

GESTÃO PÚBLICA, MUNICÍPIO E FEDERAÇÃO

DIOGO JOEL DEMARCO
ORGANIZADOR

GESTÃO PÚBLICA,
MUNICÍPIO E
FEDERAÇÃO



UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO
GRANDE DO SUL

Reitor

Carlos Alexandre Netto

Vice-Reitor e Pró-Reitor
de Coordenação Acadêmica

Rui Vicente Oppermann

EDITORA DA UFRGS

Diretor

Alex Niche Teixeira

Conselho Editorial

Carlos Pérez Bergmann

Claudia Lima Marques

Jane Fraga Tutikian

José Vicente Tavares dos Santos

Marcelo Antonio Conterato

Maria Helena Weber

Maria Stephanou

Regina Zilberman

Temístocles Cezar

Valquiria Linck Bassani

Alex Niche Teixeira, presidente

Centro de Estudos Internacionais sobre Governo (CEGOV)

Diretor

Pedro Cezar Dutra Fonseca

Vice Diretor

Cláudio José Müller

Conselho Superior CEGOV

Ana Maria Pellini, André Luiz Marengo dos Santos, Ario Zimmermann, José Henrique Paim Fernandes, José Jorge Rodrigues Branco, José Luis Duarte Ribeiro, Paulo Gilberto Fagundes Visentini

Conselho Científico CEGOV

Carlos Schmidt Arturi, Cássio da Silva Calvete, Diogo Joel Demarco, Fabiano Engelmann, Hélio Henkin, Leandro Valiati, Jurema Gorski Brites, Ligia Mori Madeira, Luis Gustavo Mello Grohmann, Marcelo Soares Pimenta, Vanessa Marx

Coordenação Coleção Editorial CEGOV

Cláudio José Muller, Gentil Corazza,
Marco Cepik

GESTÃO PÚBLICA, MUNICÍPIO E FEDERAÇÃO

DIOGO JOEL DEMARCO
ORGANIZADOR

PORTO ALEGRE
2015

© dos autores
1ª edição: 2015

Direitos reservados desta edição:
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Coleção CEGOV Capacidade Estatal e Democracia

Revisão: Fernando Preusser de Mattos

Projeto Gráfico: Joana Oliveira de Oliveira, Liza Bastos
Bischoff, Henrique da Silva Pigozzo

Capa: Joana Oliveira de Oliveira

Diagramação: Liza Bastos Bischoff

Impressão: Gráfica UFRGS

Apoio: Reitoria UFRGS e Editora UFRGS

Os materiais publicados na Coleção CEGOV Capacidade Estatal e Democracia são de exclusiva responsabilidade dos autores. É permitida a reprodução parcial e total dos trabalhos, desde que citada a fonte.

G393 Gestão pública, município e federação / organizador Diogo Joel Demarco – Porto Alegre: Editora da UFRGS/CEGOV, 2015.
212 p. : il. ; 16x23cm

(CEGOV Capacidade Estatal e Democracia)

Inclui figuras, gráficos, quadros e tabelas.

Inclui referências.

1. Política. 2. Gestão pública. 3. Administração pública. 4. Nação soberana – Cidadania. 5. Governança – Gestão estratégica de pessoas – Setor Público. 6. Capacitação Ensino A Distância – Planejamento estratégico municipal – Desenvolvimento territorial. 7. Federalismo – Políticas públicas – Direitos humanos – Brasil. 8. Cartas de serviços ao cidadão – Agências reguladoras. 9. Metodologia de custos – Sistema de Custos do Governo Federal – Sistema de Saúde dos Municípios – Rio Grande do Sul – 2011. 10. Mudanças institucionais – Componentes dos Legislativos Municipais – Composição – 2013-2016. 11. Desenvolvimento – Municípios – Pelotas – Rio Grande – Perspectiva comparada. 12. Formação acadêmica – Prática profissional – Administradores – Setor Público. I. Demarco, Diogo Joel.

CDU 35(816.5):364

CIP-Brasil. Dados Internacionais de Catalogação na Publicação.
(Jaqueline Trombin– Bibliotecária responsável CRB10/979)

ISBN 978-85-386-0276-7

SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE CUSTOS DO GOVERNO FEDERAL (SIC): USO DE DADOS ORÇAMENTÁRIOS PARA CÁLCULO DE CUSTO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE PÚBLICA NOS MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL (2011)

ANGELO PAGOT ZORTEA

Mestrando em Desenvolvimento Econômico pela Universidade Federal do Paraná (PPGDE/UFPR) e graduado em Ciências Econômicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FCE/UFRGS).

JANICE DORNELLES DE CASTRO

Professora Adjunta do Departamento de Ciências Econômicas da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FCE/UFRGS).

INTRODUÇÃO

Este capítulo consiste na aplicação de conceitos da metodologia utilizada pelo governo federal para a criação do Sistema de Informação de Custos (SIC), que mensura os custos no setor público federal brasileiro a partir do orçamento, a fim de obter o custo da atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) nos municípios. A partir do emprego de tal metodologia, compara as ações de saúde no nível municipal em uma amostra de municípios do Estado do Rio Grande do Sul. Assim, analisa como os recursos públicos despendidos estão sendo empregados e as características desse emprego, em suma, o que se está produzindo com esses recursos e os resultados para a população. Esse estudo é derivado da pesquisa Zortea (2013).

OBJETIVOS

O objetivo geral do estudo é testar a metodologia do SIC para apurar os custos da atenção à saúde dos municípios utilizando as informações das despesas orçamentárias. Além disso, tem como objetivos específicos: apresentar os conceitos que formam a metodologia do SIC e avaliar a atenção à saúde oferecida nos municípios a partir de indicadores utilizados no Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS).

