

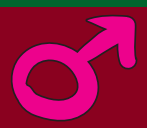
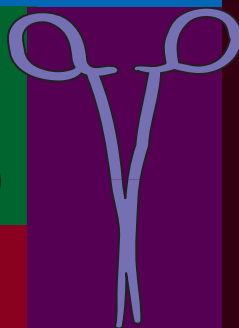
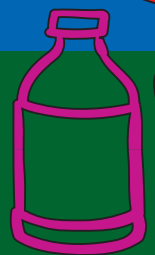
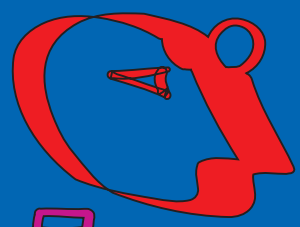
Saúde & Cidadania



Para gestores municipais de serviços de saúde



Gestão de Recursos Financeiros



Bernard François Couttolenc
Paola Zucchi

GESTÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

PARA GESTORES MUNICIPAIS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

GESTÃO DE RECURSOS
FINANCEIROS



Bernard F. Couttolenc
Paola Zucchi

INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE - IDS
NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR - NAMH/FSP - USP
BANCO ITAÚ

SÃO PAULO
1998

Copyright © 1998 by Faculdade de Saúde Pública
da Universidade de São Paulo

Coordenação do Projeto

Gonzalo Vecina Neto, Valéria Terra, Raul Cutait
e Luiz Eduardo C. Junqueira Machado

Produção editorial e gráfica



Editora Fundação Peirópolis Ltda.
Rua Girassol, 128 – Vila Madalena
São Paulo – SP 05433-000
Tel: (011) 816-0699 e Fax: (011) 816-6718
e-mail: peiropol@sysnetway.com.br

Projeto gráfico e editoração eletrônica
AGWM Artes Gráficas

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Couttolenc, Bernard François

Gestão de Recursos Financeiros, volume 10 / Bernard François Couttolenc,
Paola Zucchi. – São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São
Paulo, 1998. – (Série Saúde & Cidadania)

Realizadores: "Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – IDS, Núcleo de
Assistência Médico-Hospitalar – NAMH/FSP – USP, Banco Itaú".

1. Administração financeira 2. Municípios – Governo e administração –
Brasil 3. Serviços de saúde – Administração – Brasil 4. Sistema Único de Saúde
(Brasil) I. Zucchi, Paola. II. Título. III. Série.

98-4500

CDD-362.10681

Índices para catálogo sistemático:

1. Administração financeira : Serviços de saúde : Bem-estar social	362.10681
2. Recursos financeiros : Gestão : Serviços de saúde : Bem-estar social	362.10681
3. Serviços de saúde : Gestão financeira : Bem-estar social	362.10681

Tiragem

3.000 exemplares

É autorizada a reprodução total ou parcial
deste livro, desde que citada a fonte.

Distribuição gratuita

IDS – Rua Barata Ribeiro, 483 – 6º andar
01308-000 – São Paulo – SP
e-mail: ids-saude@uol.com.br

FSP – Av. Dr. Arnaldo, 715 – 1º andar – Administração Hospitalar
01246-904 – São Paulo – SP
Tel: (011) 852-4322 e Fax: (011) 282-9659
e-mail: admhosp@edu.usp.br

Banco Itaú – PROAC – Programa de Apoio Comunitário
Rua Boa Vista, 176 – 2º andar – Corpo I
01014-919 – São Paulo – SP
Fax: (011) 237-2109

REALIZAÇÃO



INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO
DA SAÚDE

Presidente: Prof. Dr. Raul Cutait



FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – FSP/USP

Diretor: Prof. Dr. Jair Lício Ferreira

NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA
MÉDICO-HOSPITALAR – NAMH/FSP
Coordenador: Prof. Gonzalo Vecina Neto



BANCO ITAÚ S.A.

Diretor Presidente: Dr. Roberto Egydio Setubal

APOIO



CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS
MUNICIPAIS DE SAÚDE



MINISTÉRIO DA SAÚDE



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE



FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA – UNICEF

AGRADECIMENTOS

Agradecemos às equipes das secretarias da Saúde dos cinco municípios que participaram dos módulos de treinamento que, através da troca de experiências e sugestões – incorporadas neste manual –, enriqueceram sobremaneira o seu conteúdo:

DIADEMA

Maria Angela Simão

Wanda Aparecida Torres de Oliveira

FORTALEZA

Ana Veine de Oliveira Félix

Mauro Maciel Bezerra

VOLTA REDONDA

Maria de Lourdes Souza

Marise Pinto de Oliveira

FOZ DO IGUAÇU

Francisco de Assis Onório

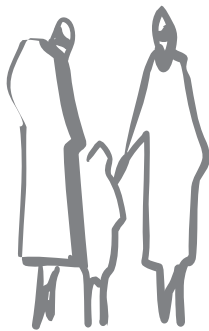
Sebastião Aparecido Carvalho da Costa

Tiaraju Almeida de Moraes

Vera Lucia Lopes Bueno

BETIM

Junio de Araújo Alves



PREFÁCIO

Este conjunto de manuais para o projeto *Saúde & Cidadania* se insere no trabalho iniciado há cinco anos pelo Banco Itaú com a criação do Programa de Apoio Comunitário (PROAC). Voltado desde a origem para programas de educação básica e saúde, o PROAC tem desenvolvido dezenas de projetos de sucesso. Um dos melhores exemplos é o *Raízes e Asas*, elaborado em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e o Centro de Estudos e Pesquisas em Educação, Cultura e Ação Comunitária (Cenpec). Com iniciativas como essa, o Programa de Apoio Comunitário tem recebido diversas manifestações de reconhecimento e premiações.

Os resultados positivos obtidos com os programas já implantados levam agora o Itaú a viabilizar este projeto dirigido às necessidades detectadas na área de saúde. O projeto *Saúde & Cidadania* resulta da honrosa parceria do Banco Itaú, do Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (IDS) e do Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (NAMH/FSP – USP). A meta agora é divulgar para os municípios brasileiros o conhecimento e as experiências acumuladas por especialistas na área da saúde pública, que participaram da elaboração destes manuais, bem como os resultados advindos da sua utilização na fase de teste em cinco municípios. Por meio deles pretende-se aperfeiçoar a atuação dos gestores municipais

de serviços de saúde para a melhoria da qualidade de vida das comunidades a partir de noções básicas de gestão da saúde. Nos manuais, os gestores da saúde encontrarão fundamentos sobre planejamento em saúde, qualidade na gestão local de saúde pública, vigilância sanitária, gestão financeira, gerenciamento de equipamentos hospitalares, gestão de medicamentos e materiais, entre outros.

O trabalho de divulgação do que pode ser considerado um dos pilares da saúde pública – a viabilização da otimização dos recursos disponíveis com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento prestado à população – contará com o apoio da rede de agências do Itaú que, sempre sintonizadas com as necessidades locais, poderão ajudar a divulgar o material elaborado pelo projeto.

A intenção deste programa, vale frisar, será sempre aumentar a eficácia da ação dos gestores municipais da saúde quanto às melhores maneiras de aproveitar ao máximo todos os recursos que estiverem efetivamente ao seu alcance, por mais limitados que possam parecer. Os beneficiários deste trabalho serão as populações das cidades mais carentes, e o Brasil em última análise, por meio da disseminação de técnicas e experiências de última geração.

O Banco Itaú, no seu papel de empresa-cidadã e socialmente responsável, acredita que assim estará contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde e para a construção de uma sociedade mais justa.

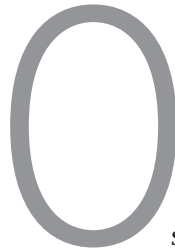
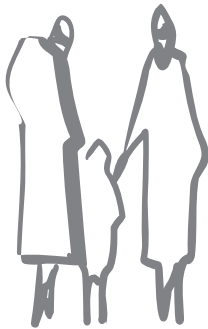


ROBERTO EGYDIO SETUBAL
Diretor Presidente



Banco Itaú S.A.

APRESENTAÇÃO



O setor da saúde no Brasil vive hoje um momento peculiar. O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um moderno modelo de organização dos serviços de saúde que tem como uma de suas características primordiais valorizar o nível municipal. Contudo, apesar de seu alcance social, não tem sido possível implantá-lo da maneira desejada, em decorrência de sérias dificuldades relacionadas tanto com seu financiamento quanto com a eficiência administrativa de sua operação. Essa situação fez com que fossem ampliados, nos últimos anos, os debates sobre o aumento do financiamento do setor público da saúde e a melhor utilização dos limitados recursos existentes. Sem dúvida, as alternativas passam por novas propostas de modelos de gestão aplicáveis ao setor e que pretendem redundar, em última análise, em menos desperdício e melhoria da qualidade dos serviços oferecidos.

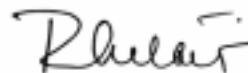
Os Manuais para Gestores Municipais de Serviço de Saúde foram elaborados com a finalidade de servir como ferramenta para a modernização das práticas administrativas e gerenciais do SUS, em especial para municípios. Redigidos por profissionais experientes, foram posteriormente avaliados em programas de treinamento oferecidos pela Faculdade de Saúde Pública da USP aos participantes das cidades-piloto.

Este material é colocado agora à disposição dos responsáveis pelos serviços de saúde em nível municipal.

Daqui para a frente, esforços conjuntos deverão ser multiplicados para que os municípios interessados tenham acesso não apenas aos manuais, mas também à sua metodologia de implantação. Mais ainda, a proposta é que os resultados deste projeto possam ser avaliados de maneira a, no futuro, nortear decisões técnicas e políticas relativas ao SUS.

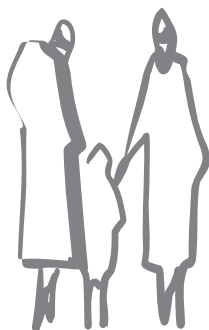
A criação destes manuais faz parte do projeto *Saúde & Cidadania* e é fruto dos esforços de três instituições que têm em comum a crença de que a melhoria das condições sociais do país passa pela participação ativa da sociedade civil: o Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (IDS), que é uma organização não-governamental, de caráter apartidário, e que congrega indivíduos não só da área da saúde, mas também ligados a outras atividades, que se propõem a dar sua contribuição para a saúde; o Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (NAMH/FSP – USP), que conta com a participação de experiente grupo da academia ligado à gestão e administração; e o Banco Itaú, que, ao acreditar que a vocação social faz parte da vocação empresarial, apóia programas de ampla repercussão social. O apoio oferecido pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), pelo Ministério da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) reforça a possibilidade de êxito dessa proposta.

O sentimento dos que até o momento participaram deste projeto é de entusiasmo, acoplado à satisfação profissional e ao espírito de participação social, num legítimo exercício de cidadania. A todos os nossos profundos agradecimentos, extensivos à Editora Fundação Peirópolis, que se mostrou uma digna parceira deste projeto.



RAUL CUTAIT
Presidente

NOTAS EXPLICATIVAS



UM POUCO DE HISTÓRIA

As duas últimas décadas foram marcadas por intensas transformações no sistema de saúde brasileiro, intimamente relacionadas com as mudanças ocorridas no âmbito político-institucional. Simultaneamente ao processo de redemocratização iniciado nos anos 80, o país passou por grave crise na área econômico-financeira.

No início da década de 80, procurou-se consolidar o processo de expansão da cobertura assistencial iniciado na segunda metade dos anos 70, em atendimento às proposições formuladas pela OMS na Conferência de Alma-Ata (1978), que preconizava “Saúde para Todos no Ano 2000”, principalmente por meio da Atenção Primária à Saúde.

Nessa mesma época, começa o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, constituído inicialmente por uma parcela da intelectualidade universitária e dos profissionais da área da saúde. Posteriormente, incorporaram-se ao movimento outros segmentos da sociedade, como centrais sindicais, movimentos populares de saúde e alguns parlamentares.

As proposições desse movimento, iniciado em pleno regime autoritário da ditadura militar, eram dirigidas basicamente à construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor.

