

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE**

DENIS CAMARGO DE LIMA

Índice de efetividade da gestão municipal em saúde dos municípios paulistas: uma análise a partir de algumas variáveis

**RIBEIRÃO PRETO-SP
2022**

DENIS CAMARGO DE LIMA

Índice de efetividade da gestão municipal em saúde dos municípios paulistas: uma análise a partir de algumas variáveis

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do Título de Mestre em Ciências, do Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde.

Área de Concentração: Gestão de Organizações de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Rudinei Toneto Júnior.

“Versão corrigida. A versão original encontra-se disponível tanto na Biblioteca da Unidade que aloja o Programa, quanto na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD)”

Ribeirão Preto-SP

2022

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Lima, Denis Camargo de.

Índice de Efetividade da Gestão Municipal em Saúde dos Municípios Paulistas: uma análise a partir de algumas variáveis.

Ribeirão Preto, 2022. 119 p.: Il.;
30 cm

Dissertação (Mestrado Profissional) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2022.

Área: Gestão de Organizações de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Rudinei Toneto Júnior.

1. Controle.
2. Efetividade.
3. Gestão Municipal.
4. São Paulo
5. Saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Denis Camargo de Lima

Índice de Efetividade da Gestão Municipal em Saúde dos Municípios Paulistas: uma análise a partir de algumas variáveis.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Mestre em Ciências, do Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde.

Aprovada em: 13/12/2022

Banca Examinadora

Prof. Dr.: Rudinei Toneto Júnior (Presidente)

Instituição: FEARP/USP

Profa. Dr.: Maria Paula Vieira Cicogna Abreu

Instituição: UNIFACAMP (Externa)

Prof. Dr.: Alexandre Ganan de Brites Figueiredo

Instituição: FEARP/USP

AGRADECIMENTOS

A todos os professores que lecionaram neste curso, tanto do HCFMRP quanto da FEARP, bem como aqueles que participaram do exame de qualificação e da banca examinadora, propondo novas ideias, e que foram importantes tanto na vida acadêmica, quanto no meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Ao orientador Rudinei pela atenção e paciência.

Aos amigos e colegas de classe, pelo incentivo e apoio constante.

A toda a família e, também, agradeço a todos aqueles que, de alguma forma, estiveram e estão próximos a mim, ajudaram, direta ou indiretamente, no desenvolvimento desta dissertação.

Agradeço também a CAPES, pelos recursos de custeio do PROAP, como apoio às atividades acadêmicas.

Muito obrigado a todos.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – O estado de São Paulo em destaque no mapa do Brasil54

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Evolução do IEGM-S de 2014 a 2019.....	57
Gráfico 2 – CCC e OPC conforme notas do IEGM-S	59
Gráfico 3 – TESA conforme notas do IEGM-S	62
Gráfico 4 – IDHM conforme notas do IEGM-S.....	64
Gráfico 5 – PIB <i>per Capita</i> municipal conforme notas do IEGM-S	66
Gráfico 6 – TE conforme notas do IEGM-S	69

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Modelos da Administração Pública Gerencial	24
Quadro 2 – Papéis das instituições de controle	32
Quadro 3 – Diferenças entre Tribunais de Contas e Controladorias Gerais	36
Quadro 4 – Caracterização e critérios das faixas de resultados do IEGM-S	45
Quadro 5 – As medidas descritivas e suas respectivas fórmulas	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Considerações estatísticas de CCC e OPC.....	59
Tabela 2 – Considerações estatísticas da TESA	62
Tabela 3 – Considerações estatísticas do IDHM	64
Tabela 4 – Considerações estatísticas do PIB <i>per Capita</i> municipal.....	66
Tabela 5 – Considerações estatísticas da TE de 6 a 14 anos	68

LISTA DE SIGLAS

a. C.	Antes de Cristo
art.	Artigo
AUDESP	Auditoria Eletrônica de Órgãos Públicos do Estado de São Paulo
AVCB	Auto de Vistoria de Corpo de Bombeiros
CAPS	Centros de Atendimento Psicossociais
CCC	Casos Confirmados de Covid-19
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CGU	Controladoria Geral da União
CLBC	Certificado de Licença de Corpo de Bombeiro
CNES	Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde
CoV	Coronavírus
Covid-19	<i>Corona Virus Disease 2019</i>
CROSS	Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde
d. C.	Depois de Cristo
EFS	Entidades Fiscalizadoras Superiores
EPI	Equipamento de Proteção Individual
HC-FMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IEGM	Índice de Efetividade da Gestão Municipal
IEGM-S	Índice de Efetividade em Gestão Municipal em Saúde
INTOSAI	<i>International Organization of Supreme Audit Institutions</i>
IPC	Índice de Percepção da Corrupção
ISSAI	<i>International Standards of Supreme Audit Institutions</i>
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei do Orçamento Anual
MERS	Síndrome Respiratória do Oriente Médio
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OPC	Óbitos por Covid-19
PCCS	Plano de Carreiras, Cargos e Salários
PF	Polícia Federal
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPA	Plano Plurianual
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
PSO	<i>Public Service Orientation</i>

RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RDM	Relatório de Desempenho Municipal
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SARS	Síndrome Respiratória Aguda Severa
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados
SIGA	Sistema Integrado de Gestão de Atendimento
SISREG	Sistema de Regulação
SMART	<i>Specific, Measurable, Achievable, Realistic e Time based</i>
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tribunal de Contas
TCESP	Tribunal de Contas do Estado de São Paulo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCMSP	Tribunal de Contas do Município de São Paulo
TDIC	Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação
TE	Taxa de Escolarização
TESA	Taxa de Esgotamento Sanitário Adequado
TI	Tecnologia da Informação
UBS	Unidade Básica de Saúde

RESUMO

LIMA, D. C. **Índice de Efetividade da Gestão Municipal em Saúde dos Municípios Paulistas**: uma análise a partir de algumas variáveis. Ribeirão Preto, 2022. 119 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Deve ser reconhecida a necessidade de efetividade dos recursos públicos a partir da demanda da sociedade por serviços de saúde com qualidade. Fatores, como, corrupção, falhas de governança e má aplicação de recursos públicos em saúde, exigem um maior controle por meio de ferramentas denominadas auditorias. Esse controle se reforça com a população cada vez mais ciente e preocupada com os investimentos públicos para usufruírem de serviços com qualidade. Com a supremacia das entidades fiscalizadoras de controle responsáveis pela auditoria governamental, Tribunais de Contas começaram a se destacar por meio de auditorias por resultados. Desse modo, o Índice de Efetividade da Gestão Municipal em Saúde (IEGM-S), indicador desenvolvido pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, começou a avaliar a gestão por resultados na área da saúde, ou seja, desempenho e certificação do alcance de objetivos de 644 municípios sob sua jurisdição. Diante disso, o objetivo geral desta dissertação foi apresentar um estudo descritivo que relacionou os dados socioeconômicos com os resultados apresentados pelo IEGM-S dos municípios paulistas avaliados pelo TCESP. Por meio de um estudo descritivo com coleta de dados documental e abordagem quantitativa, realizou-se uma sucinta análise com as notas do IEGM-S e os Casos Confirmados de Covid-19 (CCC), Óbitos por Covid-19 (OPC), Taxa de Esgotamento Sanitário Adequado (TESA), Produto Interno Bruto (PIB) per Capita Municipal, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e Taxa de Escolarização (TE) de 6 a 14 anos. Concluiu-se que CCC, PIB per Capita, TE, OPC, TESA e IDHM podem relacionar-se com as notas do IEGM-S saúde.

Palavras-chaves: Efetividade; Estado de São Paulo; Gestão; Índice; Municípios; Saúde; Tribunal de Contas.

ABSTRACT

LIMA, D. C. **Municipal Health Management Effectiveness Index in São Paulo Municipalities**: an analysis based on some variables. Ribeirão Preto, 2022. 119 f. Thesis (Professional Master's in Management of Health Organizations) – School of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo.

The need for effectiveness of public resources based on society's demand for quality health services must be recognized. Reasons such as corruption, governance failures and misapplication of public resources in health require greater control through tools called audits. This control is reinforced with the population becoming increasingly aware of and concerned about public investments to benefit from quality services. With the supremacy of oversight bodies responsible for government auditing, Courts of Accounts began to stand out through audits by results. Thus, the Municipal Health Management Effectiveness Index, an indicator developed by the São Paulo State Court of Auditors, began to evaluate management based on results in the health area, that is, performance and certification of the scope of objectives of 644 municipalities under its jurisdiction. Therefore, the general objective of this dissertation was to present a descriptive study that verified the relationship between socioeconomic data and the results presented by the IEGM-S of the São Paulo municipalities evaluated by the TCESP. Through a descriptive study with documentary data collection and a quantitative approach, a brief analysis was carried out with the notes of the IEGM-S and the Confirmed Cases of Covid-19, Deaths due to Covid-19, Rate of Adequate Sanitary Sewage, Gross Domestic Product per Municipal Capita, Municipal Human Development Index and Schooling Rate from 6 to 14 years old. It was concluded that CCC, GDP per Capita, TE, OPC, TESA and MHDl can be related to the health IEG-M scores.

Keywords: Effectiveness; State of São Paulo; Management; Index; Counties; Health; Audit Office.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Justificativa.....	15
1.2 Problema de pesquisa.....	16
1.3 Hipóteses	16
1.4 Objetivos	16
1.5 Organização da pesquisa.....	17
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
2.1 Considerações históricas de controle	18
2.2 O controle e suas espécies	26
2.3 As entidades fiscalizadoras.....	35
2.4 TCESP	37
2.5 IEGM-S	41
2.5.1 Gestão de saúde.....	45
2.5.2 Estrutura	46
2.5.3 Atenção ambulatorial	47
2.5.4 Atenção na saúde mental	48
2.5.5 Vigilância em saúde	49
2.5.6 Regulação e controle	50
2.5.7 Atenção hospitalar	51
2.5.8 Produtividade de equipamentos.....	52
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	54
4 RESULTADOS	57
4.1 Evolução das notas do IEGM-S	57
4.2 CCC e OPC.....	58
4.3 TESA.....	61
4.4 IDHM	63
4.5 PIB <i>per capita</i> municipal.....	65
4.6 TE	68
5 CONCLUSÕES	71
5.1 Limitações da pesquisa.....	72
5.2 Sugestões para trabalhos futuros	73
REFERÊNCIAS	74
ANEXOS	83

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, não é muito difícil observar notícias sobre desvios e má aplicação de recursos públicos. O Índice de Percepção da Corrupção (IPC), de 2021, que relacionou a corrupção com o abuso de direitos humanos, avaliou o Brasil com 38 pontos, de 0 a 100, ou seja, abaixo da média global. Essa nota revelou uma baixa percepção da integridade do país, a qual afeta o fornecimento de serviços públicos essenciais, como a saúde (TRANSPARENCY INTERNATIONAL, 2021).

Ainda, a *Transparency International* (2021) mencionou que a corrupção reduz receitas do Estado e, para os mesmos níveis de gastos de dada função orçamental, a despesa pública é menos efetiva em países com níveis elevados de corrupção. É nessa conjuntura que a área da saúde, provavelmente a mais delicada de todas da Gestão Pública, demonstrou, por meio do combate ao *Corona Virus Disease 2019* (Covid-19), má aplicação de recursos públicos por parte dos municípios brasileiros.

A Controladoria Geral da União (CGU), em conjunto com a Polícia Federal (PF), Ministérios Públicos (MP) e outros órgãos parceiros que incluem os Tribunais de Contas (TC), verificou um prejuízo potencial de R\$ 309,2 milhões, desde abril de 2020. Essa ação coordenada já expediu 1.186 mandados de busca e apreensão e 137 prisões temporárias em apenas dois anos de investigação no Brasil (BRASIL, 2022).

E no estado de São Paulo que, de março de 2020 a março de 2022, as 644 Prefeituras dos municípios fiscalizados pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (TCESP) investiram R\$ 10,4 bilhões somente para o combate ao Covid-19? A esse empenho, ainda, foram acrescentados R\$ 9,5 bilhões do governo estadual (TCESP, 2022).

É notório que essa problemática revela falhas de governança com mau planejamento e inefetividade que vão além da pandemia do Coronavírus. O planejamento inadequado de municípios paulistas quanto à saúde com improvisos e sem racionalidade na administração, mesmo que estejam em dia com seus instrumentos - vide, Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei do Orçamento Anual (LOA), revelam incoerentes resultados na efetividade.

Em fiscalização *in loco* exercida pelo TCESP (2019) em Unidades Básicas de Saúde (UBS), hospitais, almoxarifados e farmácias de municípios do estado de São Paulo, foram encontrados medicamentos vencidos, falta de controle de estoque, ausência de farmacêutico, falta de extintores, armazenamento inadequado e problemas com infraestrutura. Outra fiscalização feita pelo TCESP (2017) constatou camas quebradas, equipamentos com defeito e em desuso, condições irregulares de estrutura física e registro inadequado de presença.

Ora, espera-se que haja efetividade no uso de recursos públicos a partir da crescente demanda da sociedade por serviços públicos de saúde nesses municípios paulistas. Almeja-se a prestação de serviços públicos de saúde com qualidade. Dessa maneira, no âmbito do controle, ferramentas que utilizam indicadores passaram a serem utilizadas com mais ênfase na sociedade contemporânea para assegurar e racionalizar recursos aplicados na área da saúde.

Nesse viés, no estado de São Paulo, o Índice de Efetividade em Gestão Municipal em Saúde (IEGM-S), consolidado e apresentado pelo TCESP, a partir das necessidades em saúde, tornou-se ferramenta de fortalecimento da fiscalização para alcance de resultados benéficos em saúde nos municípios do estado de São Paulo.

Com o IEGM-S, tornou-se possível compreender as tendências de comportamento ou padrão da qualidade dessa área de serviço público, conforme as medidas adotadas no decorrer de cada ano da gestão municipal para os seguintes parâmetros: gestão de saúde, estrutura, atenção ambulatorial, atenção na saúde mental, vigilância em saúde, regulação e controle, atenção hospitalar e produtividade de equipamentos.

1.1 Justificativa

Apesar da valorosa importância do IEGM-S, a ciência busca explorar as respostas apresentadas pelo indicador. Santos, Tejada e Ewerling (2012) afirmaram que determinantes socioeconômicos, como, maiores níveis de renda, informação e acesso à água de qualidade, por exemplo, relacionavam-se positivamente com a saúde de crianças.

Assim como a pesquisa supracitada, este estudo acredita que pode haver alguma relação de indicadores socioeconômicos com a nota final do IEGM-S dos municípios paulistas. Desse modo, no contexto da saúde, os indicadores escolhidos foram Casos Confirmados de Covid-19 (CCC) e Óbitos por Covid-19 (OPC) e, na ênfase de saneamento, a Taxa de Esgotamento Sanitário Adequado (TESA).

Foram, ainda, explorados os indicadores Produto Interno Bruto (PIB) *per Capita* Municipal e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Por fim, no contexto da educação, o indicador escolhido foi a Taxa de Escolarização (TE) de 6 a 14 anos.

1.2 Problema de pesquisa

Diante dessa breve contextualização e justificativa, este estudo pretendeu responder à seguinte pergunta: podem haver relações entre os indicadores socioeconômicos e os resultados apresentados pelo IEGM-S?

1.3 Hipóteses

A partir do problema de pesquisa, duas hipóteses foram formuladas:

- Podem haver indicadores socioeconômicos que possuem relação com os resultados apresentados pelo IEGM-S;
- Podem haver indicadores socioeconômicos que não possuem relação com os resultados apresentados pelo IEGM-S.

1.4 Objetivos

Dessa forma, o objetivo principal deste trabalho foi verificar a possibilidade de relação entre os indicadores socioeconômicos e os resultados apresentados pelo IEGM-S dos municípios paulistas avaliados pelo TCESP.

Para tanto, a fim de atingir o objetivo principal, traçaram-se os seguintes objetivos secundários:

- ✓ Compreender a relação entre Estado e controle, em perspectiva histórica internacional e brasileira, considerando suas espécies;

- ✓ Identificar as atividades do Tribunal de Contas, que incluem o desenvolvimento de indicadores socioeconômicos como ferramenta de controle;
- ✓ Compreender possível relação entre o IEGM-S e os dados socioeconômicos do estado de São Paulo.

1.5 Organização da pesquisa

Este estudo estruturou-se em cinco capítulos. O primeiro capítulo contextualiza a temática e apresenta a justificativa, o problema de pesquisa, as hipóteses, os objetivos e a organização do estudo.

O segundo capítulo é formado por cinco subcapítulos. O primeiro apresenta as considerações históricas de controle, da pré-história ao modelo de Administração Pública Gerencial, do Brasil e do Mundo. No segundo subcapítulo, conheceu-se o controle e suas espécies: momento, âmbito, iniciativa, natureza, órgão e localização. No terceiro subcapítulo, conheceu-se sobre as entidades fiscalizadoras internacionais e suas principais normas. No quarto subcapítulo, conheceu-se um pouco mais sobre o TCESP e suas funções. Por conseguinte, no quinto subcapítulo, estudou-se sobre o IEGM-S ao compreender a teoria dos indicadores e as partes temáticas.

No terceiro capítulo são apresentados os procedimentos metodológicos de produção da pesquisa.

No quarto capítulo são apresentados os resultados e as discussões da pesquisa.

Por fim, no quinto capítulo são apresentadas as conclusões, as limitações da pesquisa e a sugestão de trabalhos futuros.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Considerações históricas de controle

Inicialmente, torna-se essencial reflexionar sobre as dimensões do Estado atualmente admitidas. Motta (2018) reconheceu o Estado a partir de três dimensões: humana, geográfica e político-administrativa, ou seja, surgido a partir do povo, do território e do governo. Para Mazza (2019), o povo é a dimensão pessoal do Estado, e formado por um conjunto de indivíduos unidos para o desenvolvimento geral de determinada localidade, o território (base geográfica de dimensão espacial). Por fim, o governo é uma cúpula que dirige o Estado.

Direcionando-se à gestão da saúde desenvolvida pelas prefeituras dos municípios paulistas, o Estado e suas dimensões podem ser exemplificados. Cada município paulista possui em seu território o povo, o qual é responsável pelo desenvolvimento geral da localidade e usufrui dos serviços de saúde. Com seus representantes formados por prefeito (Executivo) e vereadores (legislativo), esfera político-administrativa, são geridas ações de saúde para promover a qualidade de vida da população.

O controle, exercido pelo TCESP, verifica se os serviços de saúde oferecidos em cada município foram apresentados com efetividade, por meio da utilização de indicadores desenvolvidos pela auditoria de resultados executada nos municípios sob sua jurisdição.

Na história da humanidade, esse controle nem sempre foi assim. Na visão de Barroso (2015), na pré-história, o homem era responsável pelo controle de sua própria vida. Quando em grupo, caçava e coletava plantas e animais para se alimentarem. Nesse aspecto, pôde-se notar uma espécie de controle individual ou grupal voltado para a sua própria subsistência, sem elementos de território (fixação) e governo.

No período Neolítico, ainda com regras não-escritas, já existiam noções de território e povo, uma vez que nesse período, e com o início da exploração da agricultura, o homem começou a se fixar em um território, transmitindo a sua tradição para os herdeiros (COTRIM, 2017).

Lima (2018) considerou que as primeiras organizações humanas nas cidades-estados surgiram a partir da necessidade de arrecadação, de estocagem

e de gerenciamento de materiais, bem como de numerários, a fim de se assegurar atividades de defesa e conquista de territórios. Com o aumento de montante, necessitou-se promover a gestão de controle.

Com o início da Idade Antiga, caracterizada pela invenção da escrita, de 4000 a.C. a 476 d.C., os hebreus apresentaram a teocracia como sistema formado por detentores de poder com agentes e representantes divinos (NUNES JÚNIOR, 2019). Nesse período, e para esse povo, o controle de atos do poder público era exercido por profetas (LENZA, 2019).

Lima (2018) mencionou que o filósofo grego Aristóteles (384 a.C. a 322 a.C.), em *A Política*, reconheceu a importância de se prestar contas para verificar a aplicação de recursos públicos. Também, nessa circunstância, defendeu-se que deveria haver um tribunal dedicado a essas atividades para identificar responsáveis por fraudes e desvios. À medida em que o indivíduo se caracterizava como social, estabelecendo laços com o Estado, obtendo a certo ponto, voz, direito e controle social, devem ser reconhecidas as práticas administrativas de controle.

Funari (2002) reconheceu que em Creta, ilha grega, em 1800 a.C., já havia nos palácios áreas com arquivos contábeis armazenados. No desenvolvimento da civilização micênica, entre 1500 a.C. e 1150 a.C., constatou-se a presença de instrumentos de administração e controle baseados em sinais silábicos e ideogramas. Em Atenas, Lima (2018) explicou que, no século do ouro, V a.C., admitiu-se a presença de Corte de Contas formada por 10 oficiais eleitos uma vez ao ano pela Assembleia Geral.

Enquanto isso, na Mesopotâmia, em 1690 a.C., o Código de Hammurabi previu direitos fundamentais, estipulando supremacia das leis sobre os governantes. No mesmo viés, no século II a.C., no Império Hindu, o Código de Manu fixou deveres ao rei, não sendo, inclusive, absoluto. No Egito, especialmente no período do Império Novo, entre 1550 e 1070 a.C., leis foram editadas para limitar poderes do rei, conhecido como faraó (NUNES JÚNIOR, 2019). No contexto egípcio, Lima (2018) reconheceu a atuação de controle na organização de faraós no antigo Egito.

Mais tarde, na Era Pós-Cristo, na Inglaterra, elaborou-se uma importante carta de direitos fundamentais que se tornaram base para a ordem jurídica democrática do povo: a Magna Carta, de 1215 (SILVA, 2014). Para Lenza (2019),

esta carta representou o constitucionalismo medieval, estabelecendo a proteção a direitos individuais. Adiciona-se ainda que, imposta por barões ingleses ao rei João I da Inglaterra, limitava o exercício de sua soberania, condicionando, inclusive, a arrecadação de tributos à aprovação na câmara do Parlamento. Pode-se afirmar que havia um processo legal de controle da atividade financeira do estado, mesmo que apenas voltado à arrecadação, e não, à despesa (ABRAHAM, 2018).

Nesse período, a Espanha marcou a história do controle com a primeira instituição superior de controle econômico-financeiro na esfera pública. Sob o reinado de Juan II, rei de Castela e Leão, ocorreu a criação da Casa de Contas de Valladolid e do Escritório Sênior de Contabilidade, cenário histórico do Tribunal de Contas. Em Navarra, foi criada a Câmara *Comptos*, que assumiu as funções do Tribunal de Justiça no campo das Finanças. No século XVI, Felipe II ordenou a criação, em substituição às instituições anteriores, de um Tribunal Contábil, cujo objetivo era resolver as questões contenciosas relacionadas à gestão econômico-financeira pública e seu registro contábil (TRIBUNAL DE CUENTAS DE ESPAÑA, 2020).

Infere-se, a partir da literatura de Abraham (2018), que o surgimento do orçamento público e seus instrumentos de autorização, planejamento e controle de gastos governamentais ocorreram com o desenvolvimento da noção de separação do patrimônio do estado com o do rei, associando-se à limitação e ao controle da arrecadação. Para Mendes e Branco (2017), os governos aproveitavam da integração entre patrimônios públicos e privados para pagar despesas supérfluas e desnecessárias, impondo ou aumentando tributos, e trazendo pouco benefício para a sociedade em seu teor coletivo.

Adicionalmente, de acordo com Barcellos (2018), no período da Idade Moderna difundiu-se a ideia de separação de poderes por pensadores, como, Locke (1632-1704) e Montesquieu (1689-1755). Essa distribuição de exercício do poder político entre pessoas ou grupos ocorria em contraposição à ideia de concentração em apenas um indivíduo. Montesquieu (1689-1755), ao teorizar a separação de poderes em *De l'Esprit des Lois*, em 1748, sustentou que um Poder detivesse o outro e que deveriam exercer suas atividades de forma harmônica (CARVALHO FILHO, 2019). Saldanha (2014) complementa que a ideia de separação de poderes, conhecida como Sistema de Freios e Contrapesos

(*Checks and Balances System*), apesar de sugerida por Aristóteles, John Locke e Rousseau, foi positivada e difundida por Montesquieu.

Ainda no fim do século XVIII, mais precisamente após a Revolução Francesa (1789-1799), verificou-se que a tripartição funcional do Estado em legislativo, executivo e judiciário ensejou na especialização de atividades de governo (MEIRELLES, 2016).

Rousseau (1712-1778), em seu livro *Du contrat social*, estabeleceu as atividades do Estado ao abranger aquelas destinadas ao serviço público que assegurem ao cidadão a satisfação de necessidade que deve ser sentida coletivamente, e não por um ou outro membro da sociedade (DI PIETRO, 2018). Bittar e Almeida (2019) explicam, no contexto rousseauniano, que o homem não se realizaria em estado social (utilidade comum) se ainda estivesse em estado na natureza (liberdade natural). Nesse sentido, o contrato social seria o único modo de se estabelecer a soberania de um poder que emana do povo.