127

METODOLOGIA

A apuração dos custos dos serviços de saúde prestados a partir dos dados do orçamento é feita, primeiramente, com a exposição da metodologia aplicada no SIC, apresentada pelos trabalhos de Machado (2002) e Machado e Holanda (2010).

A aplicação faz-se para diferentes municípios do Estado do Rio Grande do Sul, escolhido como teste para formatar a presente análise. Os municípios foram estratificados em sete grupos conforme o tamanho populacional e sorteados de forma aleatória, dois de cada estrato. Tal tratamento justifica-se pelo fato de a infraestrutura de saúde ser distinta de acordo com o porte. Devido a essas especificidades, para a análise, apura-se o custo por habitante. Assim, apesar das diferenças de porte e infraestrutura que impactam *a priori* no montante do custo, a utilização dessa medida permite a comparação entre eles.

Através desses critérios os grupos ficaram assim compostos: Estrela Velha e Coqueiros do Sul (até cinco mil habitantes); Passa Sete e Terra de Areia (de cinco mil a dez mil habitantes); Não-Me-Toque e Santo Augusto (de dez mil a vinte mil

habitantes); Lagoa Vermelha e São José do Norte (de vinte mil a cinquenta mil habitantes); Vacaria e São Borja (de cinquenta mil a cem mil habitantes); Bento Gonçalves e Sapucaia do Sul (de cem mil a duzentos mil habitantes); Pelotas e Caxias do Sul (de duzentos mil a quinhentos mil habitantes).

Os dados financeiros são obtidos a partir do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS/SUS), através das tabelas de execução orçamentária da administração direta de saúde municipal de 2011, ano mais recente com dados consolidados.

Para a análise das políticas de saúde realizadas selecionaram-se indicadores do IDSUS, que trabalha com duas óticas de análise: acesso e efetividade. Os indicadores de acesso mostram se a população está tendo condições de entrada no sistema de saúde. São divididos em dois grupos: acesso potencial, que busca verificar se o sistema dá condições à pessoa para acessá-lo, o potencial de oferta de serviços; e acesso obtido, que mostra de forma quantitativa os serviços de saúde de fato realizados. Os indicadores de efetividade permitem captar, de certa maneira, aspectos qualitativos da atenção à saúde.

A seleção de tais indicadores fez-se seguindo alguns critérios: estatísticas que se referissem aos três níveis de atenção à saúde (básica, média e alta complexidade); que cobrissem de forma geral o atendimento, sem se limitar a uma morbidade específica; não exclusão de populações por gênero ou faixa etária. Quando não foi possível aplicar na totalidade esses três critérios, buscou-se utilizar indicadores que procurassem se complementar. Assim, optou-se por usar dois indicadores de efetividade para o nível básico e para os complexos, visto que somente um deixaria de captar dimensões importantes para análise.

Dos vinte e quatro indicadores do IDSUS foram selecionados sete, os três primeiros de acesso e os outros quatro de efetividade: cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde; razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados e população residente; razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e população residente; proporção de internações sensíveis à atenção básica; cobertura com a vacina tetravalente em menores de um ano; proporção de parto normal; e proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio.

Visto que os dados financeiros mais recentes do SIOPS são de 2011 e como o trabalho pretende analisar o que foi produzido com o custo despendido, os indicadores do IDSUS seguem a coerência de corresponder ao mesmo ano. Há indicadores, porém, que o IDSUS calcula através de uma média entre os três anos anteriores. Tal tratamento é feito para os seguintes indicadores: razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média ou alta complexidade e população residente; proporção de internações sensíveis à atenção básica; proporção de parto normal; proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio.

A IMPORTÂNCIA DA INFORMAÇÃO DE CUSTO

Para os autores como Machado e Holanda (2010), Rezende, Cunha e Bevilacqua (2010) e Pigatto et al. (2010), a contabilidade governamental tem falhas na geração das informações de custos por utilizar o chamado regime de caixa, baseando-se em indicadores de curto prazo. No regime de caixa, Kohama (2009) explica que todas as receitas e despesas, mesmo as relativas aos períodos anteriores, são registradas no exercício. Isso acontece porque a receita é registrada quando arrecadada, e a despesa é reconhecida no período em que foi legalmente empenhada.

Tal conceito já expõe a dificuldade de se criar um sistema de custos a partir desse modelo, já que nos registros pode haver gastos provenientes de fatos geradores de período diferente daquele que se pretende apurar, o que os descaracteriza como custo do período.

Machado e Holanda (2010), Rezende, Cunha e Bevilacqua (2010) e Pigatto et al. (2010) veem a adoção da contabilidade de competência na esfera pública como caminho para estabelecer maior controle dos gastos públicos com intuito de usar melhor os recursos. A lógica desse modelo contábil é a base para se obter a informação de custo.

Rezende, Cunha e Bevilacqua (2010) apresentam os principais conceitos da contabilidade de competência: as movimentações são rubricadas no momento em que ocorrem, ou seja, no momento em que o fato gerador acontece; e as operações não registram somente o movimento do caixa, mas as alterações no patrimônio. Para os autores, há uma maior clareza e confiança nos dados gerados e, além do mais, é adotada pelo setor privado por completo.

Esse consenso entre os autores de que o caminho a percorrer seja o da contabilidade de competência é reforçado pela experiência internacional de adesão pelo setor público, que é objeto do artigo de Rezende, Cunha e Bevilacqua (2010), onde apresentam os motivos que levaram países a adotar esse regime. Para citar alguns: na Austrália, na Nova Zelândia e no Reino Unido a contabilidade de competência foi adotada na totalidade do processo orçamentário, em um processo de reforma do setor público; a Islândia adotou-a visando à geração de informações para avaliação de riscos fiscais de longo prazo; no Canadá e na Holanda, a motivação principal foi a melhoria da qualidade do gasto e a eficiência do Estado; para a França, a adoção da contabilidade de competência visou a melhorar a qualidade, a nitidez e, sobretudo, a confiabilidade das contas públicas.

O SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE CUSTOS DO GOVERNO FEDERAL

A preocupação em desenvolver um sistema de análise de custos no setor público brasileiro surge com a lei complementar nº 101/2000, a Lei de Responsabilidade Fiscal, como aponta Silva et al. (2008). No artigo 50, parágrafo 3º: “A Administração Pública manterá sistema de custos que permita a avaliação e o acompanhamento da gestão orçamentária, financeira e patrimonial” (BRASIL, 2000). Dessa forma, dá-se início ao debate de como trazer para o setor público os sistemas de custos já tão difundidos na esfera privada.

É fato, segundo o artigo de Machado e Holanda (2010), que a administração pública brasileira até 2010 não contava com um sistema de informação de custos, à exceção de diligências isoladas, pois não havia metodologia que suprisse a necessidade de aplicabilidade uniforme e sistemática em toda a administração federal. Devido a isso, um grupo de trabalho sob responsabilidade do Ministério da Fazenda foi criado em 2008, a fim de conceber e implantar o SIC, homologado em março de 2010.

Os autores apresentam que o principal propósito do SIC é o apoio à gestão dos órgãos centrais de planejamento e o controle e dos órgãos executores de políticas públicas. Mostram que as principais finalidades são de forma não hierarquizadas: trazer maior eficiência ao processo alocativo; maior eficiência operacional; a fixação de preços públicos, ou seja, saber os custos a fim de determinar o preço dos bens e serviços públicos; subsidiar o processo de planejamento e orçamento; apoiar a decisão de internalização ou terceirização de etapas de produção de bens e serviços; melhoria de informações gerenciais e a geração de informações apropriadas e com utilidade ao processo decisório.

AS ALTERAÇÕES NECESSÁRIAS PARA UM SISTEMA DE CUSTOS A PARTIR DO ORÇAMENTO

O trabalho de Machado (2002) propõe a adoção do custeio direto em um sistema de custos para o setor público por três motivos: a ausência de rateios melhora a análise das políticas públicas pela maior objetividade; é o método arraigado no sistema de planejamento, orçamento e contabilização da execução orçamentária, o que facilita a implantação; e a boa relação custo-benefício da informação, pois pode ser implantado de forma rápida e com baixo custo. Como todo método de custeio, também tem pontos negativos: há pouca especificação das atividades e

produz certas distorções nos custos apurados. Porém, muito da diminuição dessas distorções depende da qualidade do lançamento contábil.

Em Silva et al. (2008), aborda-se a importância do orçamento público, pois nele registram-se os fatos e os atos da execução orçamentária. Caracterizam-no como um “sistema natural de custos”, pois há uma: “[...] estruturação de agregados por meio das funções e subfunções de governo, dos programas, projetos, atividades e operações especiais [...]” (SILVA et al., 2008, p.64). Também por apontar: “[...] quanto cada órgão gasta, em cada função exercida, a partir de cada programa de governo executado, por meio de cada ação governamental” (SILVA et al., 2008, p.62). Dessa forma, ao ser executado, produz informações relevantes para a administração. Porém, apesar de constituir um “sistema natural de custos”, os autores alertam para a necessidade de se realizarem algumas adequações na tentativa de introduzir a apuração de custos nas entidades públicas.

Essas alterações estão propostas em Machado (2002) e Machado e Holanda (2010), ao apresentarem a metodologia utilizada para operacionalização do SIC. Segundo eles, para se produzirem informações de custos é pressuposta a adoção do regime de competência, mas enquanto isso não acontecer plenamente são necessários ajustes contábeis que garantam a confiabilidade das informações.

Em análise das diferenças conceituais do setor público para com o setor privado, Machado e Holanda (2010) lembram o fato de as despesas orçamentárias terem ciclo próprio: fases de fixação, empenho, liquidação e pagamento. Os autores conceituam que na fase de liquidação: “[...] são essencialmente verificados os critérios de realização da despesa e os valores ‘liquidados’ significam que o direito de receber do credor foi analisado, bem como atestado que este cumpriu sua obrigação contratual” (MACHADO; HOLANDA, 2010, p.802). Assim, assumem a equivalência entre o gasto: “sacrifício financeiro com que a entidade arca para a obtenção de um produto ou serviço [...] representado por entrega ou promessa de entrega de ativos” (MACHADO; HOLANDA, 2010, p. 800) e as despesas liquidadas: “serão custos quando relativas a bens ou serviços utilizados e consumidos no exercício corrente, e investimento quando beneficiarem exercícios futuros [...] transformam-se posteriormente em custos” (MACHADO; HOLANDA, 2010, p. 802). Esses conceitos são ponto de partida para construir o sistema de custos.

Os autores salientam a não necessidade de distinção entre custos dos produtos e serviços e a despesa do período. Isso só é relevante quando o objetivo é a avaliação de estoque dos produtos. Não é o caso segundo eles, pois, ao se construir um sistema de custos no setor público, objetiva-se encontrar os custos dos serviços prestados e pressupõe-se a não existência de serviços acabados ou em andamento. Assim, dado que o setor público produz bens e serviços para a população, a identificação de custos é feita a partir das despesas liquidadas, mas são precisos alguns ajustes para torná-las adequadas ao conceito custo.

