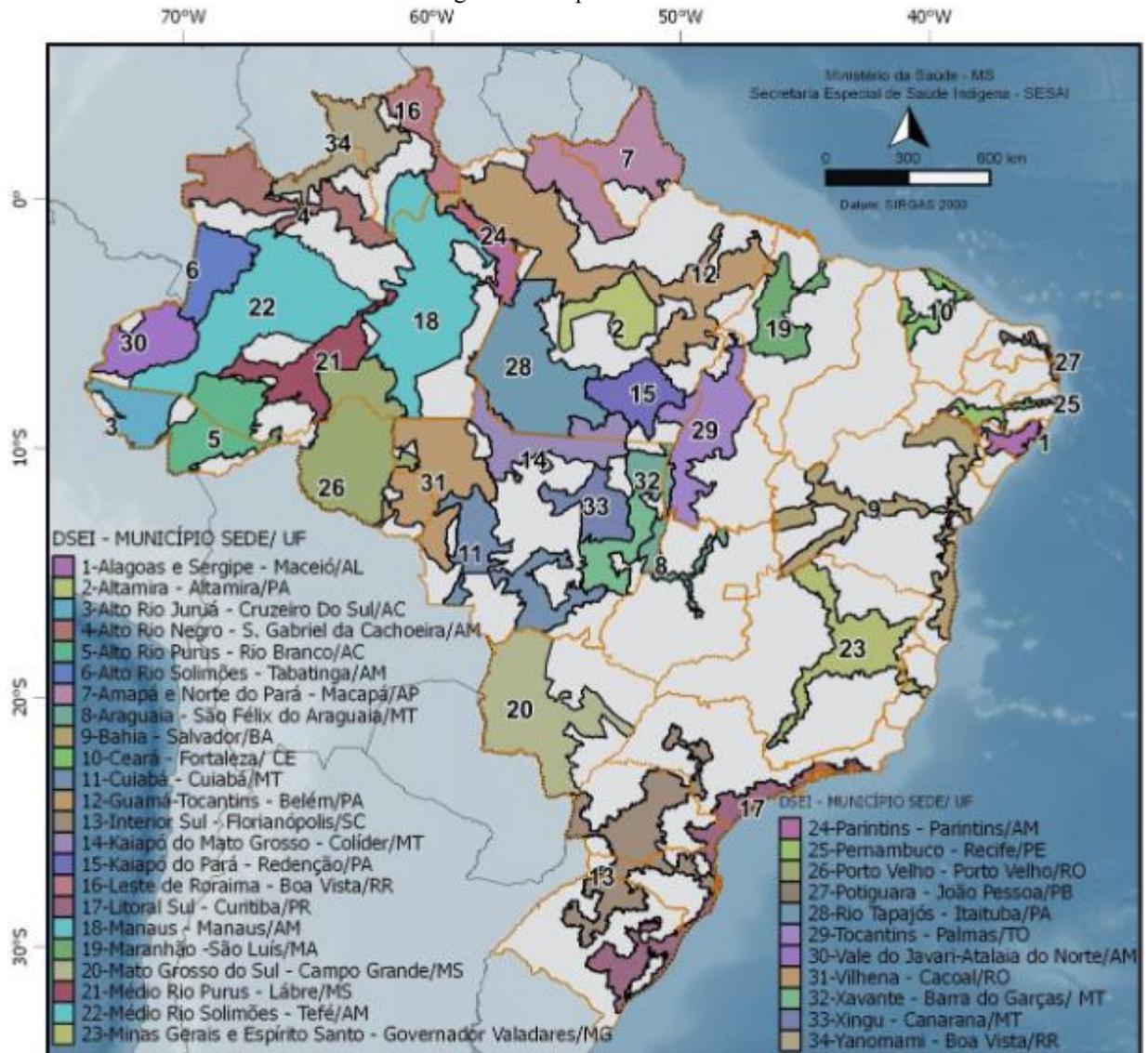
Garnelo e Brandão (2005) informam que o primeiro distrito foi iniciado em 1999 tendo como responsabilidade os indígenas Yanomami. A responsabilidade que era da Fundação Nacional dos Povos Indígenas (FUNAI) foi para o MS, gestor do Sistema Único de Saúde. A segunda conferência de saúde indígena foi em Goiás em 1993, que reforça a implantação dos distritos sanitários em todo país, e enfatiza os princípios do Sistema Único de Saúde:

universalidade, equidade e acessibilidade. Porém, a mobilização desse grupo não aceitava que a gestão da saúde fosse descentralizada para os municípios. Daí a necessidade de um arranjo em que as ações e serviços de saúde eram gerenciados pelos distritos nos territórios, enquanto hierarquicamente, a gestão seria do poder público federal com o MS.

An (2017) enfatiza os DSEIs como um modelo de organização da saúde dos indígenas, que fazem a gestão dos serviços administrativos e assistenciais, como: atenção básica que envolve os Agentes Indígenas de Saúde (AIS), EMSI, postos de saúde indígena.

Atualmente, a SESAI tem em sua estrutura 34 (trinta e quatro) DSEIs distribuídos de acordo com parâmetros territoriais, onde estão localizados os povos indígenas, isto é, considera o georreferenciamento das aldeias indígenas (BRASIL, 2016b, 2022e). Na Figura 2 é possível verificar o mapa e a localização dos DSEIs no Brasil.

Figura 2 – Mapa dos DSEIs



Fonte: Brasil (2020).

Dentre as instalações de atendimento do DSEI está a Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI). A CASAI é uma unidade de atendimento do SUS que fornece serviços de enfermagem, farmácia, nutrição, serviço social, além de hospedagem, alimentação e transporte. Esse local é destinado para aqueles que são assistidos pelos níveis de atenção secundária ou terciária. Em regra, os pacientes são encaminhados por EMSI do DSEI ao qual o paciente indígena faz parte (AN, 2017). Destaca-se que o autor considera a CASAI como mediadora entre os níveis de atenção primária e os demais níveis. Outra competência das CASAIs é a priorização do ambiente com alimentação de acordo com peculiaridades desses povos, e uma equipe de profissionais de saúde durante 24 horas.

Grassi (2009) conceitua as CASAIs como estruturas que hospedam indígenas pacientes com seus acompanhantes que estão referenciados para algum estabelecimento de saúde pelo SUS, geralmente estes indígenas saem de suas comunidades ou polo-base, que ficam distante dos hospitais, laboratórios, uma vez que as CASAIs tendem a se localizar em centros urbanos.

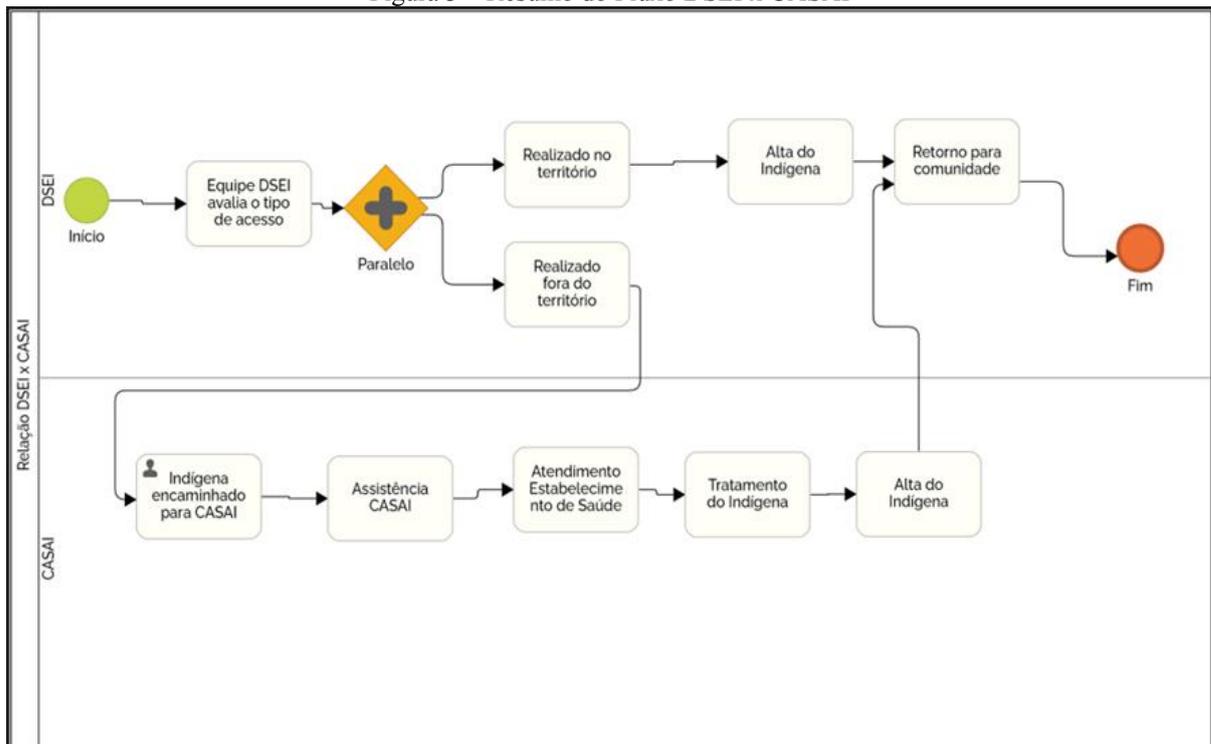
An (2017) explica que o trâmite assistencial acontece quando um paciente indígena acometido de alguma doença, para o qual o primeiro nível de acesso não foi resolutivo e precisa de atendimento de média ou alta complexidade, cujos cuidados e tratamentos são nas cidades onde estão localizadas as Casas de Saúde Indígena.

A Portaria Consolidada n.º 4, de 28 de setembro de 2017, anexo VIII, título II n.º 4, de 28 setembro de 2017, art. 64, que também trata sobre as CASAIs, com suas respectivas atividades executadas, que são:

1. Recepção aos pacientes encaminhados e aos seus acompanhantes; 2. Acolhimento multiprofissional; 3. Alojamento dos pacientes; 4. Alimentação de pacientes e seus acompanhantes; 5. Alimentação de trabalhadores; 6. Assistência de enfermagem 24 horas; 7. Ações de assistência social; 8. Ações de atenção psicossocial; 9. Ações de vigilância alimentar e nutricional; 10. Ações de incentivo ao lazer e à produção artesanal para pacientes e acompanhantes; 11. Ações coletivas de saúde bucal; 12. Ações de educação de saúde e educação ambiental; 13. Coleta de material para exames complementares de diagnóstico; 14. Desenvolvimento de práticas indígenas de cuidado; 15. Comunicação com a rede de referência de média e alta complexidade; 16. Comunicação entre comunidades e estabelecimentos de saúde; 17. Marcação e acompanhamento dos pacientes para consultas, exames e internações; 18. Armazenamento e dispensação de medicamentos; 19. Armazenamento e controle de material de consumo; 20. Planejamento, monitoramento, avaliação e registro das ações administrativas e de saúde; 21. Arquivo de prontuários de pacientes; 22. Alimentação dos sistemas de informação; 23. Ações de vigilância de saúde; 24. Realização de reuniões; 25. Ações de educação permanente; 26. Repouso dos profissionais plantonistas; 27. Repouso de pacientes e acompanhantes; 28. Lavagem de roupas de seus acompanhantes; 29. Lavagem de roupa de cama e outros tecidos de uso da CASAI; 30. Desinfecção e esterilização de materiais; 31. Ações de manutenção e limpeza do estabelecimento de saúde; 32. Alojamento para acompanhantes; 33. Transporte de usuários referenciados; 34. Embarque e desembarque de pacientes; 35. Oferta de serviço de segurança e de bombeiro civil; 36. Armazenamento temporário dos resíduos gerados no estabelecimento. (BRASIL, 2017b, p. 294-295).

Considerando a existência das competências dos distritos e casas de apoio à saúde indígena, cada qual com suas características e individualidades, certo é que elas trabalham de forma integrada e compartilhada, para alcance de uma finalidade comum que é assegurar a saúde indígena. A Figura 3 é a representação do fluxo entre DSEI x CASAI.

Figura 3 – Resumo do Fluxo DSEI x CASAI



Fonte: Adaptado do Fluxo de acesso (informal), DSEI x CASAI, da SESAI, em 2022.

Almeida *et al.* (2017) comentam que registros de políticas públicas de saúde são úteis para formalizar e ao mesmo tempo dar publicidade às suas diretrizes, objetivos, metas, indicadores, diagnóstico do território, competências e atribuições de cada ente na gestão da referida política. Então, nota-se a importância de compreender o processo do planejamento de saúde e suas políticas.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa predominantemente quantitativa, além de ser normativa, documental e descritiva. A pesquisa quantitativa envolve comparação de valores apresentados por meio de indicadores, níveis de realidade e tendências observáveis (SILVA; LOPES; BRAGA JÚNIOR, 2014). Os métodos quantitativos são orientados para compreensão dos fenômenos sociais, sem interesse pela dimensão subjetiva e utilizam procedimentos controlados, assumem uma realidade mais estática, pois apresentam resultados replicáveis e generalizantes (SERAPIONI, 2000).

A avaliação normativa consiste em fazer um julgamento a partir de um ato normativo, ou seja, leis, portarias, regras positivadas em instrumentos que se tornaram públicos. Ela é realizada por pessoas responsáveis pelo gerenciamento de estabelecimentos e tem a finalidade de ajudá-los na tomada de decisão. Neste tipo de avaliação, é possível comparar os recursos alocados e a organização, os serviços ou a produção, e os desfechos ou efeitos do processo (HARTZ, 1997).

Em relação à pesquisa documental, Fonseca (2002) destaca que ela recorre a fontes mais diversificadas e dispersas, sem tratamento analítico, tais como: tabelas estatísticas, relatórios, documentos oficiais, dentre outros.

A pesquisa descritiva deve ser clara e bem delimitada quanto ao objeto de estudo, variáveis, população e amostra. Segundo Triviños (1987), os estudos descritivos exigem do investigador, para que a pesquisa tenha certo grau de validade científica, uma precisa delimitação de técnicas, métodos, modelos e teorias que orientarão a coleta e interpretação dos dados.

3.2 OBTENÇÃO DOS DADOS

A origem dos dados é secundária, pois estes foram levantados a partir das informações disponibilizadas pela Secretaria de Saúde Indígena do Ministério da Saúde, por meio da Lei de Acesso à Informação, n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011 (BRASIL, 2011c). Foram enviadas manifestações na Plataforma Integrada de Ouvidoria e Acesso à Informação (Fala.Br) nos meses de dezembro de 2022 e janeiro de 2023, contendo a lista de informações necessárias para atender ao escopo da pesquisa. As respostas vieram ao longo de 4 (quatro) e 2 (duas)

semanas respectivamente. As solicitações registradas na Plataforma Fala.BR encontram-se no Quadro 4.

Quadro 4 – Manifestações: teor, número do registro e data de cadastro

Ordem	Teor (solicitação)	Número do Registro	Data
1	1. Percentual de crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento; 2. Percentual de crianças indígenas menores de 5 anos com acompanhamento alimentar e nutricional; 3. Percentual de gestantes indígenas com no mínimo 6 consultas de pré-natal; 4. Percentual da população indígena com primeira consulta odontológica programática; 5. Percentual de tratamento odontológico básico concluído na população indígena com primeira consulta odontológica; 6. Percentual de crianças indígenas menores de 5 anos com Esquema Vacinal Completo; 7. Média de atendimentos realizados por enfermeiros (as) por habitante; 8. Média de atendimentos realizados por odontólogos (as) por habitante; 9. Média de atendimentos realizados por técnicos (as)/auxiliares de enfermagem por habitante; 10. Média de atendimentos realizados por técnicos (as)/auxiliares de saúde bucal por habitante. Dos 34 (trinta e quatro) DSEIs.	25072. 049911/2022- 36	27/12/2022
2	1. Execução orçamentária dos 34 (trinta e quatro) DSEIs; 2. Valores repassados aos convênios dos 34 (trinta e quatro) DSEIs.	25072.000625/ 2023-53	04/01/2023
3	1. Área territorial dos 34 (trinta e quatro) DSEIs; 2. População indígena estimada dos 34 (trinta e quatro) DSEIs.	25072.000627/ 2023-42	04/01/2023
4	1. Estabelecimentos de Saúde (instalações) - Unidades Básicas de Saúde Indígena e Casas de Apoio à Saúde Indígena, dos 34 (trinta e quatro) DSEIs.	25072.000633/ 2023-08	05/01/2023
5	1. O número de profissionais contratados pelos 34 (trinta e quatro) DSEIs.	25072.000634/ 2023-44	05/01/2023

Fonte: Elaborado pelo autor.

3.3 CENSO DA PESQUISA

Nesta pesquisa foi aplicado um censo, visto que aborda todos os 34 (trinta e quatro) DSEIs. Destaca-se que estes, em alguns casos, atendem a mais de um estado do país, pois a

delimitação dos DSEIs baseia-se no histórico de ocupação das terras pelos povos indígenas, etnias, culturas, línguas, dentre outros fatores. O Quadro 5 apresenta a população indígena, área territorial (km²) e densidade demográfica por DSEI, no ano de 2022.

Quadro 5 – População indígena, área territorial e densidade demográfica

(continua)

DSEI	2022		
	População Indígena	Área Territorial (km ²)	Densidade Demográfica
Alagoas e Sergipe	12.534	22.045,978	0,568
Altamira	5.016	77.293,697	0,064
Alto Rio Juruá	20.244	67.814,144	0,298
Alto Rio Negro	27.786	137.242,17	0,202
Alto Rio Purus	11.646	131.863,47	0,088
Alto Rio Solimões	70.975	78.802,664	0,900
Amapá e Norte do Pará	14.117	209.124,18	0,067
Araguaia	5.718	71.928,759	0,079
Bahia	35.202	160.232,14	0,219
Ceará	26.092	30.160,139	0,865
Cuiabá	8.073	169.490,46	0,047
Guamá-Tocantins	21.688	323.132,9	0,067
Interior Sul	37.238	175.940,11	0,211
Kaiapó do Mato Grosso	4.962	118.113,87	0,042
Kaiapó do Pará	6.384	77.564,141	0,082
Leste de Roraima	56.870	69.179,963	0,822
Litoral Sul	24.101	118.064,72	0,204
Manaus	32.140	300.210,51	0,107
Maranhão	42.212	75.249,763	0,560
Mato Grosso do Sul	80.542	216.328,1	0,372
Médio Rio Purus	8.760	104.392,35	0,083

Quadro 5 – População indígena, área territorial e densidade demográfica

(conclusão)

DSEI	2022		
	População Indígena	Área Territorial (km ²)	Densidade Demográfica
Médio Rio Solimões e Afluentes	21.131	294.954,27	0,071
Minas Gerais e Espírito Santo	17.752	129.232,21	0,137
Parintins	16.810	50.262,228	0,334
Pernambuco	41.876	22.032,297	1,900
Porto velho	11.633	240.176,51	0,048
Potiguara	17.383	8.909,892	1,950
Rio Tapajós	14.835	228.656,22	0,064
Tocantins	13.186	144.741,76	0,091
Vale do Javari	6.321	90.317,755	0,069
Vilhena	6.415	152.436,13	0,042
Xavante	24.569	65.984,259	0,372
Xingu	8.727	68.868,44	0,126
Yanomami	30.657	105.525,29	0,290
Total	783.595	4.336.271,483	0,180

Fonte: Adaptado de Brasil (2023).

3.4 TRATAMENTO DE DADOS

O tratamento dos dados utilizou o método *Data Envelopment Analysis* (DEA), conhecido em português como Análise Envoltória de Dados, com objetivo de avaliar o nível da eficiência técnica dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. O modelo DEA por considerar um método determinístico, que envolve parâmetros tecnológicos de Curva de Possibilidade de Produção (CPP), permite a comparação e a projeção/folgas (*slacks*) entre as Unidades Tomadoras de Decisão (DMUs) analisadas. Possibilita, assim, o compartilhamento de

estratégias das melhores práticas, aperfeiçoamento da redução de insumos, maior produção e otimização das suas alocações, com base nos distritos analisados.