O período compreendido entre o final da Idade Moderna e o início da Idade Contemporânea foi marcado pela Revolução Americana (1776) e Revolução Francesa (1789) (ABRAHAM, 2018; LENZA, 2019). Entre as principais motivações para o desenvolvimento dessas revoluções, Abraham (2018) destacou a cobrança abusiva de impostos e os dispêndios excessivos dos monarcas. À vista disso, desenvolveu-se de forma intensiva ordenamentos jurídicos de introdução de regras de controle para a arrecadação e o gasto de recursos públicos.

A primeira Constituição norte-americana, promulgada em 1787 e ratificada em 1789, foi marcada pela independência das colônias e superação do modelo monárquico, com governo constitucional fundado na separação de poderes, com igualdade e supremacia da lei, conhecida como *rule of the law* (BARROSO, 2015). Em contrapartida, para Lima (2018), a consagração da separação de poderes de Montesquieu pela Revolução Francesa, com a distinção de atribuições entre Legislativo, Executivo e Judiciário, promoveu um novo e atenuante marco para o conceito de controle externo.

Enquanto isso, o Brasil passava pela Administração Pública Patrimonialista. Para Carranza (2016), no patrimonialismo nota-se uma privatização ou *rent-seeking* do Estado para o príncipe e seus nobres. É consenso entre Paludo (2013) e Lourenço (2016) que a principal característica desse

modelo é de não separação do patrimônio do Estado e do governante, ou seja, não havia distinção entre a administração dos bens públicos e os bens particulares.

Na Constituição brasileira de 1824, o artigo 170 descreveu pela primeira vez em constituição que receitas e despesas da Fazenda Nacional seriam encarregadas a um tribunal com o nome de Tesouro Nacional. Em suma, o artigo destacou a necessidade de regulação da administração, arrecadação e contabilidade da Fazenda Nacional com as tesourarias e autoridades das províncias do Império (BRASIL, 1824).

De modo geral, nota-se que as atividades do Estado, representadas por suas funções administrativas aliadas aos interesses da população em determinados territórios do mundo, resultou em variadas formas de controle geral, como, político, judicial, administrativo, de mérito, legalidade e resultados. No Brasil não foi diferente, pois também se resultou em crescentes demandas da sociedade com novos e diferentes modos de controle.

No início da República Velha (1889-1930), também denominada de Primeira República ou República Oligárquica, houve, paralelamente, a instituição do Decreto nº 966-A, criando o Tribunal de Contas da União, em 7 de novembro de 1890, pelo ministro da Fazenda Ruy Barbosa e o chefe de governo provisório, Marechal Manoel Deodoro da Fonseca, da então República dos Estados Unidos do Brasil. Conforme o Decreto, o Tribunal de Contas seria responsável pelo exame, revisão e julgamento de contas e documentos com receitas e despesas apresentadas pelo Governo, comunicando-os ao poder legislativo (BRASIL, 1890).

No ano seguinte, em 24 de fevereiro de 1891, a Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, decretada e promulgada pelo Congresso Nacional Constituinte, institucionalizou o Tribunal de Contas da União no art. 89 “para liquidar as contas da receita e despesa e verificar a sua legalidade antes de serem prestadas ao Congresso, com membros nomeados pelo Presidente da República e aprovação do Senado (BRASIL, 1891).

Apesar dos primeiros passos de controle, a corrupção e o nepotismo foram inerentes a esse tipo de administração (CHIAVENATO, 2008). Assim, nota-se que embora as atividades da Fazenda Nacional e do Tribunal de Contas já estivessem expressas na primeira e na segunda constituição, o paradigma administrativo da

Administração Pública Patrimonialista não atendia à função das demandas de interesse da sociedade, sendo assim, conforme caracterizado por Lourenço (2016), como “ineficiente e inaceitável”.

Enquanto isso, ideias acerca da burocracia surgiram a partir das necessidades da Era Vitoriana (1837-1901), em que as organizações sentiam a necessidade de ordem e exatidão, bem como de tratamento imparcial e justo, sem crueldade, nepotismo, julgamentos parciais e tendenciosos, derivando-se das reivindicações dos trabalhadores (CHIAVENATO, 2008). Para Carranza (2016), a burocracia emergiu para melhor controlar a Administração Pública. Expõe-se que Getúlio Vargas foi influenciado pelos ideais de Weber para a implementação do modelo burocrático, no início da década de 1930.

Faria e Meneghetti (2011) demonstraram as características do modelo burocrático - impessoalidade, formalismo e profissionalismo, como sendo base da burocracia, como, organização, poder e controle. Identificou-se a burocracia como organização, aquela baseada em racionalidade formalizadora-instrumental, ou seja, a partir da estruturação da organização do trabalho.

Alguns decretos podem esclarecer o controle e a racionalidade proposta na década pelo modelo burocrático. Entre outros exemplos, em 1931, o Decreto nº 19.587 propôs a centralização de compras e o fornecimento de artigos para a execução dos serviços federais visando economia nas compras, controle de estoque, menor tendência a prejuízos decorrentes da deterioração e obsolescência (BRASIL, 1931). Em 1935, o Decreto nº 562 instituiu a Comissão Permanente de Padronização. Justificava-se, em seu texto, que a fixação de padrões era princípio informador de uma organização racional, com vantagens geral, economia e evidente para o interesse público (BRASIL, 1935).

Anos mais tarde, no início da década de 1980, o *managerialism* substituiu o modelo weberiano ou o modelo burocrático *Whitehall* (Inglaterra), introduzindo uma lógica de produtividade existente no setor privado. Também conhecido como modelo gerencial puro, o *managerialism*, da Inglaterra, foi o primeiro modelo de modernização do setor público a contrapor o modelo de Administração Pública Burocrática (PALUDO, 2013). Na sequência, o modelo gerencial puro passou pelo estágio de *consumerism* e, também, pelo *Public Service Orientation* (PSO), conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Modelos da Administração Pública Gerencial.

MANAGERIALISM (gerencialismo puro)	CONSUMERISM (consumidor)	PUBLIC SERVICE ORIENTATION (PSO)
1. Economia e eficiência produtividade; 2. Redução de Custos; 3. <i>Taxpayers</i> (contribuintes).	1. Foco no cliente; 2. Foco em qualidade com efetividade; 3. Os clientes são consumidores.	1. Cidadãos; 2. <i>Accountability</i> ; 3. Equidade.

Fonte: Abrucio (1997).

Para Lourenço (2016), uma nova forma de Administração com ênfase em melhora na qualidade dos serviços apenas seria proporcionada com uma cultura gerencial orientada para resultados, mas com aumento da governança do Estado. Diante disso, haveria a redução de custos, mas com efetividade e eficiência de políticas públicas, as quais o cidadão seria o sujeito. Além desses princípios gerais, deveriam haver qualidade e desempenho.

No Brasil, por meio de programas de desburocratização e reforma administrativa do Estado, foi aperfeiçoado e efetivamente apresentado o Modelo de Administração Pública Gerencial, em 1995 (LOURENÇO, 2016). Deve-se notar que na década de 1990, redefiniu-se fortemente o objetivo do Estado e da economia brasileira.

A Administração Pública Gerencial é caracterizada pelo controle das atividades-fins, obtenção de resultados valorizados por cidadãos e desenvolvimento da *accountability*. Além disso, com o aumento da participação da sociedade civil e dos agentes privados, há, geralmente, uma sociedade com áreas de conflitos, incertezas e cooperações, com cidadãos que defendem seus interesses e afirmam suas posições ideológicas (ABRUCIO, 1997).

Na Administração Pública Gerencial são aplicadas normas que identificam, melhoram ou resolvem os processos. Ademais, a ampliação da escolha dos usuários parte da ideia de encorajamento da coletividade. Os resultados são definidos, medidos e analisados. A orientação é para os resultados e existe concorrência entre unidades (ABRUCIO, 1997).

Com a orientação para os resultados, são aplicados indicadores de desempenho com transparência nos resultados, os quais podem ser constatados neste estudo. Luta-se contra o nepotismo e as ações de corrupção e, por isso, a

necessidade de processos de auditorias para evitar irregularidades (ABRUCIO, 1997).

Para se evitar o nepotismo e a corrupção, em vez do controle rígido de processos e procedimentos, a Administração Pública Gerencial utiliza os indicadores de desempenho e o controle dos resultados. O controle dos resultados passaria a ser *a posteriori* ou *in loco*.

Além das práticas adotadas no setor privado, há descentralização com delegação de poderes, atribuições e responsabilidades em sentido ao escalão inferior. Em relação ao modelo burocrático, o gerencial flexibiliza a gestão, com horizontalização, descentralização de funções, confiança na decisão e incentivos para a criatividade e a inovação (ABRUCIO, 1997).

Existe, nesse contexto, uma maior ênfase à cidadania, à *accountability* e à equidade, objetivando a superação da ideia de uma Administração Pública que trata os administrados como clientes e instiga a participação do cidadão e da sociedade nas decisões públicas (PALUDO, 2013; CHIAVENATO, 2008).

Apesar do termo *accountability* ter sido citado em estudos sobre a Gestão Pública no século XXI, ganhou força com a terceira onda de democratização nas décadas de 1980 e 1990 (AZEVEDO; AQUINO, 2016). Entre os principais objetivos estão o aumento da responsabilização (*accountability*) dos governantes com políticos que devem prestar contas aos cidadãos permanentemente (PALUDO, 2013). Assim, a *accountability* relaciona-se ao poder de uso dos recursos públicos com o cidadão como titular da coisa pública, financiador e usuário dos serviços.

Ressalta-se que a *accountability* possui duas categorias: horizontal e vertical. A *accountability* horizontal decorre da fiscalização e controle de órgãos, como, Tribunais de Contas, Controladorias em geral e Agências fiscalizadoras, referindo-se a ações semelhantes e autônomas, as quais, portanto, visam à transparência (O'DONNELL, 1998).

Já a *accountability* vertical deriva de um conceito o qual cidadãos controlam políticos e governos por meio de referendos, plebiscitos e eleições caracterizando, assim, a soberania popular. Há ainda a *accountability* social como mecanismo de controle não-eleitoral que utiliza ferramentas institucionais e não institucionais com o envolvimento de associações, movimentos e mídias ao expor erros e falhas do governo (O'DONNELL, 1998).

2.2 O controle e suas espécies

O gênero controle da administração pública é representado por espécies categorizadas de acordo com os critérios: momento, âmbito, iniciativa, natureza, órgão e localização.

A primeira espécie de controle, momento, pode ser dividida em prévia, concomitante e subsequente, ou seja, se o controle é realizado antes, durante ou depois do ato. Explica-se que o controle prévio é também chamado de preventivo, *a priori*, *ex ante* ou prospectivo, sendo antecedido à conclusão ou à operatividade de um ato. Sendo requisito de eficácia, alguns atos, como, liquidação de despesa para pagamento em momento oportuno e autorização do Senado Federal para União, Estado ou Município usufruir de empréstimo externo são exemplos de controle prévio (MEIRELLES, 2016). Lima (2018) cita que o controle prévio ocorre com a realização de auditoria ou sistemas de controle interno, orientando gestores e agentes na correção de falhas e adoção de procedimentos recomendáveis.

Por outro lado, implica-se dizer que o controle prévio pode ser realizado pelos três poderes: executivo, legislativo e judiciário. O poder executivo pode realizar auditoria ou apresentar um sistema de controle interno, orientando gestores e agentes na correção de falhas e adoção de procedimentos recomendáveis. Quando a Constituição Federal apresenta no art. 5º, inciso XXV, que uma lei não exclui a apreciação do poder judiciário, a ameaça ou a lesão do direito existe a possibilidade de conceder medida cautelar de mandado de segurança para impedir prática de ato administrativo que restringe direito líquido (BRASIL, 1988).

Já o controle concomitante, sucessivo, prospectivo, simultâneo ou *pari passu*, acompanha a prática do ato para averiguar a regularidade. Realiza-se o controle concomitante na auditoria de execução de orçamento, no seguimento de um concurso por competente corregedoria e na fiscalização de um contrato em curso (MEIRELLES, 2016). Lima (2018) considera esse controle como aquele exercido por provocação externa à organização, como, em auditorias externas, incluindo solicitações de órgãos de controle, representações, denúncias e Ministério Público.

Por fim, considera-se controle corretivo, retrospectivo, subsequente ou a *posteriori*, quando após a conclusão de um ato controlado, verifica-se a correção de possíveis defeitos, a certificação de nulidade (desfazimento) e a eficácia (confirmação). Entre os principais exemplos estão a homologação da concorrência e o visto de autoridades superiores (MEIRELLES, 2016). Lima (2018) salienta o controle retrospectivo como avaliativo e periódico, como pode ser notado em prestações de contas anuais que, além do teor corretivo, é sancionador.

No caso dos Tribunais de Contas, tanto Lima (2018) quanto Meirelles (2016) destacam a possibilidade de haver a ocorrência de controle prévio e concomitante em auditorias *in loco*, podendo serem realizadas a qualquer momento, enquanto o controle subsequente a sua maior atuação. No Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, a fiscalização *in loco* passou a ocorrer em 83% das Prefeituras, com visitas a cada 4 meses pelo Tribunal de Contas estadual para analisar os atos de execução financeira, patrimonial e orçamentária. Chegando ao sexto ano de implementação do novo modelo quadrimestral em 2020, evita-se impropriedades e irregularidades apontadas, podendo serem resolvidas durante a gestão ou o exercício. Antes, a verificação de contas municipais ocorria no ano seguinte ao exercício encerrado.

A segunda espécie de controle, âmbito, também denominada controle de amplitude ou de fundamento, divide-se em hierárquica e finalística. De acordo com Alexandrino e Paulo (2017), o controle hierárquico ou por subordinação revela-se como decorrente do escalonamento vertical de órgãos da Administração Direta ou de órgãos das entidades da Administração Indireta. Considerado um controle interno, pois ocorre no âmbito de uma mesma Administração, é típico do Poder Executivo, mas presente, também, em escalonamento vertical entre órgãos e agentes dos Poderes Judiciário e Legislativo. A natureza do controle hierárquico é considerada plena (abrange legalidade e mérito), permanente e automática (ou absoluta, pois não dependente de norma específica de estabelecimento e autorização).

Já o controle finalístico ou por vinculação ou tutela administrativa ou supervisão ministerial é exercido pela administração direta sobre as pessoas jurídicas da administração indireta. Como resultado da descentralização administrativa, Alexandrino e Paulo (2017) explica que a administração pública

não somente é composta por órgãos da administração direta (estrutura organizacional de única pessoa – União, Estado, Distrito Federal e Município), mas, também, de pessoas jurídicas, com autonomia administrativa e financeira vinculadas à administração direta, como, autarquias, empresas públicas, fundações públicas e sociedades de economia mista.

Adicionalmente, Meirelles (2016) e Alexandrino e Paulo (2017) verificam que o controle finalístico depende de norma legal para o seu estabelecimento para determinar meios de controle, autoridade controladora, objetivos e seus pontos a serem controlados e ocasiões para a sua realização. Isso implica em dizer a prevalência de um controle limitado e teleológico que se restringe à verificação de enquadramento da entidade controlada no programa do governo, visando ao atingimento de finalidades estatutárias sem suprimir a autonomia administrativa e financeira das entidades vinculadas à administração.

Com a classificação quanto à origem do controle, a terceira espécie de controle, iniciativa, divide-se em ofício, por provocação e compulsória. Carvalho Filho (2019) define o controle de ofício como aquele realizado pela própria Administração na regulação do exercício de suas funções, sem a necessidade de ser provocada por alguém, ou seja, os próprios órgãos realizam. Como exemplo, Carvalho (2015) cita a instauração efetivada por portaria da administração para a apuração, por processo disciplinar, de falta grave cometida por servidor público. Esse controle de ofício é base para o poder de autotutela da Administração (CARVALHO FILHO, 2019).

Já o controle provocado é aquele feito por iniciativa de terceiro com a revisão da conduta administrativa. Carvalho Filho (2019) exemplifica com os recursos administrativos quando um indivíduo solicita a revisão de um ato ao se deparar com ato ilegal ou inconveniente. Por sua vez, Carvalho (2015) exemplifica com o controle exercido pela própria Administração Pública e pelo Poder Legislativo ao provocar ou iniciar o controle de determinado ato. No caso do poder judiciário, depende do particular interessado, devido à inércia de jurisdição.

Lima (2018) cita o controle compulsório ou periódico como aquele determinado por legislação para realização no final do período. Exemplifica-se com a prestação de contas anual, apresentada na Constituição de 1988, arts. 49, 70, 71 e 84 (BRASIL, 1988):

- art. 49, sobre competências exclusivas do Congresso Nacional, apresenta em seu inciso IX o julgamento anual de contas prestadas pelo Presidente da República e a apreciação de relatórios sobre o andamento dos planos de governo;
- art. 70, parágrafo único, sobre a prestação de contas de qualquer pessoa física ou jurídica, privada ou pública, que utiliza, gerencia e administra dinheiros, bens e valores públicos;
- art. 71, sobre o controle externo do Congresso Nacional, com auxílio do Tribunal de Contas da União, e com a apreciação e o parecer prévio de contas prestadas anualmente pelo Presidente da República, bem como o julgamento de contas dos administradores públicos;
- art. 84, competência privativa do Presidente, na prestação de contas anuais ao Congresso Nacional dentro de 60 dias após abertura da sessão legislativa.

De acordo com Meirelles (2016), a quarta espécie de controle, o controle quanto à natureza ou ao aspecto do objeto controlado, pode ser classificada em legalidade e em mérito. Explica-se que o controle da legalidade ou legitimidade possui o objetivo de conformar o ato ou o procedimento administrativo quanto às normas legais que regem, da constituição até as instruções normativas do órgão emissor do ato. Para Mello (2015), a legalidade na Administração “não se resume à ausência em oposição à lei, mas pressupõe a autorização dela como condição de sua ação”. Nesse aspecto, o controle do ato ilegal ou ilegítimo pode apenas ser anulado, e não revogado (MEIRELLES, 2016). Carvalho Filho (2019) completa a ideia ao explicar que o órgão controlador confronta a conduta administrativa à uma norma jurídica vigente e eficaz.

Tanto Meirelles (2016) quanto Carvalho Filho (2019) identificam o controle da legalidade nos três poderes nos textos da Constituição Federal (CF) em seus artigos (arts.) do Supremo Tribunal Federal (STF) em suas súmulas:

- No Judiciário ocorre o controle da legalidade em ações judiciais, como no mandado de segurança (CF, art. 5º, LXIX) e na ação popular (CF, art. 5º, LXXIII);
- No Legislativo, pelo Tribunal de Contas ao apreciar a legalidade dos atos de admissão de pessoal (CF, art. 71, III);

- Na Administração, ao desfazer atos administrativos por meio da autotutela (Súmula nº 473 do STF).

Já o controle de mérito, segundo Lima (2018), avalia a conveniência e a oportunidade das ações administrativas. Carvalho Filho (2019) explica que nesse controle não há questionamento da legalidade, mas apenas se a conduta deve prosseguir ou ser revista. Lima (2018) adiciona um terceiro elemento para a classificação: o controle de gestão. Para o autor, o controle da gestão examina os resultados alcançados, seus processos e recursos empregados, analisando-os com as metas a serem alcançadas com base em critérios de eficácia, eficiência, efetividade e economicidade.

Meirelles (2016) considera o controle de mérito aquele com o objetivo de comprovar eficiência, resultado, conveniência e oportunidade do ato controlado. O autor exemplifica a eficiência em face do desenvolvimento de atividade programada pela Administração e da produtividade de seus servidores. Já o resultado seria a aferição do produto final de um programa de trabalho considerando o trinômio custo, tempo e benefício. Na sua vez, a conveniência ou oportunidade exercida internamente pela Administração se volta para a abstenção, a modificação ou a revogação do ato de sua competência (MEIRELLES, 2016).

Quanto à quinta espécie do gênero controle, o órgão, torna-se importante compreender algumas questões. Quando se cria um Estado, deve-se reconhecer um poder constituinte carregado por um conjunto de decisões políticas básicas (a Constituição). Essa estrutura estabelecida, Estado, deve realizar materialmente o que foi decidido, assegurando o oferecimento de serviços de saúde, por exemplo, bem como hospitais e seus profissionais (CARVALHO FILHO, 2019; MOTTA, 2018).

Esse poder único, apesar de soberano e indivisível, é tripartido funcionalmente para melhor exercer as suas atividades consideradas essenciais, de forma corresponsável e solidária: Legislativo, Executivo e Judiciário. Em suma, esse conjunto sistêmico parcelado e controlado é base para o funcionamento do Estado contemporâneo, designando-se *checks and balances* (CARVALHO FILHO, 2019; MOTTA, 2018). Aliás, é nesse sentido que o art. 2º da CF de 1988 dispõe: “são Poderes da União, independentes e harmônicos entre si, o Legislativo, o Executivo e o Judiciário” (BRASIL, 1988).

Carvalho Filho (2019) cita o exercício do controle do Estado por duas maneiras: controle político e controle administrativo. O primeiro, controle político, possui como alicerce o equilíbrio entre os poderes estruturais: Legislativo, Executivo e Judiciário. Infere-se desse controle, o delineamento da Constituição e a presença de um sistema de freios e contrapesos.

Diante disso, assinala-se que a Administração Pública em sentido amplo, possui duas ênfases, base para a compreensão dos poderes: objetiva e subjetiva. No sentido objetivo, Di Pietro (2018) esclarece que a função legislativa estabelece regras gerais e abstratas, conhecidas como leis. Para a autora, a legislação corresponde a uma produção jurídica primária, formada diretamente pelo poder soberano, constituindo-se, assim, como exercício direto.

Por conseguinte, a função executiva ocorre com os atos concretos voltados para o desenvolvimento da finalidade estatal, ou seja, da satisfação das necessidades coletivas. Diante disso, Di Pietro (2018) reconhece que a administração representa a emanção dos atos da produção jurídica complementar, para a aplicação concreta da produção jurídica primária e abstrata representada na lei. Na função jurisdicional ou judiciária, visa-se à solução de conflitos de interesses e à aplicação coativa da lei, quando as partes não se acordam espontaneamente. Nesse sentido, na jurisdição, verifica-se a dissipação da produção jurídica subsidiária dos atos primários, permanecendo não somente acima, mas à margem dos atos.

Todavia, deve-se reconhecer que não há uma separação absoluta de poderes e, sim, predominante, caracterizando a Administração Pública de sentido amplo, mas de caráter subjetivo. Nesse tocante, exemplifica-se que além das funções predominantes de julgar e legislar, os Poderes Judiciário e legislativo exercem funções administrativas (decorrentes de poderes hierárquicos e disciplinares dos servidores). Da mesma forma, o Poder Executivo pode exercer a função legislativa quando provoca projeto de lei (art. 66, § 1º, CF), veta projetos aprovados pela Assembleia, adota medidas provisórias ou elabora leis delegadas (DI PIETRO, 2018).

Conforme o Quadro 2, quanto ao órgão controlador, verifica-se tanto a ocorrência no Poder Executivo quanto no Legislativo e no Judiciário, variando entre controle interno e externo e segundo um contexto jurisdicional, político e técnico.

Quadro 2 – Papéis das instituições de controle.

Poder	Executivo	Legislativo	Judiciário
Objeto	Controle de atos da própria administração.	Controle de atos e agentes dos poderes estatais.	Controle de atos ilegais de quaisquer poderes.
	Controla internamente a administração.	Controla externamente a administração.	Controla no contexto jurisdicional.
	Controle interno administrativo.	Controle político.	<i>Habeas corpus</i> , <i>Habeas data</i> , mandado de injunção, mandado de segurança, ação popular e outros.
	Controle interno gerencial.	Controle técnico.	
Executores	Controladorias, Auditorias gerais e Controle interno.	Casas legislativas, Corte de contas, e Comissões orçamentárias e de fiscalização.	Tribunais e seus juízes.

Fonte: Lima (2018).

Observa-se que o controle judicial dos atos administrativos é, geralmente, subsequente ou corretivo, exceto em mandado de segurança preventivo, ação civil pública ou ação popular (MEIRELLES, 2016). Além disso, o controle técnico é exercido pelos órgãos de controle externo em auxílio aos órgãos legislativos, nas três instâncias de governo (LIMA, 2018).

De acordo com Mello (2015), a Administração Pública, direta ou indireta, sujeita-se ao controle interno, externo e social. Define-se controle interno, aquele exercido por órgãos da própria Administração, ou seja, do Poder Executivo. Meirelles (2016) complementa que não somente se efetiva o controle interno pelo Executivo sobre seus serviços ou agentes, mas também no controle do Legislativo ou do Judiciário, em seus próprios órgãos da administração sobre seu pessoal e atos administrativos praticados.