Várias foram as propostas de implantação de uma rede de serviços voltada para a atenção primária à saúde,

com hierarquização, descentralização e universalização, iniciando-se já a partir do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976. Em 1980, foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) – que, na realidade, nunca saiu do papel –, logo seguido pelo plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), em 1982, a partir do qual foi implementada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983. Estas constituíram uma estratégia de extrema importância para o processo de descentralização da saúde.

A 8ª Conferência Nacional da Saúde, realizada em março de 1986, considerada um marco histórico, consagra os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária.

Em 1987 é implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como uma consolidação das AIS, que adota como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos.

O capítulo dedicado à saúde na nova Constituição Federal, promulgada em outubro de 1988, retrata o resultado de todo o processo desenvolvido ao longo dessas duas décadas, criando o Sistema Único de Saúde (SUS) e determinando que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (art. 196).

Entre outros, a Constituição prevê o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, com regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo, participação da comunidade e atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. A Lei nº 8.080, promulgada em 1990, operacionaliza as disposições constitucionais. São atribuições do SUS em seus três níveis de governo, além de outras, “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (CF, art. 200, inciso III).

No entanto, um conjunto de fatores – como problemas ligados ao financiamento, ao clientelismo, à mudança do padrão epidemiológico e demográfico da população, aos

crescentes custos do processo de atenção, ao corporativismo dos profissionais da saúde, entre muitos outros – tem se constituído em obstáculos expressivos para avanços maiores e mais consistentes. Tudo isso redundando em uma sensação de inviabilidade do SUS, apesar de o caminho ser unanimemente considerado como correto.

Existe um consenso nacional de que uma política substantiva de descentralização tendo como foco o município, que venha acompanhada de abertura de espaço para o controle social e a montagem de um sistema de informação que permita ao Estado exercer seu papel regulatório, em particular para gerar ações com capacidade de discriminação positiva, é o caminho para superar as causas que colocam o SUS em xeque.

Assim, é necessário desenhar estratégias para superar o desafio da transformação a ser realizada, e uma delas diz respeito ao gerenciamento do setor da saúde. É preciso criar um novo espaço para a gerência, comprometida com o aumento da eficiência do sistema e com a geração de equidade.

Dessa forma, entre outras ações, torna-se imprescindível repensar o tipo de gerente de saúde adequado para essa nova realidade e como deve ser a sua formação.

Esse novo profissional deve dominar uma gama de conhecimentos e habilidades das áreas de saúde e de administração, assim como ter uma visão geral do contexto em que elas estão inseridas e um forte compromisso social.

Sob essa lógica, deve-se pensar também na necessidade de as organizações de saúde (tanto públicas como privadas) adaptarem-se a um mercado que vem se tornando mais competitivo e às necessidades de um país em transformação, em que a noção de cidadania vem se ampliando dia a dia.

Nesse contexto, as organizações de saúde e as pessoas que nelas trabalham precisam desenvolver uma dinâmica de aprendizagem e inovação, cujo primeiro passo deve ser a capacidade crescente de adaptação às mudanças observadas no mundo atual. Devem-se procurar os conhecimentos e habilidades necessários e a melhor maneira de transmiti-los para formar esse novo profissional, ajustado à realidade atual e preparado para acompanhar as transformações futuras.

É esse um dos grandes desafios a serem enfrentados.

O PROJETO *SAÚDE & CIDADANIA*

A partir da constatação da necessidade de formar gerentes para o nível municipal, um conjunto de instituições articulou-se para desenvolver uma estratégia que pudesse dar uma resposta ao desafio.

Assim, o Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (IDS) e o Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (NAMH/FSP – USP), com o apoio político do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do Ministério da Saúde, com o apoio financeiro do Banco Itaú, desenvolveram este projeto com os seguintes objetivos:

- Apoiar, com fundamento em ações, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Criar uma metodologia e organizar um conjunto de conhecimentos que possam ser aplicados amplamente no desenvolvimento de capacitação gerencial em gestão de ações e serviços de saúde prestados em municípios com mais de 50.000 habitantes.
- Colocar à disposição dos municípios brasileiros um conjunto de manuais dedicados à gestão local de serviços de saúde, tanto em forma de livros como em meio magnético e ainda por intermédio da Internet.
- Gerar a formação de massa crítica de recursos humanos com capacidade para interpretar, analisar e promover mudanças organizacionais em favor de uma maior eficiência do setor da saúde.

Mediante a organização e consolidação de um conjunto de conhecimentos já disponíveis, o projeto desenvolveu uma série de doze manuais que privilegia a área gerencial e que, além de reunir os conhecimentos existentes de cada tema específico, articula as experiências práticas de seus autores, gerando um produto final capaz de oferecer ao usuário um caminho para seu aprendizado de forma clara e acessível. Portanto, não se trata de um simples agrupamento de manuais e sim de um projeto educativo e de capacitação em serviço não tradicional, destinado a criar e fortalecer habilidades e conhecimentos gerenciais nos funcionários que ocupam postos de responsabilidade administrativa nos serviços locais de saúde.

Os manuais que compõem o projeto e seus respectivos autores são os seguintes:

1. *Distritos Sanitários: Concepção e Organização* – Eurivaldo Sampaio de Almeida, Cláudio Gastão Junqueira de Castro e Carlos Alberto Lisboa.
2. *Planejamento em Saúde* – Francisco Bernardini Tancredi, Susana Rosa Lopez Barrios e José Henrique Germann Ferreira.
3. *Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde* – Ana Maria Malik e Laura Maria Cesar Schiesari.
4. *Gestão da Mudança Organizacional* – Marcos Kisil. Colaboração de Tânia Regina G. B. Pupo.
5. *Auditoria, Controle e Programação de Serviços de Saúde* – Gilson Caleman, Marizélia Leão Moreira e Maria Cecília Sanchez.
6. *Sistemas de Informação em Saúde para Municípios* – André de Oliveira Carvalho e Maria Bernadete de Paula Eduardo.
7. *Vigilância em Saúde Pública* – Eliseu Alves Waldman. Colaboração de Tereza Etsuko da Costa Rosa.
8. *Vigilância Sanitária* – Maria Bernadete de Paula Eduardo. Colaboração de Isaura Cristina Soares de Miranda.
9. *Gestão de Recursos Humanos* – Ana Maria Malik e José Carlos da Silva.
10. *Gestão de Recursos Financeiros* – Bernard François Couttolenc e Paola Zucchi.
11. *Gerenciamento de Manutenção de Equipamentos Hospitalares* – Saide Jorge Calil e Marilda Solon Teixeira.
12. *Gestão de Recursos Materiais e Medicamentos* – Gonzalo Vecina Neto e Wilson Reinhardt Filho.

A METODOLOGIA UTILIZADA

Após a elaboração da primeira versão dos manuais, realizaram-se três módulos de treinamento com os cinco municípios indicados pelo CONASEMS (Diadema-SP, Betim-MG, Foz do Iguaçu-PR, Fortaleza-CE e Volta Redonda-RJ) com o objetivo de testá-los e expô-los à crítica.

A proposta de aplicação desenvolveu-se da seguinte forma:

- Módulo 1: apresentação pelo docente do material produzido e discussões em sala de aula, com a proposição de sua aplicação ao retornar para o campo.
- Módulo 2 (seis semanas após o primeiro): apresentação pelos alunos das dificuldades encontradas no campo e transformação da sala de aula em um espaço de consultoria e troca de experiências.
- Módulo 3 (seis semanas após o segundo): avaliação dos avanços obtidos, das limitações, dos conteúdos dos manuais e do processo como um todo.

Cada módulo de treinamento dos manuais 1, 2, 3 e 4 prolongou-se por quatro dias, contando com cerca de cinco participantes de cada município, de preferência do nível político-administrativo. Para os manuais operacionais (de 5 a 12), os treinamentos desenvolveram-se em módulos de três dias, com três participantes por município.

Na avaliação final, ficou claro que todo o processo foi extremamente positivo tanto para os participantes como para os autores, que puderam enriquecer os conteúdos dos manuais mediante a troca de experiências e a colaboração dos mais de cem profissionais que participaram dos seminários.

Também ficou evidenciado que, para o desenvolvimento futuro do projeto, o primeiro módulo (didático) é dispensável para o processo de aprendizado. Entretanto, é fundamental um momento de esclarecimento de dúvidas e de proposição de soluções para as dificuldades encontradas, principalmente se isso ocorrer em um espaço que permita troca de idéias com outras pessoas com experiências semelhantes.

O projeto *Saúde & Cidadania* propõe que, paralelamente ao uso dos manuais, seja utilizado o projeto GERUS – Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde, para a capacitação de gerentes de unidades de baixa complexidade. O GERUS é um projeto desenvolvido conjuntamente pelo Ministério da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde que pretende institucionalizar mudanças nos padrões de organização dos serviços, com o objetivo de adequá-los

à realidade de cada localidade ou região, e já está em uso em vários municípios do país.

A IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

O material resultante do processo relatado pode ser utilizado diretamente pelas secretarias municipais da Saúde para a capacitação dos profissionais que ocupam postos de responsabilidade administrativa.

Eventualmente, a simples leitura dos manuais e a discussão entre seus pares poderão ser consideradas pelos gerentes como insuficientes para um melhor desempenho das atividades descritas, ou talvez haja a necessidade de um maior aprofundamento das questões levantadas. Nesse caso, o gestor municipal poderá solicitar ao Núcleo de Saúde Pública ligado à universidade mais próxima de seu município ou, se houver, à escola de formação da secretaria da Saúde de seu Estado, a realização de um período de treinamento (nos moldes do descrito no módulo 2), tendo como base o material oferecido pelo projeto *Saúde & Cidadania*. Como já foi mencionado, esse processo torna-se muito mais proveitoso quando possibilita a troca de experiências entre profissionais de diferentes municípios.

Uma outra proposta, ainda em fase de desenvolvimento, é a transformação dos manuais em hipertexto, tornando-os disponíveis em CD-ROM e em *site* na Internet, este último possibilitando inclusive a criação de *chats* para discussão de temas específicos e um diálogo direto com os autores.

Nesse entretempo, o Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar da Faculdade de Saúde Pública deverá realizar reuniões com os núcleos de Saúde Coletiva que estiverem dispostos a formar monitores para o processo. Também poderá realizar treinamentos em municípios que os solicitarem. Para isso, devem entrar em contato com a Faculdade de Saúde Pública, por meio de carta, fax ou *e-mail*.

PERSPECTIVAS

A cultura organizacional do setor público brasileiro, em geral, não estimula a iniciativa e a criatividade de seus trabalhadores. Entretanto, deve-se lembrar que todo processo de mudança implica a necessidade de profissionais não apenas com boa capacitação técnica, mas com liberdade de criação e autonomia de ação.

O projeto *Saúde & Cidadania* oferece aos municípios um instrumental testado de formação de gerentes. O desafio agora é utilizá-lo, tendo sempre presente a perspectiva de que a transformação está em marcha e ainda há um longo caminho a ser percorrido no processo de implementação e viabilização do SUS.

GONZALO VECINA NETO

RAUL CUTAIT

VALÉRIA TERRA

Coordenadores do Projeto

SUMÁRIO

Introdução	1
O contexto: mudança na gestão financeira em saúde	3
Funções e organização da gestão financeira	15
Instrumentos da gestão financeira	23
Dinâmica da gestão financeira	59
Custos dos serviços de saúde	77
Alocação de recursos: critérios e conseqüências	97
O financiamento do SUS e seus desafios	105
Legislação básica – Sistema Único de Saúde (SUS)	111
Glossário de termos econômicos e financeiros	113
Referências bibliográficas de legislação básica	121
Bibliografia de apoio	123
Os autores	125



INTRODUÇÃO

CONTEXTO E OBJETIVOS DO PROJETO

O setor público de saúde do Brasil vem passando nos últimos quinze anos por um processo de mudança profundo, que desemboca na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse processo foram redefinidas as responsabilidades dos três níveis de governo e está sendo descentralizada a atividade de prestação de serviços propriamente dita. A maior autonomia no gerenciamento de recursos que esse processo acarreta, bem como as mudanças econômicas pelas quais o país vem passando, implicam uma responsabilidade maior por parte dos prestadores públicos de serviços de saúde – cada vez mais, as secretarias municipais da Saúde (SMS) – no gerenciamento dos recursos financeiros do SUS.