A DEA é uma ferramenta não paramétrica, que tem base na programação linear, na qual se faz uma correlação de várias medidas de *inputs* e *outputs* e compara a eficiência relativa dos fatores produtivos, chamados de Unidades Tomadoras de Decisão ou *Decision-Making-Units* (DMU) (COOPER; SEIFORD; ZHU, 2011).

O método DEA proporciona muitos benefícios em relação à avaliação de desempenho específico de instituições da área de saúde, principalmente em um ambiente crescente de necessidades com os cuidados da saúde, além de ter um momento econômico que requer melhoria do desempenho de forma contínua, para que se controle os custos de modo efetivo, ofereça serviços de melhor qualidade e facilite o acesso aos usuários do sistema de saúde (CHILINGERIAN; SHERMAN, 2011). A DEA é bastante utilizado em diversos países do mundo, tendo como finalidade avaliar a eficiência de DMUs como: centros de saúde (ZARE *et al.*, 2019), sistemas de saúde (SEDDIGHI *et al.*, 2020), estabelecimentos de saúde (JACOBS, 2001), Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) (NATHANSON *et al.*, 2003), médicos (FIALLOS *et al.*, 2017), lares para idosos (DELELLIS; OZCAN, 2013), equipes de enfermagem *in loco* (KUWAHARA *et al.*, 2013) e organizações de manutenção da saúde (SIDDHARTHAN; AHERN; ROSENMAN, 2000).

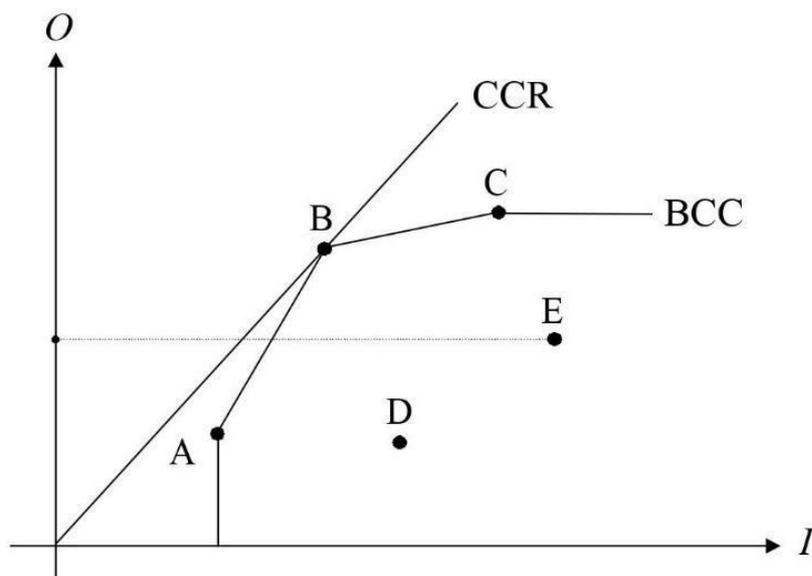
Botega, Andrade e Guedes (2020) avaliaram no Brasil a eficiência, por meio da DEA, de estabelecimentos de saúde (hospitais) que prestavam serviços de saúde a pacientes por meio do SUS no ano de 2015. Lins, Netto e Lobo (2019) aferiram a eficiência dos municípios brasileiros em relação aos indicadores de redução da mortalidade infantil. Souza *et al.* (2014) verificaram a eficiência de como acontece o gerenciamento dos recursos financeiros de hospitais públicos e particulares, que atendem usuários do SUS.

Logo, observa-se que a DEA, como método quantitativo, vem sendo muito usado em pesquisas acadêmicas (BOTEGA; ANDRADE; GUEDES, 2020; SEDDIGHI; NEJAD; BASAKHA, 2020), de modo especial de saúde. Ele permite comparações das eficiências atingidas por unidades produtivas diferentes, desde que tenham semelhança nas variáveis de entrada (insumo) utilizadas e os resultados (variáveis de saída) (BANKER; CHARNES; COOPER, 1984; CHARNES; COOPER; RHODES, 1978; EMROUZNEJAD; YANG, 2018).

Para utilização dessa técnica, foi necessário determinar qual modelo de cálculo será aplicado (LOPES; LORENZETT; PEREIRA, 2011; VILELA, 2019). Os modelos matemáticos mais importantes para utilização da Análise Envoltória de Dados são o Charnes, Cooper e

Rhodes (CCR) (CHARNES; COOPER; RHODES, 1978) e o Banker, Charnes e Cooper (BCC) (BANKER; CHARNES; COOPER, 1984), sendo que as letras iniciais são em homenagem aos nomes dos autores. O BCC é conhecido como *Variable Returns to Scale* (VRS), uma vez que entrega resultados variáveis de escala, enquanto o CCR é conhecido como *Constant Returns to Scale* (CRS), que leva em consideração os resultados constantes de escala (BARBOSA; FUCHIGAMI, 2018). A Figura 4 apresenta uma comparação entre as fronteiras dos modelos CCR e BCC.

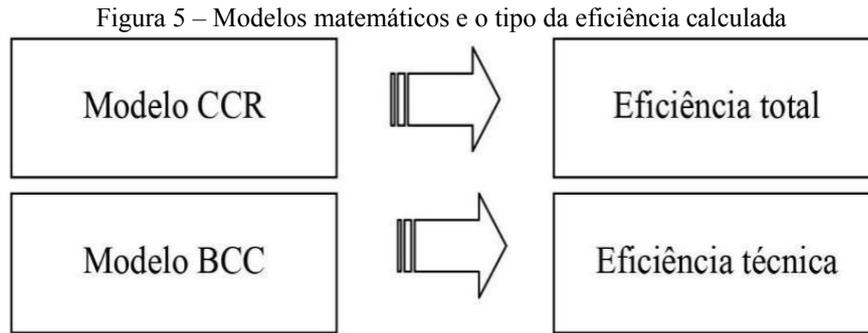
Figura 4 – Comparação entre as fronteiras dos modelos CCR e BCC



Fonte: Mello *et al.* (2004, p. 92).

Segundo Mariano, Almeida e Rebelatto (2006), o modelo BCC propõe comparar apenas DMUs que operem em escala semelhante. Assim, a eficiência de uma DMU é obtida dividindo-se sua produtividade pela maior produtividade dentre as DMUs que apresentam o mesmo tipo de retorno à escala. Cabe entender DMU como aglomerado de unidades decisórias, tais como: organizações, instituições e/ou programas (BRASIL, 2018).

Desta forma, a fronteira BCC apresenta retas de ângulos variados o que caracteriza uma fronteira linear por partes. Devido à distinção entre o tipo de retorno à escala, os modelos CCR e BCC calculam tipos diferentes de eficiência, conforme a Figura 5.



Fonte: Mariano, Almeida e Rebelatto (2006, p. 6).

Sobre eficiência, um estudo do Tribunal de Contas da União (TCU) apresenta que é a capacidade máxima de produção de uma organização. Isso não quer dizer uma perfeição, já que haverá algo a ser melhorado. Nesse mesmo estudo, também se encontra o entendimento sobre fronteira de eficiência em que é possível produzir toda sua capacidade, no momento, com um número de insumo que se tem (BRASIL, 2018).

Conforme Peña (2008), no modelo BCC com retornos variáveis de escala (*Variable Returns to Scale – VRS*), os índices de eficiência dependem da orientação selecionada, caso se almeje maximizar a produção dados os níveis de insumos (orientação ao produto). A presente pesquisa utilizou o modelo BCC (BANKER; CHARNES; COOPER, 1984), com VRS e orientado ao produto (*output*), tendo-se como meta a expansão dos serviços, uma vez que se espera a melhoria da produção para o mesmo conjunto de recursos por meio de melhorias organizacionais e de gestão (LINS *et al.*, 2007).

Chilingerian e Sherman (2011) reforçam a importância e utilidade do BCC para pesquisas voltadas para a saúde. E ainda, Kohl *et al.* (2019) reafirmam que a utilização da DEA nos estudos de saúde é melhor apresentada quando usado o BCC – VRS.

De acordo com Mariano, Almeida e Rebelatto (2006), a eficiência total compara uma DMU com todas as suas concorrentes, enquanto a eficiência técnica compara uma DMU apenas com aquelas que trabalham em uma escala semelhante à sua. Assim, a eficiência técnica pode ser considerada uma componente da eficiência total, sendo que a outra componente é a eficiência de escala, que pode ser determinada como sendo a eficiência vinculada ao fato de o distrito estar operando abaixo ou acima de sua escala ótima. A formulação do modelo BCC - VRS pode ser vista na Figura 6:

Figura 6 – Formulação do modelo BCC – VRS

$$MIN = \sum_{j=1}^n v_j \cdot x_{j0} + v$$

$$\sum_{i=1}^m u_i \cdot y_{ik} - v - \sum_{j=1}^n v_j \cdot x_{jk} \leq 0 \text{ para } k = 1, 2, \dots, z$$

$$\sum_{i=1}^m u_i \cdot y_{i0} = 1$$

$$u_i \text{ e } v_j \geq 0, u_i \text{ e } v_j \geq 0 \quad i = 1, \dots, m, j = 1 \dots, n$$

Fonte: Brito (2013, p. 93).

Sendo: = peso calculado para o produto i ; = peso calculado para o insumo j ; = quantidade do insumo j para unidade k ; = quantidade do produto i para a unidade k ; = quantidade do insumo j para unidade em análise; = quantidade do produto i para unidade em análise; z = número de unidades em avaliação; m = número de tipos de produtos; n = número de tipos de insumos; e u e v = coeficiente de retorno de escala.

Chilingerian e Sherman (2011) enfatizam que utilizar a DEA para analisar fatores de saúde é possível por variados modelos em que se permite determinar e definir as variáveis de entrada e saída. A combinação ótima dos insumos (*inputs*) e métodos necessários no processo produtivo permitem gerar o máximo de produtos (*outputs*), e é o que se conceitua como eficiência (PEÑA, 2008).

É importante ressaltar que a DEA apresenta como vantagens: a) a tratativa de forma simultânea de diversos insumos e produtos; b) não haver necessidade de suposição básica entre insumos e produtos; c) o modelo retornar um único escore de desempenho em relação às outras unidades do conjunto; e d) poder diferenciar as unidades eficientes das ineficientes.

Já as desvantagens têm como maior impacto a utilização de muitas variáveis em que os resultados são mais DMUs eficientes, ou seja, uma ponderação excessiva de um insumo ou produto. Contudo é importante seguir a orientação de que o número de DMUs seja, no mínimo, o dobro do número total de insumos e produtos (GOMES, 2005 *apud* BRASIL, 2018).

Para a análise de eficiência é necessário que as organizações do estudo sejam homogêneas nas atividades que desenvolvem, tornando inviável aquelas que não possuem perfis semelhantes. Em contrapartida, não existem normas definidas para o número máximo de unidades a serem utilizadas, porém, quanto maior a quantidade analisada, maior será a capacidade discriminatória do modelo.

Desta forma, a análise da eficiência utilizará variáveis que serão divididas em duas partes: a) as variáveis consideradas de entrada (*inputs*) e b) as variáveis de saída (*outputs*). Cabe ressaltar que foram utilizados 4 (quatro) *inputs* e 10 (dez) *outputs* nesse estudo. Sendo que para o método DEA foram considerados uma relação com todos os *inputs* e *outputs* apresentados neste trabalho. O mesmo foi realizado com o índice de Malmquist-DEA, resultando em 2 (duas) análises para todo o cenário apresentado. O Quadro 6 apresenta as variáveis selecionadas para este estudo.

Quadro 6 – Categorias, *inputs* e *outputs*

Categorias	<i>Inputs</i>	<i>Outputs</i>
Recursos Humanos	1) Número de profissionais contratados por meio de convênio	1) Média dos Indicadores de Saúde Indígena; 2) Média de atendimentos realizados por enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem, técnicos de saúde bucal por habitante. Indicadores (1 e 2): Percentual de crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento (Sigla: CED); Percentual de crianças indígenas menores de 5 anos com acompanhamento alimentar e nutricional (Sigla: VAN); Percentual de gestantes indígenas com no mínimo 6 consultas de pré-natal (Sigla: PRÉ-NATAL); Percentual da população indígena com primeira consulta odontológica programática (Sigla: ODONT/PRO); Percentual de tratamento odontológico básico concluído na população indígena com primeira consulta odontológica (Sigla: ODONT/CON); Percentual de crianças indígenas menores de 5 anos com Esquema Vacinal Completo (Sigla: EVC); Média de atendimentos realizados por enfermeiros (as) por habitante (Sigla: MAE/H); Média de atendimentos realizados por odontólogos (as) por habitante (Sigla: MAO/H); Média de atendimentos realizados por técnicos (as)/auxiliares de enfermagem por habitante (Sigla: MATE/H); Média de atendimentos realizados por técnicos (as)/auxiliares de saúde bucal por habitante (Sigla: MATSB/H).
Instalações	2) Estabelecimentos de saúde	
Repasse de recursos financeiros aos convênios	3) Valores repassados aos convênios para as ações dos serviços de saúde	
População	4) Habitantes por DSEI	

Fonte: Elaborado pelo autor.

O método abordado utiliza o *benchmarking*, ou seja, a comparação de desempenho entre unidades do mesmo setor ou que produzem os mesmos insumos/serviços e as classifica num ranking de melhores práticas. A comparação entre as unidades se traduz em pares potenciais que espelham o aprendizado para possíveis mudanças organizacionais, objetivando o desenvolvimento técnico e produtivo das DMU em questão.

A DMU é aquela que transforma insumos em produtos ou são representadas por modelos de entradas e saídas (BRASIL, 2018). As unidades que apresentam a melhor produtividade formam uma fronteira de eficiência. Assim, a aplicação deste método consiste em apresentar um valor a cada DMU do cenário da pesquisa. Este valor traduz a eficiência das unidades analisadas, estimando as melhores práticas através da avaliação relativa de diversos DSEIs com atividades semelhantes. A fronteira de eficiência foi formada pelas DMU que possuem o *score* igual a 1 (um). Aquelas que apresentam valores abaixo serão considerados ineficientes.

Pereira (2021) analisou a eficiência técnica relativa dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem do Brasil por meio dos resultados gerados a partir do software *Win4Deap2*, empregando o modelo BCC, com VRS e orientado ao produto (*output*). Os resultados da pesquisa estavam alinhados com as evidências encontradas e apresentaram um baixo nível de eficiência em relação às unidades avaliadas.

Nesta pesquisa, o tratamento dos dados utilizou o software *Win4Deap2*, versão: 2.1.0.1, disponível em: <https://win4deap2.software.informer.com/download/>. O período escolhido para realização da análise foi de 2019 a 2022, com a utilização da DEA e do índice de Malmquist-DEA. Ambas análises utilizaram os Retornos Variáveis de Escala (VRS) e com orientação aos *outputs*, com o objetivo de analisar a expansão dos serviços (produtos) mantendo-se os mesmos níveis de insumos (*inputs*).

Logo, segue o Quadro 7 com a relação dos DSEIs, por localização, em que serão avaliados a eficiência das DMUs num recorte temporal em que é requerido a utilização do referido índice, o qual permitirá analisar o crescimento da produtividade total dos fatores, além de observar a evolução da produtividade das DMUs.

Quadro 7 – DMUs por localização

(continua)

DMU	Localização dos DMUs - Cidade / Estado
1. DSEI Alagoas e Sergipe (AL/SE)	Maceió / Alagoas
2. DSEI Altamira (ALTAMIRA)	Altamira / Pará
3. DSEI Alto Rio Juruá (JURUA)	Cruzeiro do Sul / Acre
4. DSEI Alto Rio Negro (RIONEGRO)	São Gabriel da Cachoeira / Amazonas
5. DSEI Alto Rio Purus (ALTOPURUS)	Rio Branco / Acre
6. DSEI Alto Rio Solimões (ALTOSOLIMÕES)	Tabatinga / Amazonas
7. DSEI Amapá e Norte do Pará (AP/PA)	Macapá / Amapá
8. DSEI Araguaia (ARAGUAIA)	São Félix do Araguaia / Mato Grosso
9. DSEI Bahia (BAHIA)	Salvador / Bahia
10. DSEI Ceará (CEARA)	Fortaleza / Ceará
11. DSEI Cuiabá (CUIABA)	Cuiabá / Mato Grosso
12. DSEI Guamá-Tocantins (GUAMA/TO)	Belém / Pará
13. DSEI Interior Sul (INTSUL)	Florianópolis / Santa Catarina
14. DSEI Kaiapó do Mato Grosso (KAIAPO/MT)	Colíder / Mato Grosso
15. DSEI Kaiapó do Pará (KAIAPO/PA)	Redenção / Pará
16. DSEI Leste de Roraima (LESTE/RR)	Boa Vista / Roraima
17. DSEI Litoral Sul (LITSUL)	Curitiba / Paraná
18. DSEI Manaus (MANAUS)	Manaus / Amazonas
19. DSEI Maranhão (MARANHÃO)	São Luís / Maranhão
20. DSEI Mato Grosso do Sul (MS)	Campo Grande / Mato Grosso do Sul
21. DSEI Médio Rio Purus (MEDIOPURUS)	Lábrea / Mato Grosso do Sul
22. DSEI Médio Rio Solimões e Afluentes (MEDIOSOLIMÕES)	Tefé / Amazonas
23. DSEI Minas Gerais e Espírito Santo (MG/ES)	Governador Valadares / Minas Gerais
24. DSEI Parintins (PARINTINS)	Parintins / Amazonas

Quadro 7 – DMUs por localização

(conclusão)

DMU	Localização dos DMUs - Cidade / Estado
25. DSEI Pernambuco (PERNAMBUCO)	Recife / Pernambuco
26. DSEI Porto Velho (PORTOVELHO)	Porto Velho / Rondônia
27. DSEI Potiguara (POTIGUARA)	João Pessoa / Paraíba
28. DSEI Rio Tapajós (TAPAJOS)	Itaituba / Pará
29. DSEI Tocantins (TOCANTINS)	Palmas / Tocantins
30. DSEI Vale do Javari (JAVARI)	Atalaia do Norte / Amazonas
31. DSEI Vilhena (VILHENA)	Cocal / Rondônia
32. DSEI Xavante (XAVANTE)	Barra do Garças / Mato Grosso
33. DSEI Xingu (XINGU)	Canarana / Mato Grosso
34. DSEI Yanomami (YANOMAMI)	Boa Vista / Roraima

Fonte: Secretaria de Saúde Indígena (BRASIL, 2023).

4 RESULTADOS

Os resultados estão divididos em cinco partes. Nas duas primeiras, são apresentados os resultados em termos de *inputs* (4.1) e *outputs* (4.2). Quando se trata do desempenho dos DSEIs (4.3) são discutidos os objetivos específicos: a) Aferir o desempenho dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no alcance das metas dos indicadores de saúde indígena e atendimentos; e b) Identificar os Distritos Sanitários Especiais Indígenas de melhores desempenhos. No título 4.4 procura-se atender ao objetivo específico, c) Avaliar a efetividade da execução orçamentária dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Na parte 4.5 apresenta-se uma discussão geral desses resultados.

4.1 *INPUTS*

Os *inputs* definidos no escopo foram: números de profissionais, estabelecimentos de saúde (instalações), habitantes (população) da região que podem ser atendidos pelos profissionais contratados e valores repassados aos convênios para as ações dos serviços de saúde, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Profissionais, estabelecimentos, habitantes e repasse aos convênios

Ano	Número de Profissionais	Estabelecimentos de Saúde	Habitantes (Qtd)	Convênios (R\$)
2019	12.372	927	776.658	735.976.830
2020	12.405	979	780.425	815.801.918
2021	13.084	1.740	780.985	744.187.437
2022	13.432	1.641	783.595	777.545.489

Fonte: Elaborador pelo autor.

Essa lista de insumos foi selecionada com relação direta aos produtos (resultados) apresentados nos itens de *outputs*, pois apresentam uma vinculação da contratação de pessoal e seus habitantes, com o percentual e média de atendimentos realizados por esses mesmos profissionais, nas diversas áreas da saúde.

Nesse sentido, a Tabela 1 demonstra a evolução dos números de profissionais de saúde, dos estabelecimentos de saúde (Unidades Básicas de Saúde Indígena e Casas de Apoio à Saúde

Indígena), da quantidade de habitantes e valores dos convênios, de acordo com informações apuradas junto à Secretaria de Saúde Indígena do Ministério da Saúde, referente aos *inputs* para os anos de 2019 a 2022.