O art. 31, da CF, apresenta que a fiscalização do Município não é exercida apenas pelo controle externo do seu Poder Legislativo, mas também, pelos seus sistemas de controle interno. O art. 74 considera que os Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário devem manter de forma integrada, sistemas de controle

interno. Adicionalmente, o inciso IV, parágrafo § 1º, sinaliza a necessidade de dar ciência ao Tribunal de Contas, os responsáveis pelo controle interno ao “tomarem conhecimento de irregularidade ou ilegalidade” (BRASIL, 1998). Segundo Mello (2015), existem casos em que ocorre um duplo controle interno, sem prejuízo do externo: de entidades da Administração indireta. O duplo controle interno é desenvolvido por seus órgãos e pela Administração direta (controle interno exterior da Administração indireta). Nesse caso, Mello (2015) admite o controle interno todo e qualquer controle exercido no âmbito de um mesmo Poder, mesmo que entre pessoas jurídicas diferentes.

Lima (2018) cita o controle externo aquele realizado de forma independente por outro poder e diferente daquele realizado pelo órgão que executa as atividades. Em sentido amplo, Alexandrino e Paulo (2017) define a externalidade do controle ao ser exercida de um Poder sobre atos administrativos praticados por outro. Em sentido estrito, para Lima (2018), o exame das prestações de contas representa uma das principais finalidades do controle externo. Salieta-se que o controle externo pode ser executado pelos Poderes Legislativo e Judiciário, já que as principais funções do Estado relacionadas às políticas públicas são de responsabilidade do Executivo.

Alexandrino e Paulo (2017) utiliza a CF de 1988 para exemplificar atos de controle externo: sustação pelo Congresso Nacional de atos normativos no Poder Executivo que exorbitam o poder regulamentar (CF, art. 49, V); anulação de ato do Poder Executivo por decisão judicial; o julgamento anual, pelo Congresso Nacional, de contas prestadas pelo Presidente da República, bem como a apreciação dos relatórios apresentados sobre a execução dos planos de governo (CF, art. 49, IX); a auditoria realizada pelo Tribunal de Contas em despesas realizadas pelo Executivo (ALEXANDRINO; PAULO, 2017).

Ao contrário do que foi supramencionado por Mello (2015), de que há duplo controle interno na Administração Indireta, Alexandrino e Paulo (2017) explica que Di Pietro (2018) e Carvalho Filho (2019) consideram o controle finalístico, de supervisão ou de tutela administrativa exercido pela administração direta sobre a indireta como controle externo. Mas nota-se que na Constituição Federal vigente, de 1988, os arts. 70, 71 e 74, em seus *caputs*, adotou a expressão controle interno àquele exercido em âmbito interno de um mesmo poder e, controle externo, aquele exercido de um poder sobre o outro.

Com mais detalhes, Mello (2015) estabeleceu que o controle externo é representado em três formas: parlamentar direto; jurisdicional; e do Tribunal de Contas. O controle parlamentar direto é exercido pelo Congresso Nacional, de modo sistemático e minucioso, com auxílio do Tribunal de Contas. Conforme Lei 7.295, de 19 de dezembro de 1984, o Tribunal de Contas possui competência exclusiva de fiscalizar e controlar diretamente, bem como por quaisquer de suas Casas, os atos do Poder executivo, incluída a Administração indireta. Além disso, possui como competência: sustar atos e contratos do Executivo; convocar ministros e requerimento de informações; receber petições, queixas e representações dos administrados; convocar qualquer autoridade ou pessoa para depor; constituir comissões parlamentares de inquéritos; autorizar ou aprovar pontos necessários para atos concretos do Executivo; conceber poderes controladores privativos do Senado; julgar contas do executivo; e suspender ou destituir (*impeachment*) do Presidente ou de Ministros (MELLO, 2015).

A segunda forma de controle externo defendido por Mello (2015) é o jurisdicional, a citar, sem detalhes: *Habeas corpus*, mandado de segurança, *Habeas data*, mandado de injunção, ação popular, ação civil pública e ação direta de inconstitucionalidade. Quanto ao controle externo, desenvolvido pelo Tribunal de Contas, será detalhado no próximo capítulo.

O controle social, que também pode ser denominado por controle externo social, surge da concepção de “participação do cidadão na gestão e no controle da Administração Pública” (DI PIETRO, 2018). Para Di Pietro (2018), essa participação incorpora processos político, social, econômico e cultural do Estado Democrático de Direito, responsável por permitir a democracia participativa. Existem ainda, instrumentos de participação expressos na CF de 1988: direito à informação (art. 5º, XXXIII); direito à denúncia de irregularidades no Tribunal de Contas (art. 74, § 2º); e gestão democrática da seguridade social (art. 194, VII), da saúde (art. 198, III) e do ensino público (art. 206, VI) (BRASIL, 1988).

Meirelles (2016) e Alexandrino e Paulo (2017) citam a previsão constitucional no art. 31, § 3º, que determina as contas do Município disponíveis aos contribuintes por sessenta dias, anualmente, para exame, apreciação e questionamentos. Complementarmente, Meirelles (2016) destacou que a falta de lei específica para o controle social não impede os instrumentos processuais comuns, como, a ação popular e o mandado de segurança. Nesse aspecto,

Alexandrino e Paulo (2017) citam o art. 5º, LXXIII, da CF, ao apresentar que "qualquer cidadão é parte legítima para propor ação popular que vise a anular ato lesivo ao patrimônio público ou de entidade de que o Estado participe, à moralidade administrativa, ao meio ambiente e ao patrimônio histórico e cultural".

2.3 As entidades fiscalizadoras

O uso de indicadores de desempenho dos serviços públicos tornou-se importante para melhorar a tomada de decisão político-administrativa. As questões relacionadas ao desempenho do serviço, a destacar - efetividade, eficiência, responsabilidade e fortalecimento da democracia (custo por unidade do *outcome* democrático, *accountability* e nível de participação pública), quando mensuradas pelos governos, auxiliam na decisão para alocação de recursos em políticas públicas. Autores, como, Castaldelli Júnior e Aquino (2011), utilizaram a expressão "cães de guarda" para destacar o relevante papel das instituições fiscalizadoras para o controle e a confirmação de aplicação dos recursos públicos.

As Entidades Fiscalizadoras Superiores (EFS) são órgãos supremos de controle responsáveis pela realização da auditoria governamental de cada nação. Geralmente, as EFSs são independentes e vinculadas ou subordinadas ao controle externo do Poder Legislativo. No mundo, existem quatro modelos de EFSs: anglo-saxônico, escandinavo, germânico, latino e latino-americano (CASTALDELLI JÚNIOR; AQUINO, 2011).

Segundo Lima (2018), no modelo anglo-saxônico, o órgão responsável pelo controle externo é a Auditoria Geral ou Controladoria. Ocorrendo em países, como, Inglaterra, Estados Unidos, Irlanda e países anglófonos da Ásia e África, o dirigente possui garantias de magistrado, é indicado pelo Parlamento e a ele responde. No modelo escandinavo, existem variados órgãos, entre os quais são revisores parlamentares e oficiais de revisão com responsabilidades de consulta e controle. No modelo germânico, presente na Áustria e na Alemanha, o órgão é o Tribunal de Contas e possui a função de consulta e controle.

No modelo latino, adotado em países, como, França, Itália, Romênia, Bélgica e outros francófonos africanos, as funções de controle são jurisdicionais. No modelo latino-americano, o controle externo pode ser exercido por Controladorias ou Auditorias Gerais, como ocorre na Argentina e no Paraguai, ou

por Tribunais de Contas, presentes no Uruguai e no Brasil (LIMA, 2018). As principais diferenças constam no Quadro 3.

Quadro 3 - Diferenças entre Tribunais de Contas e Controladorias Gerais.

Tribunais de Contas	Auditorias ou Controladorias Gerais
Órgãos colegiados (membros dos Tribunais de Contas)	Órgãos singulares (Auditor ou Controlador-Geral)
Autonomia funcional e administrativa	Menor grau de autonomia em relação aos Tribunais de Contas
Vinculação ao Parlamento ou integração ao Judiciário	Subordinação ao Parlamento
Membros equiparados a magistrados (vitalícios)	Dirigentes com mandatos
Decisões judicantes, cogentes e sancionadoras.	Não há decisões cogentes e sancionadoras. Apenas recomendações.

Fonte: Lima (2018).

The International Organization of Supreme Audit Institutions (INTOSAI), em português, Organização Internacional de Entidades Fiscalizadoras Superiores, é um organismo apolítico e autônomo da comunidade de auditoria externa internacional. Fundada em 1953, em Cuba, possui *status* consultivo especial junto ao Conselho Econômico e Social das Nações Unidas. Os princípios da INTOSAI foram consolidados na Declaração de Lima, em 1977, e possui como objetivo principal o desenvolvimento permanente com transferência de conhecimento e aperfeiçoamento da auditoria governamental, visando ao adequado controle dos gastos públicos (TCU, 2016).

Além disso, a Declaração de Lima (1977), no Peru, representou um entendimento para que as EFSs de cada país realizassem auditoria independente do setor público (LIMA, 2018).

As normas da INTOSAI, denominadas *The International Standards of Supreme Audit Institutions* (ISSAI) ou Normas Internacionais de Auditoria das Entidades de Fiscalização Superior, representam uma coleção completa e atualizada de boas práticas profissionais para auditorias do setor público. No Brasil, esse conjunto de normas desenvolvidas pela comunidade internacional de auditores governamentais é destinado aos Tribunais de Contas da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios (TCU, 2016).

Estruturalmente, a ISSAI é formada por quatro níveis. O nível 1, representado pela ISSAI 1, possui como conteúdo os princípios fundamentais das EFSs apresentados na Declaração de Lima.

Já o nível 2 representa as seguintes ISSAIS (TCU, 2016):

- ISSAI 10: Declaração do México sobre a independência das Entidades Fiscalizadoras Superiores;
- ISSAI 11: Orientações e boas práticas referentes à independência;
- ISSAI 20: Princípios de transparência e *accountability*;
- ISSAI 21: Princípio de boas práticas e transparência;
- ISSAI 30: Código de ética;
- ISSAI 40: Controle de qualidade em auditoria.

O nível 3 é representado pelas ISSAIS:

- ISSAI 100: Normas de auditoria - princípios básicos;
- ISSAI 200: Normas de auditoria financeira;
- ISSAI 300: Normas de auditoria operacional;
- ISSAI 400: Normas de auditoria de conformidade.

O nível 4 é representado pelas ISSAIS 1000 a 5500, sobre orientações para a realização de auditorias específicas, como, operacionais, financeiras, de conformidade, ambiental, de privatizações, em Tecnologia da Informação (TI), auditorias de dívidas públicas e outras (TCU, 2016).

2.4 TCESP

Localizado na capital e em mais 20 unidades regionais no interior e no litoral paulista, o TCESP fiscaliza cerca de 3.500 unidades administrativas, órgãos da esfera estadual, Prefeituras e Câmaras Municipais, autarquias, fundações, empresas públicas e de economia mista. As Unidades Regionais localizam-se em Adamantina, Andradina, Araçatuba, Araraquara, Araras, Bauru, Campinas, Fernandópolis, Guaratinguetá, Itapeva, Ituverava, Marília, Mogi Guaçu, Presidente Prudente, Registro, Ribeirão Preto, Santos, São José do Rio Preto, São José dos Campos e Sorocaba (TCESP, 2020a). A jurisdição do TCESP não considera a capital, São Paulo, uma vez que existe um Tribunal de Contas do Município de São Paulo (TCMSP).

De acordo com Carvalho Filho (2019), o Tribunal de Contas é um órgão técnico da administração direta situado organicamente ao Poder Legislativo. Por outro lado, Mazza (2019) elucida que seu regime jurídico é constitucionalmente aproximado aos órgãos do Poder Judiciário. Mazza (2019) ainda considera a natureza jurídica dos Tribunais de Contas como órgãos públicos primários despersonalizados.

O TCESP possui algumas funções principais: fiscalizadora; consultiva ou opinativa; informativa; judicante; normativa; sancionadora; corretiva; pedagógica; de ouvidoria. A função fiscalizadora, exercida por Tribunais de Contas como do Estado de São Paulo, ocorre por meio de inspeções e auditorias, seja por iniciativa própria, como por solicitação do Poder legislativo ou devido às denúncias. A função opinativa ou consultiva ocorre quando formulam consultas à corte de contas e emitem parecer prévio sobre contas anuais de prefeitos municipais, por exemplo (LIMA, 2018).

A função informativa consiste na obrigação do Tribunal de Contas, como órgão auxiliar de casa legislativa, de informar o andamento de trabalhos executados. Devido à Lei de Responsabilidade Fiscal, deve o Tribunal de Contas alertar os Poderes e órgãos públicos, questões, como, fatos que comprometem custos, resultados de programas e indícios de regularidades em gestão orçamentária (LIMA, 2018).

A função judicante é conhecida por ser a mais importante do Tribunal de Contas. Fala-se que Tribunais de Contas são órgãos administrativos especiais com função judicante especial. Tal função revela o julgamento de contas dos gestores públicos e responsáveis por dinheiros, valores e bens da Administração Direta e Indireta, fundações e sociedades instituídas pelo Poder Público daqueles que são jurisdicionados. Também, insere-se nessa função, o julgamento de conta de que causou perda, extravio ou outra irregularidade com prejuízo ao erário (MAZZA, 2019).

Alerta-se que a natureza jurídica de julgamento é administrativa, não judicial ou jurisdicional, já que não tem competência para praticar atos típicos do Poder Judiciário. Nesse caso, não se pode decretar prisão, nem efetuar busca e apreensão de documentos e bens ou quebrar sigilo fiscal e telefônico. Apesar de receber recursos, decisões do Tribunal de Contas podem ser revistas pelo Poder Judiciário (CARVALHO FILHO, 2019).

A função normativa ocorre quando o Tribunal de Contas expede atos regulamentares sobre matéria de sua atribuição e organização de procedimentos a serem executados, com pena de responsabilidade. Já a função sancionadora é a manifestação de sanções previstas em lei (MAZZA, 2019).

A função corretiva é representada pela constatação de descumprimento de norma legal e estipulação de prazo para correção por meio de fixação de prazo. A formulação de recomendações e determinações também fazem parte da função corretiva do Tribunal de Contas. Já a função pedagógica elucida que o Tribunal de Contas orienta os gestores sobre o modo correto de aplicação da lei para evitar irregularidades (CARVALHO FILHO, 2019).

A função de ouvidoria explica que o Tribunal de Contas atende ao pedido de reclamações da população, principalmente quanto à má utilização de recursos públicos. Além de cidadãos comuns, partidos políticos e associações civis ou representantes de controle interno, também podem efetivar a denúncia (LIMA, 2018).

Definem-se ainda, como órgãos primários ou independentes, porque existem uma estrutura e um fundamento encontrado na Constituição Federal, não havendo ainda subordinação hierárquica ou funcional a outras autoridades do Estado. Cabe ainda destacar que são órgãos de natureza político-administrativa, ou seja, não integram a nenhum Poder em sentido não-orgânico (MAZZA, 2019).

Quanto ao controle, o Artigo 1º da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, que dispõe sobre a lei Orgânica do Tribunal de Contas do Estado, define a sua estrutura como um órgão destinado à fiscalização contábil, orçamentária, financeira, operacional e patrimonial do Estado e seus municípios, auxiliando o Poder Legislativo no controle externo. Complementarmente, esclarece a função de auditoria, no exercício das suas funções, principalmente a operacional (SÃO PAULO, 1993).

A fiscalização contábil verifica a aplicação de recursos públicos conforme as técnicas contábeis. Ou seja, se a gestão de recursos públicos foi escriturada de acordo com as normas contábeis. Além disso, a fiscalização contábil verifica se foram adequadas a elaboração e a divulgação dos demonstrativos (balanços) (MAZZA, 2019).

A fiscalização orçamentária possui o objetivo de verificar a aplicação de recursos públicos, de acordo com as leis orçamentárias, por meio de

acompanhamento da arrecadação de recursos e aplicação. As principais peças orçamentárias são PPA, LDO e LOA (MAZZA, 2019).

A fiscalização operacional, ou por resultados, verifica o adequado desempenho (eficiência e economicidade) e o cumprimento de metas e resultados (efetividade e eficácia) da gestão dos recursos públicos. Nesse ponto, torna-se importante apresentar a diferença entre economicidade, eficiência, eficácia e efetividade (LIMA, 2018).

A economicidade é a capacidade de diminuir os custos dos recursos utilizados no desenvolvimento de determinada atividade, sem comprometer a qualidade. Essa característica explora, por exemplo, a capacidade do município em gerir os recursos financeiros colocados à disposição para o setor da saúde (LIMA, 2018).

Sendo um conceito relacionado à economicidade, a eficiência associa o bem e o serviço gerado por uma atividade com o custo daquilo que é utilizado para produzi-lo, em determinado tempo, sem deixar de manter a qualidade (CARVALHO FILHO, 2019).

A eficácia explora o grau de alcance das metas programadas em determinado período de tempo, independente dos custos utilizados. Esse aspecto da fiscalização operacional tenta verificar, por exemplo, a capacidade de gestão do município em cumprir objetivos imediatos em saúde ou prover bens conforme são planejadas suas ações (LIMA, 2018).

Por fim, a efetividade, a que se remete este trabalho, verifica o alcance dos resultados almejados, a longo e a médio prazo, ao relacionar os resultados de um conjunto de programas ou intervenções com os efeitos na população (impactos observados) e os objetivos pretendidos (impactos esperados) (CARVALHO FILHO, 2019).

A fiscalização patrimonial verifica o controle, a conservação, a salvaguarda e a alienação dos bens públicos. Não somente dos bens públicos, mas a proteção do meio ambiente também (CARVALHO FILHO, 2019).

O IEGM, do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, mede a efetividade dos municípios, com foco em infraestrutura e processos, ou seja, avalia as políticas públicas, incluindo o setor da saúde. Além de oferecer elementos que subsidiam as ações fiscalizatórias de controle externo e da sociedade, produz informações para serem utilizadas por prefeitos, vereadores e gestores na correção de

objetivos, reavaliação de prioridades e consolidação do planejamento municipal em saúde (TCESP, 2021).

2.5 IEGM-S

Com a Gestão por Resultados já explanada na ascensão da Administração Pública Gerencial, os indicadores passaram a serem vistos como recursos metodológicos necessários para medição de performances. Tornando-se complexo com seus produtos entregues à sociedade, o Estado deve demonstrar suas ações dentro de uma lógica de indicadores que promovem a tomada de decisão no ambiente público. Assim, os indicadores são instrumentos que auxiliam na identificação, na medição e na descrição de aspectos de determinado fenômeno ou objeto de realidade. Nesse sentido, o principal objetivo do indicador é traduzir, de forma mensurável e/ou descritível, ou seja, de modo quantitativo e/ou qualitativo, um ou mais aspectos de determinada realidade (situação ou ação) (BRASIL, 2018).

Os indicadores propiciam a mensuração de resultados para gerência de desempenho, a certificação do alcance de objetivos, o embasamento da análise crítica dos resultados e do processo para tomada de decisão, e a melhoria contínua de planos, projetos, processos e programas da gestão pública. Logo, viabiliza-se o planejamento e o controle de desempenho, bem como as análises de desempenho comparativas.

O uso de indicadores de desempenho dos serviços públicos tornou-se importante para melhorar a tomada de decisão político-administrativa. As questões relacionadas ao desempenho do serviço, a destacar - efetividade, eficiência, responsabilidade e fortalecimento da democracia (custo por unidade do *outcome* democrático, *accountability* e nível de participação pública), quando mensuradas pelos governos, auxiliam na decisão para alocação de recursos em políticas públicas.

Deve-se reconhecer dois contextos iniciais e fundamentais aos indicadores: os componentes e as propriedades. Entre os principais componentes de um indicador estão a medida, a fórmula, o índice, o padrão de comparação ou valor de referência e a meta. Explica-se a medida como grandeza quantitativa e qualitativa

que possibilita a classificação do indicador, a fórmula matemática e a representação da maneira de calcular o indicador.

Adiciona-se ainda que alguns indicadores disponibilizados por órgãos oficiais são preenchidos apenas com a variável representada pelo próprio indicador. Por sua vez, o padrão de referência ou comparação é um índice arbitrário aceitável para se fazer uma avaliação comparativa do padrão de cumprimento. Por fim, a meta é um número (índice) orientado por indicador em consonância a um padrão de comparação para ser alcançado durante determinado período (BRASIL, 2018).

As propriedades representam o grau de aderência e a adequação às políticas, viabilizando os seus resultados, e oferecendo clareza aos aspectos cruciais do objeto ou fenômeno. De acordo com o TCESP (2020a), quanto ao nível de importância, os indicadores dividem-se em essenciais e complementares.

De acordo com o Guia metodológico para Indicadores, do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, do Brasil (2018), os indicadores essenciais devem ter as propriedades: simplicidade, validade e confiabilidade. A simplicidade refere-se à característica de ser de fácil comunicação e compreensão, tanto do público interno (executores) como do externo (público geral). A validade é a capacidade de ser representada com a maior proximidade possível de uma realidade a ser medida ou de ser significativa ao que se mede, durante e ao longo do tempo. E a confiabilidade é de ser originados de fontes confiáveis, utilizando metodologias reconhecidas e transparentes de coleta, processamento e divulgação.

Já os indicadores complementares devem ter as propriedades: disponibilidade, utilidade, sensibilidade, desagregabilidade, economicidade, estabilidade, auditabilidade (rastreadabilidade), publicidade, temporalidade e factibilidade. A disponibilidade possui a característica de terem dados de fácil obtenção. A utilidade refere-se à capacidade de suportar decisões a nível operacional, tático ou estratégico, tendo como base as necessidades dos decisores. Enquanto a sensibilidade refere-se à repercussão das variações do fenômeno, mesmo que essas sejam mínimas, a desagregabilidade explica a capacidade de representação regionalizada por sociodemografia e consideração da dimensão territorial apresentada como componente essencial na implementação de políticas públicas (BRASIL, 2018).

Ainda sobre os indicadores complementares, a economicidade representa os custos para se obter os dados, relacionando-os com os benefícios. Quanto à estabilidade, os indicadores devem ser capazes de estabelecer séries históricas estáveis que permitam o monitoramento e a comparação de informações. Já a auditabilidade ou rastreabilidade visa à adequada aplicação das regras de uso dos indicadores na obtenção, no tratamento, na formatação, na difusão e na interpretação de dados (BRASIL, 2018).

Enquanto a propriedade publicidade refere-se à publicação, ao conhecimento e ao acesso dos indicadores por todos os níveis institucionais pela sociedade e aos demais entes da Administração Pública, a temporalidade traz a importância de se definir o início, a disponibilidade de obtenção de dados e o acompanhamento do desempenho em seu teor temporal. Por fim a factibilidade refere-se à exequibilidade e à aplicabilidade em momentos adequados, bem como equilibrado com as necessidades de informações atreladas aos recursos técnicos e financeiros disponíveis. Implica-se em dizer que os dados necessários para as medições se constituem de informações de processos de gestão obtidos pelos variados instrumentos de coleta, como, censo ou amostra, estatística, aplicação de questionários e outros (BRASIL, 2018).

O Índice de Efetividade de Gestão Municipal (IEGM) do TCESP apresenta o resultado de atividades de execução do orçamento público como gestão em 7 dimensões: Planejamento; Gestão fiscal; Educação; Saúde; Meio ambiente; Cidades protegidas; e Governança em Tecnologia da Informação. Para o alcance desses resultados são combinados três itens: Dados governamentais; Sistema de Auditoria Eletrônica de Órgãos Públicos do Estado de São Paulo (AUDESP); e Informações dos questionários preenchidos pelas Prefeituras Municipais (TCESP, 2020a).

Considerando a ampliação da informação para a interação entre o TCESP e a sociedade, em visão funcional, o IEGM apresenta-se como potencialidade e exploração, a partir dos parâmetros, os seguintes produtos: o Relatório de Informações Gerenciais - Anuário, o Relatório de Informações Gerenciais e Estratégicas - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), a Matriz de Risco - *Specific, Measurable, Achievable, Realistic e Time based* (SMART), o site infográfico, o aplicativo IEGM *Mobile* e o Relatório de Desempenho Municipal (RDM) (TCESP, 2020b).

No Relatório de Informações Gerenciais, conhecido como Anuário, os dados são apresentados graficamente e analisados. Esses dados também são comparados com outros indicadores utilizados pelas Secretarias do Estado de São Paulo. No Relatório de Informações Gerenciais e Estratégicas - PRISMA são analisadas as sete dimensões, para proporcionar o alcance dos objetivos operacionais municipais. Na Matriz de Risco - SMART, ao analisar as sete dimensões, são esclarecidas visões de contratações, licitações e planejamento dos resultados das ações. A matriz *Smart* é derivada do manual de auditoria da Corte de Contas Europeia (TCESP, 2020b).