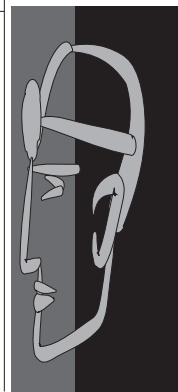
As SMS dispõem hoje de recursos financeiros muito superiores àqueles de que dispunham no passado, com uma autonomia e, portanto, responsabilidade muito maiores. Por isso, a administração financeira no nível das secretarias municipais da Saúde tornou-se bem mais complexa e não pode ser mais vista simplesmente como a preparação, acompanhamento e execução burocráticos de um orçamento. O SUS representa, pela descentralização que promove, uma oportunidade de resgatar e corrigir as distorções que o sistema anterior, rígido e centralizado, acarretava. Mas esse potencial só poderá se viabilizar se as SMS se capacitarem para cumprir esse papel. Isso implica repensar o papel de gestor do sistema, no sentido de incorporar o componente fundamental de gestão financeira, garantir a capacidade técnica e operativa para gerenciar recursos financeiros e explorar modalidades alternativas para esse gerenciamento.

OBJETIVOS DO MANUAL

O manual *Gestão de Recursos Financeiros* tem um duplo objetivo: primeiro, oferecer uma referência prática e adaptada à realidade local para a gestão financeira do SUS em nível municipal; e, segundo, familiarizar e sensibilizar

os gerentes locais para as questões críticas e emergentes da organização e financiamento da saúde que possam afetar o desempenho e sustentação financeiros do SUS no nível local, oferecendo-lhes estratégias alternativas para a consecução de seus objetivos. Assim, o manual propositadamente reserva um certo espaço para a discussão de estratégias de racionalização e fortalecimento financeiros do setor da saúde e de instrumentos de gestão financeira que podem parecer, à primeira vista, ter utilidade limitada em algumas secretarias municipais da Saúde. Porém, a idéia deste manual é ajudar os gerentes locais a se instrumentalizarem para os desafios que estão surgindo em consequência das mudanças em curso no setor da saúde, e não para uma realidade fadada a desaparecer progressivamente. Uma preocupação permanente deste manual é a transformação da informação financeira bruta em informação para controle e decisão.

O próximo capítulo oferece uma introdução à gestão financeira, apresentando-a no contexto de uma visão econômica do setor da saúde e dos desafios proporcionados pela implantação do Sistema Único de Saúde, enquanto o 3º capítulo discute suas funções, objetivos e organização. O 4º capítulo apresenta os instrumentos mais utilizados na gestão financeira, seus princípios e aplicação. No 5º capítulo são abordados o planejamento, o controle e a avaliação financeiros como elementos da dinâmica da gestão financeira. O 6º e o 7º capítulos discorrem sobre dois temas de importância estratégica e que vêm recebendo atenção cada vez maior na gestão dos serviços de saúde: o controle e contenção de custos e a alocação de recursos. À guisa de conclusão, o 8º capítulo discute brevemente a diversidade de fontes de financiamento do SUS municipal e os desafios que esse financiamento impõe para a gestão financeira.



O CONTEXTO: MUDANÇAS NA GESTÃO FINANCEIRA EM SAÚDE

O processo de municipalização do sistema público de saúde e os desafios impostos pela crise estrutural do setor e a globalização tornam imprescindível uma reformulação radical dos métodos e estratégias de gerenciamento dos recursos financeiros na área. Esta é a idéia central deste capítulo, que iniciamos com uma apresentação de uma abordagem econômica do setor da saúde, prosseguimos com uma visão histórica dos fatores condicionantes da gestão financeira em saúde, para terminar com uma discussão dos desafios específicos que a gestão local de recursos financeiros enfrenta.

UMA VISÃO ECONÔMICA DO SETOR DA SAÚDE

Para entender o papel da gestão financeira na prestação de serviços de saúde, é útil recorrer a uma analogia com a produção de bens materiais, para em seguida identificar o que diferencia os serviços de saúde. Como qualquer empresa produtora de bens ou serviços, um prestador de serviços de saúde – público ou privado – pode ser visto como uma entidade transformadora de recursos: ela utiliza os recursos físicos, humanos e tecnológicos de que dispõe (ou que obtém) para produzir serviços de saúde que, por sua vez, são entregues à população, seja gratuitamente ou contra pagamento. No caso particular que nos interessa para efeito deste manual, e na maioria dos municípios, é a Secretaria Municipal da Saúde que desempenha esse papel de transformação de recursos em serviços.

A maioria dos serviços, e os de saúde em particular, têm como peculiaridade o fato de que sua produção não pode ser dissociada do seu consumo: o serviço de saúde só se concretiza, só existe, no momento em que é entregue ao usuário ou cliente. Ao contrário de um bem físico, ele não pode ser estocado para venda ou consumo posterior. Porém, à parte essa característica, os serviços de saúde podem ser vistos como qualquer outro serviço ou bem: são produzidos pela utilização de insumos (ou recursos ou “matérias-primas”) e entregues a um destinatário individual (o paciente) ou coletivo (a comunidade). Em

outras palavras, no processo de produção de serviços de saúde “entram” insumos e “sai” um produto final, o serviço de saúde propriamente dito.

Os insumos utilizados incluem recursos humanos, materiais médicos ou hospitalares, equipamentos e instalações e a tecnologia para operá-los; eles têm, necessariamente, um custo, mesmo que a unidade ou instituição que os utilize não realize nenhum desembolso direto por eles. Esse custo pode ser ressarcido quando da entrega do serviço ao usuário (quando este paga ao prestador pelo serviço), coberto mediante algum sistema de pré-pagamento ou seguro (como é comum nos serviços privados puros, ou seja, aqueles não contratados pelo SUS), ou financiado por impostos ou contribuições arrecadados pelo poder público, como é o caso, no Brasil, da assistência à saúde no âmbito do SUS.

Qualquer que seja a forma de financiamento dos serviços, porém, esse custo existe e *é arcado, em última instância, pela população*, seja via pagamento direto ao prestador, prêmio de seguro ou mensalidade, ou via impostos e contribuições. A responsabilidade do prestador de utilizar esses recursos da melhor maneira possível, e de oferecer o melhor produto pelo preço que custa é, portanto, a mesma no setor público e no setor privado. Nos dois casos, os recursos são escassos, e deve-se fazer o melhor uso possível deles.

O processo de transformação de insumos em serviços tem sua contrapartida no fluxo de recursos financeiros, que cumprem uma dupla finalidade: primeiro, eles *financiam* a atividade de transformação de insumos em serviços, ou seja, permitem que os serviços sejam produzidos; e, segundo, determinam, em certa medida, o *acesso* da população aos serviços produzidos e, portanto, a demanda efetiva por esses serviços¹. A consequência desse fato é que, num sistema crescentemente descentralizado como o SUS, o gestor local dos serviços não pode ignorar essa dimensão econômico-financeira e necessita ter um entendimento claro do funcionamento, características e implicações dessa dimensão.

Chamar a atenção para a importância e funcionamento desse “lado financeiro” da prestação de serviços de saúde representa a principal contribuição do modelo econômico apresentado aqui. A figura 1 (página 6) apresenta um diagrama do setor da saúde e a influência da dimensão econômico-financeira em seus distintos componentes. A importância dessa dimensão e seu impacto sobre a qualidade e continuidade da prestação de serviços fazem com que ela deva ser planejada, monitorada e avaliada – ou seja, de um modo mais amplo, *gerenciada* – rigorosamente. Os capítulos seguintes deste manual discutem algumas das consequências de uma má gestão financeira tanto no setor público quanto no privado.

O diagrama da figura 1 identifica claramente quatro elementos da prestação de serviços de saúde que possuem uma dimensão financeira, com os quais o prestador e o gestor local têm que se preocupar:

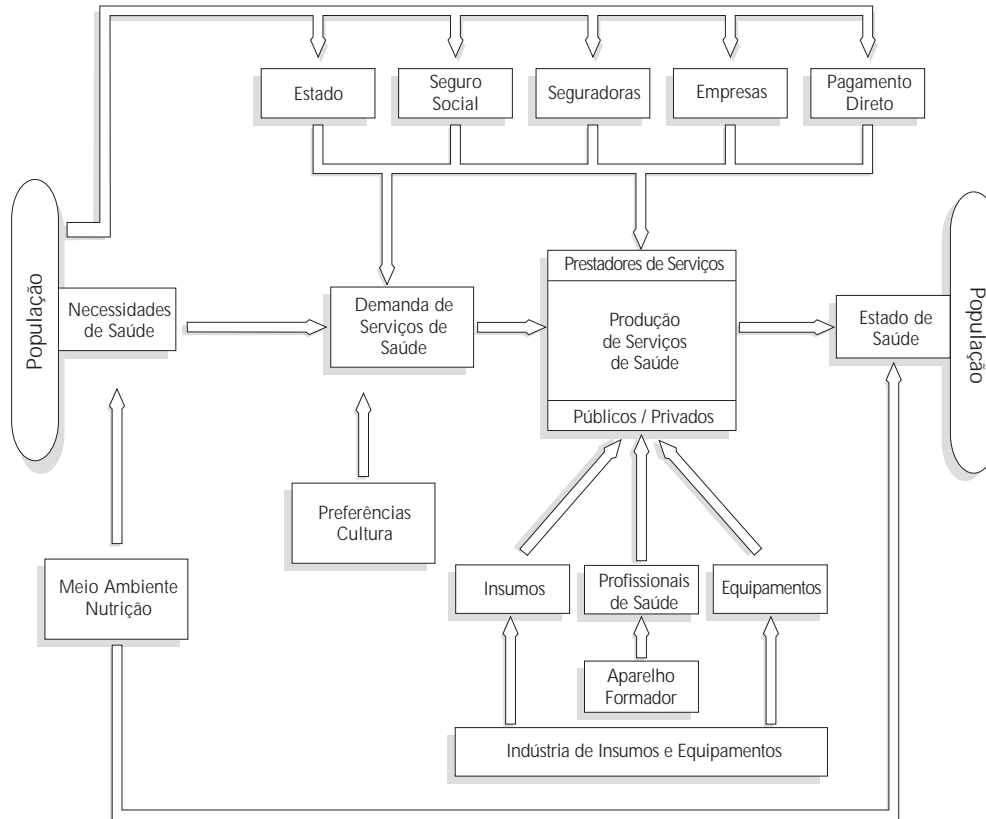
1. Define-se *demanda efetiva* como aquela que se realiza – por oposição à demanda potencial – com o cliente/paciente procurando e utilizando algum serviço de saúde.

- o financiamento da atividade, ou seja, a *origem dos recursos* financeiros necessários à produção dos serviços: onde conseguiu-los? qual o seu custo relativo?;
- a utilização dos diversos insumos no processo de produção de serviços, particularmente no que diz respeito à *alocação* (distribuição) e *eficiência* com que esses recursos são utilizados e o *custo* decorrente dessa eficiência;
- o *acesso econômico* da população aos serviços, determinado em grande parte por sua capacidade de arcar com o custo dos serviços; esse acesso econômico determina por sua vez a demanda real de serviços e, portanto, a viabilidade de os serviços serem custeados por contribuições dos usuários;
- o impacto dos serviços sobre o estado de saúde da população em relação a seu custo, ou seja, sua relação *custo/efetividade*².

É claro que a importância e implicação desses fatores diferem entre serviços públicos e privados. Por exemplo, no âmbito do SUS a responsabilidade pelo financiamento (ou obtenção de recursos) é principalmente de outros órgãos públicos que não as secretarias da Saúde (secretarias de Finanças, por exemplo, ou o governo federal). O impacto da dimensão econômico-financeira sobre o acesso aos serviços é também reduzida (mas não eliminada) num sistema público caracterizado pela oferta gratuita de serviços. Mesmo assim, é fundamental para os prestadores e gestores locais do SUS o entendimento dessa dimensão e de suas implicações mais amplas.