4.2 *OUTPUTS*

Os *outputs* definidos no escopo foram as médias dos indicadores de saúde indígena, conforme demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2 – Médias dos indicadores de saúde indígena

Ano	CED	VAN	PRÉ-NATAL	ODONT/PRO	ODONT/CON	EVC	MAE/H	MAO/H	MATE/H	MATSB/H
2019	41%	79%	41%	45%	53%	80%	3,4%	0,85%	7,32%	0,70%
2020	36%	80%	44%	26%	45%	82%	3,5%	0,5%	7%	0,41%
2021	39%	86%	49%	35%	46%	82%	3,9%	0,64%	8,32%	0,55%
2022	44%	89%	52%	43%	48%	82%	3,5%	0,64%	7,52%	0,52%

Fonte: Elaborado pelo autor.

Legenda:

- Percentual de crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento (Sigla: CED);
- Percentual de crianças indígenas menores de 5 anos com acompanhamento alimentar e nutricional (Sigla: VAN);
- Percentual de gestantes indígenas com no mínimo 6 consultas de pré-natal (Sigla: PRÉ-NATAL);
- Percentual da população indígena com primeira consulta odontológica programática (Sigla: ODONT/PRO);
- Percentual de tratamento odontológico básico concluído na população indígena com primeira consulta odontológica (Sigla: ODONT/CON);
- Percentual de crianças indígenas menores de 5 anos com Esquema Vacinal Completo (Sigla: EVC);
- Média de atendimentos realizados por enfermeiros (as) por habitante (Sigla: MAE/H);
- Média de atendimentos realizados por odontólogos (as) por habitante (Sigla: MAO/H);
- Média de atendimentos realizados por técnicos (as) / auxiliares de enfermagem por habitante (Sigla: MATE/H);
- Média de atendimentos realizados por técnicos (as) / auxiliares de saúde bucal por habitante (Sigla: MATSB/H).

4.3 DESEMPENHO DOS DSEIS

Entre as DMUs analisadas pelo método DEA, foram apuradas eficiências em 47% dos distritos, totalizando 16 unidades. As DMUs que alcançaram os melhores desempenhos entre os 34 (trinta e quatro) distritos analisados, foram: Alagoas e Sergipe, Altamira, Alto Rio Juruá, Alto Rio Negro, Alto Rio Purus, Araguaia, Ceará, Cuiabá, Kaiapó do Mato Grosso, Kaiapó do Pará, Médio Rio Purus, Médio Rio Solimões e Afluentes, Parintins, Potiguara, Javari e Vilhena.

A Tabela 3 apresenta as 18 (dezoito) Unidades Tomadoras de Decisão com seus resultados de ineficiência:

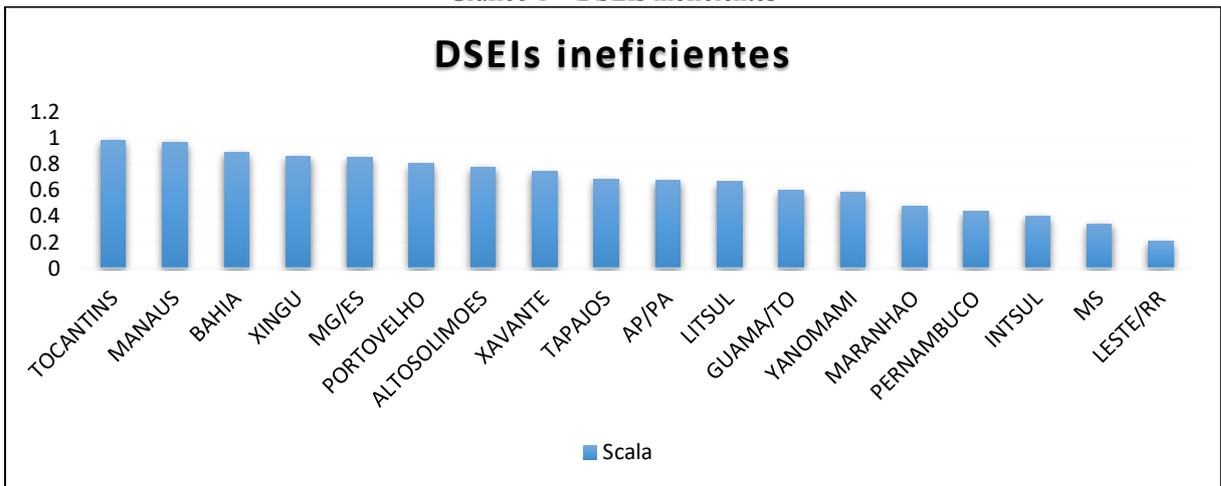
Tabela 3 – DSEIs ineficientes

DMU	Scala	DMU	Scala
TOCANTINS	0,9840	AP/PA	0,6730
MANAUS	0,9690	LITSUL	0,6670
BAHIA	0,8900	GUAMA/TO	0,5980
XINGU	0,8630	YANOMAMI	0,5840
MG/ES	0,8530	MARANHAO	0,4780
PORTOVELHO	0,8040	PERNAMBUCO	0,4370
ALTOSOLIMOEES	0,7780	INTSUL	0,4010
XAVANTE	0,7450	MS	0,3420
TAPAJOS	0,6870	LESTE/RR	0,2090

Fonte: Elaborado pelo autor.

O Gráfico 1 apresenta a escala de resultados dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas ineficientes de forma decrescente.

Gráfico 1 – DSEIs ineficientes

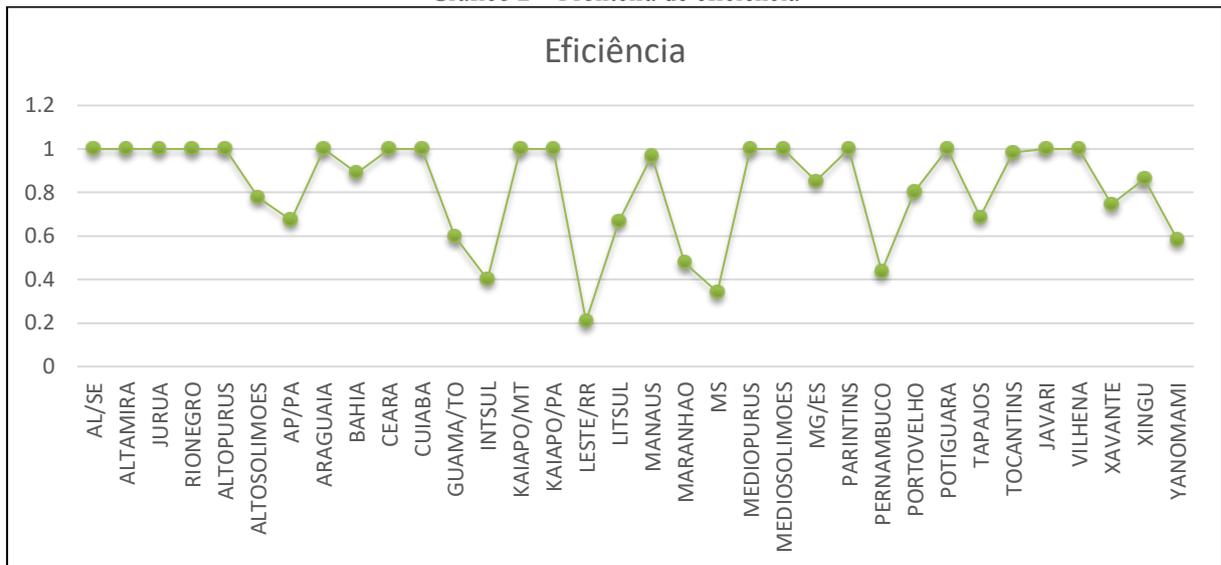


Fonte: Elaborado pelo autor.

Nessa Tabela 3 é possível identificar que o DSEI Leste de Roraima com escala de 0,2090 é o distrito mais ineficiente, uma vez que o seu resultado é o mais distante de 1, que é o índice de eficiência. Analisando os indicadores disponibilizados pela SESAI, percebe-se que a média dos indicadores de atendimentos dos profissionais de saúde é menor quando comparada aos demais distritos, isso impacta no resultado, conforme observado na Tabela 3, tornando o distrito mais ineficiente. Enquanto o DSEI que está mais próximo de ser eficiente é Tocantins com escala de 0,9840, mas, de acordo com seus indicadores de médias de atendimento e cobertura vacinal é melhor, tendendo a ter uma aproximação do status de eficiência.

No Gráfico 2 é possível visualizar a fronteira de eficiência por DMU, no qual consta todas as unidades, tanto aquelas que apresentaram resultados iguais a 1 como abaixo dele:

Gráfico 2 – Fronteira de eficiência



Fonte: Elaborado pelo autor.

Pelo resumo de escala do método DEA, a média alcançada nas 34 DMUs foi de 0,822. Demonstrando assim, uma ineficiência geral, considerando as informações analisadas neste estudo.

Segundo o TCU, aplicar o índice de Malmquist-DEA permite analisar as situações da produtividade dos fatores em um determinado período (BRASIL, 2018). Logo, o resultado apurado por meio deste índice de Malmquist-DEA mostra a quantidade de unidades eficientes entre 2019 e 2022, conforme a Tabela 4.

Tabela 4 – Eficientes

	2019	2020	2021	2022
DMU	27	29	26	23

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os distritos ineficientes, considerando o índice de Malmquist-DEA, estão apresentados com seus resultados respectivos, na Tabela 5.

Tabela 5 – Ineficientes

DMUS	2019	2020	2021	2022
JURUA	0.782			
RIONEGRO	0.968	0.945		
AP/PA	0.838		0.787	0.845
BAHIA	0.900	0.972	0.979	0.818
INTSUL				0.964
GUAMA/TO	0.884	0.996	0.888	
LESTE/RR			0.908	0.923
MARANHAO			0.961	0.917
MS	0.970	0.923	0.849	0.896
PERNAMBUCO	0.955	0.996		
PORTOVELHO			0.984	0.939
YANOMAMI			0.996	
MG/ES				0.955
TAPAJOS				0.920
XAVANTE				0.943
XINGU				0.927

Fonte: Elaborado pelo autor.

No ano de 2019, 07 (sete) DSEIs foram ineficientes, são eles: Alto Rio Juruá (0.782), Alto Rio Negro (0.968), Amapá e Norte do Pará (0.838), Bahia (0.900), Guamá-Tocantins (0.884), Mato Grosso do Sul (0.970) e Pernambuco (0.955).

Em 2020, Alto Rio Negro (0.945), Bahia (0.972), Guamá-Tocantins (0.996), Mato Grosso do Sul (0.923) e Pernambuco (0.996), apesar de apresentarem resultados diferentes do ano anterior continuaram sendo ineficientes.

No ano de 2021, Amapá e Norte do Pará (0.787), Bahia (0.979), Guamá-Tocantins (0.888), Leste de Roraima (0.908), Maranhão (0.961), Mato Grosso do Sul (0.849), Porto Velho (0.984) e Yanomami (0.996). Observando tais resultados percebe-se que os DSEIs Bahia e Guamá-Tocantins apresentaram ineficiências nos três anos consecutivos: 2019, 2020 e 2021.

Já em 2022, 11 (onze) DSEIs apresentaram ineficiência, foram: Amapá e Norte do Pará (0.845), Bahia (0.818), Interior Sul (0.964), Leste de Roraima (0.923), Maranhão (0.917), Mato Grosso do Sul (0.896), Porto Velho (0.939), Minas Gerais e Espírito Santo (0.955), Rio

Tapajós (0.920), Xavante (0.943) e Xingu (0.927). Vale ressaltar que os distritos Bahia e Mato Grosso do Sul foram ineficientes nos 4 (quatro) anos.

Dessa forma, 18 (dezoito) distritos foram considerados eficientes pela análise com o índice de Malmquist-DEA, que são: Alagoas e Sergipe, Altamira, Alto Rio Purus, Alto Rio Solimões, Araguaia, Ceará, Cuiabá, Kaiapó do Mato Grosso, Kaiapó do Pará, Litoral Sul, Manaus, Médio Rio Purus, Médio Rio Solimões e Afluentes, Parintins, Potiguara, Tocantins, Vale do Javari e Vilhena. Isso acontece em função de uma desvantagem desse método em que há a ponderação excessiva de um insumo ou produto.

As médias anuais das unidades ineficientes de acordo com os resultados obtidos estão apresentadas na Tabela 6.

Tabela 6 – Médias dos desempenhos anuais – ineficiências

	2019	2020	2021	2022
Médias	0,979	0,995	0.981	0.972

Fonte: Elaborado pelo autor.

Por fim, ao serem comparados os desempenhos referentes aos anos de 2019 e 2022, observa-se que 19 (dezenove) DSEIs mantiveram seu nível de eficiência entre os períodos citados, enquanto que 5 (cinco) distritos (Alto Rio Juruá, Alto Rio Negro, Amapá e Norte do Pará, Bahia e Pernambuco) apresentaram melhora de eficiência e 10 (dez) distritos (Maranhão, Guamá-Tocantins, Interior Sul, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais e Espírito Santo, Leste de Roraima, Porto Velho, Rio Tapajós, Xavante e Xingu) apresentaram uma diminuição no nível de eficiência, conforme pode ser observado na Tabela 7.

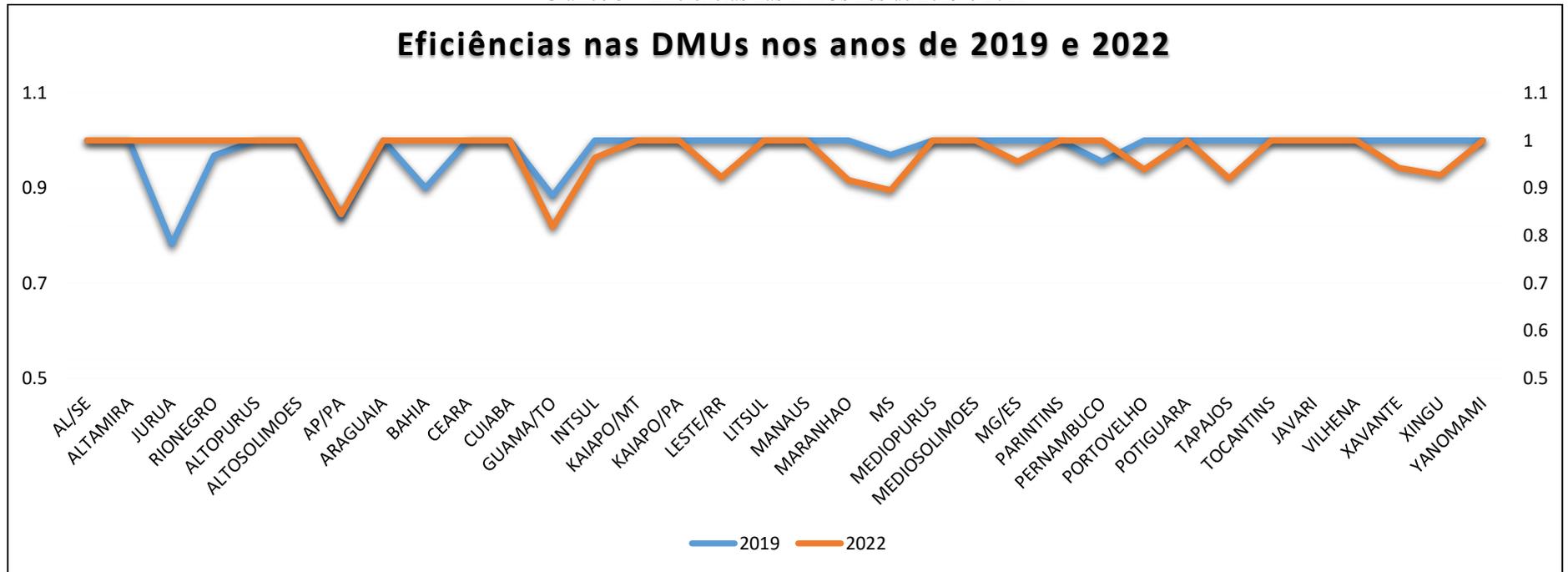
Tabela 7 – Eficiências nas DMUs nos de 2019 e 2022

DMU	2019	2022	DMU	2019	2022
AL/SE	1,00	1,00	MANAUS	1,00	1,00
ALTAMIRA	1,00	1,00	MARANHAO	1,00	0.917
JURUA	0.782	1,00	MS	0.970	0.896
RIONEGRO	0.968	1,00	MEDIOPURUS	1,00	1,00
ALTOPURUS	1,00	1,00	MEDIOSOLIMoes	1,00	1,00
ALTOSOLIMoes	1,00	1,00	MG/ES	1,00	0.955
AP/PA	0.838	0.845	PARINTINS	1,00	1,00
ARAGUAIA	1,00	1,00	PERNAMBUCO	0.955	1,00
BAHIA	0.900	1,00	PORTOVELHO	1,00	0.939
CEARA	1,00	1,00	POTIGUARA	1,00	1,00
CUIABA	1,00	1,00	TAPAJOS	1,00	0.920
GUAMA/TO	0.884	0.818	TOCANTINS	1,00	1,00
INTSUL	1,00	0.964	JAVARI	1,00	1,00
KAIAPO/MT	1,00	1,00	VILHENA	1,00	1,00
KAIAPO/PA	1,00	1,00	XAVANTE	1,00	0.943
LESTE/RR	1,00	0.923	XINGU	1,00	0.927
LITSUL	1,00	1,00	YANOMAMI	1,00	1,00

Fonte: Elaborado pelo autor.

O Gráfico 3 aponta a manutenção ou queda da eficiência das DMUs em comparação aos períodos de 2019 e 2022.

Gráfico 3 – Eficiências nas DMUs nos de 2019 e 2022



Fonte: Elaborado pelo autor.

4.3.1 Resumo dos pares

O sistema utilizado retornou resultado quanto aos resumos dos pares, os quais consistem em unidades que compartilham de características semelhantes. A Tabela 8 faz referência para a quantidade de DMUs que apareceram de forma correlacionada:

Tabela 8 – Repetições

DMU	Repetições	DMU	Repetições
AL/SE	0	MANAUS	2
ALTAMIRA	1	MARANHAO	0
JURUA	1	MS	0
RIONEGRO	0	MEDIOPURUS	2
ALTOPURUS	0	MEDIOSOLIMoes	1
ALTOSOLIMoes	5	MG/ES	0
AP/PA	0	PARINTINS	2
ARAGUAIA	1	PERNAMBUCO	0
BAHIA	0	PORTOVELHO	0
CEARA	2	POTIGUARA	6
CUIABA	5	TAPAJOS	0
GUAMA/TO	0	TOCANTINS	0
INTSUL	0	JAVARI	0
KAIAPO/MT	2	VILHENA	10
KAIAPO/PA	2	XAVANTE	0
LESTE/RR	0	XINGU	0
LITSUL	0	YANOMAMI	0

Fonte: Elaborado pelo autor.

De forma detalhada, as DMUs relacionadas podem ser vista na Tabela 9.