Tanto no site infográfico quanto no aplicativo IEGM *Mobile*, são organizados e disponibilizados os resultados à sociedade em geral, sob a forma de utilização de informações (forma fácil de compreender os dados). Existe também o RDM que possibilita o comparativo entre os municípios. Esse relatório é desenvolvido com base em informações apresentadas pelos municípios e validadas por amostragem pelas equipes de fiscalização do TCE-SP (TCE-SP, 2020b).

O IEGM é dinâmico e flexível, podendo ser adaptado anualmente. No sexto ano, a apuração 2020 apresentou sete dimensões: i-Plan, i-fiscal, i-Educ, i-Saúde, i-Amb, i-Cidade e i-Gov TI. A distribuição dos pesos dos índices é ponderada de acordo com o volume de despesas realizadas nos exercícios 2011, 2012 e 2013, e as funções do governo: ensino, saúde, administração e outros (TCESP, 2020b).

Logo, tem-se como métrica de cálculo do IEG-M/TCE-SP, o seguinte modelo matemático (TCESP, 2020b):

$$IEGM = \frac{[(iplan \times 20) + (ifiscal \times 20) + (ieduc \times 20) + (isaúde \times 20) + (iamb \times 10) + (icidade \times 5) + (igovTI \times 5)]}{100}$$

O i-saúde apresenta o resultado de indicadores com métricas de ações de Gestão da Saúde Pública Municipal com ênfase especial na Atenção Básica, que impacta na qualidade dos serviços e da vida das pessoas. Quanto à metodologia do i-saúde, os parâmetros são respondidos eletronicamente no Portal de Auditoria Eletrônica. O memorial de cálculos para indicadores de saúde possui índices apoiados pelo Sistema AUDESP de bases multivaloradas (TCESP, 2020). Considerando como pontuação máxima 1000 e mínima 0, tem-se como peso da dimensão saúde (TCESP, 2020b):

$$isaúde\ TCESP = \frac{20}{1000} - 0,20\ (20\%)$$

Por sua vez, a métrica de cálculo do i-saúde/TCE-SP, possui o seguinte modelo matemático (TCESP, 2020b):

$$isaúde\ TCESP = \frac{\text{somatória dos indicadores}}{1000}$$

Conforme o Quadro 4, as faixas dos resultados são representadas pelas notas A, B+, B, C+ e C (TCESP, 2020b):

Quadro 4 – Caracterização e critérios das faixas de resultados do IEGM-S.

Notas	Caracterização da Faixa	Critérios
A	Altamente efetiva	IEGM-S \geq 90% da nota máxima e ao menos 5 (cinco) temáticas com nota A
B+	Muito efetiva	IEG-M \geq 75% e $<$ 90%
B	Efetiva	IEG-M \geq 60% e $<$ 75%
C+	Em fase de adequação	IEG-M \geq 50% e $<$ 60%
C	Baixo nível de adequação	IEG-M $<$ 49%

Fonte: TCESP (2020b).

O grupo de parâmetros do IEG-M saúde é formado pelas temáticas Gestão de Saúde, Estrutura, Atenção Ambulatorial, Atenção na Saúde Mental, Vigilância em Saúde, Regulação e Controle, Atenção Hospitalar e Produtividade de Equipamentos.

2.5.1 Gestão de saúde

O parâmetro Estrutura do IEGM-S possui como ênfase observar o período de aprovação do Plano Municipal de Saúde e da Programação Anual de Saúde pelo Conselho Municipal de Saúde, e se os recursos financeiros municipais destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS) foram movimentados em contas bancárias próprias. Além disso, verifica se as despesas com a finalidade de apuração do mínimo constitucional de aplicação de recursos próprios em saúde

foram de responsabilidade específica do setor e com recursos municipais movimentados pelo Fundo Municipal de Saúde (TCESP, 2020b).

Investiga-se ainda, se o gestor municipal de saúde apresentou os Relatórios Quadrimestrais previstos pelo art. 36 da Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012. O relatório deve conter o montante e a fonte dos recursos aplicados no período, as auditorias realizadas ou em fase de execução com recomendações e determinações e a oferta e a produção dos serviços públicos da rede assistencial, sendo própria, conveniada ou contratada, comparando com os dados de indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação (BRASIL, 2012a).

Outro ponto importante destacado neste parâmetro é se o Relatório Anual de Gestão foi encaminhado ao Conselho Municipal de Saúde até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira (TCESP, 2020b). No caso, o conselho deve emitir um parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas apresentadas nesta Lei Complementar, ao qual será amplamente divulgada, inclusive por meios eletrônicos de acesso público (BRASIL, 2012a). Por fim, avalia-se se o município aplicou o mínimo de 15% previsto no art. 7º da Lei Complementar 141/2012 (TCESP, 2020b).

2.5.2 Estrutura

A estrutura é fundamental para o desenvolvimento de atividades em saúde de um município. Não somente por funcionários é formado o conjunto de serviços em saúde oferecido pelo município à população, pois torna-se necessário um local para a execução das atividades. Sob gestão municipal ou por convênios e parcerias, existem estabelecimentos responsáveis pelo desenvolvimento de atividades em saúde. A estrutura predial, por exemplo, deve estar em adequado estado de conservação para que a gestão da saúde integral ocorra, de acordo com as necessidades.

O parâmetro Estrutura do IEG-M saúde possui como foco a quantidade e o tipo de estabelecimento de saúde sob gestão municipal, como, UBSs, ambulatórios gerais e ambulatórios especializados, pronto atendimento, pronto socorros gerais, hospitais gerais e especializados, farmácias, Centros de Atendimento Psicossociais (CAPS) e equivalentes. Indica-se também, se há a presença de

estabelecimentos privados contratados pela gestão municipal e de estabelecimentos filantrópicos sem fins lucrativos sob gestão municipal.

Além disso, avalia-se a proporção de unidades que possuem Auto de Vistoria de Corpo de Bombeiros (AVCB) ou Certificado de Licença de Corpo de Bombeiro (CLBC) vigente, a proporção de unidades que possuem Licença da Vigilância Sanitária e proporção de estabelecimentos que necessitam de reparos (consertos de rachaduras, janelas, infiltrações, fiação elétrica, substituição de azulejos danificados e outros (TCESP, 2020b). Segundo o relatório elaborado pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (2019), de 298 estabelecimentos fiscalizados os quais estão hospitais, UBSs e almoxarifados, 49% não possuíam Alvará da Vigilância Sanitária.

Verificou-se também, o questionamento sobre a proporção de estabelecimentos de saúde sob gestão municipal com funcionamento interrompido ou abandonados e se o município possui Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS) elaborados e implementados nas atividades dos profissionais de saúde. A frequência de profissionais de saúde registrados por ponto eletrônico e a forma de registros de frequência de enfermeiros também foram citados no parâmetro do IEGM-S (TCESP, 2020b).

2.5.3 Atenção ambulatorial

O parâmetro Atenção Ambulatorial do IEGM-S possui como ênfase o número de consultas médicas realizadas em estabelecimentos de saúde municipais, incluindo o pré-natal e o número de nascidos vivos e natimortos, o número de exames para gestantes, o número de equipes de saúde da família (com no mínimo, médicos, enfermeiros, auxiliares, técnicos e agentes comunitários de saúde) e se o município adota a Estratégia de Saúde da Família como prioritária na organização da atenção básica (TCESP, 2020b).

As ações em saúde na Atenção Básica representam a porta de entrada do sistema de saúde. Inicia-se com o acolhimento, a escuta e o oferecimento de resposta resolutiva para os problemas de saúde e, em grande parte, diminuindo danos e sofrimento. A Estratégia de Saúde da Família, como prioridade, responsabiliza-se pela efetividade do cuidado, mesmo que seja ofertado em outros pontos da rede, afirmando a integralidade. No entanto, torna-se necessário o

trabalho em equipe, com saberes somados para concretizar os cuidados das populações dos seus respectivos territórios.

Adicionalmente, em que tange ao IEG-M saúde, o parâmetro Atenção Ambulatorial avalia se há prontuário eletrônico, bem como se há serviços presentes nessa ferramenta (atendimentos gerais, consultas, exames, terapias, internações e outros). Para Canêo e Rondina (2014), a presença do prontuário eletrônico tornou-se uma ferramenta importante para o médico e a equipe em saúde lidarem com atividades diárias. Existem informações disponíveis e atualizadas, e com dados armazenados legíveis, exatos e confiáveis, que reduzem a possibilidade de erro.

O parâmetro Atenção Ambulatorial avalia se o município disponibiliza serviço de agendamento de consulta médica nas Unidades Básicas de Saúde de forma não presencial (internet, telefone, *voip* e *toten*) e se há controle de absenteísmo de pacientes em consultas. Bittar e Almeida (2019) esclareceram que o não comparecimento do paciente a uma consulta agendada em unidade de saúde priva outros pacientes de atendimento, além de causar transtorno de natureza administrativa e financeira. Inclui-se que o IEGM-S ainda pontua a necessidade de realizar medidas para a redução do absenteísmo nas UBSs.

2.5.4 Atenção na saúde mental

De acordo com o Artigo 3º, da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, o Estado é responsável pelo desenvolvimento de políticas de saúde mental, bem como pela assistência e promoção de ações a portadores de transtornos psiquiátricos, com a participação da família e da sociedade. Esses serviços devem ser prestados em estabelecimentos de saúde mental, entendidos como unidades ou instituições que oferecem a devida assistência (BRASIL, 2001).

O parâmetro Saúde Mental do IEGM-S questiona se os municípios possuem demanda de ações e de serviços voltados para a área, incluindo para usuários de substâncias psicoativas. Entre os parâmetros, estão: o Plano de Ação Municipal para inclusão do município na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a forma de integração dos órgãos (ações, papéis, metas, prazos e normas), a formalização ao termo de adesão com os programas *Recomeço* e *De Volta para Casa* e o uso de

indicadores da Atenção Psicossocial para substâncias psicoativas e transtornos mentais graves e persistentes (TCESP, 2020b).

O Programa *Recomeço* desenvolve ações de prevenção ao uso indevido de substâncias psicoativas, enfrentamento ao tráfico de drogas, acesso à justiça e à cidadania com tratamento médico, apoio socioassistencial e tratamento médico a dependentes de substâncias psicoativas, suas famílias e comunidade (SÃO PAULO, 2019). Já o Programa *De Volta para Casa*, criado pelo Ministério da Saúde (MS), desenvolve a reintegração social, por meio de bolsa-auxílio, de pessoas com transtornos mentais e egressos de longas internações, segundo critérios da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Essa estratégia foi recomendada pela OPAS e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para reverter, de forma gradativa, um modelo de atenção psicossocial com ênfase na internação em hospitais especializados (BRASIL, 2003).

Ainda, o parâmetro Saúde Mental questiona se os municípios possuem quantidade de CAPS e Unidades de Acolhimento Adulto e Infanto-Juvenil de acordo com a totalidade de habitantes do município. Descreve-se também, se o município possui vagas em saúde mental cadastradas no sistema de regulação municipal e se são suficientes para a demanda. Destaca-se, no manual do IEGM-S, se existe demanda de moradias para portadores de doenças mentais crônicas, quando se tem a necessidade de cuidados de longa permanência, para os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) ou equivalentes (TCESP, 2020b).

2.5.5 Vigilância em saúde

De acordo com o artigo 2º da Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013, a Vigilância em Saúde é formada por processo sistemático e contínuo de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde. Visa-se, ainda, planejar e implementar medidas de saúde pública para proteger a população e prevenir e controlar riscos, agravos e doenças, não deixando de oferecer a promoção da saúde (BRASIL, 2013).

O parâmetro Vigilância em Saúde do IEGM-S possui ênfase nas inspeções sanitárias *in loco* sobre riscos à saúde da população presentes na produção e circulação de mercadorias, na prestação de serviços e na relação homem-meio ambiente. Analisa-se a presença da gestão de insumos (imunobiológicos, meios de

diagnóstico laboratorial e para controle de vetores), a presença de refrigeradores para monitoramento de temperatura de imunobiológicos (soros, vacinas e imunoglobulinas) e Equipamentos de Proteção Individual (EPI) (TCESP, 2020b).

O parâmetro objetiva, ainda, compreender a cobertura e as metas de vacinas para menores de 2 anos de idade e de *influenza* para idosos acima de 60 anos de idade. Além disso, investiga se o município analisa semanalmente casos de arboviroses, atribuições de vigilância entomológica e controle vetorial, atividades de educação em saúde e campanhas, como, planejamento familiar, pré-natal, assistência ao parto, prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), prevenção de cânceres de colo de útero, mama e saúde do homem. A hipertensão, o Diabetes, a hanseníase, a hepatite, o Coronavírus, o tabaco, a doação de sangue e a prevenção à depressão e ao suicídio, como temas de campanhas de Educação em Saúde, também são itens avaliados pelo parâmetro Vigilância em Saúde do IEGM-S (TCESP, 2020b).

Para Costa *et al.* (2013), é inegável a importância do avanço na execução de atividades da Vigilância em Saúde com a descentralização de responsabilidades e recursos para o ente municipal. Monken e Barcellos (2015) destacaram que os problemas de saúde se apresentam por uma diversidade de determinações com propostas de resolução e múltiplas estratégias. Desse modo, nota-se a relevância de se avaliar a vigilância em saúde pelo IEGM-S, pois se mostra como processo contínuo e sistemático a própria coleta de dados para proteger a população e prevenir, controlar e intervir nos riscos, agravos e doenças.

2.5.6 Regulação e controle

De acordo com Vilarins *et al.* (2012), a regulação em saúde possui como principais funções, a definição de normas, o monitoramento, a fiscalização, o controle e a avaliação dos serviços de saúde. Geralmente, essas atividades são exercidas por órgãos reguladores diferentes, em âmbitos nacional, regional e municipal. Logo, a regulação da atenção em saúde é uma ferramenta promotora de integralidade, equidade e acessibilidade, ou seja, está voltada para prestadores de serviços de saúde pública e privada.

O parâmetro Regulação e Controle do IEGM-S revela se o município desenvolve ações reguladoras no território, operacionalizando-as, e se participa da

cogestão regional. Pode-se compreender que esse parâmetro enaltece a necessidade de protocolos formalizados de regulação de acesso e se o município regula a referência a ser realizada em outros municípios, conforme a programação pactuada e integrada com fluxos regionais estabelecidos (TCESP, 2020b).

Outro ponto a ser destacado no parâmetro refere-se ao município manter atualizado o Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde (CNES). Paralelamente, verifica-se se o município utiliza sistema informatizado de regulação com oferta dos serviços sob gestão municipal (exames, medicamentos, materiais, insumos, consultas, tratamentos, terapias e outros) financiados por outros entes federativos. Entre os sistemas utilizados pela regulação expressos no IEGM-S estão o Portal Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS), o Sistema Integrado de Gestão de Atendimento (SIGA) e o Sistema de Regulação (SISREG) (TCESP, 2020b).

Além disso, Regulação e Controle avaliam os seguintes parâmetros: se há sistema informatizado que permite conhecer a lista de espera dos serviços; se o município possui um complexo regulador; se o município possui serviços de atenção pré-hospitalar próprio ou regionalizado com Central de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192; o tempo de resposta, em minutos, dos atendimentos do SAMU; e se a equipe da Central em Saúde possui a composição mínima, conforme a Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012 (BRASIL, 2012b). Por fim, avalia se o município possui ouvidoria, detalhando suas características e o número de itens de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica presentes na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais.

2.5.7 Atenção hospitalar

O parâmetro Atenção Hospitalar do IEGM-S possui como ênfase a presença de hospitais sob gestão municipal, o número de internações por causas sensíveis à atenção básica, a presença de especialidade Obstétrica, Pediátrica, Clínica Médica e Cirúrgica, total de pacientes-dia, número de partos cesáreos e óbitos de recém-nascidos. Outro ponto importante é a avaliação da presença de hospitais gerais e a quantidade de médicos especialistas e leitos para Clínica Médica, Pediatria, Obstetrícia e Cirúrgica, bem como de médicos diaristas e número de enfermeiros (TCESP, 2020b).

Define-se hospital como sendo o estabelecimento de Saúde destinado a oferecer assistência médica e hospitalar a pacientes em regime de internação, podendo, inclusive, dispor de assistência ambulatorial e de outros serviços. De acordo com a Portaria nº 356, de 20 de novembro de 2002, as especialidades médicas básicas são representadas por quatro, sendo, a Clínica Médica, a Clínica Cirúrgica, a Clínica Obstétrica e a Clínica Pediátrica. Assim, são avaliadas as presenças das principais especialidades médicas que um município deve ter (BRASIL, 2002).

O total de pacientes-dia em leito revela a capacidade de o hospital suprir a demanda para as principais especialidades. Sua efetividade está intimamente ligada à saída do paciente da unidade de internação por alta (inalterado, melhorado ou curado) ou ao número de óbitos. O número de partos cesáreos também é evidenciado nos parâmetros. Segundo Reis *et al.* (2014), existe um aumento no número de partos cesáreos. Sabe-se que se comparada ao parto normal, a chance de morbidade materna grave aumenta em 2 vezes na cesariana intraparto e 2,3 vezes na cesariana eletiva. No último caso, provoca-se no sistema de saúde o prolongamento da permanência hospitalar associada à maior morbidade e mortalidade, inclusive do recém-nascido.

Um hospital geral é aquele que atende pacientes portadores de doenças de várias especialidades (BRASIL, 1977). No entanto, o IEGM-S somente interessa investigar a presença das quatro principais especialidades supracitadas à quantidade de leitos especialistas por médico. O IEGM-S coloca como parâmetro 1 médico para 10 leitos nos casos de Clínica Médica, Pediátrica e Obstétrica. Enquanto a Clínica Cirúrgica deve ter, no mínimo, 1 médico para 6 leitos. Por fim, a relação de enfermeiros também é evidenciada, sendo $\geq 0,4$ ou $< 0,4$ (TCESP, 2020b).

2.5.8 Produtividade de equipamentos

O parâmetro Produtividade de Equipamentos do IEGM-S possui como ênfase a presença ou não de mamógrafos e ultrassons convencionais, bem como a quantidade de exames executados. Segundo Jales (2015), o mamógrafo é um tipo de aparelho especial de Raio-X preparado para obter imagens das mamas com alta resolução e contraste. Já o ultrassom é, de acordo com Nakanishi (2019), um exame

de imagem realizado por um transdutor em que existe uma onda mecânica de frequência acima de 20 kHz. O ultrassom é um aparelho que possui várias aplicações médicas, sendo utilizado para imageamento de patologias.

A importância da existência de mamógrafos pelos estabelecimentos de saúde é justificada por Shimamoto (2021), por meio de três estratégias preventivas secundárias para a detecção precoce do câncer de mama: o exame clínico das mamas, o autoexame e a mamografia bilateral. Para a referida autora, essa última estratégia de detecção é considerada como método relevante nos programas populacionais devido ao impacto sobre a mortalidade. A mamografia é o método mais efetivo de diagnóstico precoce do câncer de mama e o único exame radiológico que possibilita a identificação do tumor de mama em estágio inicial, sendo assim, passível de cura.

Estima-se que, no mundo, o câncer de mama seja o mais incidente em mulheres. Cerca de 2,3 milhões de casos foram estimados em 2020, representando 24,5% dos novos casos de câncer em mulheres. Também, é a causa mais frequente de morte por câncer nessa população, representando 684.996 óbitos estimados em 2021. No Brasil, excluindo-se os tumores de pele não-melanomas, o câncer de mama é o mais incidente em mulheres de todas as regiões. Para se ter uma ideia da magnitude, as taxas mais altas estão nas regiões Sul e Sudeste. Em 2021, foram estimados 66.280 casos novos, representando uma taxa de incidência de 43,74 casos para cada 100.000 mulheres (INCA, 2021).

Desse modo, nota-se a relevância de se verificar a produtividade de equipamentos mamógrafos e exames de ultrassom por meio da presença ou não dos equipamentos e a quantidade de exames feitos por ano. O IEGM-S utiliza como parâmetro a realização de mais de 6.758 exames de mamografias por ano para cada município paulista. Quanto aos exames de ultrassom, utiliza-se como parâmetro o número de exames maiores ou menores que a médias dos últimos anos.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A partir dos objetivos propostos, este estudo caracterizou-se como descritivo, com técnica de coleta de dados do tipo documental e abordagem quantitativa para o tratamento de dados.

De acordo com Gil (2008), uma pesquisa descritiva possui o objetivo principal de descrever as características de uma determinada população, relacionando-se com seus fenômenos. Partindo-se desse conceito, este estudo definiu a população como sendo a do estado de São Paulo (Figura 1); e os fenômenos, o IEGM-S dos 644 municípios e seus dados socioeconômicos.

Figura 1 - O estado de São Paulo em destaque no mapa do Brasil.



Fonte: Cidade-Brasil (2012).

Quanto à técnica de coleta de dados, a pesquisa caracterizou-se como documental. De acordo com Marconi e Lakatos (2017), a pesquisa documental é a fonte de coleta de dados restrita aos documentos escritos ou não, denominados fontes primárias.

Nessa etapa foram coletados dados das notas do IEGM-S, por meio dos *downloads* de planilhas, nas bases de dados *on-line* do TCESP, disponível em (<https://iegm.tce.sp.gov.br/>), e considerando os anos de 2014 a 2019 para a análise da evolução e 2019 para análise dos indicadores socioeconômicos. Vale destacar a exclusão de informações de resultados do IEGM em educação, planejamento, fiscal, ambiental, cidade e governança em TI, para apenas incluir os resultados da saúde.

Por conseguinte, foram coletados dados sobre os indicadores socioeconômicos, por meio do *download* de planilhas, nas bases de dados *on-line* do Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE, 2021), disponível em (<https://www.seade.gov.br/coronavirus/>) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE, 2021), disponível em (<https://cidades.ibge.gov.br/>):

- Casos Confirmados de Covid-19 (CCC);
- Óbitos por Covid-19 (OPC);
- Taxa de Esgotamento Sanitário Adequado (TESA);
- Produto Interno Bruto (PIB) *per Capita* Municipal;
- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal;
- Taxa de Escolarização (TE) de 6 a 14 anos.

Com as informações coletadas já organizadas, procedeu-se com os recursos do *Excel*, da *Microsoft*, para a produção de gráficos para a análise: Seleção de Colunas, Inserir, Tabelas Dinâmicas Recomendadas, Média, Análise de Tabela Dinâmica e Gráfico Dinâmico. De acordo com a *Microsoft* (2022), as tabelas dinâmicas resumem, exploram e apresentam dados. Os gráficos dinâmicos geram e visualizam os dados, demonstrando padrões, comparações e tendências.

Ressalta-se que, conforme o Anexo 9, o projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRP-USP). No dia 18 de novembro de 2019 foi apresentado um parecer favorável de dispensa de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), já que os dados coletados foram de arquivos públicos e disponíveis em páginas *on-line* do TCESP, SEADESP e IBGE.

Quanto às considerações estatísticas descritivas, verificou-se a média, a variância, o desvio padrão, o primeiro, o segundo, o terceiro e o quarto quartil e o coeficiente de variação para cada indicador socioeconômico. Utilizando-se os recursos do *Excel*, da *Microsoft*, procedeu-se com as fórmulas apresentadas no Quadro 5.

Quadro 5 – As medidas descritivas e suas respectivas fórmulas.

Medidas	Fórmulas
Média	$\bar{x} = \frac{x_1 + x_2 + x_3 + x_4 + \dots + x_n}{n}$
Variância	$s = \frac{\sqrt{\sum (x_i - \bar{x})^2}}{n - 1}$
Desvio Padrão	$\sigma = \frac{\sqrt{\sum (x_i - \bar{x})^2}}{n}$
Primeiro Quartil	$K_{q1} = \frac{N-1}{4}$
Segundo Quartil	$K_{q2} = \frac{N-1}{2}$
Terceiro Quartil	$K_{q3} = \frac{3(N-1)}{4}$
Quarto Quartil	$K_{q4} = N - 1$
Coeficiente de Variação	$CV = \frac{\sigma}{\bar{x}} \cdot 100$

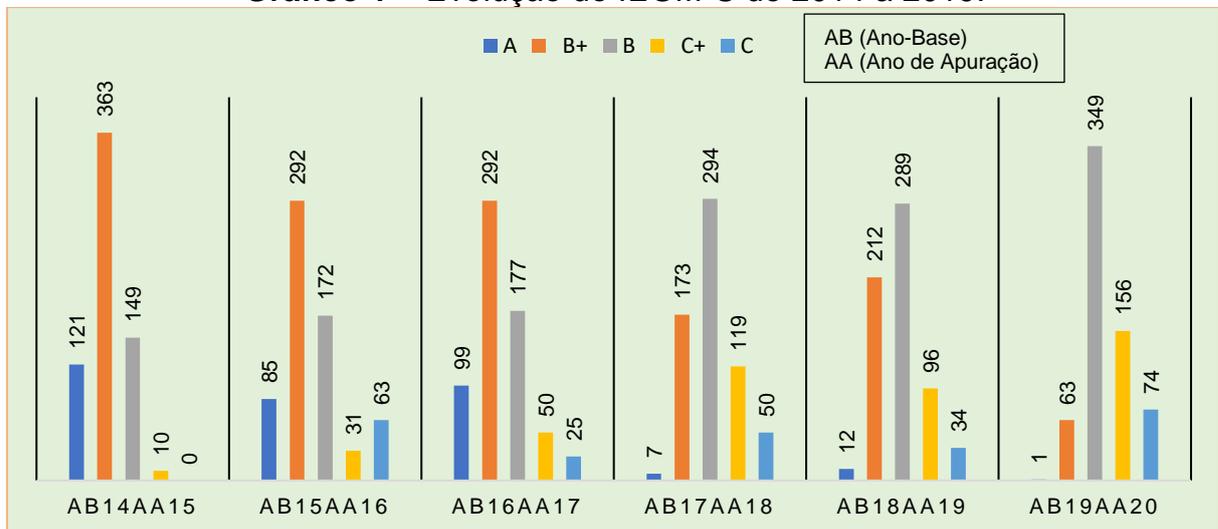
Fonte: Morettin e Bussab (2017).