2. Para uma definição de conceitos básicos econômico-financeiros, veja o capítulo *Instrumentos da gestão financeira*.

Figura 1
Diagrama do setor da saúde



OS FATORES DA MUDANÇA: CRISE ECONÔMICA, PROGRAMAS DE AJUSTE E GLOBALIZAÇÃO

A crise econômica dos anos 80 e do início dos anos 90, com sua inflação desenfreada, recessão e crise fiscal, teve um impacto claro na área da saúde, pelas razões que discutiremos a seguir. A consequência mais importante desse fato foi uma crise financeira e organizacional de grandes proporções na Previdência Social, tradicionalmente a principal fonte de financiamento do sistema público de saúde. Esse impacto foi ainda exacerbado pelos sucessivos planos de estabilização econômica adotados pelo governo brasileiro ao longo desse período e pela posterior pressão imposta pela progressiva abertura da economia brasileira à competição internacional.

O custo da inflação

A alta inflação que persistiu por grande parte do período teve como consequência direta a redução do valor real das dotações orçamentárias governamentais, que eram liberadas trimestralmente (na maioria dos casos) sem correção e chegavam, no momento do gasto, totalmente desatualizadas. Os valores pagos aos

prestadores privados pelo então INAMPS também se encontravam defasados e eram, via de regra, insuficientes para cobrir os custos dos serviços prestados.

Redução dos gastos públicos

A crise econômica e os planos de estabilização que se seguiram tiveram um impacto severo sobre os gastos públicos de dois lados. Primeiro, a crise levou a uma redução da arrecadação do Estado, o que colocou em xeque a capacidade do poder público de financiar suas atividades, ainda mais porque o empobrecimento da população gerou um aumento da demanda por serviços sociais. Segundo, os programas de estabilização tinham como um de seus objetivos centrais a redução do déficit público, o que naturalmente levou o governo a reduzir o gasto público.

Como conseqüência da crise e das políticas de redução do gasto público, as dotações orçamentárias para a saúde e outras áreas sociais sofreram grandes oscilações no período, com diminuições importantes em determinados anos. O quadro 1 mostra claramente que o gasto público em saúde diminuiu entre 1980 e 1984, recuperou-se a partir desse ano e até 1989, quando iniciou nova fase de redução. Em termos de *gasto per capita*, o processo foi mais severo ainda, e nos primeiros anos da década de 90 o *gasto público per capita* em saúde continuava abaixo do que era em 1980.

Quadro 1
Evolução das fontes de
financiamento à saúde no Brasil

ANO	PÚBLICO	FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL	GASTO PÚBLICO PER CAPITA	GASTO PÚBLICO % DO PIB
1980	9.710	7.356	1.666	688	81,59	
1981	9.048	6.846	1.560	642	74,62	
1982	9.282	7.148	1.379	755	75,13	
1983	7.639	5.716	1.291	632	60,68	
1984	8.155	5.957	1.470	729	63,58	
1985	9.238	6.857	1.554	828	70,69	
1986	10.366	7.341	1.963	1.062	80,03	2,60
1987	12.513	10.624	906	982	92,23	
1988	11.506	10.030	- 59	1.535	83,24	
1989	13.980	11.320	1.159	1.260	99,26	
1990	12.497	9.452	1.621	1.424	87,13	2,81
1991	10.320	7.847	1.383	1.090	75,38	2,39
1992	9.080	6.571	1.343	1.165	65,11	
1993	10.653	8.308	1.256	1.090	67,90	
1994	13.900	10.400	1.500	2.000	91,00	
1995	18.800	14.700	1.800	2.300	121,00	
1996	18.500	14.000	2.000	2.500	117,00	
1997	24.100	18.900	2.200	3.000	152,00	

Fonte: IPEA e IESP/FUNDAP; Médici (1994, tab. 5), dados em milhões de dólares de 1992, exceto: (1) Campos (1988): dados para 1982 e 1986 em milhões de dólares correntes. (2) Médici (1994, tab. 6): dados para 1989 em milhões de dólares de 1990. (3) Médici (1991): dados para 1989 em milhões de dólares correntes. (4) Govindaraj *et al* (1995): dados para 1990 em milhões de dólares correntes. (5) 1994 a 1997: dados estimativos em milhões de reais de 1992.

Conseqüências

Os efeitos resultantes dessas políticas restritivas foram sentidos na maioria dos países em desenvolvimento. No caso do Brasil, resultaram na agudização da crise crônica e estrutural que vive o setor de saúde há muito tempo, levando à diminuição da qualidade dos serviços públicos, e no descrédito crescente do setor público como provedor de serviços de saúde. Por várias vezes nos últimos anos, o sistema público de saúde ficou praticamente paralisado por insuficiência de recursos financeiros (como aconteceu em meados de 1995). Além disso, a crise se deu paralelamente ao processo de democratização e ao movimento de expansão da cobertura e luta pela garantia de direitos civis e sociais, o que tornou difícil para o governo a adoção de medidas racionalizadoras, necessariamente impopulares.

Algumas estratégias escolhidas por diversos governos para enfrentar essa situação incluem: ênfase ou concentração do setor público na produção de serviços básicos, direcionamento dos programas públicos para os grupos populacionais mais desfavorecidos, adoção de medidas e programas de baixo custo e alta efetividade, busca de fontes alternativas de receitas para complementar o orçamento governamental, agilização das estruturas e programas públicos mediante a descentralização e/ou desconcentração administrativas, maior controle social sobre a definição e execução de políticas de saúde. Essas mudanças muitas vezes se organizaram em um processo amplo e deliberado de *reforma* do setor da saúde.

O desafio da globalização

Mais recentemente, a progressiva abertura do país à competição internacional e a sua inserção no contexto econômico mundial vêm impondo novas pressões. A área da saúde se insere nesse novo panorama de três maneiras distintas: primeiro, ela própria se abre à competição internacional com a chegada de empresas multinacionais da saúde; segundo, a saúde (e seu oposto, a doença) representa um componente significativo e crescente do custo de produção de bens e serviços comerciais, influenciando decisivamente na competitividade de cada país no cenário internacional; e, terceiro, a diminuição da capacidade de financiamento do setor público torna cada vez mais difícil manter o financiamento público de serviços de saúde sem mudanças profundas na organização, financiamento e gerenciamento do sistema de saúde.

Devido a essas razões, os serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, também se vêem obrigados a melhorar sua eficiência, racionalizar o uso de recursos e controlar ou reduzir custos. Para o setor público, o desafio é simples e brutal: ou muda decisivamente e se torna mais eficiente, racional e confiável, ou corre o risco de se tornar progressivamente menos relevante, com implicações negativas claras sobre a equidade do sistema de saúde como um todo e principalmente sobre o acesso aos serviços por parte das populações mais pobres.

A gestão financeira no sistema público de saúde está experimentando nos últimos anos mudanças importantes, que devem se acelerar no futuro próximo. Dois fatores condicionam essa evolução: a descentralização do processo decisório e gerencial em direção ao nível operacional e a pressão no sentido da racionalização e “eficientização” do setor. Essa pressão decorre primeiro da crise econômica dos anos 80 e 90 e, mais recentemente, da abertura do Brasil ao processo de globalização e à competição internacional. As estratégias para superar essas crises tendem a modificar o sistema de saúde no sentido de dar-lhe maior flexibilidade de gestão e maior estabilidade financeira.

DAS AIS AO SUS: OS OBJETIVOS E DESAFIOS DA DESCENTRALIZAÇÃO

A resposta encontrada pelas autoridades sanitárias brasileiras para os desafios e problemas acima mencionados foi um processo de reforma sanitária que girou, em grande parte, em torno do princípio da *descentralização* progressiva das responsabilidades dos níveis federal e estadual para o nível municipal.

Breve histórico: das AIS ao SUS

O processo de reforma sanitária brasileiro remonta a fins dos anos 70 e início da década de 80, quando várias propostas foram desenvolvidas para dar maior racionalidade ao sistema de saúde. Com início em 1984, a proposta das Ações Integradas de Saúde solidificou alguns princípios que evoluíram pouco a pouco até o Sistema Único de Saúde (SUS), entre os quais se destacam a articulação de políticas e recursos entre as diversas instituições públicas e níveis de governo na prestação de serviços de saúde e o fortalecimento da capacidade do setor público como prestador de serviços. O período do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), que sucedeu às AIS, produziu, entre outras, a proposta de progressiva municipalização das ações de saúde e unificação das distintas instituições de saúde em cada nível de governo.

Do ponto de vista financeiro, o período das AIS e do SUDS – que vai até a instalação do SUS em 1990 – testemunhou uma mudança progressiva mas significativa nos fluxos financeiros no âmbito do sistema público de saúde, com a canalização crescente de recursos federais para as secretarias municipais da Saúde (e, até certo ponto, as secretarias estaduais) e a redução dos montantes repassados aos prestadores privados.

Princípios e características do SUS

O Sistema Único de Saúde, criado pela Constituição de 1988, representa o resultado desse processo. Vários princípios e características do SUS guardam uma relação direta com a dimensão econômico-financeira definida acima. A principal delas é a descentralização de atividades e responsabilidades para o nível municipal e local. Outras características importantes incluem:

- articulação entre as diversas esferas de governo e a conseqüente consolidação dos recursos financeiros num fundo único em cada nível de governo;
- descentralização e flexibilização na contratação e pagamento dos prestadores contratados;
- repasse de recursos de acordo com critérios objetivos (demográficos, epidemiológicos e/ou outros) em vez de tendências históricas.

Novas responsabilidades e novos desafios

Para as secretarias municipais da Saúde (SMS), a descentralização significa responsabilidades ampliadas e diversificadas. Elas passam a ser as principais responsáveis pela prestação de serviços de saúde e conseqüente mobilização, alocação e gerenciamento de recursos físicos, humanos e financeiros na área da saúde. Formalmente, tornam-se responsabilidades das SMS:

- planejamento, organização, controle, avaliação e gestão dos serviços públicos de saúde;
- planejamento, programação e organização da rede hierarquizada de saúde, juntamente com o Estado;
- execução dos serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição, saneamento básico, saúde do trabalhador e saúde ambiental;
- execução da política de insumos e equipamentos;
- fiscalização das agressões contra o meio ambiente que repercutam na saúde humana;
- formação de consórcios intermunicipais;
- gestão de hemocentros e laboratórios;
- celebração de contratos e convênios com prestadores privados e o seu controle e fiscalização;
- normalização das ações e serviços públicos de saúde (Médici, 1994).

Para muitas prefeituras, os recursos repassados por conta do SUS representam muitas vezes o valor anteriormente despendido pela Secretaria Municipal da Saúde, e às vezes, é tão grande ou maior que o orçamento global do município antes da implantação do SUS. O montante desses novos recursos cria obviamente dificuldades de gestão, mas também rivalidades políticas entre as SMS (em princípio, gestoras diretas desses recursos) e as demais secretarias.

As circunstâncias da gestão financeira que acompanha a municipalização diferem consideravelmente de um município a outro, devido ao tamanho e

características próprias do município, os instrumentos utilizados (existência, forma e gestão do Fundo Municipal de Saúde), o grau de autonomia gerencial de que a SMS desfruta e os recursos humanos e gerenciais de que dispõe.

Para os níveis federal e estadual, trata-se de desenvolver e fortalecer capacidades pouco enfatizadas no passado: regulamentar o setor, monitorar e supervisionar as atividades dos prestadores do SUS, garantir a articulação entre os setores público e privado.

Essas novas responsabilidades requerem novas competências: no gerenciamento de recursos financeiros, na negociação para transferência de recursos, no gerenciamento de contratos com prestadores públicos e privados, na articulação de serviços diversificados, na coordenação intersetorial e interinstitucional. Essas competências eram tradicionalmente pouco enfatizadas ou desenvolvidas na área da saúde, mas no Sistema Unificado de Saúde tornam-se imprescindíveis, envolvendo necessidades de formação e treinamento de recursos humanos específicos e instrumentos apropriados de gestão e informação.