Os principais ajustes propostos por Machado e Holanda (2010) focam em três pontos: liquidação forçada; compra de materiais para estoque e despesas de exercícios anteriores. A liquidação forçada é registrada no fim do exercício e pode se referir a serviços prestados que não tiveram documentação hábil para seguir uma liquidação normal, como contas de luz, água e telefone do mês de dezembro. Se os serviços foram prestados, são custos do período. Elas também podem se referir a fornecimentos de materiais de consumo em trânsito, ainda não consumidos, portanto não é custo do período.

Para as compras de materiais de consumo, há a necessidade de separar as de consumo imediato das de estoque, que passam pelo almoxarifado. As de consumo imediato, quando liquidadas, são gastos que se transformam em custos. Já as em estoque recebem um tratamento diferenciado pela contabilidade pública, pois impactam numa série de lançamentos no sistema financeiro e patrimonial. A saber, a conta “baixa de bens móveis por consumo” do grupo “variações patrimoniais” no sistema patrimonial mostrará o que foi consumido no período.

Nas despesas de exercícios anteriores, no ciclo da despesa, que podem ser empenhadas, liquidadas e pagas no período de análise, necessitam ser retiradas quando se tem por objetivo apurar o custo dos serviços prestados no exercício.

Além desses três pontos principais, Machado e Holanda (2010) apontam também para os gastos com obras de conservação e adaptação dos bens imóveis, que podem beneficiar mais de um período, caracterizando-se como investimentos. Porém, como estão classificados como despesas de custeio, devem ser reclassificados. Já os gastos com pessoal sempre são classificados como despesas correntes, mas quando a mão de obra foi despendida em investimentos, é necessária também a reclassificação.

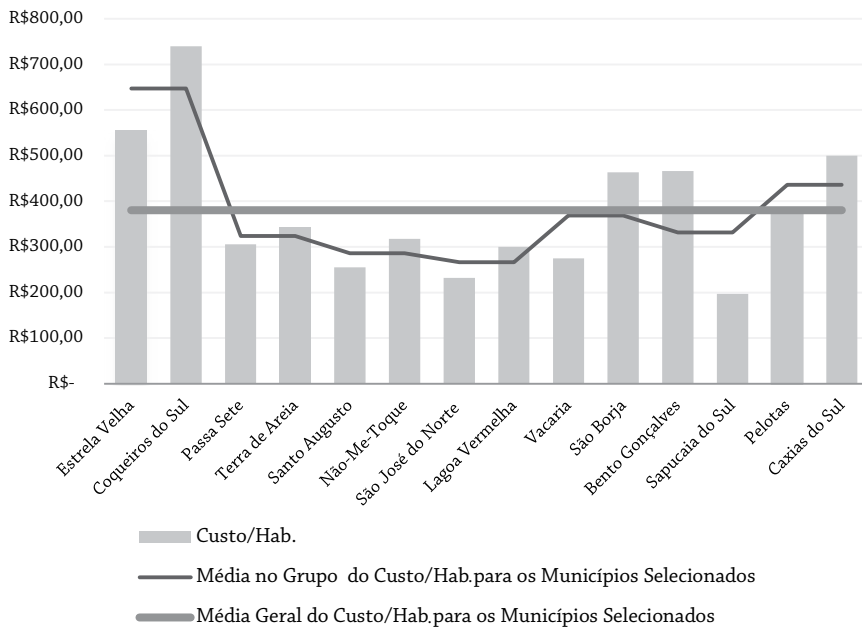
Há ainda a possibilidade de existirem custos no período não incluídos nos valores liquidados, como a “depreciação” e “provisões de encargos trabalhistas”, que devem ser incorporados ao custo dos serviços prestados.

A OBTENÇÃO DOS CUSTOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A partir das transformações propostas por Machado e Holanda (2010) e Machado (2002), foi possível operacionalizar alguns dos conceitos expostos. Devido ao grau de especificidade das informações disponibilizadas na base de dados do SIOPS, foi possível aplicar as alterações em duas frentes, quando foi o caso realizá-las: nos investimentos, pois assumimos que beneficiam mais de um período; e nas despesas de exercícios anteriores, de período diferente do apurado.

Com essas modificações, chegou-se ao custo por habitante dos serviços prestados em 2011 para os municípios selecionados, apresentados no Gráfico 1. O viés na apuração dos custos pode se dar para mais e não para menos, ou seja, pode ser que, devido à falta de especificação dos dados, apurou-se um custo superior ao real, com a inclusão não intencional de despesas que não se caracterizassem como custos.

Gráfico 1 – Custos por habitante dos serviços de saúde prestados em 2011 nos municípios selecionados



Fonte: Elaboração própria com dados do SIOPS (BRASIL, 2013b).

A média do custo por habitante entre os municípios da amostra foi de R\$380,06, apresentada na linha verde do Gráfico 1. O mesmo gráfico mostra um custo por habitante alto nos municípios com menos de cinco mil habitantes que diminui nos outros grupos de municípios, ficando abaixo da média da amostra e voltando a crescer nos municípios maiores. O alto custo para os municípios muito pequenos pode ser explicado pela existência de custos fixos para a implantação dos serviços de saúde. Conforme o número de habitantes aumenta, nota-se um ganho de escala. O custo volta a aumentar nos grandes municípios, pois é onde se concentra a maior parte da assistência de média e alta complexidade. Um alto custo *per capita* pode não ser negativo, pode também significar a provisão de serviços de