Tabela 9 – DMUs relacionadas

(continua)

DMUS	REL1	REL2	REL3	REL4	REL5	REL6
AL/SE	AL/SE					
ALTAMIRA	ALTAMIRA					
JURUA	JURUA					
RIONEGRO	RIONEGRO					
ALTOPURUS	ALTOPURUS					
ALTOSOLIMÕES	ALTOSOLIMÕES					
AP/PA	ALTOSOLIMÕES	KAIAPO/PA	VILHENA	POTIGUARA		
ARAGUAIA	ARAGUAIA					
BAHIA	BAHIA					
CEARA	CEARA					
CUIABA	CUIABA					
GUAMA/TO	MANAUS	VILHENA	CUIABA		VILHENA	ALTOSOLIMÕES
INTSUL	VILHENA	CUIABA	ALTOSOLIMÕES			
KAIAPO/MT	KAIAPO/MT					
KAIAPO/PA	KAIAPO/PA					
LESTE/RR	VILHENA					
LITSUL	LITSUL					

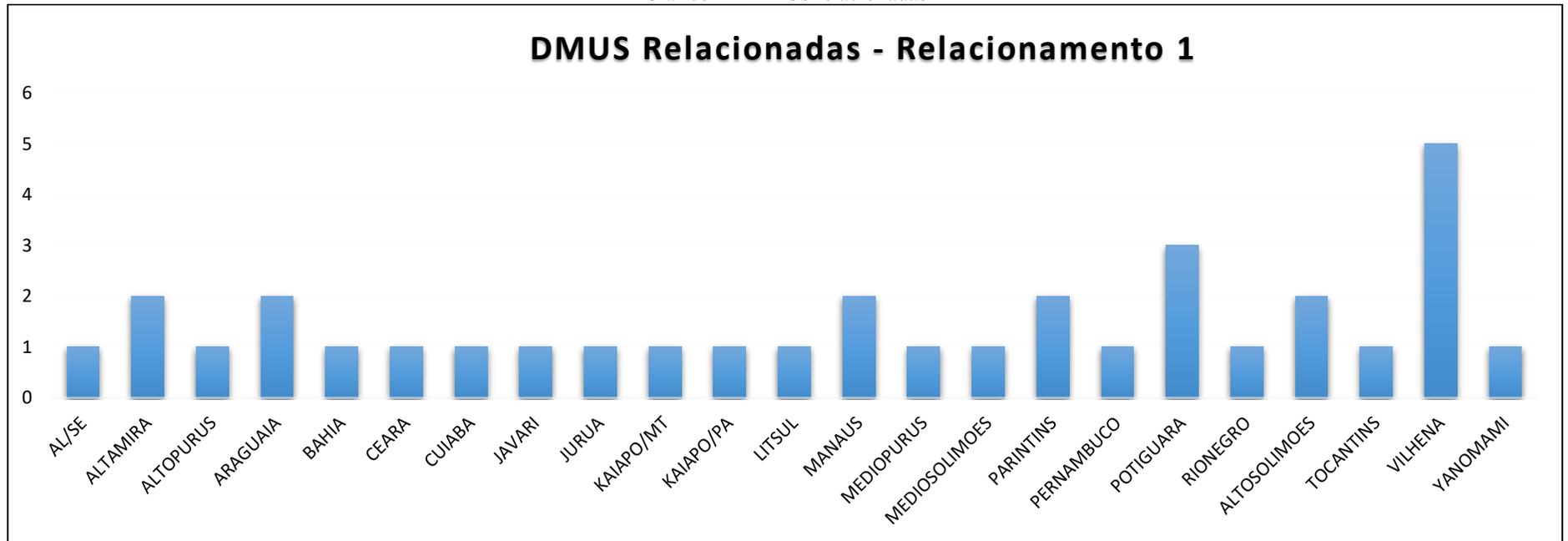
Tabela 9 – DMUs relacionadas

(conclusão)

DMUS	REL1	REL2	REL3	REL4	REL5	REL6
MANAUS	MANAUS					
MARANHAO	POTIGUARA	VILHENA	ALTOSOLIMoes			
MS	VILHENA					
MEDIOPURUS	MEDIOPURUS					
MEDIOSOLIMoes	MEDIOSOLIMoes					
MG/ES	ALTAMIRA	POTIGUARA	CUIABA			
PARINTINS	PARINTINS					
PERNAMBUCO	PERNAMBUCO					
PORTOVELHO	POTIGUARA	CEARA	VILHENA		POTIGUARA	
POTIGUARA	POTIGUARA					
TAPAJOS	VILHENA	POTIGUARA	PARINTINS			
TOCANTINS	TOCANTINS					
JAVARI	JAVARI					
VILHENA	VILHENA					
XAVANTE	PARITINS	MANAUS	MEDIOSOLIMoes			
XINGU	ARAGUAIA	MEDIOPURUS	POTIGUARA		ARAGUAIA	
YANOMAMI	YANOMAMI					

Fonte: Elaborado pelo autor.

Gráfico 4 – DMUs relacionadas



Fonte: Elaborado pelo autor.

O Gráfico 4 aponta a quantidade de relacionamentos existentes no cenário (Rel1) entre as DMUS com perfis semelhantes (com maior representativa no resultado das análises).

Essa correlação auxilia na identificação dos perfis semelhantes entre as DMUs e na atuação e melhoria de políticas públicas focadas nessas características.

4.3.2 Benchmarking para os distritos indígenas

O benchmarking realiza a comparação de desempenho entre unidades do mesmo setor ou que produzem os mesmos insumos/serviços e realiza a classificação em um ranking de melhores práticas. Ao utilizar o método Malmquist-DEA, foi possível obter dados com apresentação de resultados (números) entre as DMUs ineficientes e as eficientes relacionando-as, conforme demonstrado na Tabela 10.

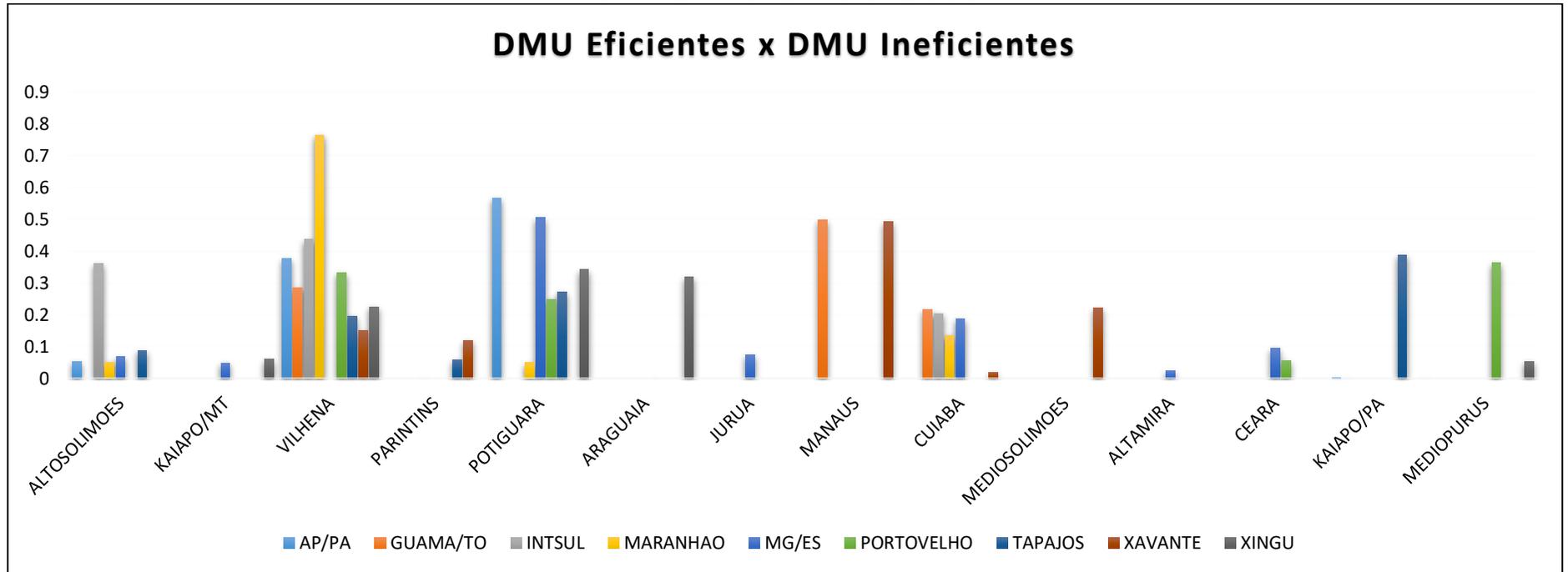
Tabela 10 – DMU eficientes x DMU ineficientes

DMU Ineficientes	DMU Eficientes													
	ALTOSOLIMÕES	KAIAPO/MT	VILHENA	PARINTINS	POTIGUARA	ARAGUAIA	JURUA	MANAUS	CUJABA	MEDIOSOLIMÕES	ALTAMIRA	CEARA	KAIAPO/PA	MEDIOPURUS
AP/PA	0,054		0,378		0,566									0,003
GUAMA/TO			0,285					0,499	0,216					
INTSUL	0,360		0,437							0,203				
MARANHAO	0,051		0,765		0,049					0,134				
MG/ES	0,068	0,048			0,505		0,073		0,188		0,024	0,094		
PORTOVELHO			0,332		0,249							0,056		0,363
TAPAJOS	0,088		0,196	0,058	0,271								0,387	
XAVANTE			0,149	0,118				0,494	0,018	0,221				
XINGU		0,060	0,224		0,342	0,320								0,054

Fonte: Elaborado pelo autor.

O Gráfico 5 aponta a relação entre as DMUs eficientes e as ineficientes na combinação entre insumos e produtos, na horizontal (legenda) temos as DMUs ineficientes e na vertical as DMUs eficientes, assim como a correlação em valores existentes entre elas.

Gráfico 5 – DMU eficientes x DMU ineficientes



Fonte: Elaborado pelo autor.

Essa análise de correlação dos valores apresentados (Tabela 10) permite inferir que os valores acima de 0 (zero) indicam proximidade entre as DMUs, e quanto maior o resultado mais próximo a DMU estará da eficiência.

Assim, o resultado aponta que as DMUs ineficientes devem considerar os distritos indígenas eficientes como referência para a melhoria de seus processos, alocação de seus recursos financeiros, humanos, materiais e consequentemente otimização da gestão administrativa.

4.4 EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA

De forma a agregar aos resultados do método DEA, foram realizadas análises quanto à efetividade da execução orçamentária, comparando os valores empenhados e os liquidados. Na Tabela 11, estão demonstrados os números da execução orçamentária, de acordo com a informações disponibilizadas via Lei de Acesso à Informação, para os anos de 2019 a 2022:

Tabela 11 – Execução orçamentária

Ano	Descentralizado (R\$)	Empenhado (R\$)	Liquidado (R\$)	Pago (R\$)
2019	650.183.718	650.079.884	562.058.376	549.532.575
2020	622.542.670	622.520.795	553.796.447	547.914.129
2021	729.514.805	729.119.304	636.647.856	627.079.834
2022	768.882.718	768.557.686	683.474.086	659.053.813

Fonte: Elaborado pelo autor.

Dos dados levantados, foram apurados a execução orçamentária de cada DMU por ano (Tabelas 12 a 25).

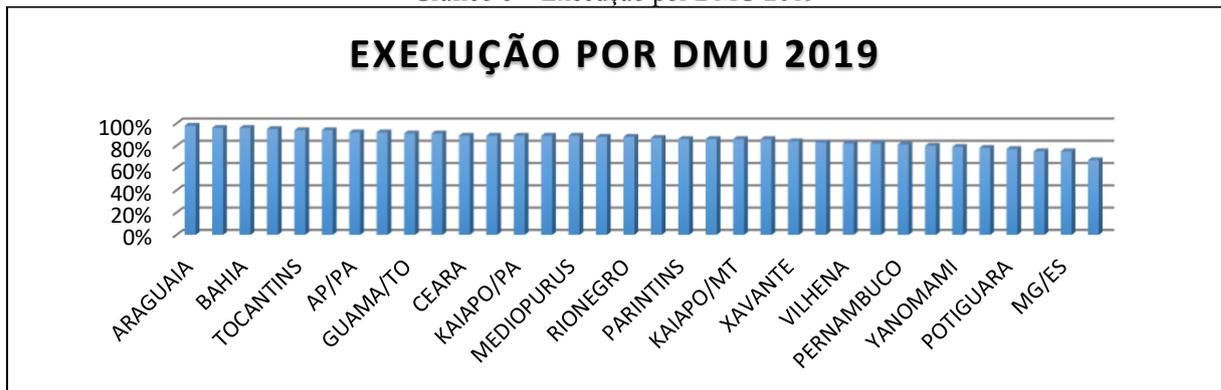
Tabela 12 – Execução por DMU 2019

DMU	Empenhado	Liquidado	Execução
ARAGUAIA	12.515.563,80	12.250.741,88	98%
CUIABA	19.528.656,21	18.757.487,82	96%
BAHIA	10.676.061,49	10.199.850,05	96%
LITSUL	36.401.467,25	34.511.918,37	95%
TOCANTINS	13.886.040,63	13.122.051,32	94%
AL/SE	10.252.734,22	9.631.786,70	94%
AP/PA	15.627.558,18	14.410.379,91	92%
ALTAMIRA	10.799.385,26	9.897.382,50	92%
GUAMA/TO	37.246.033,22	34.059.510,75	91%
LESTE/RR	38.167.312,09	34.815.058,72	91%
CEARA	15.504.537,23	13.838.495,55	89%
MANAUS	21.485.830,40	19.171.981,61	89%
KAIAPO/PA	21.638.911,09	19.301.271,40	89%
ALTOPURUS	9.796.476,41	8.719.958,17	89%
MEDIOPURUS	8.759.864,95	7.779.687,11	89%
XINGU	21.694.407,98	19.148.031,56	88%
RIONEGRO	21.553.432,30	18.935.817,59	88%
PORTOVELHO	19.481.411,55	16.929.108,70	87%
PARINTINS	8.576.720,85	7.395.862,73	86%
JURUA	10.245.579,79	8.791.154,82	86%
KAIAPO/MT	16.820.918,98	14.424.590,55	86%
INTSUL	28.551.951,49	24.475.212,78	86%
XAVANTE	26.247.294,95	22.095.734,23	84%
MS	36.337.453,37	30.313.137,43	83%
VILHENA	13.312.554,59	10.962.674,13	82%
MEDIOSOLIMoes	9.668.630,84	7.955.253,68	82%
PERNAMBUCO	18.658.730,76	15.030.265,03	81%
TAPAJOS	17.907.006,88	14.365.977,47	80%
YANOMAMI	43.039.166,81	34.147.428,32	79%
ALTOSOLIMoes	17.908.538,01	14.042.073,74	78%
POTIGUARA	7.885.547,33	6.042.608,54	77%
MARANHAO	18.760.484,48	14.045.215,66	75%
MG/ES	20.712.543,44	15.464.819,01	75%
JAVARI	10.431.077,65	7.025.848,62	67%

Fonte: Elaborado pelo autor.

O Gráfico 6 aponta o percentual de execução orçamentária das DMUs no exercício de 2019.

Gráfico 6 – Execução por DMU 2019



Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 13 – Efetivas (+) ano 2019

Efetivas (+)	
DMU	Média
ARAGUAIA	98%
CUIABA	96%
BAHIA	96%
LITSUL	95%
TOCANTINS	94%
AL/SE	94%
AP/PA	92%
ALTAMIRA	92%
GUAMA/TO	91%

Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 14 – Efetivas (-) ano 2019

Efetivas (-)	
DMU	Média
PERNAMBUCO	81%
TAPAJOS	80%
YANOMAMI	79%
ALTOSOLIMÕES	78%
POTIGUARA	77%
MARANHAO	75%
MG/ES	75%
JAVARI	67%

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os Gráficos 7 e 8 apresentam as médias da execução orçamentária em 2019 entre as DMUs mais efetivas e menos efetivas.

Gráfico 7 – Execução por DMU 2019 – mais efetivas

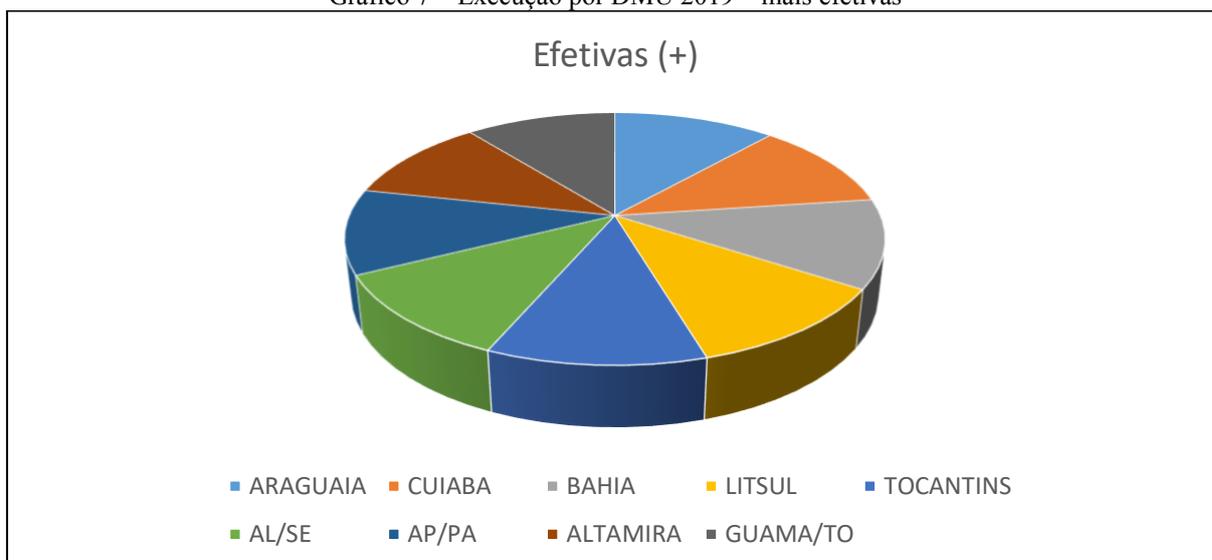


Gráfico 8 – Execução por DMU 2019 – menos efetivas

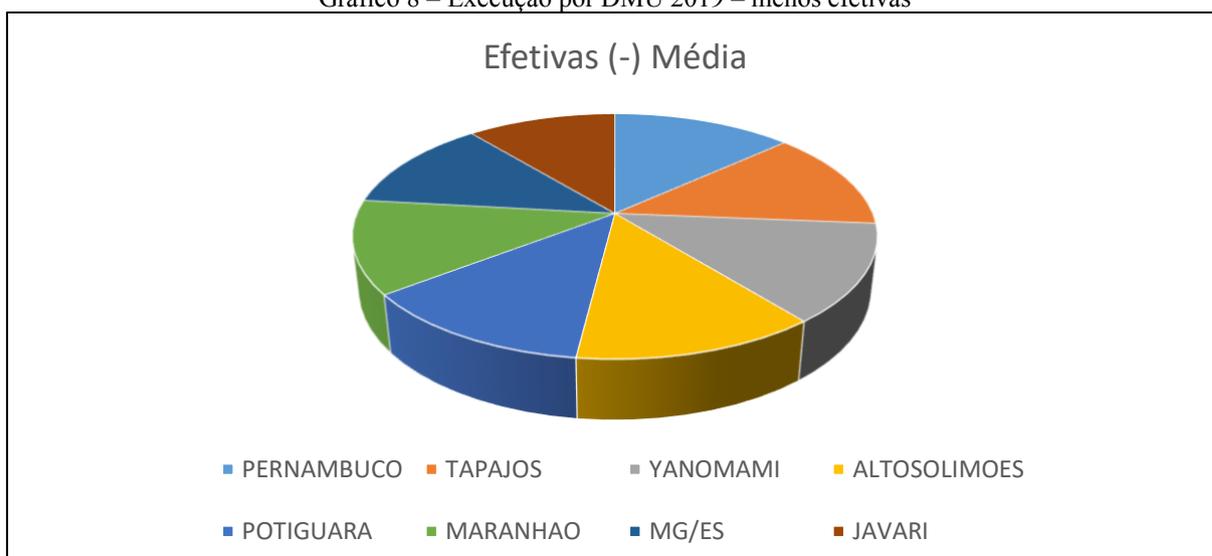


Tabela 15 – Execução por DMU 2020

DMU	Empenhado	Liquidado	Execução
LITSUL	35.142.576,25	34.022.910,93	97%
ALTOPURUS	9.902.130,78	9.515.371,79	96%
PARINTINS	13.478.080,69	12.923.358,23	96%
CUIABA	19.804.429,81	18.938.664,93	96%
ARAGUAIA	11.848.349,16	11.222.717,81	95%
TOCANTINS	11.510.017,37	10.841.412,25	94%
GUAMA/TO	36.119.729,25	33.805.799,72	94%
ALTAMIRA	8.363.176,36	7.690.814,89	92%
YANOMAMI	42.643.267,44	39.105.162,47	92%
JAVARI	11.719.473,36	10.694.356,62	91%
KAIAPO/MT	15.000.657,83	13.644.548,50	91%
VILHENA	15.896.608,27	14.445.473,01	91%
ALTOSOLIMÕES	14.654.324,13	13.316.416,81	91%
MANAUS	16.965.815,87	15.414.683,74	91%
BAHIA	11.898.492,02	10.781.167,90	91%
AP/PA	15.952.424,13	14.424.453,06	90%
POTIGUARA	6.166.833,35	5.547.874,96	90%
MG/ES	19.751.004,64	17.532.255,37	89%
RIONEGRO	22.117.476,09	19.619.473,19	89%
INTSUL	26.946.693,65	23.735.682,62	88%
PORTOVELHO	16.503.779,04	14.495.736,93	88%
MARANHAO	17.514.682,11	15.354.717,02	88%
XINGU	20.815.188,72	18.166.558,21	87%
KAIAPO/PA	22.889.807,39	19.890.946,26	87%
AL/SE	9.499.861,48	8.205.109,93	86%
TAPAJOS	12.864.450,68	11.090.586,22	86%
MEDIOSOLIMÕES	9.989.003,14	8.420.010,35	84%
MEDIOPURUS	10.315.323,14	8.687.280,61	84%
XAVANTE	19.782.786,57	16.602.354,32	84%
MS	37.217.377,29	31.001.120,09	83%
PERNAMBUCO	18.367.593,16	15.269.719,19	83%
JURUA	12.608.728,96	10.452.717,04	83%
CEARA	14.498.812,07	11.974.715,36	83%
LESTE/RR	33.771.840,30	26.962.276,35	80%

Fonte: Elaborado pelo autor.