4 RESULTADOS

4.1 Evolução das notas do IEGM-S

De acordo com o Gráfico 1, no ano-base 2014, 121 municípios paulistas conquistaram nota A (Altamente Efetivos), 363 nota B+ (Muito Efetivos), 149 nota B (Efetivos), 10 nota C+ (Em Fase de Adequação) e nenhum nota C (Baixo Nível de Adequação). Do ano-base 2014 para o ano-base 2015, o número de municípios com nota A e B+ decresceram, tendo, respectivamente, 85 e 292; nesse mesmo período, o número de municípios com notas B, C+ e C aumentaram, ocorrendo em, respectivamente, 172, 31 e 63 municípios. Do ano-base 2015 para o ano-base 2016, o número de municípios com nota B+ manteve-se estável em 292; a quantidade de municípios com as notas A, B e C+ aumentaram, tendo, respectivamente, 99, 177 e 50; o número de municípios com nota C decresceram de 63 para 25 (TCESP, 2020b).

Gráfico 1 – Evolução do IEGM-S de 2014 a 2019.



Fonte: TCESP (2020b).

Do ano-base 2016 para o ano-base 2017, houve redução significativa da nota A, de 99 para 7, e da nota B+, de 292 para 173; as notas B, C+ e C aumentaram, respectivamente, de 177 para 294, de 50 para 119 e de 25 para 50. Do ano-base 2017 para o ano-base 2018, a quantidade de municípios com notas A e B+ teve uma discreta melhora, sendo, respectivamente, de 7 para 12 e de 173 para 212; houve queda no número de municípios com notas B, C+ e C, sendo

respectivamente, de 294 para 289, 119 para 96 e 50 para 34. Por fim, do ano-base 2018 para o ano-base 2019, houve decréscimo no número de municípios com notas A e B+, sendo, respectivamente, de 12 para 1 e de 212 para 63. Isso fez com que o número de municípios com notas B, C+ e C aumentasse, respectivamente, de 289 para 349, 96 para 156 e 34 para 74 (TCESP, 2020b).

4.2 CCC e OPC

Os coronavírus (CoV) são uma família de vírus que causam de um resfriado comum a doenças mais graves, como, a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS) e a Síndrome Respiratória Aguda Severa (SARS). Em 2019, foi identificado um novo Coronavírus, na cidade de Wuhan, na China, ainda não identificado anteriormente em humanos - Covid-19 (SARS-CoV-2). Da China para o resto do mundo, a doença atingiu proporções consideradas pandêmicas, incluindo o Brasil (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2021).

Até o dia 21 de junho de 2021, um ano e meio após a constatação do primeiro caso de Covid-19, estimou-se 178 milhões de casos no mundo e 3,8 milhões de mortes. Somente no Brasil, o país com a terceira maior ocorrência na data supracitada, contabilizou-se 17,9 milhões de casos e 502 mil mortes. Entre os estados brasileiros, São Paulo se destacou com 3,58 milhões de casos e 122 mil mortes (SEADE, 2021). São Paulo é o estado mais populoso do Brasil, com 46,3 milhões de habitantes, concentrando 21,9% da população total do País (IBGE, 2020a).

Para esta seção, pretendeu-se verificar se pode haver relação entre as notas do IEGM-S do ano-base 2019 e o número médio de casos confirmados e de óbitos por Covid-19. Desse modo, almejou-se saber se municípios bem avaliados pelo IEGM-S podem ser representados por municípios com menos casos confirmados e mortes por Covid-19 ou se municípios com notas mais baixas no IEGM-S podem ter mais casos confirmados e mortes por Covid-19.

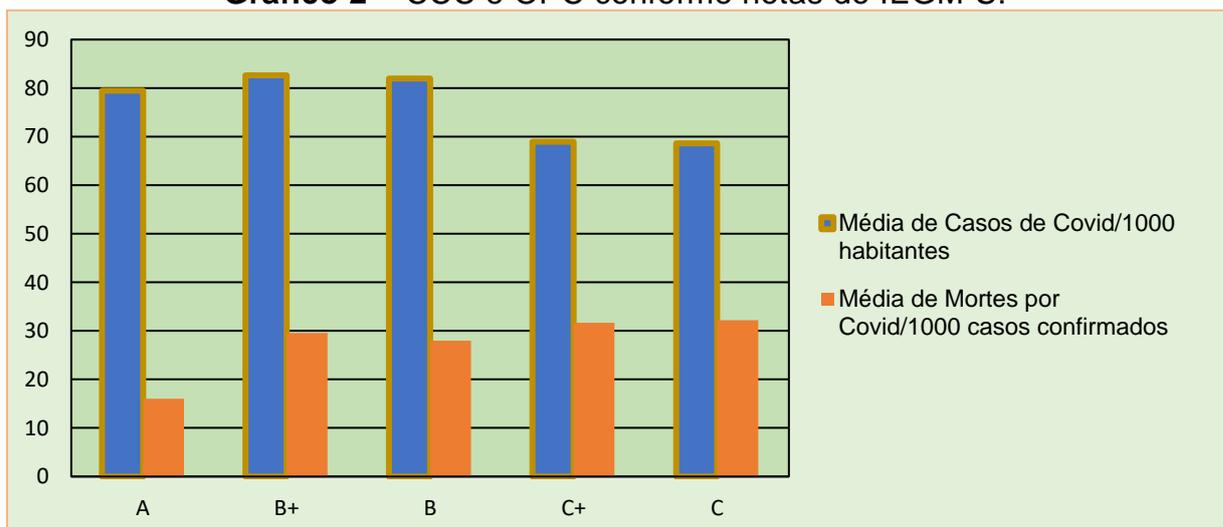
De acordo com a Tabela 1, elaborada a partir de dados do Seade (2021), até 15 de maio de 2021, a média do número de casos confirmados de Covid-19 para cada 1.000 habitantes, nos 644 municípios avaliados pelo IEGM-S do estado de São Paulo, foi de 77,34. Já a média do número de mortes por Covid-19 foi de 27,36 para cada 1.000 casos confirmados.

Tabela 1 – Considerações estatísticas de CCC e OPC.

	Casos de Covid/1000 hab.	Mortes por Covid/1000 casos confirmados
Média	77,27	27,36
Variância	2053,44	305,37
Desvio-Padrão	45,31	17,47
Primeiro Quartil	54,52	19,47
Segundo Quartil	72,97	27,37
Terceiro Quartil	93,02	35,78
Quarto Quartil	921,74	276,60
Coefficiente de Variação	58,56%	63,88%

Fonte: elaborado pelo autor (2021).

Conforme o Gráfico 2, o número médio de casos de Covid-19 para cada 1.000 habitantes foi menor nos municípios paulistas com Baixo Nível de Adequação C (68,58) e Em Fase de Adequação C+ (68,92). Os municípios considerados Muito Efetivos B+ e Efetivos B tiveram os maiores números médios de casos confirmados de Covid-19 para cada 1.000 habitantes, com respectivamente, 82,62 e 81,98. Discretamente menor que os grupos B+ e B, mas maior que C+ e C, o município Altamente Efetivo A teve uma média de 79,47 confirmações de Covid-19 para cada 1.000 habitantes.

Gráfico 2 – CCC e OPC conforme notas do IEGM-S.

Fonte: elaborado pelo autor (2021).

Por outro lado, as médias de óbitos foram menores nos municípios mais bem avaliados pelo IEGM-S, tornando-se crescentes à medida que as notas diminuam, com exceção do discreto decréscimo do grupo B. O município com IEGM-S

Altamente Efetivo (nota A) teve 16,04 óbitos para cada 1.000 casos confirmados; municípios considerados Muito Efetivos (nota B+) tiveram 29,53 óbitos/1.000 casos confirmados; municípios Efetivos (nota B), Em Fase de Adequação (nota C+) e Baixo Nível de Adequação (nota C) tiveram, respectivamente, 27,98, 31,64 e 32,16 óbitos para cada 1.000 casos confirmados.

Dessa forma, acredita-se que as notas do IEGM-S podem se relacionar com as estratégias de tratamento do Covid-19, mas não para a prevenção da doença. Uma análise de dados mais apurada pode evidenciar que, da mesma forma que o município com nota A ofereceu os melhores serviços de saúde para o tratamento de infectados, impactando no menor número de mortes, teve também número elevado de infectados. Isso pode sugerir que bons níveis em saúde (estrutura, atenção ambulatorial, atenção na saúde mental, vigilância em saúde, regulação e controle, atenção hospitalar e produtividade de equipamentos), avaliados pelo IEGM-S, podem ter influenciado nas medidas de tratamento para os infectados, mas não para evitar o contágio da doença no período destacado.

O desenvolvimento de adequada educação em saúde, especialmente a sanitária, pode ter influenciado nos menores níveis de infecções nos municípios de classificação C+ e C. Palácio e Nakenami (2020) reconheceram a importância do estímulo a medidas tradicionais de saúde pública, como, higiene, distanciamento social, restrições de abertura de comércio e tráfego e uso de máscaras para a prevenção de infecção e a mitigação da disseminação do micro-organismo. Também citou-se, a importância das Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDIC) para a educação em saúde, e o apoio ou combate a informações enganosas, como, *fake news*, divergindo, inclusive, nas campanhas de vacinação em cada município.

Logo, tais fatores podem ter influenciado na prevenção de cada cidade paulista quanto às práticas de educação em saúde municipal, bem como pela falta de planejamento nas esferas governamentais para se evitar o contágio do Covid-19. Isso pode ter ocorrido, principalmente, devido a conflitos ou divergências nos saberes e práticas de saúde, bem como por visões diferentes de mundo, principalmente quanto às crenças sobre o contágio e o desenvolvimento da doença.

Todavia, acredita-se que os municípios com notas de classificação mais baixas no IEGM-S não tiveram adequado desempenho no tratamento de infectados

por Covid-19 em comparação aos municípios com elevado IEGM-S. Logo, o baixo nível de adequação em saúde nos parâmetros estrutura, atenção ambulatorial, atenção na saúde mental, vigilância em saúde, regulação e controle, atenção hospitalar e produtividade de equipamentos pode ter impactado no aumento do número de mortes por Covid-19 nos municípios classificados com menores notas no IEGM-S.

4.3 TESA

O acesso ao esgotamento sanitário adequado é um direito fundamental dos cidadãos brasileiros, essencial para garantir condições dignas de cuidado com o meio ambiente, habitação e manutenção da saúde (IBGE, 2020b). Na Carta Magna, no art. 23, inciso IX, é destacada a competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, quanto à promoção de programas de construção de moradias e à melhora nas condições habitacionais e de saneamento básico (BRASIL, 1988).

Paralelamente, a Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, cita o saneamento básico como um dos determinantes e condicionantes que expressam os níveis de saúde do País (BRASIL, 1990). Assim, após a utilização da água para o consumo humano, o esgoto produzido nas casas deve ter destinação adequada, com o objetivo de prevenir doenças, desenvolver condições dignas de moradia e preservar o meio ambiente.

Por prevenir doenças e melhorar as condições de saúde da população, a TESA dos municípios paulistas pode se relacionar com cada faixa de nota do IEGM-S do ano-base 2019. Assim, para esta seção, pretendeu-se verificar se a TESA pode ter influência nas notas do IEGM-S do ano-base 2019. De acordo com a Tabela 2, a partir de dados do IBGE (2021), a média da TESA, nos 644 municípios avaliados pelo IEGM-S do estado de São Paulo, foi de 88,75%.

Tabela 2 – Considerações estatísticas da TESA.

Média	88,75%
Variância	0,018
Desvio-Padrão	0,137
Primeiro Quartil	79,60%
Segundo Quartil	88,75%
Terceiro Quartil	94,80%
Quarto Quartil	100,00%
Coefficiente de Variação	15,50%

Fonte: IBGE (2021).

Conforme o Gráfico 3, a TESA foi decrescente à medida que as notas do IEGM-S diminuam. O município com IEGM-S Altamente Efetivo (nota A) teve uma TESA de 88%; municípios considerados Muito Efetivos (nota B+) tiveram uma média de TESA de 0,87 ou 87%; municípios com nota IEGM-S Efetivos (nota B), Em Fase de Adequação (nota C+) e Baixo Nível de Adequação (nota C) tiveram, respectivamente, 85%, 83% e 81% de média de TESA.

Gráfico 3 – TESA conforme notas do IEGM-S.

Fonte: elaborado pelo autor (2021).

Com isso, acredita-se que a TESA pode ter relação com as notas do IEGM-S. Para Hermínio, Silva e Ferrari (2020), a falta de esgotamento sanitário básico implica no aumento da transmissão de doenças. Isso ocorre, principalmente, em zonas periféricas das cidades, nas quais inexistem coleta e tratamento de esgoto sanitário adequado. Nesses ambientes, os resíduos e os rejeitos humanos, como

urina e fezes, são despejados nas vias públicas ou próximos às residências, expondo a população local a diversas doenças.

Santos *et al.* (2018) explicaram que além de promover melhorias sanitárias e de saúde da população, estruturas adequadas de saneamento auxiliam na redução de prejuízos econômicos aos cofres públicos, no caso, dos municípios, que destinam seus recursos para o combate a doenças evitáveis, ocasionadas por doenças infecciosas e parasitárias, transmitidas por veiculação hídrica. Como consequência, podem impactar nos parâmetros avaliados pelo IEGM-S.

4.4 IDHM

De acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD (2021), o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é uma medida formada por parâmetros de três dimensões do desenvolvimento humano: a educação, a longevidade e a renda. Variando de 0 a 1, quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano do município. Segundo Jannuzzi (2014), o número reduzido de dimensões utilizadas mantém a simplicidade para o entendimento e, assim, torna-se fator valioso para o entendimento, a transparência e a simplicidade na transmissão da informação para um público diversificado e amplo.

Nesse âmbito, deve ser acrescentada a legitimidade social da proposta do IDHM pela visibilidade que tem na mídia, sendo formato apropriado para a síntese jornalística e a instrumentalização política de governos locais, quanto aos parâmetros de longevidade, renda e educação (JANNUZZI, 2014). Segundo Scarpin e Slomski (2007), a partir do sucesso de seu precursor IDH, lançado no início da década de 1990, também pela Organização das Nações Unidas (ONU), tornou-se possível compreender que o crescimento não significa exclusivamente elevar o PIB.

Desse modo, compreendeu-se, a partir de debate internacional, que a melhoria das condições de educação e saúde da população também devem ser consideradas como parte crucial do processo de desenvolvimento humano (SCARPIN; SLOMSKI, 2007). Para esta seção, pretendeu-se verificar se o IDHM pode influenciar nas notas do IEGM-S do ano-base 2019. Conforme a Tabela 3, a

partir de dados do IBGE (2021), a média do IDHM, nos 644 municípios avaliados pelo IEGM-S do estado de São Paulo, foi de 0,738.

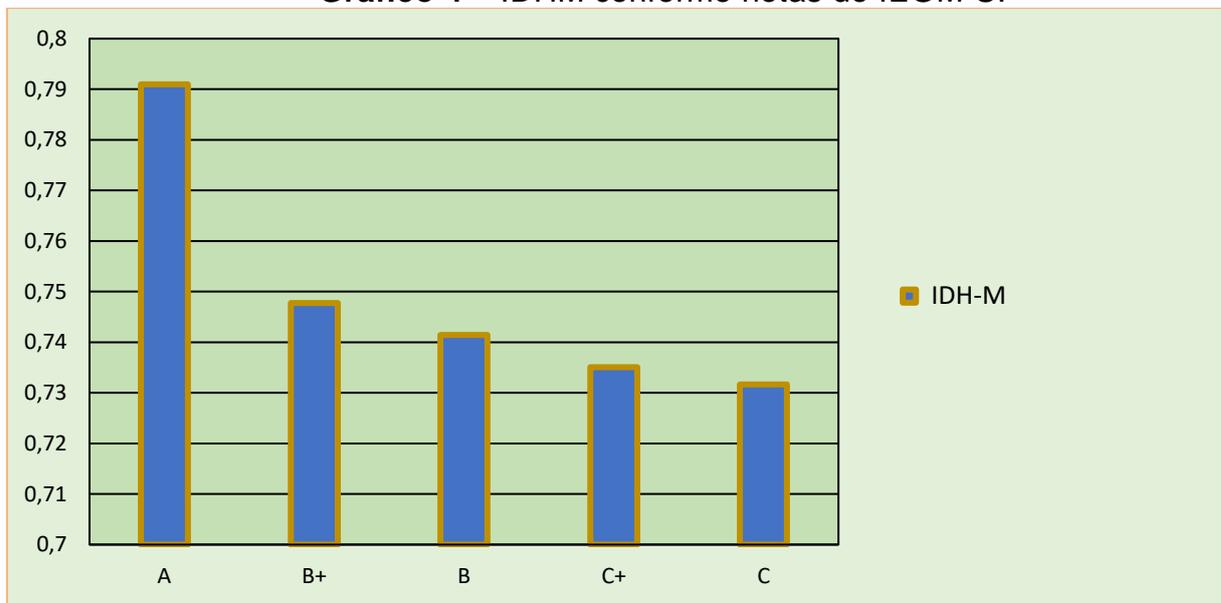
Tabela 3 – Considerações estatísticas do IDHM.

Média	0,738
Variância	0,001
Desvio-Padrão	0,032
Primeiro Quartil	0,719
Segundo Quartil	0,738
Terceiro Quartil	0,761
Quarto Quartil	0,862
Coefficiente de Variação	0,043

Fonte: elaborado pelo autor (2021).

Consoante ao Gráfico 4, o IDHM foi decrescente à medida que as notas do IEGM-S diminuam. O município com IEGM-S Altamente Efetivo (nota A) teve um IDHM de 0,791; municípios considerados Muito Efetivos (nota B+) tiveram uma média de IDHM de 0,747; municípios com nota IEGM-S Efetivos (nota B), Em Fase de Adequação (nota C+) e Baixo Nível de Adequação (nota C) tiveram, respectivamente, 0,741, 0,735 e 0,731 de média de IDHM.

Gráfico 4 – IDHM conforme notas do IEGM-S.



Fonte: elaborado pelo autor (2021).

Acredita-se, desse modo, que o IDHM pode influenciar nas notas do IEGM-S. Uma análise mais apurada dos dados pode evidenciar que a média aritmética

dos níveis de educação, longevidade e renda apresentada pelo IDHM, pode ter relação com os níveis do IEGM-S e vice-versa. A longevidade está ligada ao incentivo à busca de serviços de saúde, exercícios e dieta equilibrada, à melhora da tecnologia utilizada nos diagnósticos, à integralidade do atendimento médico-obstétrico e infantil, ao desenvolvimento de educação em saúde nas mídias digitais, entre outros fatores positivos ou benéficos.

Quanto à renda, Santos, Jacinto e Tejada (2012) acreditam que um maior nível de renda permite ao cidadão aproveitar melhor o *status* da qualidade de vida com a aquisição de bens e serviços de saúde privados com consultas médicas, exames preventivos, planos de saúde, acesso facilitado a medicamentos e melhores condições de moradia, educação e alimentação. Em sentido contrário, a saúde pode impactar na capacidade da força de trabalho, produtividade e oferta de trabalho, influenciando, assim, no crescimento econômico do município.

Por fim, maiores níveis de educação fomentam o conhecimento, impactando beneficentemente em hábitos de vida mais saudáveis em relação à alimentação e aos cuidados pessoais que incluem os higiênicos. Além disso, a educação implica em conhecimento sobre direitos básicos em saúde, como aqueles alencados na CF e na Lei Orgânica da Saúde, podendo serem cobrados pelos seus políticos locais. Uma boa saúde pode implicar também em melhora nos níveis de aprendizagem e, conseqüentemente, nos resultados em educação.

4.5 PIB *per capita* municipal

Vieira, Albert e Bagolin (2008) reconheceram que o progresso é um processo contínuo de mudanças sociais e econômicas que ocorrem em determinada região ou país e que contribuem beneficentemente para o bem-estar da população. Nesse complexo conjunto de alterações existem relações, como, o desenvolvimento econômico e a saúde, que impactam na qualidade de vida da população.

De acordo com o IBGE (2018), “o PIB é a soma de todos os bens e serviços finais produzidos por um país, estado ou cidade, geralmente em um ano”. Para o cálculo do PIB *per Capita* municipal, divide-se o PIB do município, no período de um ano, pela sua quantidade de habitantes. Para esta seção, pretendeu-se verificar se o PIB *per Capita* municipal pode ter relação com as notas do IEGM-S. Conforme

o Tabela 4, a partir de dados do IBGE (2021), a média do PIB *per Capita*, nos 644 municípios avaliados pelo IEGM-S do estado de São Paulo, foi de 25.654,19.

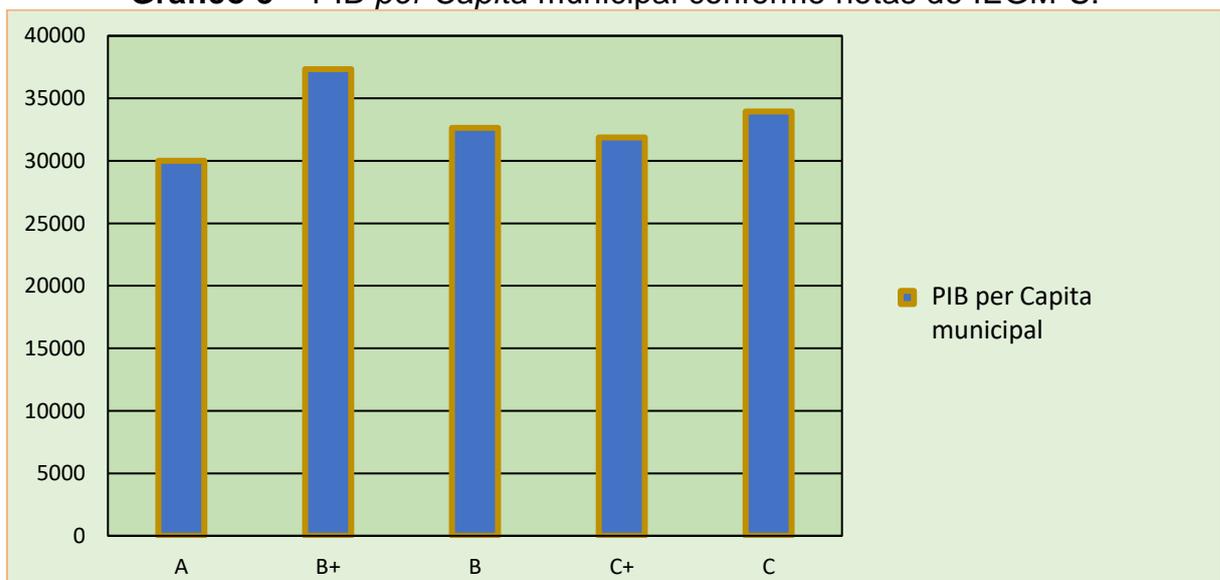
Tabela 4 – Considerações estatísticas do PIB *per Capita* municipal.

Média	25.654,19
Variância	932533450,30
Desvio-Padrão	30537,41
Primeiro Quartil	19067,08
Segundo Quartil	25654,19
Terceiro Quartil	36527,31
Quarto Quartil	419457,22
Coeficiente de Variação	1,1903478

Fonte: elaborado pelo autor (2021).

Conforme o Gráfico 5, o PIB *per Capita* pode influenciar parcialmente nas notas do IEGM-S. Verificou-se que três dos cinco grupos de notas do IEGM-S, pertencentes às categorias Muito Efetivos (nota B+), Efetivos (nota B) e Em Fase de Adequação (nota C+), decresceram à medida que os respectivos PIB *per Capita* diminuía, sendo, respectivamente, 37.331,60, 32.635,57 e 31.865,84. Por outro lado, o município com IEGM-S Altamente Efetivo (nota A) teve um PIB *per Capita* de 30.002,45 e os municípios considerados de Baixo Nível de Adequação (nota C) tiveram uma média de PIB *per Capita* de 33.943,87.

