EFICIÊNCIA DO GASTO PÚBLICO EM SAÚDE NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS: DETERMINAÇÃO ESTRUTURAL E NÃO-CONVERGÊNCIA (2013–2022)

Djones dos Santos SANTOS[1], Pedro Barros BARROS[2], Camilly Rozendo ROZENDO[3], Adilton Nascimento NASCIMENTO[4], Patrick da Silva SILVA[5]

[1] Professor Doutor da Universidade Estadual de Alagoas (UNEAL); e-mail: djones.santos@uneal.edu.br

[2] Aluno do Curso de Ciências Contábeis da Universidade Estadual de Alagoas (UNEAL); e-mail: pedrocostabarros.neto@gmail.com

[3] Aluna do Curso de Ciências Contábeis da Universidade Estadual de Alagoas (UNEAL); e-mail: Camillyrozendo@gmail.com

[4] Aluno do Curso de Ciências Contábeis da Universidade Estadual de Alagoas (UNEAL); e-mail: adiltonnascimento16@gmail.com

[5] Aluno do Curso de Ciências Contábeis da Universidade Estadual de Alagoas (UNEAL); e-mail: patrickmurilosilvasantos@gmail.com

RESUMO – Este estudo estima a eficiência técnica com que os municípios brasileiros convertem gasto em saúde em resultado do SUS e verifica o que separa os eficientes dos ineficientes, distinguindo o que é estrutura do que é margem de ação da gestão. O ponto de partida é conhecido: o país gasta pouco e gasta mal, e municípios com despesa parecida entregam resultados muito diferentes (IPEA/CONASS/OPAS, 2023). O que a literatura brasileira raramente separa é se essa distância vem de condições que o gestor não controla no curto prazo, como porte, base econômica e rede instalada, ou de decisões que ele poderia tomar de outra forma. A distinção não é acadêmica: dela depende saber se a política adequada é repassar mais recurso ou construir capacidade. Estimou-se a eficiência da atenção básica por Análise Envoltória de Dados com retornos variáveis de escala, orientada a produto, com fronteiras separadas por porte e por ano, de modo a comparar cada município com pares de escala semelhante, e com correção de viés pelo bootstrap de Simar-Wilson. No segundo estágio, uma regressão truncada com decomposição de Mundlak separou o componente entre municípios do componente dentro de cada município, que é onde a gestão poderia se manifestar. A eficiência média foi de 0,76. A governança prevê a eficiência com força entre municípios ($\beta = 0,057$; $p < 0,001$), mas não dentro deles ($p = 0,17$), o que a coloca como estoque acumulado, e não como alavanca de curto prazo. A eficiência ordena-se do Sul ao Nordeste e cresce com o porte populacional, o que reproduz na fronteira a mesma desigualdade regional já conhecida nos indicadores de saúde. Ao longo da década, a produtividade subiu cerca de 22%, quase toda por avanço da fronteira de melhores práticas, enquanto a aproximação dos atrasados a essa fronteira foi quase nula. O ganho agregado, portanto, veio de quem já estava à frente, e a distância entre os extremos não se reduziu: não há convergência. A leitura para a gestão é incômoda. Repassar recurso sem construir capacidade sustenta o nível de despesa, mas não faz o município atrasado alcançar quem já converte melhor cada real em saúde. Se a governança é estoque, o instrumento compatível é o apoio institucional continuado, com maturação em anos, e não a indução por metas anuais,

cujo horizonte é justamente aquele em que a medida não responde. Os limites são os do desenho. A eficiência por envoltória é relativa à amostra e sensível à escolha de insumos e produtos; a produção da atenção básica depende da qualidade do registro administrativo, que varia com a capacidade de gestão e pode confundir eficiência com capacidade de registrar; e o segundo estágio estima associação, não efeito causal da governança sobre a eficiência. O período abrange ainda a pandemia, que deslocou tanto insumo quanto produto. Dessa forma, a agenda seguinte passa por testar a robustez da fronteira a especificações alternativas de produto e por acompanhar se a não-convergência persiste no ciclo seguinte.

Palavras-chave: Economia da saúde. Fronteira de eficiência. Produtividade total dos fatores. Desigualdade regional. Avaliação de políticas.