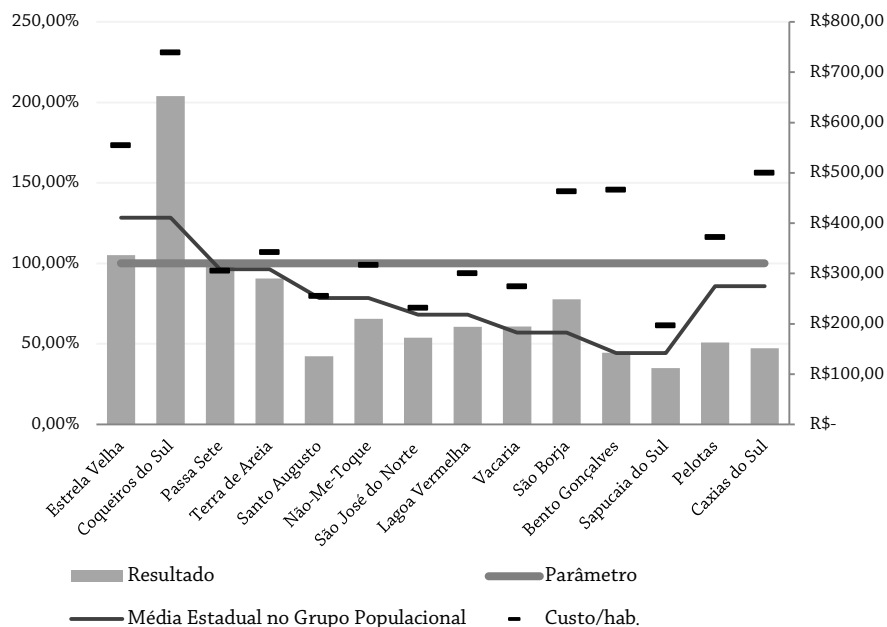
saúde com amplo acesso e de qualidade. Da mesma forma, um baixo custo per capita pode não ser sinal de uma má provisão nos serviços, mas sim que estão sendo ofertados de forma mais eficiente. No entanto, para deduzir isso é preciso analisar os indicadores de desempenho do SUS.

INDICADORES DO IDSUS PARA OS MUNICÍPIOS DA AMOSTRA

COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES BÁSICAS DE SAÚDE

Este indicador busca mostrar o acesso potencial ao atendimento básico de saúde, se as pessoas têm condições de entrada no serviço de saúde. Nota-se no Gráfico 2 que, quanto menor o porte da cidade, mais fácil o acesso aos serviços de saúde. Os maiores municípios da amostra, apesar do alto custo da política de saúde, não conseguem cobrir a totalidade da população.

Gráfico 2 – Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde

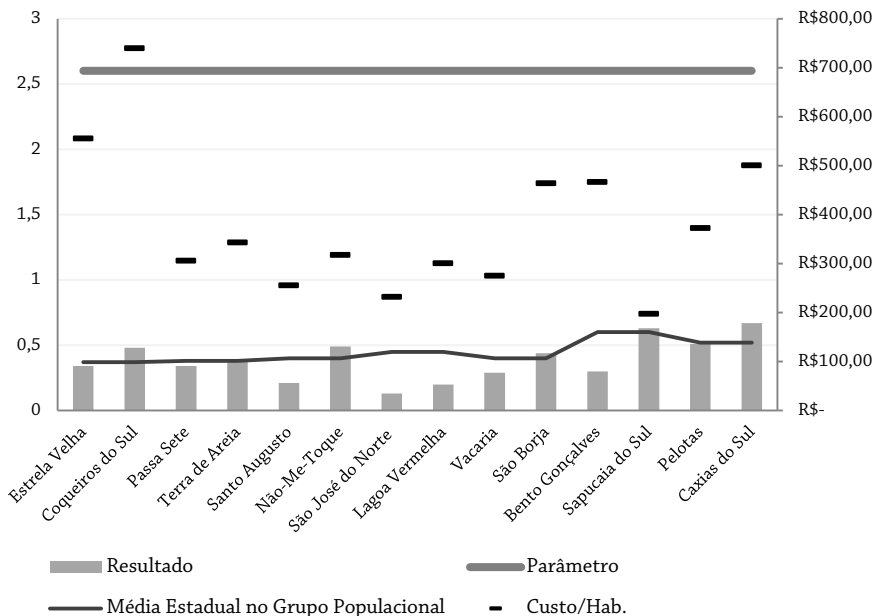


Fonte: Elaboração própria com dados do SIOPS e IDSUS (BRASIL, 2013a, 2013b).

RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE

Neste indicador de acesso obtido à média complexidade é que se tem o maior hiato perante o parâmetro estabelecido. O Gráfico 3 mostra que todos os municípios da amostra estão muito longe dele. A literatura afirma que as falhas na atenção básica levam a uma demanda maior e desnecessária nos níveis mais complexos, no sentido de que a demanda poderia ter sido resolvida no nível anterior. Se as falhas mostradas no acesso à atenção básica se refletissem nos níveis superiores, haveria maior demanda para os serviços de média complexidade. Os números mostram que os procedimentos ambulatoriais nesse nível são muito baixos, o que poderia estar refletindo uma falta de infraestrutura para atender essa possível demanda reprimida.