Gráfico 5 – PIB *per Capita* municipal conforme notas do IEGM-S.



Fonte: elaborado pelo autor (2021).

Essa tendência ou proporcionalidade, verificada nas notas intermediárias do IEGM-S (B+, B e C+), pode ser justificada pela ótica dos gastos familiares e públicos. No Brasil, em 2017, o IBGE (2019) estimou que foi gasto 9,2% do PIB com saúde, sendo 5,4% representado por consumo de famílias e instituições sem fins lucrativos e 3,9% pelo governo.

No contexto familiar, um maior PIB pode induzir a uma melhora nos parâmetros de saúde do IEGM, uma vez que acredita-se haver acesso a serviços de saúde privados de qualidade (consultas, exames preventivos e medicamentos), condições habitacionais sanitariamente adequadas e alimentação mais equilibrada. No contexto de aplicação de fatia do PIB por parte do governo, segundo Cançado (2020), existe a tendência de o aumento do PIB per Capita induzir ao maior gasto per capita com saúde. Isso pode, sobretudo, também ser um fator que pode ter referência proporcional às notas do IEGM-S dos grupos de municípios intermediários Em Fase de Adequação (nota C+), Efetivos (nota B) e Muito Efetivos (nota B+).

Por outro lado, o PIB *per Capita* municipal pode não representar a qualidade dos serviços públicos e os resultados esperados pelos indicadores expressos pelo IEGM-S. Como pôde ser notado, o município com IEGM-S Altamente Efetivo (nota A) teve o menor PIB *per Capita* de todos os grupos e os municípios com Baixo Nível de Adequação (nota C) tiveram a segunda maior média de PIB *per Capita*. Nesse pensamento, acredita-se que o município com IEGM-S Altamente Efetivo (nota A) possui uma melhor governança. Segundo Paludo (2013), a governança é a “capacidade administrativa de governar com efetividade e eficiência, voltando a ação dos serviços do Estado para o atendimento aos cidadãos”.

Enquanto isso, o nível de governança ou capacidade de governar com efetividade e eficiência na área da saúde sob gestão municipal pareceu ser menor nos municípios representados pela faixa do IEGM-S com Baixo Nível de Adequação (nota C), já que tal grupo possuía a segunda melhor média de PIB *per Capita*. Mesmo que existissem famílias que gastassem elevada fatia do PIB com serviços de saúde privados de qualidade (consultas, exames preventivos e medicamentos), condições habitacionais sanitariamente adequadas e alimentação mais equilibrada podem não serem suficientes para representar bons níveis de saúde. Nesse caso, deduz-se que a governança municipal seja ineficiente a ponto de impactar negativamente na nota do IEGM-S.

4.6 TE

De acordo com o IBGE (2021), a educação é uma das temáticas estudadas pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Esse grupo é formado por uma gama de características que representam a escolarização da população ou o nível de educação por faixas etárias e a situação do analfabetismo no Brasil. De acordo com a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, a educação escolar é composta pela Educação Básica (formada pelo Ensino Infantil, Fundamental e Médio) e Educação Superior (BRASIL, 1996).

É dever do Estado a garantia da Educação Básica obrigatória e gratuita, sendo livre o ensino à iniciativa privada. Pais e responsáveis por crianças devem matriculá-las na Educação Básica a partir dos 4 anos de idade. Dos 6 aos 14 anos, os educandos passam pelo Ensino Fundamental de 9 anos de duração, dividido em duas categorias: o Ensino Fundamental I, também conhecido como anos iniciais, é representado pela faixa etária dos 6 aos 10 anos; e o Ensino Fundamental II, conhecido como anos finais, é representado pela faixa etária dos 11 aos 14 anos (BRASIL, 1996).

Para esta seção, pretendeu-se verificar se a TE, de 6 a 14 anos, poderia ter relação com as notas do IEGM-S. Conforme a Tabela 5, a partir de dados do IBGE (2021), a média da TE de 6 a 14 anos ou de crianças em idade escolar matriculadas na Educação Básica, nos 644 municípios avaliados pelo IEGM-S do estado de São Paulo, foi de 98,10%.

Tabela 5 – Considerações estatísticas da TE de 6 a 14 anos.

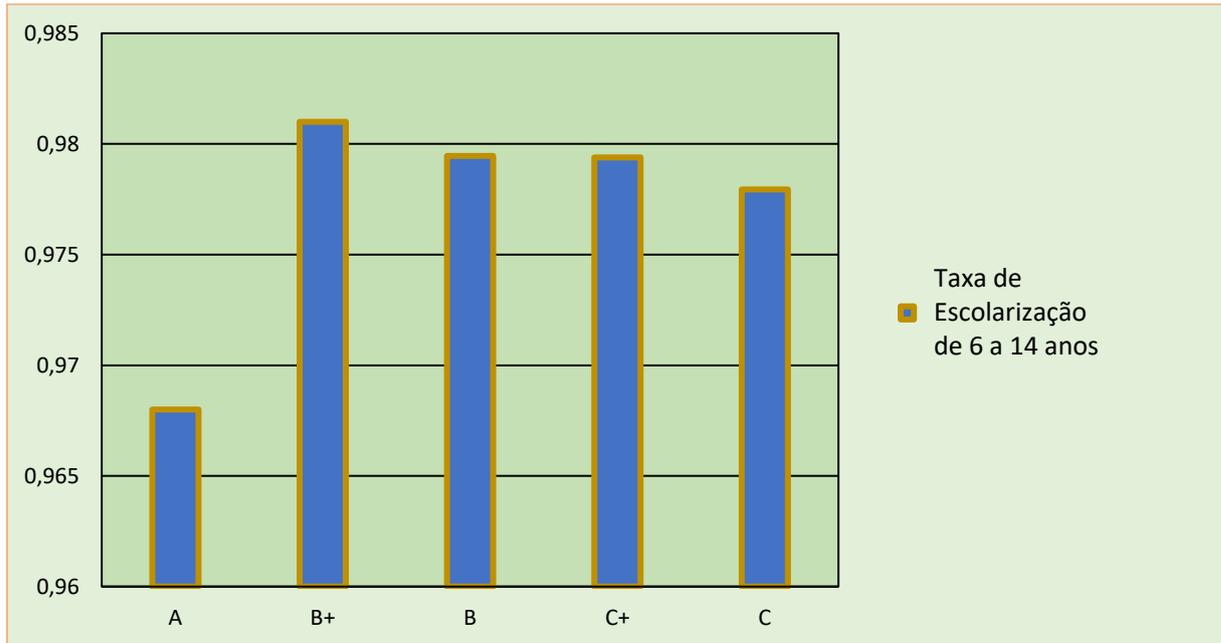
Média	98,10%
Variância	0,00017
Desvio-Padrão	0,01338
Primeiro Quartil	97,30%
Segundo Quartil	98,10%
Terceiro Quartil	98,80%
Quarto Quartil	100,00%
Coefficiente de Variação	0,01364

Fonte: elaborado pelo autor (2021).

De acordo com o Gráfico 6, com exceção do município com IEGM-S Altamente Efetivo (nota A), a Taxa de Escolarização de 6 a 14 anos foi decrescente à medida em que as notas do IEG-M saúde diminuían. O município com IEGM-S

Altamente Efetivo (nota A) teve uma Taxa de Escolarização 96,80%; municípios considerados Muito Efetivos (nota B+) tiveram uma média de TE de 98,10%; municípios com nota IEGM-S Efetivos (nota B), Em Fase de Adequação (nota C+) e Baixo Nível de Adequação (nota C) tiveram, respectivamente, 97,94%, 97,93% e 97,79% de média de TE de 6 a 14 anos.

Gráfico 6 – TE conforme notas do IEGM-S.



Fonte: elaborado pelo autor (2021).

Com exceção do município com IEGM-S alto, no conjunto de notas, a TE de 6 a 14 anos pode estar relacionada com as notas do IEGM-S. Nesse âmbito, tornou-se possível analisar o resultado sob a ótica do desenvolvimento da educação no Ensino Fundamental, da oferta de alimentação gratuita nas escolas públicas e da potencialidade de estas crianças adquirirem formação profissional no futuro e entrar no mercado de trabalho.

No Brasil, a alimentação gratuita nas escolas públicas pode influenciar nos níveis de saúde da população local. Segundo o Ministério da Educação (2021), os repasses de verbas federais para a alimentação e a educação alimentar e nutricional dos estados, municípios e escolas federais são assegurados por ações governamentais, como, o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). Esse montante é repassado de acordo com o número de matriculados do Censo Escolar, etapa e modalidade de ensino. Na educação básica pública, um aluno do período matutino pode ter café da manhã e almoço; outro estudante, do período

vespertino, almoço e café de tarde; um aluno do período noturno, jantar; e café da manhã, almoço e café da tarde para alunos do ensino integral.

5 CONCLUSÕES

O objetivo geral desta dissertação foi alcançado, ao apresentar um estudo descritivo que verificou se poderia haver relação entre os indicadores socioeconômicos e os resultados apresentados pelo IEGM-S dos municípios paulistas avaliados pelo TCESP.

Inicialmente, de acordo com o primeiro objetivo específico, compreender a relação entre Estado e controle, em perspectiva histórica internacional e brasileira, considerando suas espécies, notou-se que o homem sempre controlou seus recursos. Com o tempo, o Estado, detentor do poder, passou a controlar os recursos públicos, principalmente, receitas e despesas. Torna-se importante salientar que a participação da população, formada por contribuintes, clientes ou cidadãos, tinha a tentativa de assegurar o investimento em serviços públicos de qualidade.

Na sequência, conforme o segundo objetivo específico, identificar as atividades do Tribunal de Contas que incluem o desenvolvimento de indicadores socioeconômicos como ferramenta de controle, conheceu-se as entidades fiscalizadoras, órgãos supremos de controle responsáveis pela realização da auditoria governamental de cada nação e as diferenças entre os Tribunais de Contas e as Auditorias ou Controladorias Gerais.

Os Tribunais de Contas, como o TCESP, utilizam as normas da INTOSAI, denominadas *The International Standards of Supreme Audit Institutions* (ISSAI) ou Normas Internacionais de Auditoria das Entidades de Fiscalização Superior para executar suas atividades. O TCESP possui algumas funções principais, como, fiscalizadora, consultiva ou opinativa, informativa, judicante, normativa, sancionadora, corretiva, pedagógica e ouvidora.

O IEGM-S surgiu como indicador para avaliar a gestão por resultados na área da saúde, ou seja, verificação de desempenho, alcance de objetivos e embasamento para análise crítica e tomada de decisão. Também, possibilita-se a melhoria contínua de planos, projetos, processos e programas da gestão pública, principalmente voltados para a área da saúde, a que este estudo se refere.

Porém, tais resultados podem estar relacionados com tendências socioeconômicas. Dessa forma, em consonância com o terceiro objetivo

específico, compreender a relação entre o IEGM-S e os dados socioeconômicos do estado de São Paulo, procurou-se verificar se as hipóteses estavam corretas. A primeira hipótese pretendia verificar se poderiam haver parâmetros socioeconômicos relacionados com os resultados apresentados pelo IEGM-S. Os indicadores TESA e IDHM podem estar relacionados com as notas do IEGM-S. Já os indicadores PIB *per Capita* e TE podem estar parcialmente relacionados com as notas do IEGM-S. Logo, para tais parâmetros considerou-se a hipótese parcialmente aceita.

Já a segunda hipótese pretendeu verificar se poderiam não existir parâmetros socioeconômicos relacionados com os resultados apresentados pelo IEGM-S. A análise de dados constatou que da mesma forma que o município com nota A pode ter oferecido melhores serviços de saúde para o tratamento de infectados, impactando no menor número de mortes, teve também número elevado de infectados. Logo, para tais parâmetros considerou-se a hipótese parcialmente aceita.

5.1 Limitações da pesquisa

Entre as principais limitações da pesquisa estão o preenchimento das respostas do Sistema de Questionários, por servidor público da prefeitura, cadastrado previamente no Sistema de Delegações de Responsabilidade. Isso pode fazer com que o próprio servidor seja capaz de alterar as respostas a favor ou contra às expectativas da prefeitura. Além de problemas profissionais éticos, somam-se outros empecilhos. Acredita-se que a falta de conhecimento sobre a realidade do município, a presença de conflitos interpessoais e a dificuldade de manusear o sistema podem induzir a respostas equivocadas que interferem no resultado do IEGM-S.

Nessa esfera, torna-se importante destacar as limitações da auditoria por resultados e dos indicadores utilizados. Quanto à auditoria por resultados, deve ser esclarecida a necessidade de avaliar se são significativos, relevantes e realistas os parâmetros identificados pelo TCESP. Ademais, se os indicadores utilizados utilizam métricas adequadas para quantificar os progressos alcançados. Uma análise mais apurada dos dados pode evidenciar se tais elementos são preditivos, e se há acentuada relação nos resultados. Por fim, se

os sistemas de informação, os *softwares* e suas metodologias utilizadas para apresentar os resultados são confiantes, reais e exatos para avaliar os dados.

Quanto aos indicadores, é relevante destacar que são representações não perfeitas, uma vez que apresentam resultados de forma simplificada de uma realidade. Dessa forma, são susceptíveis a vieses por profissionais que produziram, coletaram e interpretaram os dados. Além disso, que os indicadores somente apontam, não sendo, portanto, adequado o deslocamento de ações da realidade para apenas o que o indicador expressar. Logo, deve ser tomada como cautelosa a ideia de que o indicador representa uma realidade.

5.2 Sugestão para trabalhos futuros

Sugere-se, como trabalho futuro, a promoção do gerenciamento de projetos, no âmbito municipal, a partir dos resultados, das notas alcançadas e das necessidades locais. Ainda, sugere-se a realização de análise mais apurada de dados, por meio de outros *softwares* ou metodologias, sempre visando aprimorar os estudos e verificar a força que os parâmetros se relacionam com a nota. Por fim, sugere-se o estudo de perfis dos profissionais envolvidos com a coleta de dados nas prefeituras e profissionais do TCESP responsáveis pela auditoria desse indicador.

REFERÊNCIAS

- ABRAHAM, Marcus. **Curso de Direito Financeiro Brasileiro**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2018. 496 p. ISBN 9788530980535.
- ABRUCIO, Fernando Luiz. **O Impacto do Modelo Gerencial na Administração Pública**: um breve estudo sobre a experiência internacional recente. Brasília: ENAP, 1997. ISSN 01047078. Disponível em: <http://antigo.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fAbrciocad%2010.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2020.
- ALEXANDRINO, Marcelo; PAULO, Vicente. **Direito Administrativo Descomplicado**. 25. ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2017. 1446 p. ISBN 9788530974749.
- AZEVEDO, Ricardo Rocha de; AQUINO, André Carlos Busanelli de. O planejamento em municípios de pequeno porte em São Paulo. **Revista de Contabilidade e Organizações**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 26, p. 63-76, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/rco.v10i26.111202>. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rco/article/view/111202>. Acesso em: 16 fev. 2020.
- BARCELLOS, Ana Paula de. **Curso de Direito Constitucional**. Rio de Janeiro: Forense, 2018. 696 p. ISBN 9788530980115.
- BARROSO, Luís Roberto. **Curso de Direito Constitucional Contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2015. ISBN 9788502228054.
- BITTAR, Eduardo Carlos Bianca; ALMEIDA, Guilherme Assis de. **Curso de Filosofia do Direito**. 14. ed. São Paulo: Atlas, 2019. 904 p. ISBN 9788597018684.
- BRASIL. [Constituição (1824)]. **Constituição Política do Império do Brasil de 1824**. Rio de Janeiro: Império do Brasil, [1824]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao24.htm. Acesso em: 6 mar. 2020.
- BRASIL. [Constituição (1891)]. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1891**. Rio de Janeiro: Presidência da República, [1891]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao91.htm. Acesso em: 9 mar. 2020.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, [1988]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 8 mar. 2020.
- BRASIL. **CGU monitora aplicação dos recursos federais repassados a estados e municípios**. Brasília: CGU, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/cgu/pt-br/coronavirus/cgu-monitora-aplicacao-dos-recursos-federais-repassados-a-estados-e-municipios>. Acesso em: 14 dez. 2021.

BRASIL. **Conceitos e Definições em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1977. 39 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 966-A, de 7 de novembro de 1890**. Cria um Tribunal de Contas para o exame, revisão e julgamento dos atos concernentes à receita e despesa da Republica. Rio de Janeiro: Presidência da República, [1890]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1851-1899/D00966-A.html. Acesso em: 3 mar. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 19.587, de 14 de janeiro de 1931**. Centraliza as compras e os fornecimentos de artigos destinados à execução dos serviços federais. Rio de Janeiro: Presidência da República, [1931]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-19587-14-janeiro-1931-531987-publicacaooriginal-82813-pe.html>. Acesso em: 12 fev. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 562, de 31 de dezembro de 1935**. Institui a Comissão Permanente de Padronização, aprova instruções e dá outras providencias. Rio de Janeiro: Presidência da República, [1935]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-562-31-dezembro-1935-511562-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 12 fev. 2020.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, [2012a]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 8 dez. 2021.

BRASIL. **Lei nº 1.378, de 9 de julho de 2013**. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, [2013]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html#:~:text=Regulamenta%20as%20responsabilidades%20e%20define,Sistema%20Nacional%20de%20Vigil%C3%A2ncia%20Sanit%C3%A1ria. Acesso em: 8 dez. 2021.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Presidência da República, [2001]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 9 dez. 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. Brasília: Presidência da República, [1990]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 dez. 2021.

BRASIL. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília: Presidência da República, [1996]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em: 9 dez. 2021.

BRASIL. **Manual do Programa “De Volta para Casa”**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_PVC.pdf. Acesso em: 7 dez. 2021.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Assuntos Econômicos. **Guia Metodológico para Indicadores: orientações básicas aplicadas à Gestão Pública**. 3. ed. Brasília: MPDG, 2018. 36 p. Disponível em: http://www.planejamento.gov.br/assuntos/planeja/plano-plurianual/guia_indicadores_ppa.pdf. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012**. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde, [2012b]. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/15488.html>. Acesso em: 9 dez. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 356, de 20 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre um Glossário de Termos Comuns nos Serviços de Saúde do MERCOSUL. Brasília: Ministério da Saúde, [2002]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0356_20_02_2002.html. Acesso em: 14 dez. 2021.

CANÊO, Paula Krauter; RONDINA, João Marcelo. Prontuário Eletrônico do Paciente: conhecendo as experiências de sua implantação. **Journal of Health Informatics**, v. 6, n. 2, p. 67-71, abr./jun., 2014. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/289>. Acesso em: 12 dez. 2021.

CARRANZA, Giovanna. **Administração Geral e Pública**. 3. ed. Salvador: Jus Podivm, 2016. 500 p. ISBN 9788544207055.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. **Manual de Direito Administrativo**. 33. ed. São Paulo: Atlas, 2019. 1408 p. ISBN 9788597020533.

CARVALHO, Matheus. **Manual de Direito Administrativo**. 2. ed. Salvador: Jus Podivm, 2015. 1184 p. ISBN 9788544232187.

CASTALDELLI JÚNIOR, Eduardo; AQUINO, André Carlos de Aquino. Indicadores de Desempenho em Entidades Fiscalizadoras Superiores: o caso brasileiro. **Contabilidade Vista & Revista**, v. 22, n. 3, p. 15-40, jul./set., 2011. Disponível em: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/contabilidadevistaerevista/article/view/1240>. Acesso em: 11 dez. 2021.

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração Geral e Pública**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 513 p. ISBN 9788535231700.

CIDADE-BRASIL. **Os Municípios do Estado de São Paulo**. São Paulo: Cidade-Brasil, 2012. Disponível em: <https://www.cidade-brasil.com.br/estado-sao-paulo.html>. Acesso em: 13 dez. 2021.

COSTA, Juliana Martins Barbosa da Silva *et al.* Monitoramento do desempenho da gestão da vigilância em saúde: instrumento e estratégias de uso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1201-1216, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7hBw8VgzLcyCVr3FKfJq47k/?lang=pt>. Acesso em: 15 dez. 2021.

COTRIM, Gilberto. **História Global: Brasil e Geral**. 11 ed. São Paulo: Saraiva, 2017. 832 p. ISBN 9788547209827.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 31. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2018. 1176 p. ISBN 9788530979560.

FARIA, José Henrique de; MENEGHETTI, Francis Kanashiro. Burocracia como Organização, Poder e Controle. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 51, n. 5, p. 424-439, set./out. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/RVdqf5QvFkDcmKtWZcvqFFD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 fev. 2020.

FUNARI, Pedro Paulo. **Grécia e Roma**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2002. 118 p. ISBN 8572441603.

FURTADO, Lucas Rocha. **Curso de Direito Administrativo**. 5. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2016. 1051 p. ISBN 9788545000983.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 2008. 212 p. ISBN 9788522451425.

HERMÍNIO, Henrique Infante; SILVA, Liciane André Francisco da; FERRARI, Luiane Selina Nogueira. O direito à saúde e as sequelas geradas pela falta de saneamento adequado em tempos de pandemia. **Revista Etic**, v. 16, n. 16, p. 1-5, 2020. Disponível em: <http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/ETIC/article/view/8719>. Acesso em: 20 dez. 2021.

IBGE. **Conheça Cidades e Estados do Brasil**: indicadores municipais e estaduais. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 11 dez. 2021.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saneamento Básico**: abastecimento de água e esgoto. Rio de Janeiro: IBGE, 2020b. 124 p. ISBN 9786587201115.

IBGE. **População Brasileira Chega a 213,3 Milhões de Habitantes, Estima IBGE**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020a. Disponível em:

<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/31461-ibge-divulga-estimativa-da-populacao-dos-municipios-para-2021>. Acesso em: 7 dez. 2021.

INCA. **Câncer de Mama: Conceito e Magnitude**. Brasília: INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-de-mama/conceito-e-magnitude#:~:text=O%20c%C3%A2ncer%20de%20mama%20%C3%A9%20o%20mais%20incidente%20em%20mulheres,novos%20por%20c%C3%A2ncer%20em%20mulheres>. Acesso em: 9 dez. 2021.

JALES, Rodrigo Meneses. **Bases Físicas da Mamografia**. Campinas: UNICAMP, 2015. Disponível em: <https://drpixel.fcm.unicamp.br/conteudo/bases-fisicas-da-mamografia>. Acesso em: 13 dez. 2021.

JANNUZZI, Paulo de Martino. **Indicadores Socioeconômicos na Gestão Pública**. 3. ed. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração, UFSC; Brasília: CAPES, UAB, 2014. 110 p. ISBN 9788579882210.

LENZA, Pedro. **Direito Constitucional Esquematizado**. 23. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2019. 1576 p. ISBN 9788553606504.

LIMA, Luiz Henrique. **Controle externo: teoria e jurisprudência para os Tribunais de Contas**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2018. 464 p. ISBN 9788530977375.

LOURENÇO, Nivaldo Vieira. **Administração Pública: modelos, conceitos, reformas e avanços para uma nova gestão**. Curitiba: Intersaberes, 2016. 198 p. ISBN 9788544303665.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 13 ed. São Paulo: Atlas, 2017. 291 p. ISBN 8522433976.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do Trabalho Científico**. 8. ed. São Paulo: Grupo Editora Nacional, 2017. 368 p. ISBN 9788597010121.

MAZZA, Alexandre. **Manual de Direito Administrativo**. 9. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2019. 1168 p. ISBN 9788553605651.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro**. Colaboração: José Emmanuel Burle Filho e Carla Rosado Burle. 42. ed. São Paulo: Malheiros, 2016. 968 p. ISBN 9788539203192.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de Direito Administrativo**. São Paulo: Malheiros, 2015. 1150 p. ISBN 9788539202737.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. 12. ed. São Paulo: Saraiva, 2017. 1576 p. ISBN 9788547216818.

MICROSOFT. **Visão geral de tabela dinâmica e gráfico dinâmico**. São Paulo: Microsoft Brasil, 2022. Disponível em: <https://support.microsoft.com/pt-br/office/vis%C3%A3o-geral-de-tabela-din%C3%A2mica-e-gr%C3%A1fico-din%C3%A2mico-527c8fa3-02c0-445a-a2db-7794676bce96>. Acesso em: 8 dez. 2021.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Sobre o PNAE: o que é PNAE?** Brasília: Ministério da Educação, 2021. Disponível em: <https://www.fnde.gov.br/programas/pnae#:~:text=Sobre%20o%20PNAE,-O%20que%20%C3%A9&text=O%20Programa%20Nacional%20de%20Alimenta%C3%A7%C3%A3o,etapas%20da%20educa%C3%A7%C3%A3o%20b%C3%A1sica%20p%C3%ABlica>. Acesso em: 7 dez. 2021.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio/jun., 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Qv99KX4zGyNr8LrTNzyqN3D/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 maio 2022.