O Gráfico 9 aponta o percentual de execução orçamentária das DMUs no exercício de 2020.

Gráfico 9 – Execução por DMU 2020



Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 16 – Efetivas (+) ano 2020

Efetivas (+)	
DMU	Média
LITSUL	97%
ALTOPURUS	96%
PARINTINS	96%
CUIABA	96%
ARAGUAIA	95%
TOCANTINS	94%
GUAMA/TO	94%
ALTAMIRA	92%
YANOMAMI	92%

Fonte: Elaborado pelo autor.

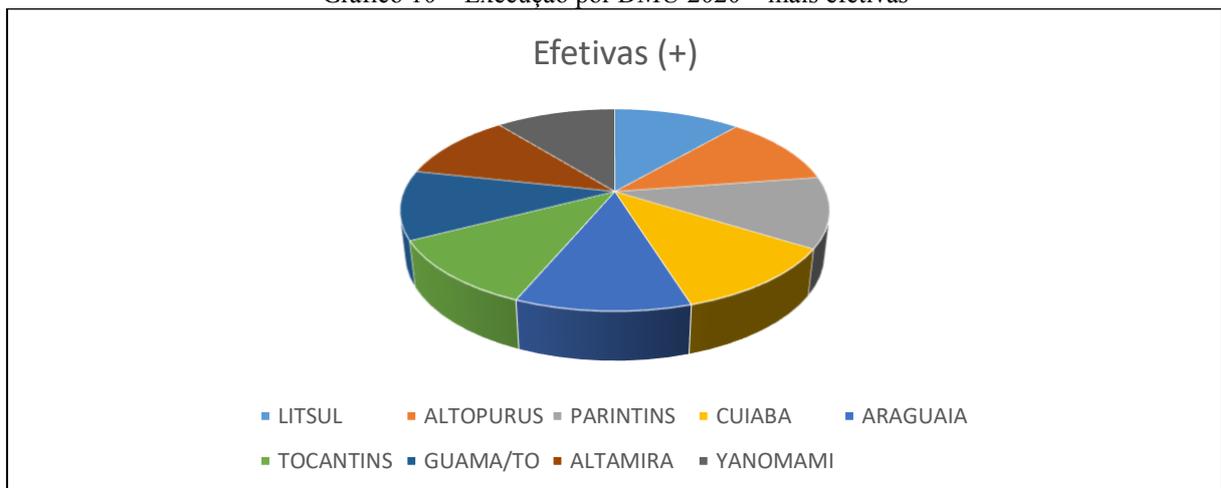
Tabela 17 – Efetivas (-) ano 2020

Efetivas (-)	
DMU	Média
MEDIOSOLIMÕES	84%
MEDIOPURUS	84%
XAVANTE	84%
MS	83%
PERNAMBUCO	83%
JURUA	83%
CEARA	83%
LESTE/RR	80%

Fonte: Elaborado pelo autor.

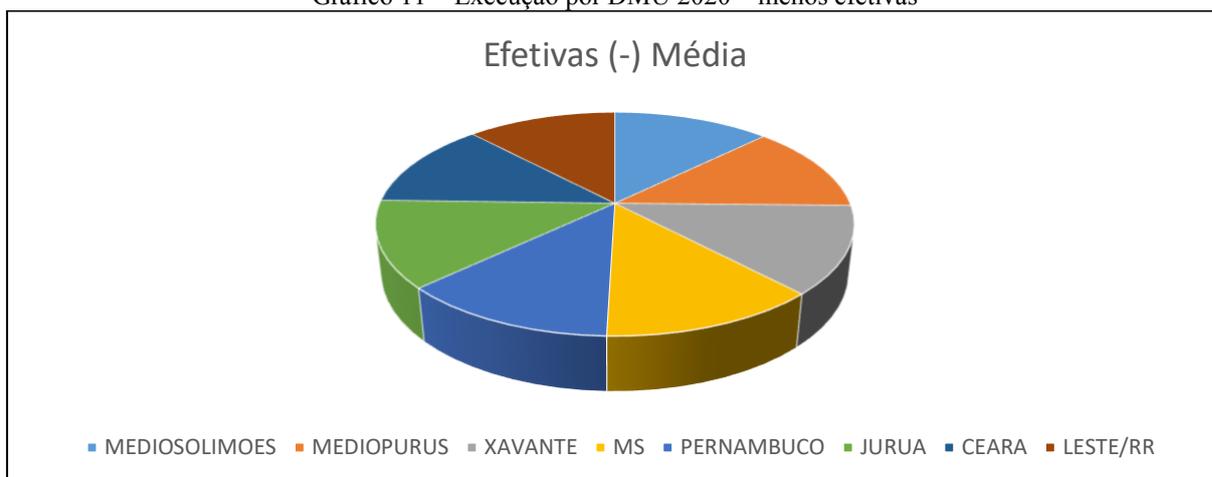
Os Gráficos 10 e 11 apresentam as médias da execução orçamentária em 2020 entre as DMUs mais efetivas e menos efetivas.

Gráfico 10 – Execução por DMU 2020 – mais efetivas



Fonte: Elaborado pelo autor.

Gráfico 11 – Execução por DMU 2020 – menos efetivas



Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 18 – Execução por DMU 2021

DMU	Empenhado	Liquidado	Execução
JAVARI	12.315.119,19	11.840.984,89	96%
MS	38.403.187,41	36.919.899,82	96%
ALTAMIRA	9.373.571,84	8.878.802,84	95%
ARAGUAIA	11.353.166,26	10.747.288,63	95%
TOCANTINS	14.703.790,30	13.710.636,07	93%
GUAMA/TO	38.250.787,98	35.274.392,89	92%
ALTOSOLIMÕES	17.509.854,56	15.965.753,67	91%
MEDIOPURUS	12.109.782,48	10.953.743,75	90%
POTIGUARA	7.060.303,42	6.365.369,27	90%
PARINTINS	18.703.393,35	16.840.602,22	90%
YANOMAMI	65.805.002,63	58.999.021,76	90%
LITSUL	36.549.114,80	32.739.831,58	90%
MANAUS	24.831.760,24	22.169.802,31	89%
INTSUL	28.968.761,21	25.678.217,81	89%
RIONEGRO	20.318.791,15	17.963.626,14	88%
JURUA	14.060.536,75	12.416.795,37	88%
KAIAPO/PA	21.989.098,80	19.399.924,40	88%
CUIABA	27.957.959,20	24.640.341,98	88%
KAIAPO/MT	18.307.323,94	16.105.815,90	88%
AP/PA	18.927.378,20	16.621.018,12	88%
XINGU	25.417.231,89	22.116.550,23	87%
MG/ES	21.057.617,62	18.278.191,46	87%
MEDIOSOLIMÕES	13.265.434,35	11.360.133,05	86%
XAVANTE	21.557.196,76	18.334.217,61	85%
VILHENA	14.864.202,81	12.546.344,13	84%
ALTOPURUS	14.536.638,84	12.252.511,91	84%
MARANHAO	19.860.440,30	16.534.074,44	83%
TAPAJOS	14.082.673,91	11.523.251,35	82%
BAHIA	15.656.363,17	12.805.015,62	82%
PORTOVELHO	19.982.596,86	16.033.472,92	80%
LESTE/RR	39.474.424,76	31.232.951,28	79%
CEARA	15.234.532,88	11.703.867,31	77%
AL/SE	12.729.035,84	9.776.536,67	77%
PERNAMBUCO	23.902.230,49	17.918.868,39	75%

Fonte: Elaborado pelo autor.

O Gráfico 12 aponta o percentual de execução orçamentária das DMUs no exercício de 2021.

Gráfico 12 – Execução por DMU 2021



Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 19 – Efetivas (+) ano 2021

Efetivas (+)	
DMU	Média
JAVARI	96%
MS	96%
ALTAMIRA	95%
ARAGUAIA	95%
TOCANTINS	93%
GUAMA/TO	92%
ALTOSOLIMÕES	91%
MEDIOPURUS	90%
POTIGUARA	90%

Fonte: Elaborado pelo autor.

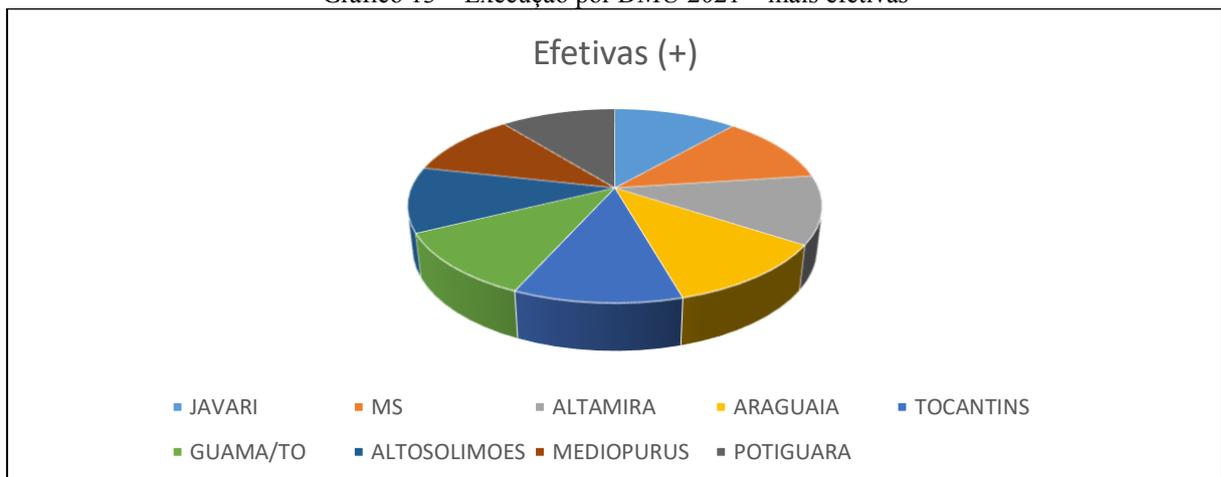
Tabela 20 – Efetivas (-) ano 2021

Efetivas (-)	
DMU	Média
MARANHAO	83%
TAPAJOS	82%
BAHIA	82%
PORTOVELHO	80%
LESTE/RR	79%
CEARA	77%
AL/SE	77%
PERNAMBUCO	75%

Fonte: Elaborado pelo autor.

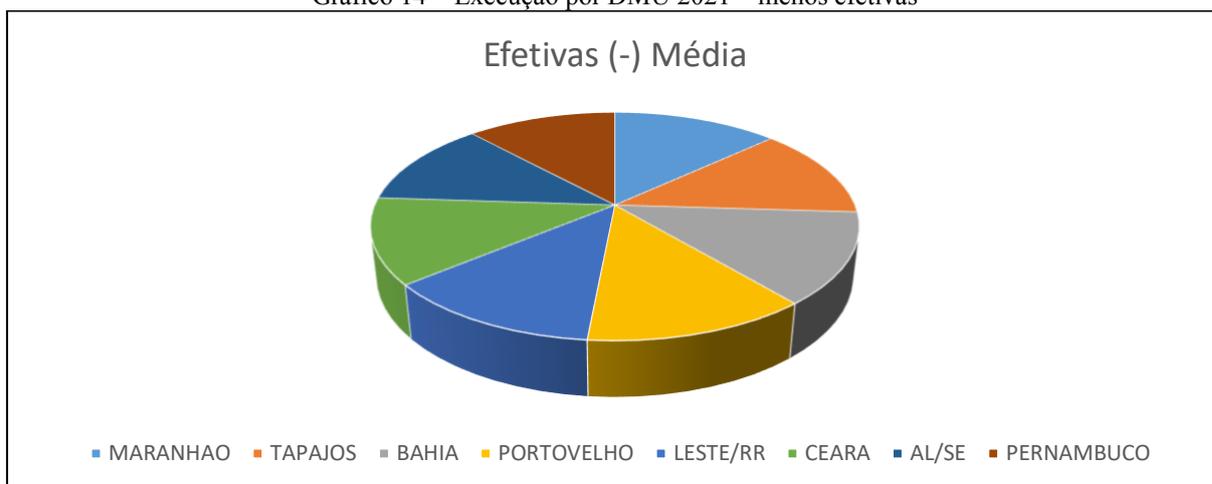
Os Gráficos 13 e 14 apresentam as médias da execução orçamentária em 2021 entre as DMUs mais efetivas e menos efetivas.

Gráfico 13 – Execução por DMU 2021 – mais efetivas



Fonte: Elaborado pelo autor.

Gráfico 14 – Execução por DMU 2021 – menos efetivas



Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 21 – Execução por DMU 2022

DMU	Empenhado	Liquidado	Execução
VILHENA	14.220.507,58	13.963.948,59	98%
GUAMA/TO	47.799.741,02	46.831.896,48	98%
YANOMAMI	60.564.935,98	58.704.956,37	97%
ALTOPURUS	13.260.944,48	12.734.736,21	96%
TOCANTINS	18.055.495,81	17.193.765,89	95%
KAIAPO/MT	17.084.119,29	15.898.627,45	93%
INTSUL	34.849.056,54	32.282.989,25	93%
RIONEGRO	18.884.036,29	17.341.616,38	92%
LITSUL	32.460.730,62	29.681.828,89	91%
ALTAMIRA	12.254.469,71	11.135.224,70	91%
BAHIA	16.244.884,49	14.693.992,70	90%
POTIGUARA	6.479.591,01	5.845.658,47	90%
CUIABA	29.926.800,18	26.886.344,04	90%
PORTOVELHO	18.854.352,05	16.829.621,19	89%
TAPAJOS	18.399.045,86	16.350.547,62	89%
MEDIOPURUS	13.731.553,40	12.160.662,89	89%
KAIAPO/PA	24.567.444,29	21.679.061,03	88%
JURUA	14.449.491,02	12.687.461,18	88%
PERNAMBUCO	18.271.652,15	15.977.588,68	87%
MANAUS	24.209.508,01	21.123.940,53	87%
PARINTINS	19.448.431,11	16.892.344,37	87%
LESTE/RR	30.668.532,39	26.608.273,03	87%
CEARA	11.410.570,65	9.899.899,48	87%
AL/SE	17.316.528,21	14.991.428,52	87%
XAVANTE	21.611.722,22	18.613.494,92	86%
AP/PA	22.349.962,66	19.074.285,18	85%
MS	56.341.316,98	47.843.660,20	85%
ARAGUAIA	13.164.211,06	11.113.795,10	84%
JAVARI	9.690.183,70	8.075.233,08	83%
MEDIOSOLIMOS	14.268.117,05	11.702.610,74	82%
XINGU	26.992.392,00	21.938.115,81	81%
ALTOSOLIMOS	22.944.149,86	18.628.204,73	81%
MARANHAO	22.285.587,77	17.870.752,12	80%
MG/ES	25.497.620,22	20.217.520,06	79%

Fonte: Elaborado pelo autor.

O Gráfico 15 aponta o percentual de execução orçamentária das DMUs no exercício de 2022.

Gráfico 15 – Execução por DMU 2022



Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 22 – Efetivas (+) ano 2022

Efetivas (+)

DMU	Média
VILHENA	98%
GUAMA/TO	98%
YANOMAMI	97%
ALTOPURUS	96%
TOCANTINS	95%
KAIAPO/MT	93%
INTSUL	93%
RIONEGRO	92%
LITSUL	91%

Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 23 – Efetivas (-) ano 2022

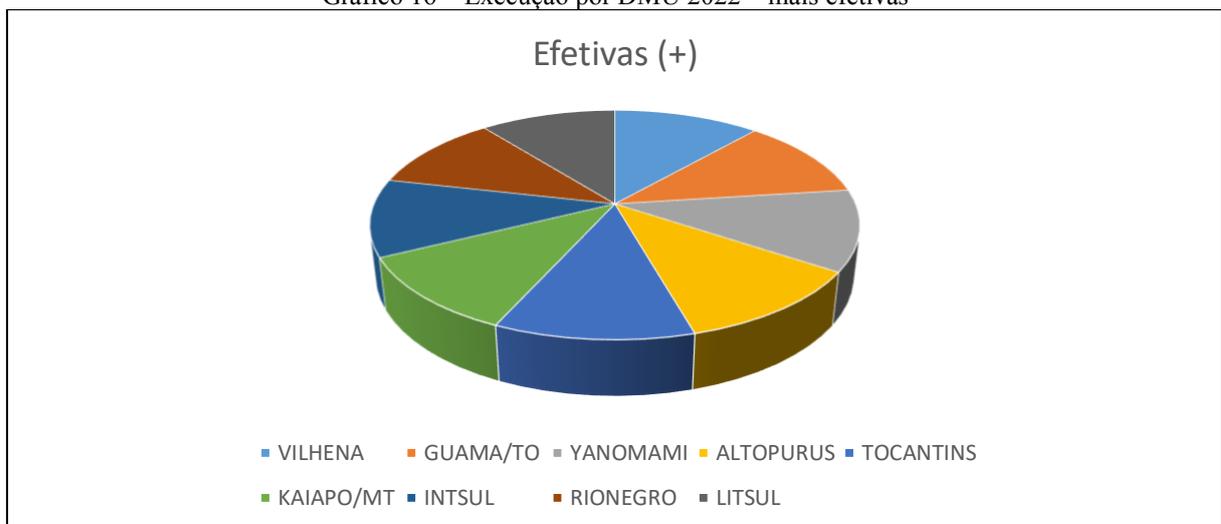
Efetivas (-)

DMU	Média
ARAGUAIA	84%
JAVARI	83%
MEDIOSOLIMÕES	82%
XINGU	81%
ALTOSOLIMÕES	81%
MARANHAO	80%
ARAGUAIA	84%
MG/ES	79%

Fonte: Elaborado pelo autor.

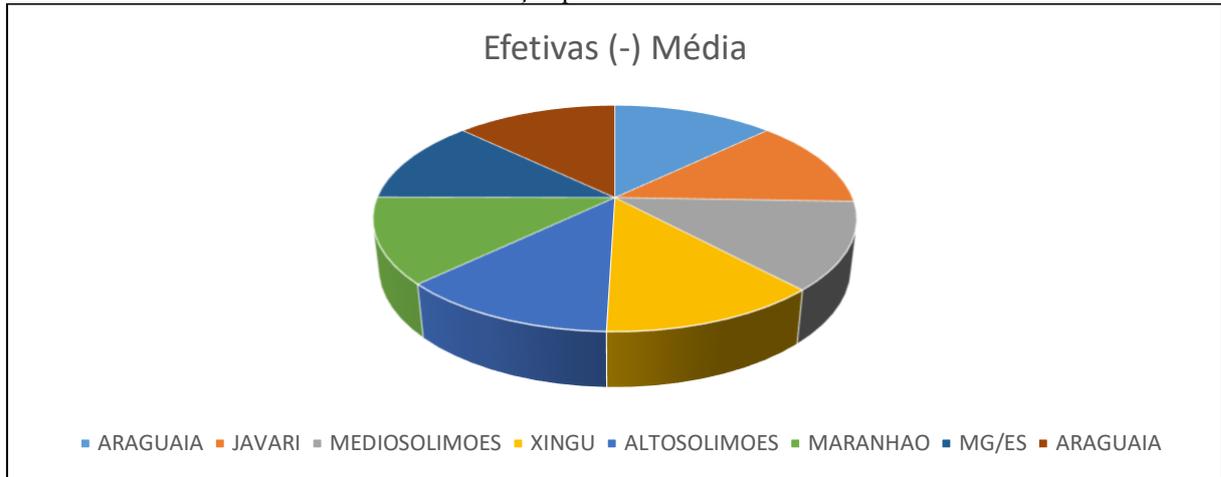
Os Gráficos 16 e 17 apresentam as médias da execução orçamentária em 2022 entre as DMUs mais efetivas e menos efetivas

Gráfico 16 – Execução por DMU 2022 – mais efetivas



Fonte: Elaborado pelo autor.