Gráfico 3 – Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade e população residente



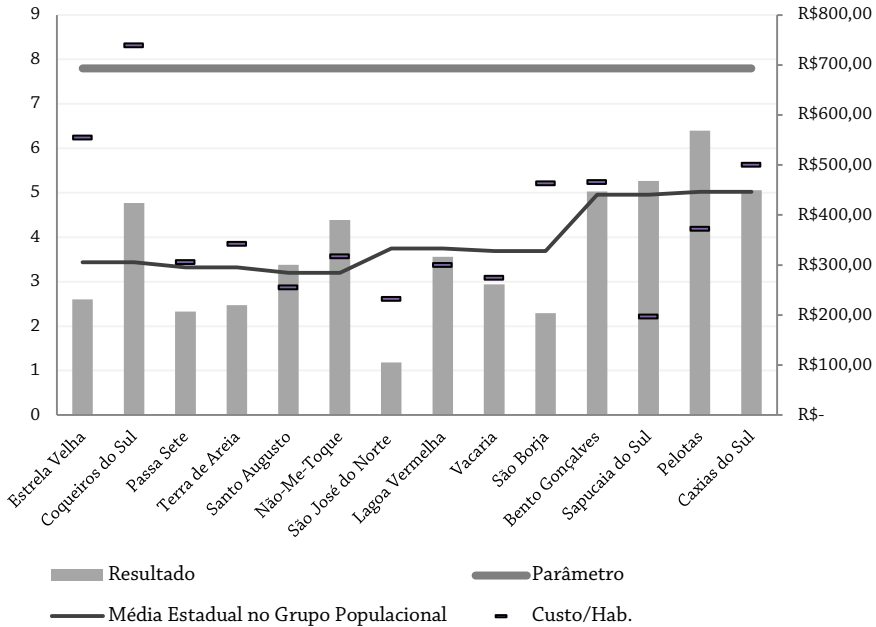
Fonte: Elaboração própria com dados do SIOPS e IDSUS (BRASIL, 2013a, 2013b).

RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE

O mesmo quadro do acesso obtido repete-se na alta complexidade, porém o hiato para com o parâmetro aqui é menor. Se analisarmos o Gráfico 4 a partir da

média estadual, há uma clara melhora no indicador conforme aumenta o porte dos municípios. Muito disso se deve ao fato da atenção nesse nível de complexidade estar localizada nessas cidades, assim o acesso para a população se dá com mais facilidade.

Gráfico 4 – Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e população residente

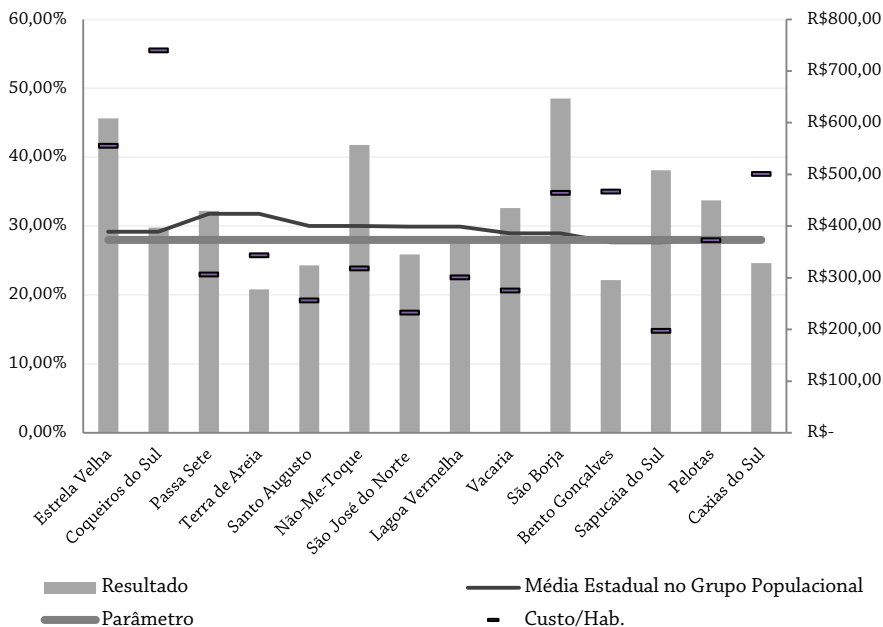


Fonte: Elaboração própria com dados do SIOPS e IDSUS (BRASIL, 2013a, 2013b).

PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA

O primeiro indicador de efetividade é de resultado, busca mostrar a eficiência da atenção básica na capacidade de resolução de seus atendimentos. Um maior percentual significa menor capacidade de resolução da atenção básica local, pois a falha na resolução levou à internação. Pela média por grupo populacional, exibida no Gráfico 5, municípios maiores têm maior efetividade na atenção básica, apesar do menor acesso potencial já demonstrado.

Gráfico 5 – Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e população residente

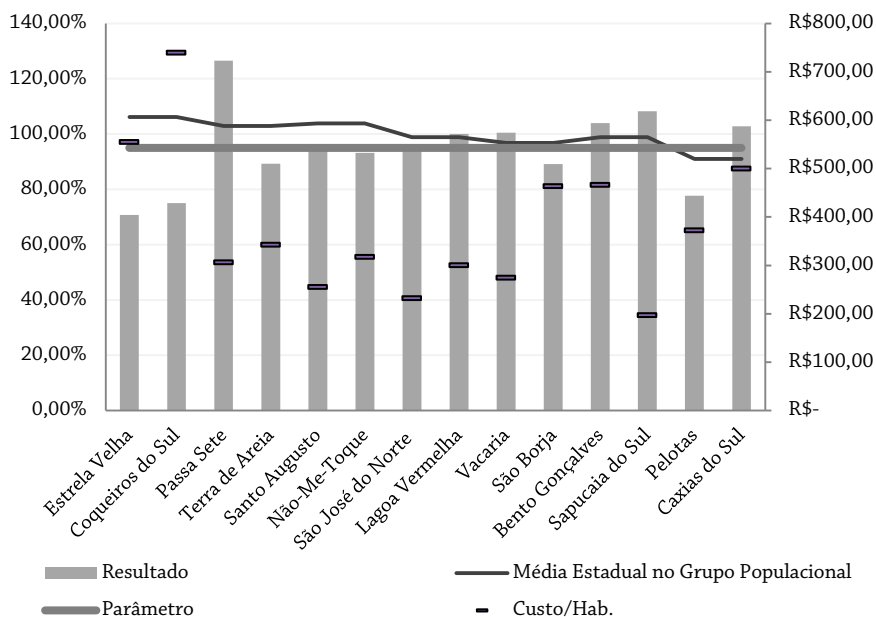


Fonte: Elaboração própria com dados do SIOPS e IDSUS (BRASIL, 2013a, 2013b).