MORETTIN, Pedro; BUSSAB, Wilton. **Estatística Básica**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2016. 568 p.

MOTTA, Sylvio. **Direito Constitucional: teoria, jurisprudência e questões**. 27. ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2018. 1152 p. ISBN 9788530978754.

NAKANISHI, Rafael Mikio. **Comparação de dados experimentais e de simulação numérica de sinais de ultrassom**. 2019. 101 f. Dissertação (Mestrado em Ciências com ênfase em Engenharia Mecânica) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/3/3152/tde-08012020-162233/pt-br.php>. Acesso em: 14 dez. 2021.

NUNES JÚNIOR, Flávio Martins Alves. **Curso de Direito Constitucional**. 3. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2019. 1632 p. ISBN 9788553611423.

O'DONNELL, Guillermo. Accountability horizontal e novas poliarquias. **Lua Nova**, São Paulo, v. 88, n. 44, p. 28-54, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ln/a/jbXvTQR88QggqcdWW6vXP8j/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Coronavirus**. São Paulo: OPAN Brasil, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 25 nov. 2021.

PALÁCIO, Maria Augusta Vasconcelos; TAKENAMI, Iukary. Em Tempos de Pandemia pela Covid-19: o Desafio para a Educação em Saúde. **Vigilância Sanitária em Debate**, v. 8, n. 2, p. 10-15, 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/5705/570567430003/html/>. Acesso em: 19 maio 2022. PALUDO, Augustinho. **Administração Pública**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 608 p. ISBN 9788535257519.

PNUD. **O que é o IDHM**. Brasília: Casa das Nações Unidas no Brasil, 2021. Disponível em: <https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/conceitos/o-que-e-o-idh.html>. Acesso em: 8 dez. 2021.

REIS, Zilma Silveira Nogueira *et al.* Associação entre risco gestacional e tipo de parto com as repercussões maternas e neonatais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, n. 2, p. 65-71, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/nwT53pT6fw9DH9rflVpnKhG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 nov. 2021.

SALDANHA, Clézio. **Introdução à Gestão Pública**. 2. ed. São Paulo: Saraiva: 2014. 392 p. ISBN 9788502617612.

SANTOS, Anderson Moreira Aristides dos; JACINTO, Paulo de Andrade; TEJADA, César Augusto Oviedo. Causalidade entre Renda e Saúde: Uma Análise Através da Abordagem de Dados em Painel com os Estados do Brasil. **Est. Econ.**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 229-261, abr./jun., 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ee/a/L46SYPh5qvnclsL93ngmdRdN/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2021.

SANTOS, Anderson Moreira Aristides dos; TEJADA, César Augusto Oviedo; EWERLING, Fernanda. Os Determinantes Socioeconômicos do Estado de Saúde das Crianças do Brasil Rural. **RESR**, Piracicaba, v. 50, n. 3, p. 473-492, jul./set., 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/resr/a/C3jjCbcQyxzgzLSftL4K8Ck/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 6 dez. 2021.

SANTOS, Fernanda Flores Silva dos *et al.* O desenvolvimento do saneamento básico no Brasil e as consequências para a saúde pública. **Revista Brasileira de Meio Ambiente**, v. 4, n. 1, p. 241-251, 2018. Disponível em: <https://revistabrasileirademeioambiente.com/index.php/RVBMA/article/view/127>. Acesso em: 11 nov. 2021.

SÃO PAULO. **Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993**. Dispõe sobre a Lei Orgânica do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo. São Paulo: Assembleia Legislativa do Estado, [1993]. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/1993/lei.complementar-709-14.01.1993.html#:~:text=Artigo%201%C2%BA%20%2D%20O%20Tribunal%20de,e m%20todo%20o%20territ%C3%B3rio%20estadual>. Acesso em: 12 dez. 2021.

SÃO PAULO. **Programa Recomeço: uma Vida sem Drogas**. São Paulo: COED, 2019. Disponível em: <https://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/acoes-de-protecao-social/programa-recomeco/>. Acesso em: 14 maio 2022.

SCARPIN, Jorge Eduardo; SLOMSKI, Valmor. Estudo dos fatores condicionantes do índice de desenvolvimento humano nos municípios do estado do Paraná: instrumento de controladoria para a tomada de decisões na gestão governamental. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 5, p. 909-33, set./out., 2007. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2410/241016439006.pdf>. Acesso em: 4 dez. 2021.

SEADE. **São Paulo contra o Coronavírus: Boletim Completo.** São Paulo: Secretaria de Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.seade.gov.br/coronavirus/>. Acesso em: 28 nov. 2021.

SHIMAMOTO, Ana Laura Faria. **Utilização de Mamógrafos nas Micro e Macrorregiões Mineiras.** 2021. 90 f. Monografia (Bacharelado em Engenharia Biomédica) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/32298>. Acesso em: 14 dez. 2021.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo.** 37 ed. São Paulo: Malheiros, 2014. 934 p. ISBN 9788539202133.

TCESP. **Em dois anos, fatura da pandemia em São Paulo atinge R\$ 20 bilhões.** São Paulo: TCESP, 2022. Disponível em: <https://www.tce.sp.gov.br/6524-dois-anos-fatura-pandemia-sao-paulo-atinge-r-20-bilhoes>. Acesso em: 9 dez. 2021.

TCESP. **Fiscalização vistoria mais de 200 hospitais, UPA's e UBS em todo Estado.** São Paulo: TCESP, 2017. Disponível em: <https://www.tce.sp.gov.br/6524-fiscalizacao-vistoria-mais-200-hospitais-upas-e-ubs-todo-estado>. Acesso em: 13 dez. 2021.

TCESP. **Índice de Efetividade da Gestão Municipal.** São Paulo: TCESP, 2021. Disponível em: https://www4.tce.sp.gov.br/transparencia/resultado_ieg_m. Acesso em: 7 dez. 2021.

TCESP. **Índice de Efetividade da Gestão Municipal.** São Paulo: TCESP, 2020b. Disponível em: https://painel.tce.sp.gov.br/pentaho/api/repos/%3Apublic%3Aieg_m%3Aiegm.wcdf/generatedContent?userid=anony&password=zero. Acesso em: 12 dez. 2021.

TCESP. **TCE fiscaliza fornecimento de medicamentos em 221 municípios.** São Paulo: TCESP, 2019. Disponível em: <https://www.tce.sp.gov.br/6524-tce-fiscaliza-fornecimento-medicamentos-221-municipios#:~:text=TCE%20fiscaliza%20fornecimento%20de%20medicamentos%20em%20221%20munic%C3%ADpios,-27%2F08%2F2019&text=A%20a%C3%A7%C3%A3o%2C%20realizada%20em%20298,agentes%20de%20fiscaliza%C3%A7%C3%A3o%20do%20TCE>. Acesso em: 10 dez. 2021.

TCESP. **Tribunal de Contas do Estado de SP completa 96 anos de atividades.** São Paulo: TCESP, 2020a. Disponível em: <https://www.tce.sp.gov.br/6524-tribunal-contas-estado-sp-completa-96-anos-atividades>. Acesso em: 25 nov. 2021.

TCU. **Normas Internacionais das Entidades Fiscalizadoras Superiores (ISSAI).** Brasília: Tribunal de Contas da União, 2016. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A8182A2575348100157535C91093A7B>. Acesso em: 11 dez. 2022.

TOZONI-REIS, Marília Freitas de Campos. **Metodologia da Pesquisa**. Curitiba: IESDE, 2009. 136 p. ISBN 9788576389057.

TRANSPARENCY INTERNATIONAL. **Corruption Perception Index**. London: Transparency International, 2021. Disponível em: https://www.transparency.org.uk/corruption-perceptions-index-2021-UK-score?gclid=Cj0KCQjwhLKUBhDiARIsAMaTLnEGDrCcZHTLfgDTnhxqncaT17kY1fAt2BqR9bThpdqnJq04CyAVWLwaArMZEALw_wcB. Acesso em: 2 dez. 2021.

TRIBUNAL DE CUENTAS DE ESPAÑA. **La Institución y sus Antecedentes**. Madrid: Tribunal de Cuentas, 2020. 42 p. Disponível em: <https://www.tcu.es/tribunal-de-cuentas/es/la-institucion/historia/>. Acesso em: 15 mar. 2020.

VIEIRA, Cilane da Rosa; ALBERT, Carla Estefania; BAGOLIN, Izete Pengo. Crescimento e desenvolvimento econômico no Brasil: uma análise comparativa entre o PIB per capita e os níveis educacionais. **Revista Análise**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 28-50, jan./jun., 2008. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/face/article/view/2467>. Acesso em: 4 dez. 2021.

VILARINS, Geisa Cristina Modesto *et al.* A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-647, out./dez., 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9s37MpDfXmBTY5bXx3XXxPh/?lang=pt>. Acesso em: 3 dez. 2021.

ANEXO 1 – PARÂMETROS DA TEMÁTICA GESTÃO DA SAÚDE AVALIADOS NO IEGM-S.

Parâmetro-Pergunta	Resposta	Pontuação
Em qual momento ocorreu a aprovação do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2018-2021 pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS)?	PMS 2018-2021 aprovado antes do prazo de envio do projeto de lei sobre PPA 2018-2021 à Câmara Municipal.	15
	PMS 2018-2021 aprovado após o prazo de envio do projeto de lei sobre o PPA 2018-2021 e antes da aprovação do PPA 2018-2021 pela Câmara Municipal.	7,5
	PMS 2018-2021 aprovado após a aprovação do PPA 2018-2021 pela Câmara Municipal ou se PMS 2018-2019 não for aprovado.	0
Em qual momento ocorreu a aprovação da Programação Anual de Saúde (PAS) 2020 pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS)?	PAS 2020 aprovada antes do prazo de envio do projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) 2020 para a Câmara Municipal.	15
	PAS 2020 aprovada após o prazo de envio do projeto da LDO 2020 e antes da aprovação da LDO 2020 pela Câmara Municipal.	7,5
	PAS 2020 aprovada após a aprovação da LDO 2020 pela Câmara Municipal ou se não aprovada.	0
Os recursos financeiros municipais destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS) foram movimentados em contas bancárias próprias?	Sim ¹	20
	Não	0
As despesas com finalidade de apuração de Mínimo Constitucional de Aplicação (MCA) de recursos próprios em saúde foram de responsabilidade específica do setor da saúde e com recursos municipais movimentados	Sim	10
	Não	0

¹ Se sim, devem ser informados banco, agência e número da conta.

somente pelo Fundo Municipal de Saúde (FMS)?		
O gestor municipal de saúde apresentou os Relatórios Quadrimestrais de 2020 previstos no art. 36 da Lei Complementar 141/2012 em audiência pública na Câmara Municipal dentro do prazo?	Relatório do 1º Quadrimestre apresentado até o fim do mês de maio de 2020	3
	Relatório do 2º Quadrimestre apresentado na Câmara Municipal até o fim do mês de setembro de 2020	3
	Relatório do 3º Quadrimestre apresentado na Câmara Municipal até o fim do mês de fevereiro de 2021	4
	Não apresentou nenhum relatório quadrimestral dentro do prazo ou não apresentou nenhum relatório quadrimestral em audiência pública na Câmara Municipal	0
O Relatório Anual de Gestão (RAG) 2020 foi encaminhado ao Conselho Municipal de Saúde até 30 de março de 2021, ou seja, ano seguinte da execução financeira?	Sim, por meio eletrônico	5
	Sim, por meio físico	5
	Não	0
Qual foi o parecer conclusivo sobre o Relatório Anual de Gestão (RAG) 2019?	Aprovado sem ressalvas	20
	Aprovado com ressalvas	10
	Irregular/Não aprovado	00
	Não apreciado	-10
O parecer conclusivo sobre o RAG 2019 está disponível na Internet?	Sim ²	5
	Não	0
Em 2020, o município aplicou no mínimo 15% em ações e serviços públicos de saúde previstos no art. 7º da Lei Complementar 141/2012?	Sim	N/A ³
	Não	Rebaixar 1 faixa do i-saúde

² O município avaliado deveria inserir o link da Internet que comprovaria a apresentação do parecer conclusivo do RAG 2019.

³ Não se aplica à pontuação final do IEG-M.

ANEXO 2 – PARÂMETROS DA TEMÁTICA ESTRUTURA AVALIADOS PELO IEGM-S.

Parâmetro-Pergunta	Resposta	Pontuação
Quanto estabelecimentos estavam funcionando em 31 de dezembro de 2020?	a) Estabelecimentos de saúde sob gestão municipal	N/A
	b) Rede própria - Unidades Básicas de Saúde (UBS), ambulatórios, ambulatórios especializados, pronto atendimento, prontos socorros gerais, hospitais gerais, hospitais especializados, farmácias e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou equivalentes	N/A
	c) Gerenciados por parceiros (OSS) - UBSs, ambulatórios, ambulatórios especializados, pronto atendimento, prontos socorros gerais, hospitais gerais, hospitais especializados, farmácias e CAPS ou equivalentes	N/A
	d) Filantrópicos e entidades sem fins lucrativos sob gestão municipal – UBSs, ambulatórios, ambulatórios especializados, pronto atendimento, prontos socorros gerais, hospitais gerais e hospitais especializados	N/A
	e) Estabelecimentos privados contratados pela gestão municipal	N/A
Quanto estabelecimentos de saúde sob gestão municipal possuem Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB) ou CLCB (Certificado de Licença do Corpo de Bombeiros) vigente?	<p>Fórmula de Cálculo $NF = P \times P_{máx.}$ <i>NF (Nota Final do parâmetro)</i> <i>P (Proporção de unidades que possuem AVCB ou CLCB)</i> <i>P_{máx.} (Pontuação Máxima)</i></p>	50
Quanto estabelecimentos de saúde sob gestão municipal estão regularizados junto a Vigilância Sanitária, com	<p>Fórmula de Cálculo $NF = P \times P_{máx.}$ <i>NF (Nota Final do parâmetro)</i> <i>P (Proporção de unidades que possuem licença da Vigilância Sanitária)</i> <i>P_{máx.} (Pontuação Máxima)</i></p>	25

Licenças de Funcionamento vigentes?		
Quantos estabelecimentos de saúde sob gestão municipal necessitam de reparos (consertos de janelas, rachaduras, infiltrações, fiação elétrica, substituição de azulejos danificados e outros) em dezembro de 2020?	<p>Fórmula de Cálculo $NF = (1 - P) \times P_{máx.}$ <i>NF (Nota Final do parâmetro)</i> <i>P (Proporção de estabelecimentos que necessitam de reparos)</i> <i>P_{máx.} (Pontuação Máxima)</i></p>	25
Quantos estabelecimentos de saúde sob gestão municipal tiveram seu funcionamento interrompido ou foram abandonados por motivo de falta de pessoal, problemas de infraestrutura, falta de recursos financeiros e falta de insumos?	<p>Fórmula de Cálculo $NF = P \times P_{máx.}$ <i>NF (Nota Final do parâmetro)</i> <i>P (Proporção de estabelecimentos interrompidos ou abandonados)</i> <i>P_{máx.} (Pontuação Máxima)</i></p>	-50
O município possui Plano de Carreira, Cargos e Salários	Sim	10

(PCCS ⁴) específico elaborado e implantado para seus profissionais de saúde?	Não	0
A Prefeitura Municipal registra a frequência dos profissionais da saúde?	Sim	N/A
	Não	N/A
Qual é a forma de registro da frequência dos médicos?	Ponto eletrônico ⁵	15
	Folha de ponto	0
	Outro	0
Qual é a forma de registro da frequência de enfermeiros?	Ponto eletrônico	5
	Folha de ponto	0
	Outro	0

Fonte: adaptado de TCE-SP (2020).

⁴ Não foram considerados PCCS geral dos servidores públicos; apenas PCCS específico para profissionais de saúde. Se houvesse o instrumento normativo específico para profissionais da saúde, deveriam informar número e data de publicação da página eletrônica (link da Internet).

⁵ Planilhas de ponto não foram consideradas como modalidade de registro eletrônico.

ANEXO 3 – PARÂMETROS DA TEMÁTICA ATENÇÃO AMBULATORIAL AVALIADOS PELO IEGM-S.

Parâmetro-Pergunta	Resposta	Pontuação
Quantas consultas médicas foram realizadas nos estabelecimentos de saúde sob gestão municipal nos anos 2018, 2019 e 2020?	<i>Se $n^{\circ} >$ média dos últimos 2 anos</i>	20
	<i>Se $n^{\circ} <$ média dos últimos 2 anos</i>	0
Quantos médicos atenderam pelo SUS nos estabelecimentos de saúde sob gestão municipal nos anos 2018, 2019 e 2020?	_____	N/A
Quantas consultas médicas de pré-natal foram realizadas para cada uma gestante nos estabelecimentos de saúde sob gestão municipal?	<i>n° consultas \geq 6 por gestante</i>	30
	<i>n° consultas $<$ 6 consultas por gestante</i>	0
Qual foi o número de nascidos vivos nos estabelecimentos de saúde sob gestão municipal ou referenciados pelo município?	_____	N/A

Qual foi o número de natimortos nos estabelecimentos de saúde sob gestão municipal ou referenciados pelo município?	_____	N/A
Quantos exames de pré-natal de glicemia, hemoglobina, hematócrito, VDRL e anti-HIV1 e anti-HIV2 foram realizados nos estabelecimentos de saúde sob gestão municipal?	<i>n° exames ≥ 2 por gestante</i>	30
	<i>n° exames < 2 por gestante</i>	0
O município adotou a Estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços como estratégia prioritária de organização da Atenção Básica?		10
		0

Qual é a proporção de Equipes de Saúde da Família ⁶ considerando àquelas completas e incompletas a partir da pontuação máxima?	<p style="text-align: center;">Fórmula de Cálculo</p> <p style="text-align: center;">$NF = P \times P_{máx.}$</p> <p style="text-align: center;"><i>NF (Nota Final do parâmetro)</i></p> <p style="text-align: center;">$P(\text{Proporção de equipes completas}) = \frac{EC}{(EC+EI)}$</p> <p style="text-align: center;"><i>EC (nº Equipes de Saúde da Família + nº Equipes de Atenção Primária Completas)</i></p> <p style="text-align: center;"><i>EI (nº Equipes de Saúde da Família + nº Equipes de Atenção Primária Incompletas)</i></p> <p style="text-align: center;"><i>P_{máx.} (Pontuação Máxima)</i></p>	50
Qual é o número total de pessoas cadastradas nas Equipes de Saúde da Família (ESF) mais nas Equipes de Atenção Primária (EAP)?	$4000 \geq (ESF + EAP) \geq 2000$	40
	$(ESF + EAP) > 4000$	0
	$(ESF + EAP) < 2000$	0
O município disponibiliza serviço de agendamento de consulta médica nas Unidades Básicas de Saúde ou nas Unidades de Saúde da Família de forma não presencial utilizando telefone, VOIP, Internet, toten ou similares?	Sim	10
	Não	0
	Sim	10

⁶ Composição mínima de profissionais para uma Equipe de Saúde da Família: médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Os estabelecimentos de saúde municipais agendam ⁷ consultas com intervalo mínimo de 15 minutos entre uma consulta e outra?	Não	0
O município possui controle de absenteísmo de pacientes nas consultas previamente agendadas em estabelecimento de saúde de gestão municipal?	Sim, para todas as consultas	N/A
	Sim, para a maioria das consultas	N/A
	Sim, para a menor parte das consultas	N/A
	Não	N/A
Qual é a taxa de absenteísmo de consulta médica nas UBSs em 2018, 2019 e 2020?	$n^{\circ} \text{ absenteísmo} \leq \text{média dos últimos 2 anos}$	10
	$n^{\circ} \text{ absenteísmo} > \text{média dos últimos 2 anos}$	0
Existem medidas municipais para redução da taxa de absenteísmo?	Sim	0
	Não	-2
O município implantou o prontuário eletrônico do paciente?	Sim, para todos os procedimentos da saúde	10
	Sim, para a maior parte dos procedimentos da saúde	7
	Sim, para a menor parte dos procedimentos da saúde	3

⁷ Agendamento de mais de uma pessoa no mesmo horário não foi considerado.

	Não	0
Quais são os serviços inseridos no prontuário do paciente?	Atendimento pela ESF	2
	Consultas por clínico geral	2
	Consultas por especialidade	2
	Exames laboratoriais	2
	Exames radiológicos ou por imagem	2
	Terapias ou tratamentos	2
	Medicamentos	2
	OPM	2
	Internações	2
	Cirurgias	2
Outros	2	

Fonte: adaptado de TCE-SP (2020).

ANEXO 4 – PARÂMETROS DA TEMÁTICA SAÚDE MENTAL AVALIADOS PELO IEGM-S.

No município há demanda de ações e serviços voltados à assistência aos portadores de transtornos mentais, bem como para usuários de substâncias psicoativas?	Sim	N/A
	Não	N/A
Realizou plano de Ação municipal para inclusão do município à sua Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)?	Sim	00
	Não	-10
A Secretaria Municipal de Saúde (ou equivalente) está integrada a outros órgãos municipais de forma a ampliar a oferta de ações e de serviços voltados para a assistência aos portadores de transtornos mentais?	Sim	00
	Não	-05
Quais foram as formas de integração dos órgãos?	Ações estabelecidas	N/A
	Papéis definidos	N/A
	Metas estabelecidas	N/A
	Prazos	N/A
	Normas complementares firmadas entre órgãos	N/A
	Outros	N/A
O município formalizou o termo de adesão com o Programa Recomeço (art. 7º, Decreto nº 61.674/2015) ou outro programa que venha a substituí-lo?	Sim	N/A
	Não	N/A
	Sim	00

O município possui indicadores específicos para a Atenção Psicossocial ⁸ ?	Não	-05
Quais os tipos de indicadores de Atenção Psicossocial que o município utiliza?	Para drogas (transtornos mentais incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas)	
	Para saúde mental (transtornos mentais graves e persistentes)	
	Para outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida	
	Para drogas e/ou saúde mental de crianças em específico	
	Outros	
Segundo o último IBGE, o município possui população superior a 15 mil habitantes?	Sim	
	Não	
A quantidade de CAPS e Unidades de Acolhimento Adulto e Infanto-Juvenil, segundo a totalidade de habitantes do município é adequada?	Sim	
	Não	
Qual é a quantidade de estabelecimentos do município?	a) CAPS I, b) CAPS II, c) CAPS III, d) CAPS AD, e) CAPS AD II, f) CAPS AD III, g) CAPS i, h) CAPS i II, i) CAPS AD IV, j) Unidade de Acolhimento Adulto e l) Unidade de Acolhimento Infantil.	
Todos os serviços assistenciais ofertados pelo CAPS e Unidades de Acolhimento	Sim	00
	Não	-10

⁸ O indicador 21 do SISFACTO sobre ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica não deve ser considerado para pontuação.

(vagas) estão disponibilizados no sistema de regulação municipal?		
Qual é a quantidade de vagas cadastradas no sistema de regulação municipal?	a) CAPS I, b) CAPS II, c) CAPS III, d) CAPS AD, e) CAPS AD II, f) CAPS AD III, g) CAPS i, h) CAPS i II, i) CAPS AD IV, j) Unidade de Acolhimento Adulto e l) Unidade de Acolhimento Infantil.	N/A
A quantidade de vagas dos CAPS é suficiente para a demanda da população que apresenta prioritariamente intenso sofrimento psíquico em decorrência de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas e outras situações clínicas?	Sim	00
	Não	-10
Qual é a quantidade de vagas dos CAPS suficiente para a demanda da população que apresenta prioritariamente intenso sofrimento psíquico em decorrência de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas e outras situações clínicas?	a) CAPS I, b) CAPS II, c) CAPS III, d) CAPS AD, e) CAPS AD II, f) CAPS AD III, g) CAPS i, h) CAPS i II, i) CAPS AD IV, j) Unidade de Acolhimento Adulto e l) Unidade de Acolhimento Infantil.	N/A
O município aderiu formalmente ao programa “De Volta para Casa”?	Sim	
	Não	
No município há demanda de moradia para portadores de transtornos mentais crônicos com necessidade de cuidados de longa permanência, prioritariamente egressos de internações psiquiátricas e de hospitais de custódia, que não possuem suporte financeiro, social e/ou	Sim	N/A
	Não	N/A

laços familiares que permitam outra forma de reinserção?		
A Quantidade de SRTs ofertadas é adequada, inclusive quanto à distribuição geográfica, para a demanda de moradia para portadores de transtornos mentais crônicos com necessidade de cuidados de longa permanência, prioritariamente egressos de internações psiquiátricas e de hospitais de custódia que não possuam suporte financeiro, social e/ou laços familiares que permitam outra forma de reinserção?	Sim	
	Não	
Qual é a quantidade de SRTs ofertadas adequadas, inclusive quanto à distribuição geográfica, para a demanda de moradia para portadores de transtornos mentais crônicos com necessidade de cuidados de longa permanência, prioritariamente egressos de internações psiquiátricas e de hospitais de custódia que não possuam suporte financeiro, social e/ou laços familiares que permitam outra forma de reinserção?	a) SRT tipo I, b) SRT tipo II e c) Equivalente	
As vagas dos Serviços Residenciais Terapêuticos ou equivalentes para os residentes do município estão cadastradas no sistema de informação de regulação municipal?	Sim	00
	Não	-10
Qual é a quantidade de vagas dos Serviços Residenciais Terapêuticos ou	a) SRT tipo I, b) SRT tipo II e c) Equivalente	N/A

equivalentes para os residentes do município cadastradas no sistema de informação de regulação municipal?		
A Secretaria Municipal de Saúde (ou equivalente), com apoio técnico do Ministério da Saúde, tem rotinas estabelecidas de acompanhamento, supervisão, controle e avaliação para a garantia do funcionamento com qualidade dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental?	Sim	00
	Não	-05
Considerando a data base mês de dezembro, qual o número de leitos de internação psiquiátrica prolongada nos estabelecimentos sob gestão municipal nos dois últimos anos?	<i>Diminuição de leitos ≤ aumento de SRTs</i> ou <i>manutenção ou aumento de SRTs</i>	0
	<i>Aumento de leitos ou Diminuição de leitos</i> <i>> aumento de SRTs</i> ou <i>sem SRTs</i>	-15
Ainda, considerando a data base mês de dezembro, qual o número de vagas disponibilizadas em Serviços Residenciais Terapêuticos nos estabelecimentos sob gestão municipal nos dois últimos anos?		