Gráfico 17– Execução por DMU 2022 – menos efetivas



Fonte: Elaborado pelo autor.

Dentre os resultados expostos (Tabelas 24 e 25) foram consideradas as médias dos 4 (quatro) anos, com a intenção de apurar as DMUs que obtiveram maior e menor efetividade na execução. As DMUs de maior e menor efetividade na execução orçamentária entre o empenhado e o liquidado estão descritas a seguir:

Tabela 24 – Execução média 2019 a 2022 – mais efetivas

Efetivas (+)	
DMU	Média
TOCANTINS	94%
GUAMA/TO	94%
LITSUL	93%
ARAGUAIA	93%
ALTAMIRA	93%
CUIABA	93%
ALTOPURUS	91%
BAHIA	90%

Fonte: Elaborado pelo autor.

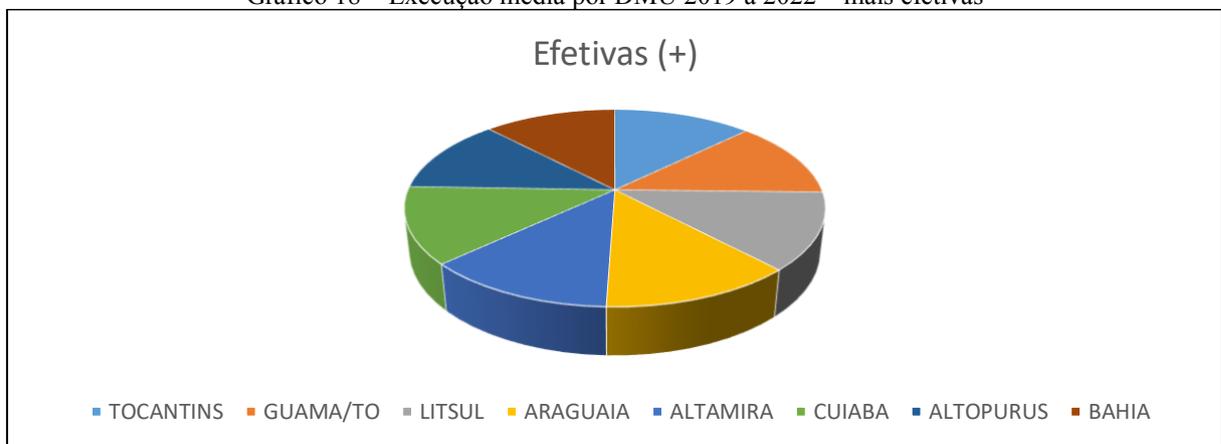
Tabela 25 – Execução média 2019 a 2022 – menos efetivas

Efetivas (-)	
DMU	Média
JAVARI	84%
LESTE/RR	84%
TAPAJOS	84%
CEARA	84%
MEDIOSOLIMÕES	84%
MG/ES	83%
PERNAMBUCO	82%
MARANHAO	82%

Fonte: Elaborado pelo autor.

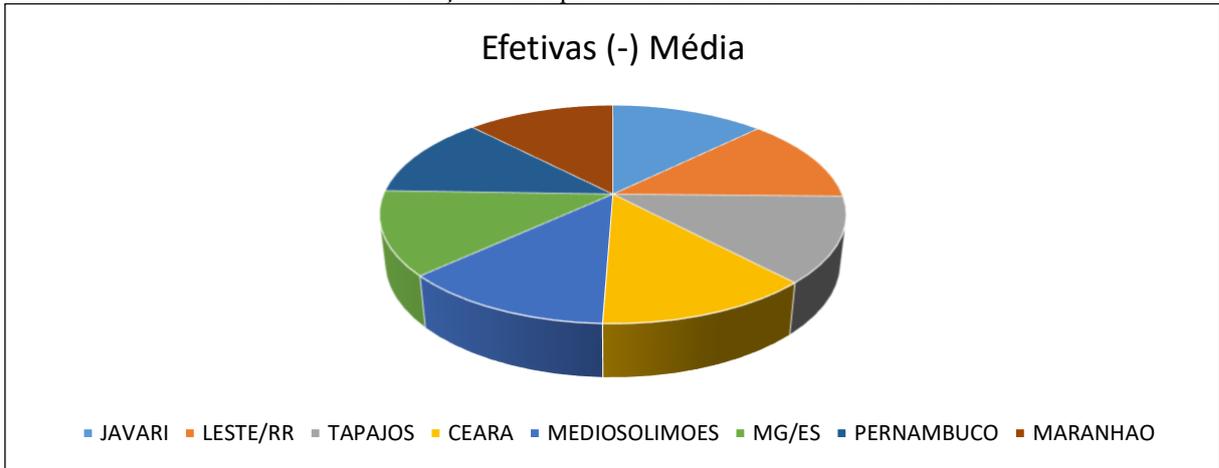
Os Gráficos 18 e 19 apresentam as médias da execução orçamentária, considerando os exercícios de 2019 a 2022, entre as DMUs mais efetivas e menos efetivas.

Gráfico 18 – Execução média por DMU 2019 a 2022 – mais efetivas



Fonte: Elaborado pelo autor.

Gráfico 19 – Execução média por DMU 2019 a 2022 – menos efetivas



Fonte: Elaborado pelo autor.

Assim, os distritos indicados na Tabela 24 Efetivas (+) obtiveram maior efetividade em relação aos demais pares de distritos da amostra.

4.5 DISCUSSÃO

As políticas de saúde refletem uma vitória social (RODRIGUES *et al.*, 2021), mais que uma conquista legal. Do ponto de vista dessa política, o SUS é um sistema que institucionalizou o acesso às ações e serviços de saúde à população de forma democrática (BRASIL, 2010). E, junto com ele, o Programa Nacional de Imunização (PNI), a Estratégia de Saúde da Família (ESF) são exemplos de iniciativas, de políticas públicas de saúde permanentes. Monteiro (2022) enfatiza que as políticas públicas de saúde são consideradas dinâmicas, uma vez que cada território tem suas necessidades e peculiaridades. Um exemplo disso são as campanhas de vacinação que, dependendo do público-alvo contemplado na ação, têm uma estratégia para alcance das metas. Outro exemplo são os DSEIs que foram estudados neste trabalho.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnspi) foi implementada há mais de 20 anos. Passado todo esse tempo, a saúde pública ainda tem suas fragilidades. Para Cardoso *et al.* (2020), melhorar o desempenho humano e organizacional tem sido uma questão de destaque na gestão pública. Mas, quando as políticas de saúde indígena ainda apresentam fragilidades, sinaliza que o desempenho pode ser prejudicado. De certa forma, o envolvimento da sociedade na elaboração de políticas públicas pode ajudar a sanar essas

situações (MONTEIRO, 2022). Por outro lado, é preciso avaliar a política, para melhor entender a performance de resultados da gestão (IMAS; RIST, 2009).

Na Tabela 1, que apresenta: número de profissionais, estabelecimentos, habitantes e repasses financeiros aos convênios, é possível perceber um crescimento dos números de profissionais de saúde e evolução dos estabelecimentos de saúde (Unidades Básicas de Saúde Indígena e Casas de Apoio à Saúde Indígena), assim como na quantidade de habitantes e valores repassados aos convênios, de acordo com informações apuradas junto à Secretaria de Saúde Indígena do Ministério da Saúde, referente aos *inputs* para os anos de 2019 a 2022. No qual infere-se que é uma estratégia de gestão para amenizar (MONTEIRO, 2022) os problemas públicos de saúde dos povos indígenas.

Ainda, sobre os *inputs* utilizados nesse trabalho An (2017) afirma que a organização da saúde indígena deve considerar a gestão dos serviços administrativos, que abordam os profissionais de saúde, recursos financeiros e gestão dos serviços assistenciais, que estão relacionados com os estabelecimentos de saúde. A visão de An (2017) é observada nos dados que apresentam crescimento nos quantitativos de cada item ao longo dos quatro anos.

Já em relação aos indicadores de saúde (Tabela 2) dos povos indígenas é possível perceber um aumento na média do percentual de crianças, menores de 05 anos, em que 79% em 2019 passa para 89% em 2022, apresentando um crescimento no acompanhamento nutricional (VAN) de 10%, Wenczenovicz, em 2018, já citava as principais fragilidades da saúde indígena, destacando: o sedentarismo, a má alimentação e higiene inadequada. Assim os dados apresentam uma melhora nas ações voltadas para alimentação das crianças indígenas.

Outro indicador que apresenta aumento é o número de gestantes indígenas com 06 consultas de pré-natal realizadas, que em 2019 era de 41% e em 2022 é de 52%, aumento de 11%. De acordo com a política de Atenção às mulheres e crianças indígenas (BRASIL, 2022d) facilitar o acesso às consultas pré-natais, exames e testes para as gestantes é primordial para diminuir os riscos da gestação.

É importante ressaltar que, apesar de algumas melhorias dos *inputs* e *outputs*, conforme mencionados no parágrafo anterior, no decorrer dos anos de 2019 a 2022, os achados, gerados na DEA, constantes na Tabela 3, identificaram 18 distritos ineficientes, que correspondem um percentual de 53%. Cabe mencionar o DSEI Leste de Roraima com escala de 0,2090 sendo o mais ineficiente e Tocantins com escala de 0,9840 está mais próximo da eficiência.

Já as informações da Tabela 4 são os consolidados de quantitativos de distritos que resultaram como eficientes, quando tratados pela DEA, utilizando o índice de Malmquist. Nesta situação, percebe-se uma melhora de 2019 para 2020 das Unidades Tomadoras de Decisão eficientes e em 2021 para 2022, as DMUs diminuíram em relação à eficiência. Que possivelmente o período de mais distritos eficientes pode estar relacionado com a gestão de ações mais assertivas. Já a Tabela 5 apresenta os distritos ineficientes, também tratados pela DEA, índice de Malmquist, no qual Alto Rio Juruá, Alto Rio Negro, Amapá e Norte do Pará, Bahia, Guamá-Tocantins, Mato Grosso do Sul e Pernambuco, correspondem às 07 (sete) unidades ineficientes de 2019. Já em 2022, os distritos ineficientes, resultados pela DEA, índice de Malmquist, foram: Amapá e Norte do Pará, Bahia, Interior Sul, Leste de Roraima, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Porto velho, Minas Gerais e Espírito Santo, Rio Tapajós, Xavante e Xingu, totalizando 11 (onze) unidades.

Ainda, em relação aos distritos ineficientes, utilizando o índice de Malmquist-DEA, observa-se que há 03 (três) DMUs que foram ineficientes tanto no período inicial, 2019, quanto no final do período pesquisado, 2022, que são: Amapá e Norte do Pará, Bahia e Mato Grosso do Sul.

Observando os resumos dos pares (Tabelas 8 e 9), que consistem em unidades que compartilham características semelhantes e fazem referência às quantidades de DMUs que aparecem mais de uma vez, correlacionando-se com outras DMUs de mesmos aspectos, atributos, particularidades; seja em relação aos povos indígenas e/ou as estruturas dos estabelecimentos de saúde, perfis epidemiológicos, dentre outros. Isso, nos remete a estratégias que facilitem a execução de ações e serviços de saúde. Dentre as unidades de maiores repetições, tem-se: Alto Rio Solimões (5), Cuiabá (5), Potiguara (6), Vilhena (10).

Ao verificar a Tabela 10 que apresenta a relação entre os distritos eficientes com os ineficientes, destaca-se Vilhena com um maior número de unidades com valores próximos a sua eficiência. PEÑA, (2008) menciona que a relação adequada dos insumos mais os métodos necessários (*inputs*) no processo produtivo entregam produtos de qualidade (*output*), resultando em eficiência.

Já ao relacionar as informações dos distritos que foram ineficientes pelo método DEA e pelo índice de Malmquist-DEA, com a execução financeira, tem-se que Leste de Roraima executou 84%; Rio Tapajós 84%, Minas Gerais e Espírito Santo 83%, Maranhão 82% e Pernambuco 82%.

Almeida e Costa (2019) relatam que o orçamento é um dos impulsionadores para execução das ações e serviços públicos. No caso específico da saúde indígena, esta, ao longo dos anos de 2019 a 2022 apresenta incremento dos seus valores aplicados conforme o Gráfico 20. Entretanto, alguns distritos mesmo executando a maior parte dos recursos financeiros resultaram como ineficientes. É o que Mazon *et al.* (2018) relatam que vários estudiosos de orçamento público enfatizam sobre a ineficiência da empregabilidade desses recursos, ocasionando pontos críticos nos resultados da saúde pública. Moulton (2017) pesquisando no Canadá a situação de empregabilidade de recursos na saúde tem como resultado uma amostra de que 20% do orçamento de saúde é utilizado equivocadamente, muitas vezes comprando materiais de saúde desnecessários, sem conhecer as reais necessidades dos pacientes.

Na percepção dos autores (ABREU; OLIVEIRA, 2022; ALMEIDA; COSTA, 2019) o orçamento precisa ser planejado, bem elaborado, no qual as diretrizes, objetivos metas das ações e serviços públicos estejam bem definidos de modo que proporcione a gestão eficiente da alocação desses recursos financeiros, entregando melhores resultados para da sociedade.

No demais, os recursos são descentralizados (TOFANI *et al.*, 2021) do nível federal para estadual, distrital e municipal para atender as necessidades dos territórios, que têm autonomia, são protagonistas e executores (SOUZA, 2002) das políticas de saúde no tocante à execução financeira de suas ações e serviços de saúde. Assim, percebe-se que não é uma simples limitação de orçamentária que pode gerar resultados ineficientes, mas também uma gestão que não otimiza os recursos financeiros para melhores entregas de ações e serviços públicos à população. Contudo, a saúde é uma área que trata do bem-estar, qualidade de vida das pessoas, e que o Estado pode e deve ter políticas intervencionistas voltadas para infraestrutura, recursos, melhores acessos à população, proporcionando à sociedade uma vida saudável e de qualidade (KRISTIYANTO, 2021). Ressalta-se ainda, que a saúde não é um fator isolado, pois depende de outras variáveis como saneamento, infraestrutura, segurança, tratamento de esgoto entre outros (TEIXEIRA; PUNGIRUM, 2005). Tais variáveis são capazes de evitar a recorrência de doenças crônicas e a desnutrição e suas agudizações no ambiente dos povos indígenas (SOUSA, 2020).

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnaspi) foi implementada há mais de 20 anos. Passado todo esse tempo, a saúde pública ainda tem suas fragilidades. Para Cardoso *et al.* (2020), melhorar o desempenho humano e organizacional tem sido uma questão de destaque na gestão pública. Mas, quando as políticas de saúde

indígena ainda apresentam carências, o desempenho humano fica prejudicado. De certa forma, o envolvimento da sociedade na elaboração de políticas públicas pode ajudar a sanar essas fragilidades (MONTEIRO, 2022). Por outro lado, é preciso avaliar a política, para se entender o desempenho do próprio governo (IMAS; RIST, 2009).

Contudo, para se entender essas carências, é preciso aferir o desempenho. Para tanto, este trabalho aferiu o desempenho dos DSEIs em relação ao alcance das metas dos indicadores de saúde indígena e atendimentos. Apesar de a saúde depender também de outros aspectos (SOUSA, 2020), medir o desempenho de saúde em função dos atendimentos coaduna com trabalhos que versaram sobre outros países, e que destacam a qualidade em saúde, como uma medida relacionada ao acesso da população a ela (GARCIA; GONÇALVES, 2020).

Conforme destaca Sousa (2020), a saúde depende de aspectos locais como saneamento e infraestrutura. E nisso reside a dinamicidade da saúde, enquanto política pública, e sua vinculação com o território (MONTEIRO, 2022). Por isso, mais que estudar estados ou cidades, a escolha por estudar os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) faz mais sentido, do ponto de vista tanto de método quanto de aplicação prática.

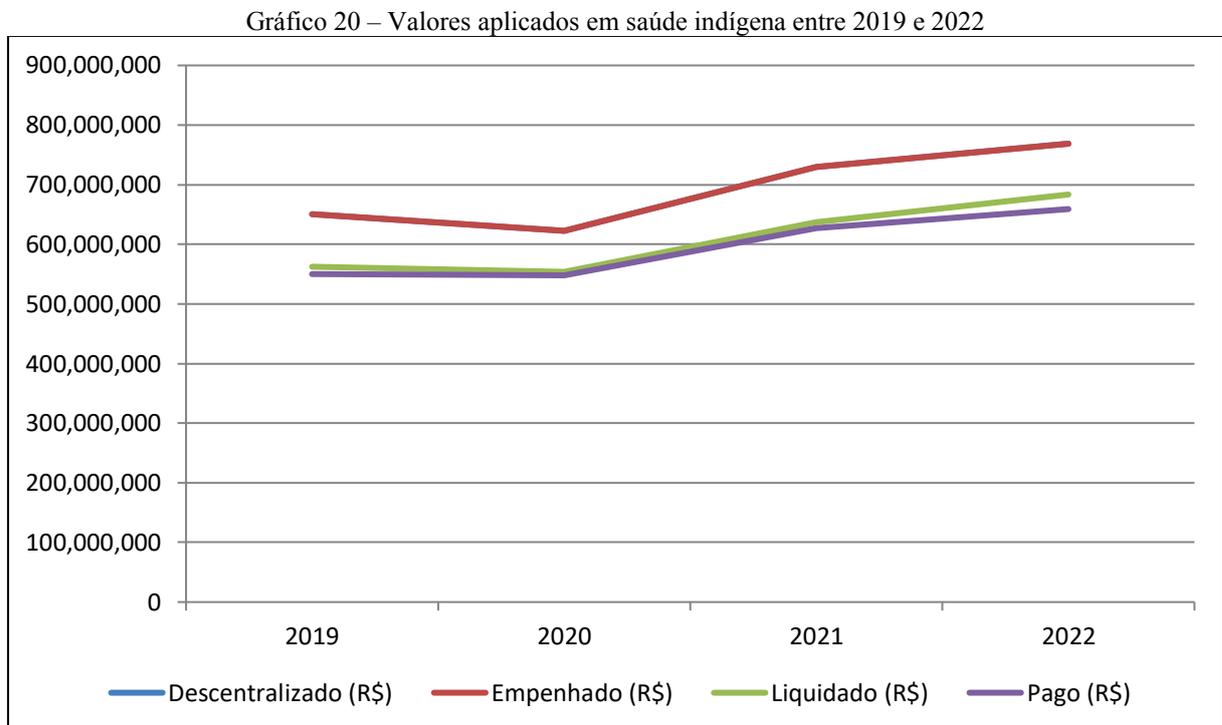
Um olhar sobre o desempenho dos DSEIs relacionado ao alcance de metas dos indicadores de saúde indígena e atendimentos (objetivo específico 1) e os melhores desempenhos (objetivo específico 2) trazem à luz alguns aspectos a serem discutidos. Um deles é que existem desempenhos muito distintos entre os DSEIs, o que pode ser explicado em parte pelo aspecto da dinamicidade na implementação da política pública de saúde e sua vinculação com o território geográfico (MONTEIRO, 2022). Os resultados mostram que a implementação da política pública não ocorre de maneira linear em todo o território nacional, haja vista que, enquanto o DSEI de Manaus quase atingiu a eficiência (0,9690), Leste de Roraima alcançou pouco mais de 20% desse valor (0,2090), na mesma avaliação (Tabela 3). Uma das possíveis explicações poderia ser dada pelas condições locais (SOUSA, 2020). Outra possibilidade seria o fato de a política pública de saúde não ser, de fato, universal, contrapondo o que pregam alguns autores (PINTO; GARCIA; GONÇALVES, 2020). Ou seja, não basta a política pública existir, ela tem que chegar à população-alvo.