Os recursos disponíveis para o setor da saúde são, por definição, limitados e muitas vezes insuficientes para cobrir todas as necessidades. Os gestores locais e prestadores de serviços têm, portanto, a necessidade e responsabilidade de utilizar esses recursos da melhor maneira possível, buscando a eficiência e a maximização do impacto e da qualidade dos serviços. Uma das principais estratégias para atingir esse objetivo é a concentração de esforços e recursos nas ações de maior impacto social.

GESTÃO FINANCEIRA PARA A MUDANÇA: RISCOS E OPORTUNIDADES

As mudanças descritas acima estão tendo um impacto direto e considerável na prática de gestão financeira dos serviços públicos de saúde, pois tornam imprescindível uma mudança radical nessa prática. Representam, portanto, ao mesmo tempo, um possível entrave à implantação do SUS – se as prefeituras não se prepararem para a nova realidade e seus desafios – e a oportunidade de uma mudança qualitativa do funcionamento e impacto dos serviços de saúde no Brasil.

Como já se disse, a descentralização gerencial e executiva constitui o eixo central do processo de reforma sanitária desenvolvido no Brasil nos últimos dez ou quinze anos, mas ela enfrenta dificuldades decorrentes da falta de experiência no gerenciamento profissional de recursos. Ela implica a necessidade de maior flexibilidade – e portanto autonomia – na gestão financeira das SMS e das unidades prestadoras de serviços, que, por sua vez, requer a profissionalização dessa gestão.

É importante lembrar que a descentralização não resolve problemas – ela abre possibilidades e facilita certos processos. Cabe às instâncias descentralizadas aproveitar essas oportunidades. Aproveitá-las implica, para essas instâncias, reestruturar-se e capacitar-se para desempenhar funções e responsabilidades tradicionais de uma forma inovadora e mais eficiente. Sem esse esforço de

mudança interna por parte das secretarias municipais da Saúde e dos níveis estadual e federal, a reforma sanitária corre o grande risco de não passar de uma mudança na estrutura burocrática, sem impacto significativo na qualidade e efetividade dos serviços de saúde.

Descentralização e autonomia gerencial

Tradicionalmente, o gerenciamento do sistema público de saúde tem sido extremamente centralizado, tanto em relação ao sistema como um todo como no âmbito de cada esfera de governo. O governo federal, através do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social, não somente definiu as políticas de saúde e o padrão de alocação de recursos, como controlava a utilização dos recursos federais no nível operacional, por meio de regras rígidas. Essa centralização e rigidez se repetia nas esferas estadual e municipal.

No novo sistema, as secretarias municipais da Saúde têm – ou terão quando se concretizar a municipalização plena – ampla liberdade e autonomia para gerenciar os recursos financeiros que constituem o financiamento dos serviços. Hoje, as prefeituras são responsáveis pela contratação de serviços com prestadores privados ou públicos e têm liberdade para negociar os valores dos contratos.

A descentralização de recursos e responsabilidades significa também um deslocamento do controle sobre os serviços para o nível municipal, maior controle social sobre seu funcionamento (através de mecanismos como os conselhos de saúde) e responsabilidade pelos resultados obtidos. À medida que as SMS assumem o controle e a autonomia sobre a alocação e utilização dos recursos financeiros, têm também a oportunidade de responsabilizar os gerentes de serviços pelo desempenho financeiro de suas unidades e estabelecer mecanismos de alocação de recursos que estimulem a busca de maior eficiência, desempenho e qualidade.

Para que a descentralização de responsabilidades e recursos para o nível municipal produza os efeitos esperados é, portanto, imprescindível que os gerentes de unidades e serviços também tenham autonomia e flexibilidade para gerir seus recursos com agilidade e eficiência.

A busca da eficiência e auto-sustentação

Os dois principais objetivos da nova gestão financeira nos serviços de saúde são a melhoria da eficiência e a garantia da estabilidade e sustentação econômicas. O primeiro implica tirar o melhor proveito possível dos recursos existentes, eliminando desperdícios e aumentando a produtividade, reduzindo assim o custo dos serviços. O segundo objetivo consiste em diversificar as fontes de financiamento para torná-lo menos vulnerável às oscilações da conjuntura econômica e mais estável.

O papel da gestão financeira na moderna gestão de serviços

Em vários países, o esforço para melhorar a eficiência, qualidade e viabilidade econômica dos sistemas de saúde passa pelo que se convencionou chamar de *managed care*, ou seja, o gerenciamento sistemático da assistência à saúde.

Embora o conceito tenha surgido no setor privado, cada vez mais os sistemas públicos de saúde buscam inspiração nos princípios e nas técnicas da *assistência médica gerenciada* para melhorar a eficiência e a estabilidade financeira dos serviços públicos. Não cabe a este manual discutir os princípios e técnicas da assistência gerenciada, mas é importante ressaltar o vínculo entre esses princípios e a gestão financeira como é apresentada aqui.

Um dos princípios fundamentais da assistência gerenciada é a responsabilização dos profissionais de saúde – essencialmente os médicos – pelo custo dos serviços que prestam. Isso faz com que o profissional médico tenha que levar em conta a dimensão econômica quando decide por um procedimento ou tratamento e, portanto, reduza a possibilidade de utilização de recursos técnicos não estritamente necessários. De maneira geral, esse princípio encoraja uma utilização mais criteriosa e racional dos recursos existentes e, em particular, dos recursos tecnológicos, que na área médica têm um custo alto e crescente. Embora tal princípio não deva ser levado ao extremo (pois isso resultaria possivelmente numa queda da qualidade), tem a vantagem de chamar a atenção para o fato de que não se pode desvincular as dimensões técnica e econômica da prestação de serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados. Por outro lado, implica que a informação sobre o seu custo é imprescindível para um gerenciamento adequado dos serviços.

Uma maneira de promover essa responsabilidade financeira é a descentralização orçamentária: atribuir a cada gerente de unidade, serviço ou departamento sua cota do orçamento da instituição, com a autonomia para usá-la da maneira mais adequada à consecução dos objetivos da unidade. Essa, evidentemente, não é uma idéia nova; a novidade reside no fato de que é muito mais fácil implantar a descentralização orçamentária num sistema já descentralizado, em que o poder de decisão está no nível municipal.

Outro princípio fundamental é que a organização e prestação de serviços de saúde devem ser gerenciadas “no varejo”, ou seja, no seu dia-a-dia. Para isso são estabelecidos mecanismos de supervisão, monitoramento e avaliação, que cobrem os diversos aspectos dos serviços: marcação de consultas e exames, referência a serviços especializados, utilização de procedimentos caros, etc.

Conclusão: as mudanças ocorridas no ambiente econômico em que o setor da saúde se situa vêm afetando cada vez mais a prestação de cuidados à saúde, quer públicos, quer privados. Essas mudanças e a própria reforma do sistema público de saúde compelem as secretarias municipais da Saúde, hoje principais responsáveis pela prestação de serviços públicos de saúde, a tornar mais racional e eficiente a organização e a prestação desses serviços. Nesse contexto, a gestão financeira nos serviços de saúde adquire um papel crítico, incompatível com as práticas tradicionais de administração financeira.



FUNÇÕES E ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO FINANCEIRA

Neste capítulo trataremos da importância e do papel da gestão financeira em saúde, suas funções e organização, inicialmente nos serviços de saúde em geral, envolvendo tanto prestadores públicos quanto privados. Em seguida, salientaremos os aspectos específicos para o Sistema Único de Saúde.

IMPORTÂNCIA E FUNÇÕES DA GESTÃO FINANCEIRA

Decorre da discussão do capítulo anterior que a gestão de recursos financeiros em seu sentido mais amplo constitui, cada vez mais, um elemento crítico e imprescindível ao gerenciamento dos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados. Ela desempenha um papel importante no processo de tomada de decisões em saúde e um impacto crítico na qualidade e continuidade dos serviços, contribuindo significativamente para a viabilidade econômico-financeira de serviços e programas de saúde. Decisões sobre a contratação de pessoal ou a implantação de novos serviços têm implicações diretas e indiretas sobre a estabilidade financeira de uma unidade prestadora de serviços de saúde.

Tradicionalmente, a administração financeira tem sido considerada como uma das cinco grandes áreas funcionais da administração, ao lado da administração de pessoal, de compras ou materiais, de vendas ou de *marketing* e da produção. A administração financeira também partilha com as outras áreas funcionais as funções básicas da administração: planejar, organizar, coordenar, dirigir e controlar, e sua importância tende naturalmente a crescer numa época de crise econômica e escassez de recursos, em que seu adequado gerenciamento é fundamental.

Em sua definição mais estrita, a administração financeira tem como objetivo imediato prover e gerenciar os recursos financeiros necessários à consecução das atividades da organização. Num conceito mais abrangente, seria o grupo de funções administrativas que se responsabiliza pela administração do fluxo de dinheiro, de tal forma que a organização tenha meios de realizar seu obje-

tivo. Assim, podem-se identificar três características fundamentais a partir dessa definição:

- a administração financeira lida com a dimensão monetária da atividade;
- contribui para o objetivo da organização, aumentando sua eficiência ou controlando seus custos;
- cuida da capacidade da organização de pagar suas dívidas e se manter em funcionamento.

Normalmente, a área financeira de uma instituição privada de saúde se resumia a duas funções básicas: uma contabilidade ocupada principalmente com a satisfação de requisitos legais, e o levantamento, em bancos e outros credores, dos recursos necessários às atividades. No setor público, a função contábil estava atrelada a um processo orçamentário centralizado e burocratizado, enquanto a função de financiamento era inexistente, pois às unidades administrativas estava vedado levantar seus próprios recursos.

Essa visão está mudando rapidamente, tanto no setor privado quanto – e principalmente – no setor público. Quatro grandes áreas têm merecido a atenção dos gerentes financeiros e são discutidas em seguida.

Fluxo de recursos, financiamento e alocação

Na discussão sobre a dimensão econômico-financeira do setor da saúde e da prestação de serviços, ficou claro que o primeiro pode ser visto como um fluxo de recursos financeiros – como contrapartida do fluxo de serviços – que precisa ser gerenciado. Dois tipos de decisão (ou função estratégica) são inerentes à gestão financeira: o *financiamento* e a *alocação* de recursos. O financiamento é a atividade voltada para a obtenção dos recursos financeiros necessários à realização das atividades – “de onde vêm” e como obtê-los –, enquanto a alocação de recursos diz respeito às decisões quanto à sua utilização – ou seja, “para onde vão” –, especialmente na aquisição e combinação dos diversos insumos necessários à prestação de serviços.

Historicamente no Brasil, a atividade de financiamento tem sido ignorada pelos órgãos públicos prestadores de serviços de saúde, principalmente porque não parecia fazer parte de suas responsabilidades. No entanto, um secretário ou um ministro da Saúde que barganha com uma Secretaria de Finanças ou um Ministério do Planejamento por uma parcela maior do orçamento para a saúde, não deixa de estar cuidando do financiamento. Graças a uma mudança importante introduzida pelo SUS – ao menos no estágio em que se encontra hoje –, um único gestor/prestador municipal pode receber recursos de várias fontes (do governo municipal, talvez através da Secretaria de Finanças; do governo estadual, que pode alocar livremente parte dos repasses recebidos do governo federal; e do Ministério da Saúde, no caso dos repasses de recursos federais); portanto, a negociação pode se dar com vários órgãos simultaneamente.

Por outro lado, as crises financeiras cíclicas do setor mostram que o financiamento é um dos aspectos críticos do sistema público de saúde e do SUS em particular e deve, portanto, receber toda a atenção. Já se disse que a crise que envolve a saúde e a previdência social é principalmente uma crise de financiamento. Não se trata apenas de reivindicar mais recursos para o setor (o que pode ou não ser factível ou até necessário), mas também, e principalmente, identificar as diferentes fontes de recursos existentes e potenciais, conhecer suas características, avaliar sua viabilidade e explorar fontes alternativas. Além disso, a tendência e necessidade de “tecnificar” os critérios de repasse ou distribuição de recursos – ou seja, torná-los mais objetivos e transparentes – faz com que a própria gestão financeira esteja se tornando cada vez mais técnica e complexa.