COBERTURA COM A VACINA TETRAVALENTE EM MENORES DE UM ANO

O segundo indicador de efetividade da atenção básica capta a produção nesse nível de complexidade. Se analisarmos pela média estadual no Gráfico 6, os municípios até cinquenta mil habitantes conseguem cobrir a totalidade, mas há uma tendência de piora no indicador com uma leve queda além do parâmetro de 95% nas cidades com mais de duzentas mil pessoas.

Gráfico 6 – Cobertura com a vacina tetravalente em menores de 1 ano

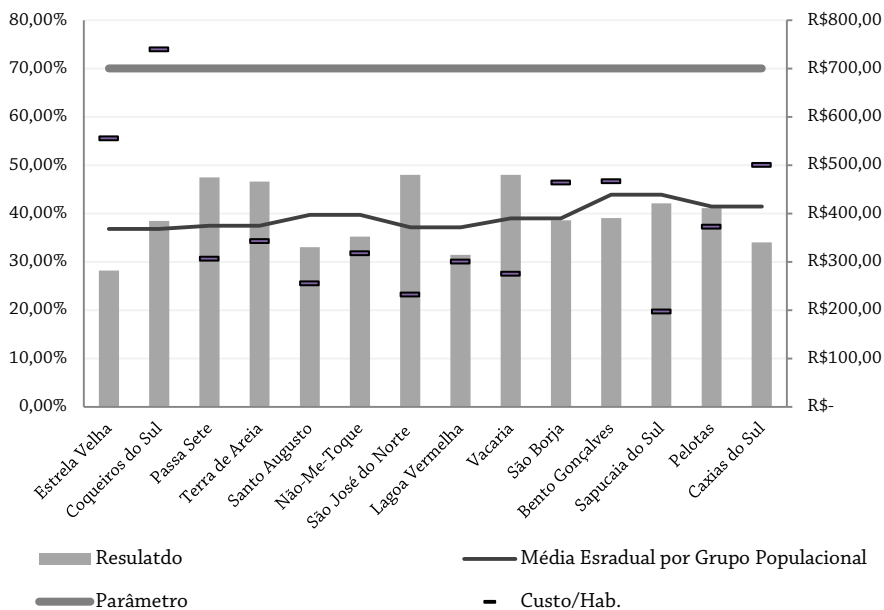


Fonte: Elaboração própria com dados do SIOPS e IDSUS (BRASIL, 2013a, 2013b).

PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL

A análise da proporção de parto normal é o primeiro indicador quanto à efetividade da atenção de média complexidade e procura avaliar a exposição a riscos desnecessários em muitos casos. Sabe-se que muito do baixo desempenho desse indicador advém de um aspecto cultural de preterir o parto normal. No Gráfico 7, pela média dos municípios há uma melhora conforme aumenta o tamanho do município.

Gráfico 7 – Proporção de parto normal



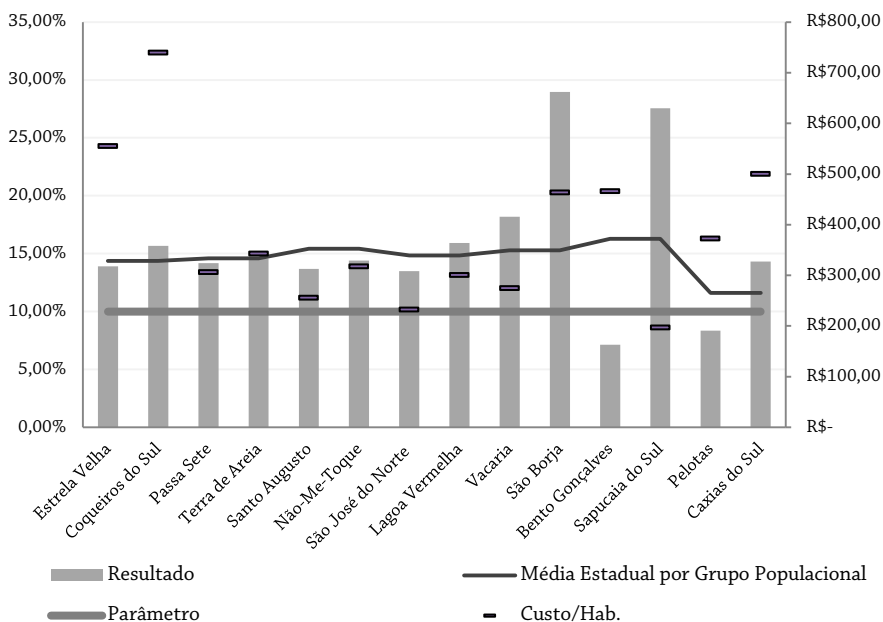
Fonte: Elaboração própria com dados do SIOPS e IDSUS (BRASIL, 2013a, 2013b).

PROPORÇÃO DE ÓBITOS NAS INTERNAÇÕES POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

O presente indicador possui a especificidade de tratar das atenções de média e alta complexidade. Procura captar, em parte, a resposta para o atendimento e a rapidez de socorro. Quanto mais baixo o percentual de óbitos, mais efetiva está sendo a assistência médica.