Almeida e Costa (2019) relatam que o orçamento é um dos impulsionadores para execução das ações e serviços públicos. No caso específico da saúde indígena, esta, ao longo dos anos de 2019 a 2022 apresenta incremento dos seus valores aplicados (Gráfico 20), porém alguns distritos estão com índices de desempenho pouco eficientes. Mazon *et al.* (2018) relatam

que vários estudiosos de orçamento público enfatizam sobre a ineficiência da empregabilidade desses recursos, ocasionando pontos críticos nos resultados da saúde pública. Porém, os recursos são descentralizados (TOFANI *et al.*, 2021) para atender as necessidades dos territórios, isto é, os distritos têm autonomia, uma vez que são protagonistas e executores (SOUZA, 2002), para execução financeira das ações e serviços de saúde. Então, os resultados deste estudo apontam para problemas na execução de recursos voltados ao atendimento dos povos indígenas, mais que de recursos em si.

A saúde não pode ser tratada como fator isolado, pois depende de outras variáveis como saneamento, infraestrutura, segurança, tratamento de esgoto entre outros (TEIXEIRA; PUNGIRUM, 2005). Essas outras variáveis são capazes de evitar a recorrência de doenças crônicas e a desnutrição e suas agudizações no ambiente dos povos indígenas (SOUSA, 2020).

Segundo os dados fornecidos pela SESAI (2022) é possível observar no período de 2019 a 2022 a evolução da aplicação de recursos financeiros na saúde indígenas, conforme Gráfico 20.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Os dados do Gráfico 20 apresentam crescimento na disponibilização de recursos descentralizados no período analisado. Entretanto, não foram encontrados critérios objetivos na

transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, com o respectivo monitoramento e controle.

Os achados apresentam os DSEIs que foram mais efetivos na execução orçamentária (objetivo específico 3), média do período entre 2019 a 2022, são eles: Tocantins 94%, Guamá-Tocantins 94%, Litoral Sul 93%, Araguaia 93%, Altamira 93%, Cuiabá 93%, Alto Rio Purus 91% e Bahia 90%.

Cabe destaque aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas que obtiveram eficiência técnica e orçamentária, nos anos de 2019 a 2022, são eles: DSEI Araguaia, Altamira, Alto Rio Purus e Cuiabá. Os achados apresentaram que os referidos DSEIs foram eficientes em todas as análises: método DEA, índice Malmquist-DEA, efetividade da execução orçamentária (média 2019 a 2022). Essas unidades podem servir de benchmarking para as menos eficientes e colaborar na melhoria do desempenho organizacional na saúde indígena.

Melhorar o desempenho organizacional tem sido uma questão de destaque na gestão pública (CARDOSO *et al.*, 2020). Cabe à gestão ter um instrumento de avaliação de seus resultados (IMAS; RIST, 2009), até mesmo para comparações entre os distritos e implementações de melhorias - benchmarking (BRASIL, 2018).

5 CONCLUSÃO

Esse trabalho teve como objetivo avaliar o nível da eficiência técnica e orçamentária do desempenho entre os DSEIs, nos anos de 2019 a 2022 e, para tanto, procedeu-se aos desdobramentos contidos nos objetivos específicos, com vistas a aferir o desempenho dos distritos no alcance das metas dos indicadores de saúde indígena e atendimentos; indicar os que apresentaram melhores desempenhos; e avaliar a efetividade de suas execuções orçamentárias.

Nesse sentido, realizou-se uma metodologia predominantemente quantitativa, além de ser normativa, documental e descritiva. Ressalta-se que a utilização da pesquisa quantitativa envolve comparação de valores apresentados por meio de indicadores, níveis de realidade e tendências observáveis (SILVA; LOPES; BRAGA JUNIOR, 2014).

O universo do estudo são os 34 (trinta e quatro) DSEIs, unidades do Ministério da Saúde, que executam as ações de atenção primária e vigilância de saúde para a população indígena, tendo como premissa a obtenção de *inputs* e *outputs* das políticas públicas (ações de proteção, promoção e recuperação) voltadas para a saúde dessa população, que proporcionam acesso à atenção integral à saúde com base nos princípios e diretrizes do SUS.

Desse modo, entre os insumos existentes foram selecionados aqueles que estavam relacionados ao atendimento à saúde indígena e que impactam diretamente nos produtos (resultados dos indicadores de saúde). Logo, os insumos: números de profissionais, estabelecimentos de saúde (instalações), habitantes (população) da região que podem ser atendidos pelos profissionais contratados e valores repassados aos convênios para as ações dos serviços de saúde serviram como base para o estudo e, quando correlacionados aos indicadores de saúde, percentuais e médias de atendimentos apurados entre os anos de 2019 a 2022, obteve-se dados adequados para a utilização do método DEA e do índice Malmquist-DEA.

Em seguida, visando apurar a efetividade da execução orçamentária dos DSEIs, foram analisados os valores empenhados e liquidados por cada DMU entre os anos de 2019 e 2022. Por conseguinte, foram utilizados a pesquisa quantitativa envolvendo a comparação dos valores apresentados por meio de indicadores e o método de benchmarking, para comparação de desempenho entre os distritos analisados.

O trabalho alcançou seus objetivos, ao apurar o desempenho de cada DSEIs e, dentre eles, classificar os de melhores resultados considerando o cenário de 4 (quatro) anos. Além de apontar aquelas unidades que foram ineficientes, apresentando-lhes correlações de outros pares de distritos como modelos a serem seguidos, mas acrescentando, também, a análise da execução

orçamentária com alcance de uma margem satisfatória acima de 90% na comparação entre os valores empenhados e liquidados nos períodos analisados.

Outra situação que observada diante das metas estabelecidas e os resultados são as prioridades da gestão por resultados, isso quer dizer que mais ações estratégicas para saúde, mais oportunidades de acesso à população indígena, efetivação dos programas e políticas.

Do ponto de vista teórico, uma contribuição é o fato de alertar para o aspecto do fator território como mediador na implementação da política pública analisada. Apesar de Monteiro (2022) ter falado disso, e antes dele, Pinto, Garcia e Gonçalves (2020) terem discursado sobre a diferença entre sistemas de saúde em países diferentes, este estudo mostrou que uma política pública pode ser implementada de diferentes formas, e com resultados muito distintos.

Dentre as contribuições práticas para os gestores dos DSEIs, observou-se o resultado alcançado pelas unidades consideradas eficientes pelo método DEA e pelo índice Malmquist-DEA e a busca desse cenário para as demais unidades, que foram consideradas ineficientes em ambas análises: Amapá e Norte do Pará, Bahia, Guamá-Tocantins, Interior Sul, Leste de Roraima, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais e Espírito Santo, Pernambuco, Porto Velho, Rio Tapajós, Xavante, Xingu e Yanomami. Foi possível avançar no sentido de se apontar quais seriam as DSEIs mais semelhantes e que, assim, podem servir de benchmarking para as menos eficientes.

Para os distritos considerados ineficientes, é necessário fazer uma análise mais criteriosa da gestão administrativa e gerencial utilizada. Assim, a transformação de perfil, a correção de falhas nos processos estruturais, metodológicos e tecnológicos, permitirão a correção dos processos e melhorar os resultados dos indicadores da saúde. Em relação ao atendimento dos indígenas, cita-se a melhoria de acesso a consultas e exames, acompanhamento alimentar e nutricional, gestantes com acesso ao pré-natal, acesso a tratamento odontológico, ciclo vacinal completo, são as métricas que devem se tornar metas a perseguir.

No caso das políticas públicas, este estudo pode ser importante para que conheçam e implementem em suas ações o benchmarking que, por sua vez, serviu como condutor para a identificação dos DSEIs, considerados referências a serem seguidos pelos demais distritos, a fim de que esses últimos busquem conhecer os motivos dessa eficiência e passem a adotar práticas semelhantes ou adaptá-las, de acordo com suas realidades.

Outra contribuição do estudo é a disponibilização mais acessível de dados atualizados sobre os indicadores da saúde indígenas. Uma vez que grande parte destes dados foram fornecidos pela própria Secretaria de Saúde Indígena (SESAI).

Solicitou-se, também, à Secretaria de Saúde Indígena quais ações de políticas públicas estavam sendo realizadas por aquele órgão com vistas a melhoria dos indicadores dos DSEIs, obtendo as seguintes respostas: aumento nos Atendimentos à Atenção Básica à Saúde Indígena, 18 Ações Interministeriais para tratamento de cuidados do Covid-19, Ações de Vigilância Epidemiológica, Ações de Assistência à Saúde, MVPI (Mês de Vacinação dos Povos Indígenas), Operação Gota (7 DSEI - Alto Rio Negro, Médio Rio Solimões e Afluentes, Vale do Javari, Amapá e Norte do Pará, Alto Rio Juruá, Alto Rio Purus, Médio Rio Purus), Campanha Influenza, Campanha Nacional do Sarampo, Plano de Ação: Vacinação nas Fronteiras, Sala de Situação Sarampo – SSS, Vacinação contra a Covid – 19, Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite e Multivacinação para atualização da caderneta de vacinação da criança e adolescente, Projeto Sesai Mais Saúde Indígena, Qualificação dos bancos de dados do SIASI, Vigilância em Saúde e Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde, Elaboração dos Planos de Contingência para Situações de Contato com Indígenas Isolados, Planos de Contingência para Surtos e Epidemias, Vigilância do óbito CASAI: Apoio na organização dos serviços, Monitoramento e Avaliação das Informações em saúde, Avaliação das Informações em saúde, Ações de Vigilância em Saúde e Atenção à Saúde, Ações de Vigilância em Saúde, Ações de Qualificação da atenção à saúde mental das populações indígenas, Ações de Qualificação da atenção à saúde indígena, Curso de Qualificação dos Profissionais para Situação de Contato com Povos Indígenas Isolados, Orientações para a inserção de dados de saúde bucal no SIASI, Qualificação da atenção da atenção ao pré-natal e puerpério, Qualificação da atenção à saúde bucal indígena, Ações de Vigilância em saúde ambiental, Melhoraria a qualidade de vida da população indígena com deficiência, Estímulo à amamentação e alimentação complementar saudável, Prevenção ao Câncer de Colo de Útero e Ações de Qualificação da atenção à saúde das crianças.

A limitação foi a não disponibilização de informações, com a alegação de dados sigilosos, referentes ao recebimento, distribuição e estoque de medicamentos, materiais médico-hospitalares e insumos odontológicos no período. Os outros fatores limitadores da pesquisa foram a falta de dados completos, entre 2012 e 2018, que permitissem maior abrangência na análise; e morosidade nas respostas de algumas solicitações de acesso à informação por parte do órgão demandado.

Considerando toda argumentação apresentada no decorrer deste estudo, conclui-se que as políticas de saúde refletem uma vitória social, legal, onde todos foram incluídos, ou seja, uma política que contemplasse também as especificidades de cada povo, o que significa incluir

o bem-estar da população indígena. Mas, apesar de a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnapi) ter sido implementada há mais de 20 anos, após todo esse tempo, a saúde desses povos ainda revela a necessidade de buscar trabalhar de forma integrada e compartilhada a fim de ser assegurado o direito à saúde.

REFERÊNCIAS

- ABERS, R. N.; SILVA, M. K.; TATAGIBA, L. Movimentos Sociais e Políticas Públicas: Repensando Atores e Oportunidades Políticas. **Lua Nova**, São Paulo, v. 105, p. 15-46, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ln/a/7Z3vLtvbrTykKtSfx39QSXs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 dez. 2022.
- ABREU, W. M.; OLIVEIRA, M. A. O orçamento público brasileiro como instrumento de política fiscal: processo, instituições e evidência. *In*: ENCONTRO DA ANPAD, 46., 2022, Maringá. **Anais [...]**. Maringá: Anpad, 2022. Disponível em: <http://anpad.com.br/uploads/articles/120/approved/6646b06b90bd13dabc11ddba01270d23.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2022.
- ALMEIDA, H. M.; COSTA, A. V. Orçamento público como mecanismo de planejamento para a gestão. **ID On Line: Revista de Psicologia**, Jaboaão dos Guararapes, v. 13, n. 43, p. 559-577, 2019.
- ALMEIDA, L. L. *et al.* Categorias institucionais das políticas de saúde no Brasil (1990-2017). **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, DF, v. 6, n. 2, p. 78-94, 2017.
- AN, L. U. L. **Perfil Epidemiológico dos Indígenas referenciados para casa de saúde indígena do Distrito Federal**. 2017. 112 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, 2017. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/25228>. Acesso em: 3 out. 2022.
- ARRETCHE, M. Dossiê agenda de pesquisa em políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 7-9, fev. 2003.
- AZEVEDO, A. M. *et al.* Avaliação de políticas públicas: evidências do impacto do programa saúde da família na ampliação da saúde preventiva. **Revista Gestão e Planejamento**, Salvador, v. 22, p. 497-516, jan./dez. 2021. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/65130/>. Acesso em: 7 nov. 2022.
- BANKER, R. D.; CHARNES, A.; COOPER, W. W. Some models for estimating technical and scale inefficiencies in data envelopment analysis. **Management Science**, Catonsville, v. 30, n. 9, 1078-1092, 1984.
- BAPTISTA, T. W. F. *et al.* As emendas parlamentares no orçamento federal da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 12, p. 2267-2279, dez. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/sp7nMmjTBMcN4yV8qKLZ3kL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 dez. 2022.
- BARBOSA, F. C.; FUCHIGAMI, H. Y. **Análise envoltória de dados: teoria e aplicações práticas**. Itumbiara: Ulbra, 2018.

BEIRÃO, E. S.; LEITE, M. E. Execução dos limites mínimos constitucionais de financiamento da educação nos municípios da mesorregião Jequitinhonha. **Revista Cerrados**, Montes Claros, v. 17, n. 2, p. 168-192, jul./dez. 2019. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7525238>. Acesso em: 9 dez. 2022.

BOTEGA, L.; ANDRADE, M. V.; GUEDES, G. R. Brazilian hospitals' performance: an assessment of the unified health system (SUS). **Health Care Management Science**, [s. l.], v. 23, n. 3, p. 443-452, 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10729-020-09505-5>. Acesso em: 11 jan. 2023.

BRASIL, F. G.; CAPELLA, A. C. N. Os estudos das políticas públicas no Brasil: passado, presente e caminhos futuros da pesquisa sobre análise de políticas. **Revista Política Hoje**, Recife, v. 25, n. 1, p. 71-90, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/politica hoje/article/view/3710>. Acesso em: 12 dez. 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 7 ago. 2022.

BRASIL. Controladoria-Geral da União. Portal da Transparência. **Despesas e receitas**. Brasília, DF: Controladoria-Geral da União, 2022a. Disponível em: www.portaldatransparencia.gov.br. Acesso em: 10 jan. 2023.

BRASIL. Decreto nº 11.098, de 20 junho de 2022. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 115, p. 3, 21 jun. 2022b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-11.098-de-20-de-junho-de-2022-408904817>. Acesso em: 7 ago. 2022.

BRASIL. Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976. Regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 13 ago. 1976. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/d78231.htm. Acesso em: 8 ago. 2022.

BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 18 nov. 2011c. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm. Acesso em: 8 dez. 2022.

BRASIL. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. **Diário Oficial da**

União: seção 1, Brasília, DF, 31 out. 1975. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6259.htm. Acesso em: 5 out. 2021

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 15 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Economia. **Planejamento e orçamento.** Brasília, DF: Ministério da Economia, 2022c. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/planejamento-e-orcamento>. Acesso em: 19 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O SUS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2010]. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/sus.html. Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Estratégia Saúde da Família.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/estrategia-saude-da-familia>. Acesso em: 8 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Saúde da Família.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/estrategia-saude-da-familia/>. Acesso em: 10 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Manual de Planejamento do SUS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016a. (Série Articulação Interfederativa, 4). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejam_ento_atual.pdf. Acesso em: 15 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fundo Nacional de Saúde: 2020-2021.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://consultafns.saude.gov.br/#/repasse-dia>. Acesso em: 18 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2020-2023.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf. Acesso em: 4 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_4_28_SETEMBRO_2017.pdf. Acesso em: 4 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.317, de 3 de agosto de 2017**. Adequa o registro das informações relativas a estabelecimentos que realizam ações de Atenção à Saúde para populações Indígenas no CNES. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017d. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt1317_08_08_2017.html. Acesso em: 04 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 6 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.498, de 19 de julho de 2013**. Redefine o Calendário Nacional de Vacinação, o Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e as Campanhas Nacionais de Vacinação, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em todo o território nacional. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1498_19_07_2013.html. Acesso em: 6 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 2 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2019**. Institui o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS, por meio da alteração das Portarias de Consolidação nº 5/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil/materiais-de-apoio/legislacao-especifica/informatiza-aps/2019/prt_2983_11_11_2019.pdf/view. Acesso em: 26 abr. 2021. Acesso em: 9 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html. Acesso em: 18 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002**. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnaspí). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_254_2002.pdf. Acesso em: 2 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o

financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html. Acesso em: 14 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 699, de 30 de março de 2006**. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0699_30_03_2006_comp.html. Acesso em: 18 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde Indígena. **Distrito sanitário especial indígena**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 9 jan. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/estrutura/dsei>. Acesso em: 2 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Imunizações: 30 anos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. (Série Projetos e Programas e Relatórios, C). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_30_anos_pni.pdf. Acesso em: 18 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde Indígena. **Atenção à saúde das mulheres e crianças indígenas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 7 dez. 2022d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/dapsi/atencao-a-saude-das-mulheres-e-criancas-indigenas>. Acesso em: 10 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde Indígena. **Memorando Circular nº 09/2016/DGESI/SESAI/MS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 7 dez. 2016b. Assunto: Apresentação do projeto “Georreferenciamento de 100% das aldeias atendidas pelo SASISUS”. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/arquivos/georreferenciamento-de-100-das-aldeias-atendidas-pelo-sasisus-pdf>. Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde Indígena. **Solicitação de Acesso à Informação - Fala.BR NUP nº 25072.000625/2023-53**. Brasília, DF: Secretaria de Saúde Indígena, 17 jan. 2023. Disponível em: <https://falabr.cgu.gov.br/publico/Manifestacao/SelecionarTipoManifestacao.aspx>. Acesso em: 10 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Manual do usuário: DigiSUS Gestor - Módulo Planejamento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://digisusgmp.saude.gov.br/storage/conteudo/va52fSwXLuX4mrhJCKZiVs4D1KIeNXermnOHHTfo.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SESAI implanta projeto de georreferenciamento em aldeias**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1º nov. 2022e. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2017/fevereiro/sesai-implanta-projeto-de-georreferenciamento-em-aldeias>. Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Secretaria-Geral de Controle Externo. **Análise envoltória de dados em auditoria**. Brasília, DF: TCU, 2018. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A81881E6A8F3D92016AC66C0EBC488E>. Acesso em: 2 set. 2022.

CARDOSO, A. S. f. *et al.* Avaliação de desempenho: percepção de profissionais da saúde em uma instituição hospitalar pública. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 10, n. 9, p. 1-21, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/37060/html>. Acesso em: 30 dez. 2022.

CHAI, C. G.; PEREIRA, I. P. Planejamento de saúde: marcos metodológicos, limites e possibilidade. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**, Vitória, v. 17, n. 2, p. 527-550, jul./dez. 2016.

CHARNES, A.; COOPER, W. W.; RHODES, E. Measuring the efficiency of decision making units. **European Journal of Operational Research**, [s. l.], v. 2, n. 6, p. 429-444, 1978. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0377-2217\(78\)90138-8](https://doi.org/10.1016/0377-2217(78)90138-8). Acesso em: 30 dez. 2022.

CHILINGERIAN, J. A.; SHERMAN, H. D. Health-care applications: from hospitals to physicians, from productive efficiency to quality frontiers. *In*: COOPER, W. W.; SEIFORD, L. M.; ZHU, J. (ed.). **Handbook on data envelopment analysis**. 2. ed. [s. l.]: Springer, 2011. (International Series in Operations Research and Management Science, 164). Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4419-6151-8_16. Acesso em: 30 dez. 2022.