Fonte: adaptado de TCE-SP (2020).

ANEXO 5 – PARÂMETROS DA TEMÁTICA VIGILÂNCIA EM SAÚDE AVALIADOS PELO IEGM-S.

Qual foi o número de inspeções sanitárias – realizadas pela autoridade de vigilância sanitária competente que busca levantar e avaliar in loco os riscos à saúde da população presentes na produção e na circulação de mercadorias, na prestação de serviços e na intervenção sobre o meio ambiente, inclusive de trabalho nos três últimos anos?	<i>n° ≥ média dos 2 últimos anos</i>	10
	<i>n° < média dos 2 últimos anos</i>	00
Na perspectiva da Vigilância em Saúde, quais os tipos de insumos que a prefeitura realiza a gestão?	Imunobiológicos (soros, vacinas e imunoglobulinas)	
	Meios de diagnóstico laboratorial para as doenças sob monitoramento epidemiológico (coleta de sangue e de fluidos orgânicos – saliva, secreção, suor, urina e fezes)	
	Controle de vetores (inseticidas e larvicidas)	
A Prefeitura utiliza frigobar ⁹ para refrigeração, manutenção, monitoramento e controle da temperatura dos imunobiológicos?	Sim, na maior parte dos estabelecimentos de saúde sob gestão municipal.	-03
	Sim, na menor parte dos estabelecimentos de saúde sob gestão municipal.	-01
	Não	00
A Prefeitura disponibilizou os materiais necessários para a coleta dos meios de	Sim, para todas as amostras.	00
	Sim, para a maior parte das amostras.	-01

⁹ Refrigerador de dimensões reduzidas projetado para a conservação de alimentos e produtos.

diagnóstico laboratorial para as doenças sob monitoramento epidemiológico?	Sim, para a menor parte das amostras.	-03
	Não	-05
A Prefeitura disponibilizou todos os Equipamentos de Proteção Individuais (EPIs) para o manuseio dos insumos para controle de vetores?	Sim, para todos os profissionais	0
	Sim, para a maior parte dos profissionais	-1
	Sim, para a menor parte dos profissionais	-3
	Não	-5
Qual o percentual de cobertura do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 2 anos de idade? BCG (Bacilo Calmette-Guerin); Rotavírus humano (2ª dose); Hepatite B (3ª dose); Meningocócica C (conjugada – 2ª dose); Vacina pentavalente (3ª dose); Vacina pneumocócica 10-valente (2ª dose); Vacina poliomielite (3ª dose); Febre amarela; Vacina tríplice viral (1ª dose); Hepatite A; Tetra viral.	$\text{Se cobertura BCG} \geq \text{Meta}$	5
	$\text{Se cobertura BCG} < \text{Meta BCG}$ $P = \frac{[(\text{Meta} - (\text{Meta} - \text{Cobertura}))]}{\text{Meta}} \cdot P1$	5
	$\text{Se cobertura Rotavírus} \geq \text{Meta Rotavírus}$	5
	$\text{Se cobertura rotavírus} < \text{Meta BCG}$ $P = \frac{[(\text{Meta} - (\text{Meta} - \text{Cobertura}))]}{\text{Meta}} \cdot P1$	5
	$\text{Se cobertura} \geq \text{Meta}$	5
	$\text{Se cobertura} < \text{Meta} - P$ $P = \frac{[\text{Meta} - (\text{Meta} - \text{Cobertura})]}{\text{Meta}} \cdot P2$	10
	$\text{Nota Final} = \Sigma (\text{cada vacina})$	100
$\text{Se cobertura} \geq \text{Meta}$	20	

Qual é o percentual de cobertura vacinal para <i>influenza</i> nos idosos acima de 60 anos?	<p style="text-align: center;"><i>Se cobertura < Meta</i></p> $P = \frac{[(Meta - (Meta - Cobertura))]}{Meta} . P1$	<20
Os dados de casos de arboviroses são analisados semanalmente pelo município acompanhando a tendência e verificando as variações entre as semanas epidemiológicas?	Sim	10
	Não	00
O município investiga casos de arboviroses para detectar o local provável de infecção?	Sim, investiga todos os casos	30
	Sim, investiga parte dos casos	15
	Não houve casos no ano analisado	30
	Não investiga	00
O município exerceu as atribuições relacionadas à vigilância sanitária e ao controle vetorial em 2020?	Sim	N/A
	Não	N/A
	Incluir a vigilância sanitária municipal como suporte às ações de vigilância e controle vetorial, que exigem o cumprimento da legislação sanitária.	3

Assinale as atribuições da vigilância entomológica e controle vetorial:	Integrar as Equipes de Saúde da Família nas atividades de controle vetorial, unificando os territórios de atuação de ACS e ACE.	3
	Realizar o levantamento de indicadores entomológicos.	3
	Executar as ações de controle mecânico, químico e biológico do mosquito.	3
	Enviar os dados entomológicos ao nível estadual, dentro dos prazos estabelecidos.	3
	Gerenciar os estoques municipais de inseticidas e biolarvicidas.	3
	Adquirir as vestimentas e equipamentos necessários à rotina de controle vetorial.	3
	Adquirir os equipamentos de EPI recomendados para a aplicação de inseticidas e biolarvicidas nas ações de rotina.	3
	Coletar e enviar ao laboratório de referência amostras de sangue aos trabalhadores do controle vetorial que manuseiam inseticidas e/ou larvicidas para dosagem de colinesterase, na frequência recomendada?	
	Possuir Comitê Gestor Intersetorial sob coordenação da secretaria municipal de saúde, com representantes das áreas do município que tenham interface com problema dengue (defesa civil, limpeza urbana, infraestrutura, segurança turismo, planejamento, saneamento e	3

	outros), definindo responsabilidades, metas e indicadores de cada área de atuação.	
	Outros. Especifique.	
O município executou atividades de Educação em Saúde?	Sim	
	Não	
Assinale as campanhas realizadas em 2020:	Planejamento familiar – concepção e contracepção (prevenção à gravidez)	0,5
	Pré-natal	0,5
	Assistência ao parto, ao puérpero e ao neonato, incluindo aleitamento materno e doação de leite materno	0,5
	Prevenção à IST (Infecção Sexualmente Transmissível)	0,5
	Prevenção dos cânceres de colo do útero, de mama e da saúde do homem.	0,5
	Vacinação	0,5
	Hipertensão	0,5
Diabetes	0,5	
Hanseníase	0,5	
Hepatite	0,5	
Coronavírus – COVID 19	0,5	
Tuberculose	0,5	
Doença de Chagas	0,5	
Dengue/Zika/Chikungunya/Febre Amarela/Malária (Arboviroses)	0,5	
Tabaco	0,5	
Drogas e entorpecentes	0,5	
Saúde Bucal	0,5	
Doação de sangue	0,5	
Doação de órgãos	0,5	

	Prevenção à depressão e ao suicídio	0,5
	Outros	

ANEXO 6 – PARÂMETROS DA TEMÁTICA REGULAÇÃO E CONTROLE AVALIADOS PELO IEGM-S.

O município desenvolve ações reguladoras em seu território, operacionalizando por meio de complexo regulador municipal e/ou participando em co-gestão da operacionalização dos Complexos Reguladores Regionais?	Sim	10
	Não	00
O município elaborou os protocolos de regulação de acesso formalizados?	Sim	10
	Não	00
O município regula a referência a ser realizada em outros municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada, integrando-se aos fluxos regionais estabelecidos? <i>Regulação da referência em outros municípios</i>	Sim	10
	Não	00
O município mantém atualizado o Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde (CNES)?	Sim	15
	Não	00
O município utiliza sistema informatizado de regulação com oferta de todos os serviços sob gestão municipal (consultas, tratamentos, terapias, exames, internações, medicamentos, OPM, entre outros), tanto aqueles financiados com recursos federais previstos na Programação Pactuada e Integrada (PPI), quanto aqueles financiados com recursos próprios municipais?	Sim, todos os serviços	04
	Sim, a maior parte dos serviços	02
	Sim, a menor parte dos serviços	01
	Não	00
Assinale os sistemas utilizados pela regulação:	Portal Cross	N/A
	SIGA	N/A

	SISREG	N/A
	Outros. Quais?	N/A
O sistema informatizado de regulação utilizado pelo município permite conhecer a lista de espera (relação nominal de pacientes com tempo de espera) dos serviços sob gestão municipal (consultas, tratamentos, terapias, exames, internações, medicamentos, OPM, entre outros), tanto aqueles financiados com recursos federais previstos na Programação pactuada e Integrada – PPI, quanto aqueles financiados com recursos próprios municipais?	Sim, todos os serviços	30
	Sim, a maior parte dos serviços	20
	Sim, a menor parte dos serviços	10
	Não	00
Assinale os serviços inseridos no sistema de regulação:	Consultas por especialidade	02
	Exames	02
	Terapias/Tratamentos	02
	Medicamentos	02

	OPM	02
	Internações	02
	Outros. Quais?	N/A
O município possui Complexo Regulador Municipal?	Sim	N/A
	Não	N/A
O Complexo Regulador Municipal possui Central de Regulação?	Sim	N/A
	Não	N/A
Assinale os tipos de central de regulação existentes no município.	Central de Urgência	03
	Central de internações	03
	Central de Consultas e Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	03
O município possui serviços de atenção pré-hospitalar e Central Samu 192 ou integra Central Samu 192 de abrangência regional?	Sim	N/A
	Não	N/A
	n° médio min. dos 3 últimos anos \leq n° médio min. dos 2 últimos anos	00

O tempo de resposta em minutos dos atendimentos do SAMU (ou equivalente):	n° médio dos 3 últimos anos > média dos 2 últimos anos	05
As equipes da Central de Regulação das Urgências tiveram ao menos a composição mínima estipulada na legislação no decorrer do exercício?	Todas as equipes tinham composição mínima	00
	A maior parte das equipes tinham composição mínima	-03
	A menor parte das equipes tinham composição mínima	-07
	Nenhuma equipe tinha composição mínima	-10
As equipes das Unidades Móveis tiveram ao menos a composição mínima estipulada na legislação no decorrer do exercício?	Todas as equipes tinham composição mínima	00
	A maior parte das equipes tinham composição mínima	-10
	A menor parte das equipes tinham composição mínima	-15
	Nenhuma equipe tinha composição mínima	-20
O município utiliza sistema informatizado para gerenciar o estoque de materiais e insumos médicos?	Sim	N/A
	Não	N/A
Assinale as funções do sistema de gestão de estoque de materiais e insumos médicos	Fornece a posição de estoque, movimentação de entrada e saída, lote e validade	15

	Gerencia o processo de compras dos insumos/materiais de saúde, desde o planejamento até a entrega e o recebimento da nota fiscal	15
	Gerencia a reposição dos insumos/materiais de saúde por estabelecimento de saúde	15
	Outros. Especifique:	N/A
O município possui ouvidoria de saúde implantada?	Sim	N/A
	Não	N/A
Assinale as características da Ouvidoria da Saúde:	Instituída por ato formal no organograma da secretaria de saúde ou equivalente	03
	Possui estrutura física	02
	Possui equipe ou profissional designado	05
	Outros	_____
O município utiliza o Sistema Ouvidor SUS ou sistema equivalente que, além de permitir a disseminação de informações, o registro e o encaminhamento das manifestações dos cidadãos, possibilita troca de informações entre os órgãos responsáveis pela gestão do SUS?	Sim	05
	Não	00

O município possui o componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria? Assinale.	Sim	<input type="checkbox"/>
	Não	<input type="checkbox"/>
Quais são as características do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA)? Assinale.	Instituído por ato formal no organograma da secretaria de saúde ou equivalente.	03
	Possui estrutura física.	02
	Possui equipe com ao menos um médico e um enfermeiro.	10
	Outros. Especifique.	
As auditorias concluídas ou encerradas do último ano pelo componente municipal do SNA estão disponibilizadas em site para consulta?	Sim ¹⁰	10
	Não	00
O município utiliza sistema informatizado para gerenciar o estoque de itens de medicamentos?	Sim	<input type="checkbox"/>
	Não	<input type="checkbox"/>

¹⁰ Disponibilizar a URL da página eletrônica com as informações das auditorias concluídas.

Quais são as funções existentes no sistema de gestão de estoque de medicamentos? Assinale.	Fornecer posição de estoque, movimentação de entrada e saída, lote e validade.	10,75
	Permitir a rastreabilidade dos medicamentos dispensados aos pacientes	10,75
	Gerenciar o processo de compras de itens de medicamentos, desde o planejamento até a entrega e o recebimento da nota fiscal.	10,75
	Gerenciar a reposição de itens de medicamentos por estabelecimento de saúde	10,75
	Outros. Especifique.	
Qual é o número de itens de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica presentes na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais com desabastecimento (falta de medicamento) superior a um mês no exercício do ano anterior?	$Se Pd = 0$	90
	$Se 0 < Pd \leq 5\%$	75
	$Se 5\% < Pd \leq 10\%$	50
	$Se 10\% < Pd \leq 15\%$	25
	$Se Pd > 15\%$	00
Qual é o total de itens de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica presentes na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais?		
Pd = Percentual de desabastecimento em relação ao total de itens.		

ANEXO 7 – PARÂMETROS DA TEMÁTICA ATENÇÃO HOSPITALAR AVALIADOS PELO IEGM-S.

Parâmetro-Pergunta	Resposta	Pontuação
Há hospitais sob gestão municipal?	Sim	
	Não	
Percentual de internações por causas sensíveis à atenção básica no total de internações (%) nos estabelecimentos de saúde sob gestão municipal.	$\% \leq 14,84$	
	$\% > 14,84$	
Qual foi a quantidade de internações SUS 2020 em estabelecimentos de saúde sob Gestão Municipal em 2018, 2019 e 2020?	<i>Média dos últimos 2 anos \leq último ano</i>	
	<i>Se média total dos municípios PIH \leq 54%</i>	
Sobre a especialidade obstétrica em estabelecimentos de saúde sob gestão municipal em 2020, qual é o total de pacientes-dia em leito e o total de saídas hospitalares?	<i>Proporção \leq 3,1 (maior limite superior)</i>	
	<i>Proporção $>$ 3,1</i>	
Qual foi a proporção de especialidade pediátrica em estabelecimentos de saúde sob gestão municipal em 2020? No total de pacientes-dia em leito: Total de saídas hospitalares:	<i>Proporção \leq 5,7 (maior limite superior)</i>	
	<i>Proporção $>$ 5,7</i>	
Qual foi a proporção de especialidade clínica médica em estabelecimentos de saúde sob gestão municipal em 2020? Total de pacientes-dia em leitos: Total de saídas hospitalares:	<i>Proporção \leq 9,7 (maior limite superior)</i>	
	<i>Proporção $<$ 9,7</i>	
	<i>Proporção \leq 6,5 (maior limite superior)</i>	

<p>Qual foi a proporção de especialidade cirúrgica em estabelecimentos de saúde sob gestão municipal em 2020? Total de pacientes-dia em leito: Total de saídas hospitalares:</p>	$Proporção > 6,5$	
<p>Sobre os pacientes internados em estabelecimentos de saúde sob gestão municipal, informe: a) Número de óbitos em 2018, 2019 e 2020; b) Número de saídas hospitalares em 2018, 2019 e 2020.</p>	$Proporção \leq média dos últimos 2 anos$	
<p>Informe o número total de pacientes-dia atendidos em 2020 dos estabelecimentos de saúde (hospitais) da rede própria sob gestão municipal: Informe o número total de leitos-dia em 2020 dos estabelecimentos de saúde (hospitais) da rede própria sob gestão municipal:</p>	$75\% \leq TO \leq 90$	
<p>Qual é o número de estabelecimentos de saúde (hospitais) da rede própria sob gestão municipal de tiveram taxa de ocupação hospitalar instalada superior a 100% em 2018, 2019 e 2020?</p>	$N^{\circ} de 2020 \leq média últimos 2 anos$	
	$N^{\circ} de 2020 > média dos últimos 2 anos$	

Qual é o percentual de partos cesáreos em estabelecimentos de saúde sob gestão municipal em 2020?	<i>Taxa de PC \leq 40%</i>	
Qual é o percentual de partos realizados em estabelecimentos de saúde sob gestão municipal em 2020?	<i>Taxa de PC $>$ 40%</i>	
Qual é o número de óbitos de recém-nascidos em estabelecimentos de saúde sob gestão municipal em 2018, 2019 e 2020?	<i>Proporção \leq média dos últimos 2 anos</i>	
Informe o total de nascidos vivos em estabelecimentos de saúde sob gestão municipal em 2018, 2019 e 2020.	<i>Proporção $>$ Média dos 2 últimos anos</i>	
Há hospital(is) geral(is) da rede própria municipal?	Sim	
	Não	
Informe: a) Quantidade de médicos diaristas (com jornada semanal de trabalho em forma de atuação diária) para leitos de	<i>Relação médico por especialidade \geq 1 médico para 10 leitos</i>	

<p>especialidade Clínica Médica em hospitais gerais da rede própria municipal.</p> <p>b) Total de leitos de especialidade Clínica Médica existentes (instalados) em hospitais gerais da rede própria municipal.</p>	<p><i>Relação médico por especialidade < 1 médico para 10 leitos</i></p>	
<p>Informe:</p> <p>a) Quantidade de médicos diaristas (com jornada semanal de trabalho em forma de atuação diária) para leitos de especialidade Pediátrica em hospitais gerais da rede própria municipal.</p>	<p><i>Relação médico por especialidade ≥ 1 médico para 10 leitos</i></p>	
<p>b) Total de leitos de especialidade pediátrica (clínica + cirúrgica) existentes (instalados) em hospitais gerais da rede própria municipal.</p>	<p><i>Relação médico por especialidade < 1 médico para 10 leitos</i></p>	
<p>Informe:</p> <p>a) Quantidade de médicos diaristas (com jornada semanal de trabalho em forma de atuação diária) para leitos por</p>	<p><i>Relação médico por especialidade ≥ 1 médico para 10 leitos</i></p>	

<p>especialidade Obstétrica em hospitais gerais da rede própria municipal.</p> <p>b) Total de leitos de especialidade Obstétrica (clínica + cirúrgica) existentes (instalados) em hospitais gerais da rede própria municipal.</p>	<p><i>Relação médico por especialidade < 1 médico para 10 leitos</i></p>	
<p>Informe:</p> <p>a) Quantidade de médicos diaristas (com jornada semanal de trabalho em forma de atuação diária) para leitos de especialidade cirúrgica em hospitais gerais da rede própria municipal.</p>	<p><i>Relação médico por especialidade < 1 médico para 6 leitos</i></p>	
<p>b) Total de leitos de especialidade Cirúrgica existentes (instalados) em hospitais gerais da rede própria municipal.</p>	<p><i>Relação médico por especialidade < 1 médico para 6 leitos</i></p>	
<p>a) Qual é a quantidade de enfermeiros em hospitais gerais da rede própria municipal.</p>	<p><i>Relação enfermeiro por leito $\geq 0,4$</i></p>	

b) Qual é o total de leitos hospitalares de internação existentes (instalados) em hospitais gerais da rede própria municipal.	<i>Relação enfermeiro por leito < 0,4</i>	
---	--	--

ANEXO 7 – PARÂMETROS DA TEMÁTICA PRODUTIVIDADE DE EQUIPAMENTOS AVALIADOS PELO IEGM-S.

Parâmetro-Pergunta	Resposta	Pontuação
O município possui estabelecimento de saúde da rede própria com mamógrafos?	Sim	
	Não	
Informe a quantidade de exames de mamógrafos realizados em estabelecimentos de saúde da rede própria sob gestão municipal em 2020.	$n^{\circ} \geq 6.758$ exames/ano	
Informe a quantidade de mamógrafos em estabelecimentos de saúde da rede própria sob gestão municipal em 2020.	$n^{\circ} < 6.758$ exames/ano	
O município possui estabelecimento de saúde da rede própria com equipamentos de ultrassom convencionais?	Sim	
	Não	
Informe a quantidade de exames de ultrassom convencional realizados em estabelecimentos de saúde da rede própria sob gestão municipal em 2018, 2019 e 2020.	$n^{\circ} \geq$ <i>média dos 2 últimos anos</i>	
Informe a quantidade de equipamentos de ultrassom convencional em estabelecimento de saúde da rede própria sob gestão municipal em 2018, 2019 e 2020.	$n^{\circ} \leq$ <i>média dos últimos 2 anos</i>	

ANEXO 8 – COMPROVANTE DE DISPENSA DE AVALIAÇÃO DE ORÇAMENTO.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.fmrp.usp.br



Ribeirão Preto, 16 de outubro de 2019.

Ilma Sra
Dra^a Marcia Guimarães Villanova
Coordenadora Do Comitê De Ética Em Pesquisa do
HCRP E FMRP-USP

Prezada Coordenadora,

Informamos que o projeto de pesquisa intitulado **“Análise do IEG-M saúde a partir de dados consolidados pelo TCE-SP de 2014 a 2017.”**, não será realizado em nenhuma das Instituições que compõe o Complexo HC, bem como nas dependências da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP. Sendo assim, o seu orçamento não será avaliado pela Unidade de Pesquisa Clínica do HCFMRP.

Orientamos ao pesquisador sobre a necessidade da elaboração do orçamento para a análise bioética do CEP HCRP-USP, e permanecemos à disposição para outros esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Fabiana Cardoso Pereira Valera
Coordenador Técnico Científico
Unidade de Pesquisa Clínica

ANEXO 9 – COMPROVANTE DE DISPENSA DE ANÁLISE DO CEP.

SOLICITAÇÃO DA DISPENSA DE ANÁLISE DO CEP

Dra. Márcia Guimarães Villanova, coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP e FMRP-USP,

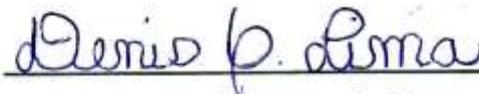
Peço para que meu estudo (conforme resumo no apêndice) seja dispensado de análise do CEP, pois o seu caráter documental implica em apenas analisar os resultados de Índice de Efetividade em Gestão Municipal em Saúde dos municípios paulistas, disponíveis on-line, não sendo ainda, análise de documentos do HC, prontuários e outros. Além disso, as orientações são feitas por e-mail com o orientador da FEARP, ~~sem~~ **sem** necessidade de local físico para coleta de dados, resultados e análise da pesquisa:

Análise do IEG-M em saúde a partir de dados consolidados pelo TCE-SP de 2014 a 2017.

*Denis Camargo de Lima - Mestrando em **Gestão de Organizações de Saúde**.*

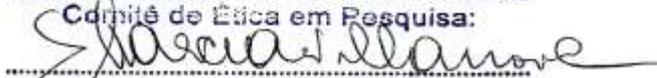
*Prof. Dr. Rudinei Toneto Júnior - Orientador da **dissertação**.*

*Mestrado Profissional em **Gestão de Organizações de Saúde** - FMRP.*



Denis Camargo de Lima
Pós-graduando em Gestão de Organizações de Saúde
FMRP-USP
N° USP: 10135329

Não há necessidade de submissão ao
Comitê de Ética em Pesquisa:



.....
Dra. Márcia Guimarães Villanova
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
do HC e FMRP-USP
18/11/2019
.....