A função de alocação também tem sido tradicionalmente menosprezada, à medida que os mecanismos de planejamento e programação financeiros eram bastante rígidos e centralizados e, em grande parte, desvinculados do planejamento de atividades de serviços. Assim, as unidades prestadoras de serviços de saúde tinham pouca autonomia para alocar e remanejar os recursos de acordo com suas necessidades específicas. Essa situação está mudando, primeiro porque, pelo processo de descentralização, as prefeituras têm hoje mais flexibilidade e autonomia para a utilização dos recursos da saúde e, segundo, porque as crises repetidas do setor da saúde chamaram a atenção para a necessidade de avaliar o custo e a viabilidade econômica das políticas de saúde e rever os critérios de alocação de recursos.

Planejamento, controle e avaliação

Para desempenhar as funções estratégicas de financiamento e alocação, o gerente financeiro necessita desenvolver três conjuntos principais de atividades (ou funções operativas): planejamento, controle e avaliação. O planejamento e funções correlatas são discutidas detalhadamente no manual *Planejamento em Saúde* e serão aqui apenas resumidas, com ênfase nos aspectos financeiros.

O planejamento consiste em definir como as atividades irão acontecer, identificar o volume de recursos necessários à sua realização e definir como esses recursos deverão ser obtidos e combinados. Está, portanto, dirigido para o que deverá acontecer, ou melhor, o que se deseja que aconteça. O planejamento financeiro consiste em prover o volume e os tipos de recursos necessários para atingir os objetivos da organização e definir como eles serão aplicados (utilizados). A elaboração e o estabelecimento de um plano ou orçamento integrado de atividades são, freqüentemente, tidos como responsabilidades principais do planejamento (Berman e Weeks, 1979).

O controle (às vezes chamado de “monitoramento”) consiste em acompanhar as atividades em andamento, assegurar-se de que elas seguem um determinado plano e identificar e corrigir possíveis problemas durante sua execução. Consiste, basicamente, em comparar o que foi previsto (planejado) com o que está sendo realizado, isto é, verificar se as metas estão sendo atingidas.

Avaliação é o exame das atividades já terminadas (ou, pelo menos, bem adiantadas) para verificar se elas atingiram as metas fixadas ou estão se desenvolvendo em condições adequadas.

Essas três funções não são privativamente financeiras, pois fazem parte das responsabilidades de qualquer gerente ou administrador. Mas é importante ressaltar que o planejamento, controle e avaliação financeiros são parte integrante e imprescindível do processo de planejamento em saúde.

Eficiência e custo

Em termos de alocação de recursos, o gerente se preocupa com que esses recursos sejam distribuídos – alocados – da melhor forma possível, isto é, com *eficiência alocativa*. Ou seja, os diferentes recursos ou insumos (pessoal, materiais, equipamento e tecnologia) devem ser combinados de maneira a maximizar o resultado ou produto pretendido e evitar gargalos e desperdícios, que têm sempre como conseqüência um custo maior do que o necessário. A maneira com que os recursos são aplicados entre diferentes insumos e/ou atividades se reflete decisivamente na eficiência e no custo dos serviços. Quando um insumo ou recurso está disponível, mas não pode ser utilizado plenamente porque outro insumo não está presente em quantidade suficiente, o problema muitas vezes é de eficiência alocativa, pois uma distribuição mais equilibrada dos recursos financeiros disponíveis entre os dois insumos poderia eliminar o problema. O exemplo clássico é um equipamento não utilizado por falta de um profissional para operá-lo.

Por outro lado, procura-se obter, a partir de uma certa quantidade de insumos, a maior quantidade de produto – bem ou serviço – possível ou o maior impacto possível. Essa *eficiência técnica* (por oposição à eficiência alocativa, definida anteriormente) está relacionada com o conceito de produtividade e a tecnologia utilizada e implica maximizar o resultado com um dado volume de recursos ou minimizar a quantidade de recursos utilizados para se alcançar determinado objetivo ou resultado. Em outras palavras, trata-se de minimizar o *custo* necessário para se atingir determinada meta. Um equipamento de tecnologia ultrapassada que requer muito tempo para sua operação ou um profissional de saúde que produz pouco por falta de compromisso com seu trabalho, são exemplos de ineficiências técnicas.

Estabilidade e sustentação financeiras

No planejamento e programação de uma atividade, o gerente financeiro deve também preocupar-se com que os recursos financeiros necessários estejam disponíveis enquanto perdurar a atividade ou programa, isto é, com a estabilidade financeira e a *sustentação a longo prazo* da atividade. Por exemplo, para assegurar a sustentação financeira de um programa ou atividade de saúde, é necessário não só dotá-lo de recursos em sua fase inicial – para sua implantação –, mas também garantir que os recursos necessários ao seu funcionamento estejam disponíveis no decorrer da vida do programa. Isso implica conhecer e distinguir o custo de investimento e implantação e o custo de operação do programa ou atividade.

É claro que um gerente financeiro ou os tomadores de decisão de uma Secretaria Municipal da Saúde não têm controle sobre a evolução das finanças governamentais ou a capacidade arrecadadora da prefeitura ou do governo federal. Mas, ao planejar o programa de saúde, deve-se prever o fornecimento ininterrupto de recursos financeiros para a sua continuidade. Não faz muito sentido montar um programa de saúde, se já se sabe de antemão que dificilmente contará com os recursos necessários, pois o dinheiro utilizado para desenvolvê-lo e implantá-lo será possivelmente desperdiçado. No entanto, a área de saúde no Brasil está repleta de exemplos de programas e atividades que foram implantados e gradualmente abandonados, simplesmente por falta de recursos e/ou por não se terem previsto recursos suficientes para sua operação.

Organização da área financeira

Não há uma estrutura organizacional certa ou apropriada para a área financeira de todos os serviços de saúde. Todavia, certos princípios básicos de organização são aplicáveis em todos os casos, não importa a estrutura organizacional adotada. Especificamente, a estrutura organizacional deve estabelecer linhas nítidas de autoridade e responsabilidade, possibilitar uma autonomia de funcionamento, demarcar responsabilidades, assegurar que um indivíduo não seja responsável perante mais de uma pessoa e estabelecer amplitudes adequadas de controle.

Tradicionalmente, divide-se a área financeira de acordo com as funções mais importantes para cada organização e/ou a natureza dos instrumentos que ela comporta. Dessa forma, é comum a área financeira estar estruturada em torno de algumas ou todas as seguintes funções: planejamento, orçamento, contabilidade, tesouraria, controle e avaliação, auditoria e custos. Entretanto, outros fatores também determinam o tamanho e a estrutura da área financeira: a realidade e características locais, o tamanho da organização, os recursos físicos, financeiros e humanos disponíveis, o volume e a complexidade dos procedimentos e controles financeiros a serem mantidos, o grau de descentralização de responsabilidades e recursos, etc.

As funções de planejamento, controle e avaliação já foram definidas anteriormente. As demais funções podem ser definidas resumidamente como segue (serão discutidas em detalhe nos capítulos seguintes):

- *Orçamentação*: função responsável pela preparação, acompanhamento e execução do orçamento financeiro.
 - *Contabilidade*: instrumento fundamental da gestão financeira, pois registra todas as transações ou movimentações de recursos que envolvam valores monetários; pode ser vista como a “central de informação” da gestão financeira.
 - *Tesouraria*: função ou área que cuida de todos os pagamentos e recebimentos e administra o dinheiro que é mantido em caixa ou em contas bancárias para esse fim.
-

- *Faturamento*: área que cuida da preparação e envio das contas hospitalares ou ambulatoriais.
- *Custos*: função ou área responsável pela apuração e controle dos custos dos serviços prestados.
- *Auditoria*: conjunto de mecanismos de verificação dos registros contábeis ou de quaisquer procedimentos que envolvam recursos financeiros.
- *Administração do capital de giro*: consiste em gerenciar os recursos financeiros de que a organização necessita no seu dia-a-dia: quanto manter em caixa, em conta bancária, em investimentos de curto prazo e alta liquidez, administração dos estoques de materiais e outros insumos.
- *Análise de investimentos*: consiste na análise das possibilidades e necessidades de investimentos (em instalações, equipamentos, área física, etc.).

As funções identificadas acima – incluindo as de planejamento, controle e avaliação – constituem as áreas clássicas da administração financeira. No setor público brasileiro em geral, e nas secretarias municipais da Saúde em particular, nem todas essas áreas costumam ser constituídas e algumas delas recebem uma conotação diferente; por exemplo, a função de “controle e avaliação” geralmente se refere à responsabilidade pelo recebimento, verificação e encaminhamento das contas hospitalares (AIHs) e/ou ambulatoriais, sem muita relação com as funções financeiras tradicionais de controle e de avaliação. Por tradição e pela sua importância no sistema de programação e repasse dos recursos financeiros, a função financeira mais desenvolvida e presente em quase todas as organizações públicas é a de orçamento, que, em geral, também engloba a função de planejamento financeiro.

Para uma secretaria municipal de tamanho médio, que desfrute de significativa autonomia no gerenciamento de recursos financeiros, recomenda-se a individualização (ou seja, o estabelecimento como unidades distintas) de pelo menos três áreas: planejamento e orçamento, faturamento e auditoria de contas médicas (controle e avaliação) e custos, com as demais funções sendo desempenhadas conjuntamente (controle e avaliação estritamente financeiros pela de planejamento, e contabilidade, pela de orçamento, já que em geral a contabilidade se reduz à execução orçamentária).

Quanto ao dimensionamento dessas áreas, depende, como já se disse, do grau de autonomia de que a SMS desfruta e do volume de trabalho necessário, o que, por sua vez, está associado ao número de unidades de saúde próprias e/ou de funcionários da secretaria, ao volume de compras realizadas diretamente (*versus* aquelas realizadas centralizadamente pela prefeitura ou descentralizadamente pelas diversas unidades de saúde), à importância da contratação de serviços de terceiros e ao número de contratos com prestadores públicos e privados de serviços de saúde.

A maneira correta de definir a estrutura organizacional financeira de uma

Secretaria Municipal da Saúde seria, portanto, fazer um levantamento das condições e das características próprias e peculiares da instituição e do município. O que se propõe aqui é mostrar suas funções básicas e as unidades internas que devem desempenhar tais funções para atender às necessidades da instituição. É o que passamos a fazer no próximo capítulo. No entanto, a título de exemplo, sugerimos no quadro 2 organizações típicas para as áreas financeiras de SMS com três perfis e portes distintos. Uma estrutura bastante comum nas secretarias estaduais e municipais é bastante parecida com o perfil II, com quadro de pessoal variável em função da necessidade: inclui uma seção de orçamento, responsável pela elaboração e controle orçamentário, uma seção de despesa (ou tesouraria) incumbida da administração do caixa, recebimentos e pagamentos; e uma seção de contabilidade, encarregada da verificação e registro dos lançamentos contábeis e elaboração de demonstrativos contábeis (balanços, balancetes) e prestação de contas. No entanto, todas as prefeituras e secretarias municipais da Saúde, sem exceção e qualquer que seja seu porte, são obrigadas a cumprir as normas gerais de direito financeiro para a elaboração e controle dos orçamentos e balanços (Angélico, 1991).