Analisando o Gráfico 8, a média do indicador tem um desempenho pior do que o parâmetro, o percentual de óbitos cresce conforme aumenta o porte dos municípios até duzentos mil habitantes. Nos municípios do último grupo, de até quinhentos mil habitantes, essa média cai e têm-se os melhores desempenhos do estado. Essa queda pode ser devida à maior concentração da infraestrutura de média e alta complexidade nessas cidades.

Gráfico 8 – Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio



Fonte: Elaboração própria com dados do SIOPS e IDSUS (BRASIL, 2013a, 2013b).

CONCLUSÕES

Este trabalho teve como objetivo principal obter o custo da assistência à saúde a partir das despesas orçamentárias. Foi discutida a metodologia que apresenta as principais definições que caracterizam despesas como custo dos serviços prestados de determinado período e as adequações necessárias para aproximar os dois conceitos. Ao se propor trabalhar com essa metodologia, buscou-se refinar os dados financeiros num desígnio de ir além de se trabalhar puramente com as despesas de certo período, como é corriqueiro em estudos na Economia da Saúde. A informação de custo traz a ciência de quanto foi gasto para se ofertar unicamente os serviços de saúde de tal período alvo, e não deve ser entendida como sacrifício financeiro empregado para a prestação da assistência à saúde nesses municípios. Pelo contrário, é preciso levar em conta que a assistência à saúde constitui direito da população, garantido constitucionalmente.

A proposta de se utilizar o método de custeio direto descomplica a apuração dos custos, por não ser necessário operacionalizar rateios e nem separar os custos

em fixos ou variáveis, apropriando-os diretamente. Já quanto às alterações para transformar as despesas liquidadas em custos, houve dificuldades na identificação de algumas contas necessárias para realizá-las. Esse fato só ajuda a evidenciar a importância da qualidade dos lançamentos contábeis, da significância de divulgar informações transparentes dos recursos utilizados, pois, como nesse caso, podem ser empregadas em análises que colaboram para evidenciar a situação da atenção prestada.

Há que se levar em conta que, provavelmente, algumas das mudanças a serem realizadas tampouco seriam necessárias por essas despesas não existirem e, dessa forma, não estarem presentes nos dados. Porém, isso não é possível identificar e, muito menos, quantificar.

É clara a relação entre o custo por habitante e a escala do município: os menores municípios da amostra apresentaram o maior custo por habitante, que foram diluídos com o aumento da população nos demais grupos, voltando a crescer nos maiores. No acesso potencial à atenção básica, os municípios muito pequenos e com os maiores custos são os que garantem a maior cobertura, que piora conforme aumenta o tamanho dos municípios. Há cidades com baixa cobertura de acesso potencial, mas que apresentam bons indicadores de efetividade.

Há municípios da amostra que apresentam efetividade muito aquém do parâmetro para a atenção básica. Esse quadro reflete-se nos indicadores de acesso à atenção de média e alta complexidade, onde os procedimentos ambulatoriais realizados apresentam hiato muito grande. Dados os problemas de resolutividade da atenção básica e o tamanho desse hiato quanto ao parâmetro, não se pode inferir que os exames não estão sendo realizados pela falta de demanda. É provável que haja problemas de infraestrutura que impeçam o atendimento de uma demanda existente, refletindo-se nos indicadores de efetividade. No entanto, seria necessária outra pesquisa com dados mais detalhados para se inferir sobre isso.

Não há como inferir se o nível de custo por habitante dos municípios reflete a situação de saúde. Com alto custo, municípios acabam por deixar de atender algumas necessidades de saúde; o baixo custo na amostra por vezes revelou uma boa relação do custo para com o acesso e a efetividade, mesmo aquém do parâmetro ideal.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **IDSUS**: índice de desempenho do sistema único de saúde. 2013a. Disponível em: <<http://idsus.saude.gov.br/index.html>>. Acesso em: 07 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SIOPS**: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. 2013b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops>>. Acesso em: 07 abr. 2013.

BRASIL. Presidência da República. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 mai. 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm> Acesso em: 04 mai. 2013.

KOHAMA, Heilio. **Contabilidade Pública**: teoria e prática. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MACHADO, Nelson. **Sistema de informação de custo**: diretrizes para integração ao orçamento público e à contabilidade governamental. 2002. 221 f. Tese (Doutorado em Controladoria e Contabilidade) – Curso de Controladoria e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

MACHADO, Nelson; HOLANDA, Victor Branco de. Diretrizes e modelo conceitual de custos para o setor público a partir da experiência no governo federal do Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.791-820, jul./ago. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v44n4/v44n4a03.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2012.

PIGATTO, José Alexandre M.; HOLANDA, Victor Branco de; MOREIRA, Cristiane R.; CARVALHO, Frederico A. A importância da contabilidade de competência para a informação de custos governamental. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p.821-837, jul./ago. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v44n4/v44n4a04.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2013.

REZENDE, Fernando; CUNHA, Armando; BEVILACQUA, Roberto. Informações de custos e qualidade do gasto público: lições da experiência internacional. **Revista de Administração Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p.959-992, jul./ago. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v44n4/v44n4a09.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2013.

SILVA, Luiz Ivan Dos Santos; DIAS, Cristiane B. P. A.; BRITO, Carlos Alberto O.; CARDOSO, Kelly C. R. M. Orçamento público: um natural sistema de custos. **Revista de Contabilidade da UFBA**, Salvador, v. 2, n. 1, p.52-66, jan./abr. 2008. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/rcontabilidade/article/view/2606/1841>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

ZORTEA, Angelo Pagot. **Aplicação da metodologia de custos do SIC**: análise do sistema de saúde dos municípios do Rio Grande do Sul – 2011. Porto Alegre: UFRGS, 2013. 105p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Curso de Ciências Econômicas, Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/78364>>. Acesso em 25 jun. 2015.