COOPER, W. W.; SEIFORD, L. M.; ZHU, J. Data envelopment analysis: history, models, and interpretations. *In*: COOPER, W. W.; SEIFORD, L. M.; ZHU, J. (ed.). **Handbook on data envelopment analysis**. 2. ed. [s. l.]: Springer, 2011. p. 1-39. Disponível em: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-1-4419-6151-8>. Acesso em: 30 dez. 2022.

CREPALDI, S. A. **Orçamento público**: planejamento, elaboração e controle. São Paulo: Saraiva, 2017. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=m4VnDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT6&dq=CREPALDI,+2017&ots=g4iea-H8JI&sig=mMUIIbN2kzvul3bnbVIXMDTVHpE#v=onepage&q=CREPALDI%2C%202017&f=false>. Acesso em: 30 dez. 2022.

CREPALDI, S. A. **Orçamento público**: planejamento, elaboração e controle. São Paulo: Saraiva, 2013.

CROWSHOE, L. *et al.* The Indigenous primary health care and policy research network: Guiding innovation within primary health care with Indigenous peoples in Alberta. **Health Policy**, [s. l.], v. 125, n. 6, p. 725-731, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.02.007>. Acesso em: 11 jan. 2023.

DELELLIS, N. O.; OZCAN, Y. A. Quality outcomes among efficient and inefficient nursing homes: A national study. **Health Care Management Review**, Germantown, v. 38, n. 2, p. 156-165, 2013.

DOWBOR, M.; CARLOS, E.; ALBUQUERQUE, M. C. As origens movimentistas de políticas públicas: proposta analítica aplicada às áreas de criança e adolescente, direitos humanos e saúde. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n. 105, p. 47-80, 2018. Disponível em:

http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_informativo/2019_Periodicos/IJC04_09.pdf. Acesso em: 10 jan. 2023.

EMROUZNEJAD, A.; YANG, G-L. A survey and analysis of the first 40 years of scholarly literature in DEA: 1978–2016. **Socio-Economic Planning Sciences**, [s. l.], v. 61, p. 4-8, Mar. 2018.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/qxhc3>. Acesso em: 11 jan. 2023.

FARAH, M. F. S. Administração pública e políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 813-36, maio/jun. 2011.

FARAH, M. F. S. Análise de políticas públicas no Brasil: de uma prática não nomeada à institucionalização do “campo de públicas”. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 6, p. 959-979, nov./dez. 2016.

FIALLOS, J. *et al.* Using data envelopment analysis for assessing the performance of pediatric emergency department physicians. **Health Care Management Science**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 129-140, 2017. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10729-015-9344-0>. Acesso em: 10 jan. 2023.

FIGUEIREDO, M. F.; FIGUEIREDO, A. M. C. Avaliação política e avaliação de políticas: um quadro de referência teórica. **Análise & Conjuntura**, Belo Horizonte, v. 1, n. 3, p. 1-9, set./dez. 1986. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/eixos/9_estados-e-lutas-sociais/avaliacao-de-politicas-publicas-e-a-nocao-de-exito-o-olhar-dos-figueiredos.pdf. Acesso em: 12 nov. 2022.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FONSECA, M. **Das políticas públicas de inclusão escolar à atuação do profissional de apoio/monitor**. 2016. 95 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/12055>. Acesso em: 12 nov. 2022.

FUNCIA, F. R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciência de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4405-4414, 2019.

GARCIA, M. S. M. P.; GONÇALVES, A. M. S. Estudo aplicado do sistema de saúde na Europa. **Interciência Revista Científica**, Guarujá, v. 19, p. 1-8, 2020. Disponível em:

https://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20200522114349.pdf. Acesso em: 12 dez. 2022.

GARNELO, L.; BRANDÃO, L. C. Avaliação preliminar do processo de distritalização sanitária indígena no estado do Amazonas. *In*: COIMBRA JÚNIOR, C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. (org.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Abrasco, 2005. p. 235-257. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/bsmtd/pdf/coimbra-9788575412619-13.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2022.

GRASSI, F. **A atenção à saúde em um contexto indígena**: os medicamentos entre os Guarani de uma tribo em Santa Catarina. 2009. 115 f. Dissertação (Mestrado em Farmácia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/92382>. Acesso em: 12 dez. 2022.

HARTZ, Z. M. A. **Avaliação de saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/3zcf/pdf/hartz-9788575414033.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2022.

HENDERSON, R. *et al.* Advancing Indigenous primary health care policy in Alberta, Canada. **Health Policy**, [s. l.], v. 122, n. 6, p. 638-644, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.04.014>. Acesso em: 12 jan. 2023.

HERINGER, F. R. A. **Quantas políticas públicas há no Brasil?** O problema da imprecisão conceitual para a avaliação de políticas públicas. 2018. 75 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Avaliação de Políticas Públicas) – Instituto Legislativo Brasileiro, Brasília, DF, 2018. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/cegonha>. Acesso em: 12 jan. 2023.

IMAS, L. G. M.; RIST, R. C. **The road to results**: designing and conducting effective development evaluations. Washington, DC: The World Bank, 2009. Disponível em: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/400101468169742262/pdf/The-road-to-results-designing-and-conducting-effective-development-evaluations.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2023.

JACOBS, R. Alternative methods to examine hospital efficiency: Data envelopment analysis and stochastic frontier analysis. **Health Care Management Science**, [s. l.], v. 4, n. 2, p. 103-115, 2001. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1011453526849>. Acesso em: 12 jan. 2023.

KOHL, S. *et al.* The use of Data Envelopment Analysis (DEA) in healthcare with a focus on hospitals. **Health Care Management Science**, [s. l.], v. 22, p. 245-286, 2019. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10729-018-9436-8>. Acesso em: 2 set. 2022.

KRISTIYANTO, S. Government Budget, and health insurance for public health in East Java Province. **Media Trend**, Raya Telang, v. 16, n. 1, p. 49-60, 2021. Disponível em: <https://journal.trunojoyo.ac.id/mediatrend/article/view/9482>. Acesso em: 14 jan. 2023.

KUWAHARA, Y. *et al.* Measuring the efficiencies of visiting nurse service agencies using data envelopment analysis. **Health Care Management Science**, [s. l.], v. 16, n. 3, p. 228-235, 2013. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10729-013-9228-0>. Acesso em: 11 jan. 2023.

LABRA, M. E. Resenha: - O movimento sanitário nos anos 20. Da “conexão sanitária internacional” à especialização de saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 145-146, 1985. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/14854/resenha---o-movimento-sanitarista-nos-anos-20--da--conexao-sanitaria-internacional--a-especializacao-em-saude-no-brasil---maria-eliana-labra---1985-/i/pt-br>. Acesso em: 12 jan. 2023.

LINS, M. E. *et al.* O uso da Análise Envoltória de Dados (DEA) para avaliação de hospitais universitários brasileiros. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 985-998, ago. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400020>. Acesso em: 12 jan. 2023.

LINS, M. P. E.; NETTO, S. O. A.; LOBO, M. S. C. Multimethodology applied to the evaluation of Healthcare in Brazilian municipalities. **Health Care Management Science**, [s. l.], v. 22, p. 197-214, 2019. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10729-018-9432-z>. Acesso em: 10 jan. 2023.

LOPES, A. L. M.; LORENZETT, J. R.; PEREIRA, M. F. Data Envelopment Analysis (DEA) como ferramenta para a avaliação do desempenho da gestão estratégica. **Revista Universo Contabil**, Blumenau, v. 7, n. 3, p. 77-94, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4270/ruc.20117>. Acesso em: 12 jan. 2023.

LOTTA, G. (org.). **Teorias e análises sobre implementação de políticas públicas no Brasil**. Brasília: Enap, 2019. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/4162/1/Livro_Teorias%20e%20An%C3%A1lises%20sobre%20Implementa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20no%20Brasil.pdf. Acesso em: 10 jan. 2023.

MARIANO, E. B.; ALMEIDA, M. R.; REBELATTO, D. A. N. Peculiaridades da análise por envoltória de dados. *In*: SIMPEP, 12., 2006, Bauru. **Anais [...]**. Bauru: SIMPEP, 2006. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002408622>. Acesso em: 10 jan. 2023.

MARQUES, R. M.; MENDES, A.; A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 21, n. 2 (45), p. 345-362, ago. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ecos/a/bqHNFgxm8Qj7mstC7CtWcyp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2023.

MASTRODI, J.; IFANGER, F. C. A. Sobre o conceito de políticas públicas. **Revista de Direito Brasileira**, Florianópolis, v. 24, n. 9, p. 5-18, set./dez. 2019.

MAZON, L. M. *et al.* Execução financeira dos blocos de financiamento da saúde nos municípios de Santa Catarina, Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 38-

51, jan./mar. 2018. Disponível em: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/499>. Acesso em: 12 jan. 2023.

MBACHU, C. *et al.* Supporting strategic health purchasing: a case study of annual health budgets from general tax revenue and social health insurance in Abia state, Nigeria. **Health Economics Review**, [s. l.], v. 11, n. 47, p. 1-13, 2021.

MCCARTHY, J. D.; ZALD, M. N. Mobilização de recursos e movimentos sociais: uma teoria parcial. **Movimentos Sociais**, Goiânia, v. 2, n. 2, p. 1-57, jan./jun. 2017. Disponível em: <https://redelp.net/index.php/rms/article/view/864>. Acesso em: 12 jan. 2023.

MELLO, J. C. C. B. S. *et al.* Suavização da fronteira DEA: o caso BCC tridimensional. **Investigação Operacional**, Lisboa, v. 24, p. 89-107, 2004. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/229035267_Suavizacao_da_Fronteira_DEA_O_caso_BCC_tridimensional. Acesso em: 12 jan. 2023.

MENDES, A. M. *et al.* O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, DC, v. 42, p. 1-6, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.184>. Acesso em: 11 jan. 2023.

MENDES, W. A. *et al.* Análise de políticas públicas: avaliação da estratégia saúde da família. **Revista Eletrônica de Estratégia e Negócios**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 30-52, 2021.

MONTEIRO, M. S. **Políticas públicas**. Gama: Uniceplac, 2022. v. 2.

MOULTON, D. As much as 20% of Newfoundland's health budget may be inappropriately spent. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v. 189, n. 6, p. E255, 2017.

MUZZI, D. **Tipologia de políticas públicas**: uma proposta de extensão do modelo de Lowi. 2014. 189 f. Projeto (Mestrado em Administração) – Escola de Gestão ISG, Lisboa, 2014. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/7097/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_D%C3%A9bora_Muzzi.pdf. Acesso em: 13 jan. 2023.

NATHANSON, B. H. *et al.* An exploratory study using data envelopment analysis to assess neurotrauma patients in the intensive care unit. **Health Care Management Science**, [s. l.], v. 6, p. 43-55, 2003. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1021912320922>. Acesso em: 13 jan. 2023.

NGUYEN, H. P. Performance budgeting: its rise and fall. **Munich Personal RePEc Archive**, [s. l.], n. 9415, p. 1-19, Nov. 2007. Disponível em: <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/id/eprint/9415>. Acesso em: 28 dez. 2022.

OLIVEIRA, V. E. Saúde pública e políticas públicas: campos próximos, porém distantes. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 880-894, 2016.

ORTEGA, A. **Dicionário de conceitos políticos**. Organizadores Any Ortega, Stanley Plácido da Rosa Silva. São Paulo: Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, 2020.

PACHECO, R. S. Administração pública nas revistas especializadas –Brasil, 1995 –2002. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 63-71, out./dez. 2003.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PATIAS, T.; SANTOS, A. H. G. dos. **Inovação social**. Santa Maria: Incubadora Social da UFSM, 2022. Disponível em: <https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/570/2022/03/04.-INOVACAO-SOCIAL.pdf>. Acesso em: 11 set. 2022.

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

PEREIRA, L. G. **Acesso à informação**: avaliação de eficiência por meio de análise envoltória de dados. 2021. 102 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Economia) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/41722>. Acesso em: 11 jan. 2023.

PERGORARO, A. P. A. O Sistema de saúde no Brasil e nos Estados Unidos. FÓRUM BRASILEIRO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA, 3., 2013, Rio de Janeiro. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

PINTO, D. F. **Orçamento por desempenho**: uma análise da alocação orçamentária da política pública de saúde indígena e seus critérios de distribuição. 2022. Dissertação (Mestrado em Controle e Gestão) – Programa de Pós-Graduação em Controle de Gestão, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/238068>. Acesso em: 23 jan. 2023.

PINTO, E. G. **Execução orçamentária do SUS no enfrentamento à pandemia da Covid-19**: relatório produzido em atendimento à solicitação da Comissão Parlamentar de Inquérito sobre a Pandemia (CPI Pandemia), constante do Ofício nº. 1305/2021- CPIPANDEMIA, de 11 de junho de 2021, decorrente do Requerimento nº. 823/2021- CPIPANDEMIA, de autoria do Senador Alessandro Vieira. São Paulo, 5 jul. 2021. Disponível em: <http://cebes.fw2web.com.br/wp-content/uploads/2021/07/Execucao-orcamentaria-do-SUS-no-enfrentamento-a-pandemia-da-Covid-19-Elida-G-Pinto.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2023.

PINTO, R. M. F.; GARCIA, M. S. M. P.; GONÇALVES, A. M. S. O sistema de saúde americano e seus aspectos jurídicos. **Intr@ciência Revista Científica**, Guarujá, v. 19, p. 1-9, jun. 2020. Disponível em: https://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20200522114101.pdf. Acesso em: 10 jan. 2023.

ROBINSON, M.; BRUMBY, J. Does performance budgeting work: an analytical review of the empirical literature. **IMF Working Paper**, Washington, DC, n. 5/210, p. 1-76, Nov. 2005. Disponível em: <https://papers.ssrn.com/sol3/Delivery.cfm/wp05210.pdf?abstractid=888079&mirid=1>. Acesso em: 30 dez. 2022.

RODRIGUES, V. M. P.; SOARES, T. C. M.; BEZERRA, S. T. F. Diálogos sobre políticas públicas de saúde: um olhar da revisão integrativa. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 45, n. 3, p. 236-252, jul./set. 2021.

ROSA, J. G. L.; LIMA, L. L.; AGUIAR, R. B. **Políticas públicas**: introdução. Porto Alegre: Jacarta, 2021. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/223410/001127911.pdf?sequen>. Acesso em: 10 jan. 2023.

SANDERSON, I. Avaliação, aprendizagem de políticas e formulação de políticas baseadas em evidências. **Public Administration**, [s. l.], v. 80, n. 1, p. 1-22, 2002.

SANDES, L. F. F. *et al.* **Atenção primária à saúde de indígenas sul-americanos**: revisão integrativa da literatura. Washington, DC: PAHO/WHO, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49523>. Acesso em: 10 jan. 2023.

SANTOS, E. N.; NUNES, E. S.; GOMES, G. D. S. O Plano Plurianual (PPA). **Revista e Gestão Pública, Previdência e Seguridade Social**, Brasília, DF, v. 1, n. 1, p. 68-78, 2018. Disponível em: <https://faculdadeanasps.com.br/wp-content/uploads/2021/06/5-O-PLANO-PLURIANUAL-PPA.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2022.

SCALCO, N.; LOUVISON, M. Saúde indígena: lutas e resistências na construção de saberes. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 3, e000003, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020000003>. Acesso em: 10 jan. 2023.

SECCHI, L. **Análise de políticas públicas**: diagnóstico de problemas, recomendação de soluções. São Paulo: Cengage Learning, 2020. *E-book*.

SECCHI, L.; ZAPPELLINI, M. B. Os clássicos da política pública: concentração e isolamento das comunidades epistêmicas do Brasil, EUA e União Europeia. **NAU Social**, Salvador, v. v. 7, n. 13, p. 111-129, out. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/nausocial/article/view/31370>. Acesso em: 9 nov. 2022.

SEDDIGHI, H.; NEJAD, F. N.; BASAKHA, M. Health systems efficiency in Eastern Mediterranean Region: a data envelopment analysis. **Cost Effectiveness and Resource Allocation**, [s. l.], v. 18, n. 22, p. 1-7, 2020. Disponível em: <https://resource-allocation.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12962-020-00217-9>. Acesso em: 9 jan. 2023.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social de saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2000.v5n1/187-192/pt/#ModalArticles>. Acesso em: 11 dez. 2022.

SERVO, L. M. S. *et al.* Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (org.). **Políticas públicas e financiamento federal da saúde no Brasil**. Brasília, DF: Ipea, 2011. v. 1. p. 85-108. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogos2/Biblioteca/Artigos_pdf/F9_FINANCIAMENTO_E_GASTO_PUBLICO.pdf. Acesso em: 12 dez. 2022.

SHARP, C. A. *et al.* Public acceptability of public health policy to improve population health: A population-based survey. **Health Expectations**, [s. l.], v. 23, p. 802-812, 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/hex.13041>. Acesso em: 13 jan. 2023.

SIDDHARTHAN, K.; AHERN, M.; ROSENMAN, R. Data Envelopment Analysis to determine efficiencies of health maintenance organizations. **Health Care Management Science**, [s. l.], v. 3, p. 23-29, 2000. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1019072819828>. Acesso em: 13 jan. 2023.

SILVA, D. da; LOPES, E. L.; BRAGA JÚNIOR, S. S. Pesquisa quantitativa: elementos, paradigmas e definições. **Revista de Gestão e Secretariado**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 1-18, 2014. Disponível em: https://revistagesec.org.br/secretariado/article/view/297/pdf_36. Acesso em: 9 dez. 2022.

SILVA, D. M., *et al.* Dificuldades enfrentadas pelos indígenas durante a permanência em uma casa de saúde indígena na região amazônica/Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 920-929, 2016.

SOARES, F. M. **O movimento sanitário da I república brasileira**: o projeto de centralização política dos serviços de saúde pública pelo estado nacional. 2018. 55 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em História) – Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2018. Disponível em: <https://bdm.unb.br/handle/10483/21702>. Acesso em: 13 jan. 2023.

SOUSA, M. L. T. Reforma Sanitária e outros olhares para a saúde indígena: relato de experiência com os Potyguara. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 275-284, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012420>. Acesso em: 08 jan. 2023.

SOUZA, A. A. de *et al.* Data envelopment analysis of efficiency in hospital organisations. **International Journal of Business Innovation and Research**, Cointtrin-Geneva, v. 8, n. 3, p. 316-332. 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/264051621_Data_envelopment_analysis_of_efficiency_in_hospital_organisations. Acesso em: 12 jan. 2023.

SOUZA, C. **Políticas públicas**: conceitos, tipologias e sub-áreas. [s. l.]: Fundação Luís Eduardo Magalhães, 2002. Disponível em: <http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/3843/material/001-%20A-%20POLITICAS%20PUBLICAS.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2022.

TAVARES, F. G.; FERREIRA, A. A. Saúde de crianças e adolescentes indígenas na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, p. 1-3, 2019. Suplemento 3.

TEIXEIRA, J.C.; PUNGIRUM, M. E. M. C. Análise da associação entre saneamento e saúde nos países da América Latina e do Caribe, empregando dados secundários do banco de dados da Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 365-376, 2005. DOI; <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000400005>.

TOFANI, L. N. *et al.* Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 4769-4782, 2021.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VERPLOEGH, R. F.; BUDDING, T.; WASSENAAR, M. Policy control as an alternative approach to performance-based budgeting (PBB) to strengthen the link between policy and financial means. **Public Money & Management**, [s. l.], p. 1-9, 2022.

VILELA, B. DE A. **Efficiency and productivity change of the electricity sector in Brazil**: contributions to regulation theory. 2019. 167 f. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=7706238. Acesso em: 18 dez. 2022.

WENCZENOVICZ, T. J. Saúde indígena: reflexões contemporâneas. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, DF, v. 7, n. 1, p. 63-82, 2018.

WHOP, L. J. *et al.* Achieving cervical cancer elimination among Indigenous women. **Preventive Medicine**, [s. l.], v. 144, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106314>. Acesso em: 29 dez. 2022.

ZARE, H. *et al.* A hybrid data envelopment analysis and game theory model for performance measurement in healthcare. **Health Care Management Science**, [s. l.], v. 22, p. 475-488, 2019. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10729-018-9456-4>. Acesso em: 28 dez. 2022.