Quadro 2
Estruturas e quadros típicos da área financeira

PERFIL/PORTE	CARACTERÍSTICAS DA SMS	UNIDADES FINANCEIRAS SUGERIDAS	QUADRO DE FUNCIONÁRIOS
I – Pequeno/ simples	Poucas unidades públicas (< 10)	Contabilidade/orçamento	2
	Poucos serviços contratados (< 5)	Tesouraria/despesa	2
	Pouca autonomia de gestão	Contas médicas	2
	(centralizada na Secretaria de Finanças) Orçamento pequeno (< 0,5milhão/mês) Baixa capacidade gerencial	(controle e avaliação)	TOTAL = 6
II – Médio	Várias unidades públicas (10 a 25)	Planejamento/orçamento	2
	Vários serviços contratados (5 a 25)	Contabilidade/custos	3
	Alguma autonomia de gestão	Tesouraria/despesa	3
	Orçamento médio (0,5 a 5 milhões/mês)	Contas médicas (C&A)	6
	Alguma capacidade gerencial		TOTAL = 14
III – Grande/ complexo	Muitas unidades públicas (> 25)	Planejamento/orçamento	3
	Muitos serviços contratados (> 25)	Contabilidade	4
	Grande autonomia de gestão	Custos	3
	Orçamento importante (>5 milhões/mês)	Tesouraria/despesa	4
	Capacidade gerencial desenvolvida	Contas médicas (C&A)	10
		TOTAL = 24	



INSTRUMENTOS DA GESTÃO FINANCEIRA

Neste capítulo discutiremos as principais áreas de gestão financeira, com ênfase no instrumental próprio de cada uma. Alguns desses instrumentos já fazem parte do dia-a-dia das secretarias municipais da Saúde e dos serviços de saúde (toda unidade administrativa de certo nível e complexidade tem seu “orçamento”), enquanto outros são pouco conhecidos e/ou pouco utilizados, principalmente quando a atividade de contabilização e acompanhamento financeiro é centralizada na Secretaria Municipal de Finanças.

Por outro lado, a crescente complexidade e o volume de recursos financeiros associados à gestão do SUS tornam obrigatória a utilização de instrumentos de administração financeira mais sofisticados. A discussão que se segue poderá parecer uma novidade para alguns leitores, e uma obviedade para outros já familiarizados com esses instrumentos. Com o risco de cometer alguma redundância e simplificação, descrevemos todos eles com o objetivo de resgatar a sua utilidade e contribuição específica para a gestão financeira do SUS em nível local e dos serviços de saúde em geral.

É importante salientar que esses instrumentos são complementares e interdependentes; devem, portanto, ser articulados num conjunto coerente. Nenhum deles pode cumprir sua função ou oferecer sua contribuição adequadamente se utilizado isoladamente. Por outro lado, este manual é apenas uma referência, que procura auxiliar a organização e funcionamento geral da área financeira das instituições públicas de saúde; é importante que cada instituição elabore seus próprios manuais de procedimentos, levando em conta suas características próprias de estrutura, organização e processos.

As atuais responsabilidades do administrador financeiro podem ser resumidas da seguinte forma: obter e manejar fundos, administrar os bens ativos da instituição, determinar o volume total de capital a ser mobilizado, alocar esse capital eficientemente entre os vários ativos e obter uma estrutura financeira adequada às necessidades e características da instituição. Essas responsabilida-

des são orientadas não só para a análise externa da instituição – por órgãos de auditoria e supervisão, por exemplo –, como também para a tomada de decisão no âmbito interno (Horngreen, 1962).

CONTABILIDADE

Definição e objetivos

A contabilidade é um sistema de informações destinado a registrar todas as movimentações ou transações financeiras de uma organização. Todas as operações realizadas que envolvam recursos financeiros ou o patrimônio da organização devem ser registradas em documentos e livros próprios e segundo procedimentos sistemáticos e padronizados internacionalmente. Já que, como vimos no capítulo sobre mudanças na gestão financeira em saúde (página 3), toda atividade de produção de bens ou serviços tem como contrapartida um fluxo financeiro, a contabilidade constitui, na verdade, um registro sistemático da vida da organização e, enquanto tal, representa o sistema de informações por excelência.

Esse registro tem duas finalidades. Internamente, é imprescindível à direção da organização registrar todas as transações para que possa manter um controle adequado das atividades e dos custos, e tomar as decisões apropriadas no momento oportuno. Externamente, os relatórios produzidos pela contabilidade permitem a qualquer interessado conhecer a situação financeira da organização e, em particular, aos órgãos legalmente encarregados dessa responsabilidade (auditoria externa e tribunais de contas, principalmente), para verificar que as transações e procedimentos financeiros da organização estejam feitos de acordo com os princípios e padrões legais.

As informações contábeis constituem a matéria-prima e a espinha dorsal da administração financeira. Todo lançamento contábil deve necessariamente estar acompanhado dos devidos comprovantes e documentos de esclarecimento (faturas, recibos, etc.). Toda compra ou venda de bens materiais ou serviços realizada pela organização, toda requisição de material de um setor a outro, todo pagamento de funcionários, todo fluxo financeiro é registrado pela contabilidade através de lançamentos contábeis por um valor monetário, que, por convenção, é o seu valor de custo. A partir desse registro contábil, podem ser feitas todas as análises financeiras, permitindo o aprofundamento de aspectos específicos.

Embora a contabilidade possa parecer algo muito técnico para os não-iniciados e de pouca valia para quem não lida diretamente com ela, é importante que todo profissional que atua na área financeira tenha pelo menos um entendimento básico da estrutura, princípios e funcionamento da contabilidade. Por essa razão é que oferecemos aqui um panorama geral dessa área.

A informação contábil é imprescindível para responder, entre outras, às seguintes perguntas de interesse dos gerentes de serviços:

- Quais são, e em que montante, os recursos financeiros disponíveis para a prestação do(s) serviço(s)?
- Como se comparam os recursos disponíveis com os gastos associados aos serviços?
- Quanto o serviço ou a instituição tem investido em equipamentos e instalações?
- Quais são os principais itens de despesa da instituição (em que se gasta mais)?
- Os estoques de materiais são suficientes para quanto tempo?

Princípios e lançamentos contábeis

Como vimos, a contabilidade é um sistema estruturado de registro sistemático de movimentações e transações financeiras. Os registros de operações individuais (compra ou venda de material, pagamento de pessoal, etc.), chamados de lançamentos contábeis, obedecem a um conjunto de princípios e convenções aceitas internacionalmente (pelo menos, a sua maior parte), que visam assegurar a compatibilidade e padronização das informações contábeis. Alguns dos mais importantes desses princípios contábeis são:

- *Princípio da consistência*: os critérios para o lançamento contábil referente a uma determinada transação devem ser sempre idênticos, e as transações, valorizadas sempre da mesma forma.
- *Princípio da partida dobrada*: toda transação resulta em dois lançamentos simultâneos - um que registra a origem do recurso transacionado, e outro, a sua utilização.
- *Princípio do custo*: toda transação é sempre registrada pelo seu valor de custo, ou seja, pelo montante gasto pela organização ao realizá-la.
- *Princípio do período contábil*: todas as transações e seus respectivos lançamentos estão sempre relacionados a um período fixo, geralmente um ano.

Do ponto de vista contábil, toda empresa ou instituição tem *bens e direitos*, ou seja, coisas e valores que ela possui ou tem direito a receber, e *obrigações*, o que ela deve a terceiros. Uma *conta* contábil representa um bem, direito ou obrigação de um determinado tipo; temos, portanto, uma conta *fornecedores*, uma conta *dinheiro em caixa*, uma conta *empréstimos a pagar* e uma conta *equipamentos*, entre outras. Por convenção, o que a organização “tem” é chamado de *Ativo*, e o que ela “deve”, de *Passivo*. Outra maneira de definir Ativo e Passivo é dizer que o Passivo representa as fontes ou origens de recursos, e o Ativo, as aplicações ou usos desses mesmos recursos. Todo recurso aplicado (no Ativo) foi obtido de alguma fonte (Passivo) – (Maudonnet, 1988), donde decorre que o total do Ativo é sempre e necessariamente igual ao total do Passivo.

Dentro do Passivo, dois tipos de conta merecem comentário. O que é devido a terceiros (fornecedores, bancos, órgãos governamentais, etc.) é chamado de *Exigível*. Mas a instituição pode obter seus recursos não de terceiros, mas diretamente dos proprietários; neste caso, trata-se do *Patrimônio Líquido*, que representa o que “sobraria” para os donos da empresa ou instituição se ela usasse todos os seus ativos para pagar suas dívidas e obrigações (seu *Exigível*); o patrimônio líquido é, portanto, a diferença entre o ativo e o passivo exigível, e pode ser positivo (se a instituição tiver mais bens e direitos do que obrigações) ou negativo (se as dívidas forem maiores do que os bens e direitos).

Além do Ativo e do Passivo, a contabilidade também trabalha com outros dois tipos de conta que configuram as contas ditas de *Resultado*. As contas de *Receita* e as contas de *Despesa* representam respectivamente o que a organização recebe pela comercialização do seu produto (seja ele um bem ou serviço) e o gasto despendido para produzir esse produto. Pode-se perceber imediatamente uma diferença fundamental entre as contas de Ativo e Passivo, de um lado, e as contas de Receita e Despesa, de outro: Receita e Despesa são contas dinâmicas que retratam movimentos ou fluxos de recursos ocorridos durante um determinado período (geralmente, um ano), enquanto as contas de Ativo, Passivo e Patrimônio Líquido são estáticas e representam a posição ou situação em determinado momento (geralmente, o final do *exercício contábil*).

Conceito de dupla partida

Um dos conceitos fundamentais em contabilidade é o chamado “de dupla partida”. Ele remete à idéia enunciada no capítulo sobre mudanças na gestão financeira em saúde (página 3), de que todo recurso (financeiro ou não) pode ser visto de dois pontos de vista: sua origem ou fonte (como foi obtido) e sua utilização (onde ou como é utilizado). Da mesma forma, o conceito de dupla partida estabelece que todo lançamento contábil – porque retrata uma transação ou movimentação de recursos – tem dois lados, afetando duas contas: uma conta de partida ou origem, que é diminuída, e uma conta de chegada ou uso, que é aumentada.

Cada conta pode, portanto, ser “debitada” ou “creditada” para retratar aumentos e diminuições do seu saldo. Por convenção, toda conta de Ativo aumenta por meio de um débito e diminui por meio de um crédito. Para as contas de Passivo ocorre o contrário: aumentam por meio de créditos e diminuem por meio de débitos. Toda transação resulta, sempre, num (ou mais) débito(s) em uma conta e um (ou mais) crédito(s) em outra.

Por exemplo, se um empresário constituiu uma empresa hospitalar por meio de um capital em dinheiro, o primeiro lançamento da nova empresa será um aumento na conta *caixa* (portanto, um débito) e um aumento da conta *capital* ou *patrimônio líquido* (portanto, um crédito). Em seguida, se o hospital compra à vista um veículo, a conta *caixa* deve ser diminuída (por um crédito, pois é uma conta de Ativo), mas também deve ser feito um lançamento para demonstrar a aquisição de um ativo fixo (um débito na conta *veículos*, também uma conta de Ativo).

Se o hospital levantou um empréstimo para financiar o veículo, dois lançamentos devem ser feitos: um para demonstrar a aquisição do ativo fixo (débito na conta *veículos*) e outro para refletir a fonte de financiamento, isto é, a dívida contraída (um crédito na conta *empréstimos bancários*, uma conta passiva). Assim, para que os registros contábeis representem corretamente o efeito de qualquer transação, devem ser feitos dois registros. Na verdade, todo lançamento de um débito deve ter um lançamento de crédito que o compense.

Esse sistema pode ser ilustrado pela utilização das chamadas “contas T”, em que cada conta pode ser creditada (em seu lado direito) ou debitada (em seu lado esquerdo), conforme exemplificado na figura 2. Além das contas T, são utilizados para lançamentos contábeis vários livros e formulários, mais ou menos padronizados, alguns por requisito legal. O principal desses documentos é o diário geral, em que são registrados diariamente todos os lançamentos contábeis, com explicação detalhada do motivo ou tipo de transação, identificação do beneficiário ou originário do direito ou obrigação, referência aos documentos de comprovação (faturas, duplicatas, contratos, etc.) e as diversas contas afetadas com seus respectivos códigos. Geralmente, também se trabalha com livros específicos, como o diário de caixa, que registra da mesma forma todas as movimentações de caixa.

Figura 2
Exemplos de lançamentos contábeis

Exemplo 1: Formação da empresa com pagamento em dinheiro

CAIXA	CAPITAL
50.000	50.000

Exemplo 2: Aquisição de um veículo com pagamento à vista

CAIXA	VEÍCULOS
50.000 15.000	15.000
35.000	

Exemplo 3: Aquisição de um veículo mediante empréstimo bancário

EMPRÉSTIMOS A PAGAR	VEÍCULOS
15.000	15.000

Exemplo 4: Pagamento do empréstimo anterior

CAIXA	EMPRÉSTIMOS A PAGAR
50.000 15.000	15.000 15.000
35.000	0

Figura 3
Exemplos de lançamentos em diário

DESCRIÇÃO	CONTA E NÚMERO	DÉBITO	CRÉDITO
Aquisição de veículo com pagamento à vista	6140 – Veículos 5010 – Caixa	15.000	15.000
Aquisição de veículo mediante empréstimo	6140 – Veículos 7220 – Empréstimos a pagar	15.000	15.000

Plano de contas

Para organizar e padronizar os lançamentos contábeis – e, portanto, as informações financeiras relativas à organização –, a contabilidade utiliza um *plano de contas*, o qual permite agrupar e classificar os lançamentos contábeis de acordo com a origem, finalidade ou natureza da transação (receitas de acordo com sua origem, despesas de acordo com o tipo de recurso utilizado, etc.). Um plano de contas consiste em uma estruturação ordenada e sistematizada das contas utilizáveis numa organização. Pode ser adaptado às características e necessidades de cada instituição, mas obedece sempre aos mesmos princípios contábeis. O plano de contas utilizado no setor público – que pode variar até certo ponto devido às características de cada órgão – também é um pouco diferente daqueles utilizados em empresas privadas, mas obedece à lógica e princípios semelhantes.

Na verdade, um plano de contas nada mais é do que um conjunto estruturado e ordenado de todas as contas de Ativo, Passivo, Patrimônio Líquido, Receita e Despesa. As instituições de saúde devem adotar um plano de contas uniforme, isto é, um sistema uniforme de classificação contábil. Um plano de contas facilita o desenrolar de todo o processo contábil, desde a coleta de dados até a apresentação de relatórios, não somente por economizar tempo e esforço despendidos na escrituração e classificação de lançamentos, mas também por reduzir o número de erros. Finalmente, um plano de contas consistente promove a comparabilidade das informações contábeis.

O plano de contas é, portanto, a peça mais importante da organização contábil – é a “Bíblia” da contabilidade. A elaboração de um plano contábil obedece aos princípios de contabilidade geralmente aceitos e às normas legais aplicáveis em cada caso concreto. Além de uma lista das contas utilizadas, o plano deve conter as diretrizes técnicas gerais e especiais que orientam a realização dos registros contábeis e dos atos praticados na entidade. Assim, um plano de contas compõe-se fundamentalmente das seguintes partes:

- relação de todas as contas agrupadas segundo sua natureza ou função e, geralmente, associadas a um código numeral indicativo dessa classificação (veja no quadro 6, página 35, um exemplo dessa classificação);
- descrição da função de cada conta, mostrando claramente o que ela representa e para que/quando deve ser utilizada;
- descrição minuciosa do funcionamento das contas, indicando quando e como são debitadas ou creditadas, seu relacionamento com outras contas, a natureza do seu saldo e tudo o que for julgado de utilidade para uso de cada conta;
- fluxogramas gerais mostrando as operações básicas e as contas que deverão ser utilizadas em cada registro;
- fluxogramas especiais mostrando as operações mais complexas, de funcionamento mais delicado, indicando os procedimentos e os lançamentos específicos para cada uso;
- instruções gerais e particulares sobre a elaboração dos relatórios mensais, demonstrativos e balanços gerais (veja exemplos na próxima seção), análises, peças acessórias, encerramento das contas, providências gerais, etc.

Relatórios e demonstrativos contábeis

Periodicamente, a contabilidade agrupa, consolida os lançamentos e os transcreve em relatórios e demonstrações contábeis. Essas demonstrações resumem e descrevem a situação financeira da organização em determinada data (o *Balanço Patrimonial*) e a evolução dessa situação no período desde a última demonstração, sendo esse período geralmente de um ano (o *Demonstrativo de Resultados*) – (Maudonnet, 1988). O balanço e o demonstrativo de resultados constituem os dois principais demonstrativos contábeis, são até certo ponto padronizados e os mais conhecidos. Além deles, a contabilidade oferece vários outros relatórios com finalidade mais específica, e cada organização pode adotar os relatórios que mais se adaptam a suas necessidades.

Balanço patrimonial

O *balanço contábil* é a apuração da situação financeira de uma organização em determinado instante, normalmente o último dia do período contábil (geralmente de um ano). Representa, num quadro de duas seções, o saldo das contas nos três grupos de contas estáticas: Ativo, Passivo e Patrimônio Líquido. Compõe-se de duas grandes partes:

- o Ativo, à esquerda, registra os bens e direitos da instituição, isto é, o que ela já possui e o que ela tem a receber;
 - o Passivo, à direita, registra as obrigações, ou dívidas, e o Patrimônio Líquido, que é a parte pertencente aos proprietários.
-

Como o Patrimônio Líquido representa a diferença entre o Ativo e o Passivo Exigível, os dois lados de um balanço estão sempre em equilíbrio, ou seja, seus totais são sempre iguais. Isso não ocorre por magia ou arbitrariamente, mas resulta do conceito básico da dupla partida: a todo crédito corresponde obrigatoriamente um ou mais débitos, e vice-versa. Outra interpretação desse equilíbrio remete à visão do Passivo como origem de recursos, do Ativo como utilização desses recursos, e do Patrimônio Líquido como o aporte dos proprietários - e o que “sobra” para eles quando a empresa é fechada: todo bem ou direito (Ativo) tem necessariamente que ser obtido - melhor dizendo, financiado - de terceiros (Passivo Exigível) ou dos proprietários (Patrimônio Líquido).

Os itens do Ativo e do Passivo estão sempre classificados de acordo com os prazos de realização ou de pagamento, isto é, o tempo que levam normalmente para se transformar em dinheiro. Assim, temos no Ativo o *Realizável a curto prazo* (também chamado de *Ativo circulante*), o *Realizável a longo prazo* e o *Permanente* (bens e direitos que normalmente não são transformados em dinheiro e constituídos de bens ativos *imobilizados*, como edifícios, máquinas e equipamentos); no Passivo, temos o *Exigível a curto prazo* (ou *Passivo circulante*) e o *Exigível a longo prazo*. O quadro 3 apresenta um exemplo de balanço simplificado com essas classificações e as principais contas incluídas em cada grupo.

Quadro 3
Exemplo de balanço simplificado em 31/12/96

ATIVO		PASSIVO	
REALIZÁVEL A CURTO PRAZO		EXIGÍVEL A CURTO PRAZO	
Disponível	500	Empréstimos	1.250
Aplicações financeiras	850	Fornecedores	630
Contas a receber	1.085	Obrigações tributárias	250
Estoques	420	Outras contas a pagar	<u>510</u>
Adiantamentos concedidos	155		2.640
Despesas antecipadas	130	EXIGÍVEL A LONGO PRAZO	
Outros créditos	90	Empréstimos	825
	<u>3.230</u>	Debêntures	<u>500</u>
REALIZÁVEL A LONGO PRAZO			1.325
Aplicações	<u>230</u>	PATRIMÔNIO LÍQUIDO	
	230	Capital social	3.000
PERMANENTE		Lucros acumulados	<u>870</u>
Edifícios e instalações	1.550		3.870
Máquinas e equipamentos	2.075		
Diferido	<u>750</u>		
	4.375		
TOTAL DO ATIVO	7.835	TOTAL DO PASSIVO	7.835

Demonstração de resultados

A *demonstração de resultados* mostra a receita obtida com a venda dos serviços prestados (ou de produtos) e o custo das despesas relativas a essa prestação durante o exercício encerrado na data do balanço. O saldo final – a diferença entre Receita e Despesa – constitui o lucro (ou prejuízo) do exercício. Já que esse lucro (ou prejuízo) vai “enriquecer” (ou “empobrecer”) os proprietários da organização, representa a mudança no Patrimônio Líquido, resultante das atividades operacionais durante o período. Um exemplo simplificado de demonstração de resultados é dado no quadro 4. Receitas e despesas operacionais são aquelas diretamente relacionadas com a atividade-fim da empresa; por exemplo, as despesas financeiras e receitas de aluguéis constituem despesas e receitas não-operacionais para um hospital.

Balancete

Um *balancete* é um balanço parcial de uma escrituração contábil ou uma posição intermediária (por exemplo, mensal) do próprio balanço.

Quadro 4

Exemplo de demonstração de resultados Exercício encerrado em 31/12/96

RECEITA BRUTA DE VENDAS OU SERVIÇOS	1.000
(-) Abatimentos, devoluções, glosas	45
(-) Impostos faturados	50
RECEITA LÍQUIDA DE VENDAS OU SERVIÇOS	905
(-) Custos dos serviços	
Material médico-hospitalar	135
Outros materiais	75
Mão-de-obra direta	190
Honorários médicos	55
LUCRO BRUTO	450
(-) Despesas operacionais	
Despesas administrativas	125
Despesas com vendas e propaganda	20
Despesas gerais	80
Depreciações não incluídas no custo	175
LUCRO OPERACIONAL	50
(+/-) Receitas e despesas não-operacionais	10
(+/-) Correção monetária do balanço	25
(+/-) Despesas financeiras	(35)
LUCRO ANTES DO IMPOSTO DE RENDA	50
(-) Imposto de renda	10
LUCRO LÍQUIDO	40

As demonstrações financeiras fornecem informações valiosas sobre a situação ou posição financeira dos serviços e o fluxo monetário em termos de receitas e despesas. Essas informações interessam aos proprietários da organização,

ou seja, à entidade mantenedora, oficial ou privada, para que ela saiba como está sendo administrado e os resultados financeiros obtidos; interessam também aos parceiros externos ou internos da organização – fornecedores, bancos, clientes, e até aos empregados –, que querem conhecer a “saúde financeira” da empresa para quem estão vendendo, concedendo crédito, ou de quem estão comprando (Maudonnet, 1988).

Outro demonstrativo bastante útil é o chamado *Demonstrativo de Origens e Aplicações de Recursos* (ou de usos e fontes), que, como o nome indica, apresenta de forma resumida de onde vêm os recursos utilizados pela instituição durante o período (as origens) e onde foram utilizados. Basicamente, constituem origens de recursos os aumentos de Patrimônio Líquido e de Exigível a Longo Prazo, e constituem aplicações os aumentos no Ativo Imobilizado, bem como no Realizável a Longo Prazo. A diferença entre origens e aplicações resulta em variações no Capital Circulante Líquido, que nada mais é do que o excedente do Ativo Circulante sobre o Passivo Circulante. Esse relatório, exemplificado no quadro 5, é dos mais úteis para o gerente financeiro e outros interessados no desempenho financeiro da instituição, pois transforma o balanço, um relatório estático, numa informação dinâmica sobre as mudanças ocorridas nos principais grupos de contas. Em outras palavras, o relatório indica onde foram levantados os recursos obtidos durante o ano e onde foram aplicados.

Depreciação

O conceito de depreciação é de uso muito freqüente e importante. Significa a perda progressiva da eficiência funcional de bens imobilizados como edifícios, máquinas, instalações, veículos, etc. Essa perda de valor se dá pelo desgaste do bem devido ao uso, seu “envelhecimento”, e à obsolescência tecnológica. A maior parte dos ativos imobilizados, com exceção de terrenos e obras de arte, têm vida útil limitada, ou seja, serão úteis à empresa por um certo número de anos ou períodos contábeis, após o que o bem deverá ser substituído. Para a contabilidade, a depreciação anual de um bem é a parte do valor do bem que corresponde ao desgaste estimado para o ano. Por exemplo, se um equipamento tem vida útil estimada de dez anos, será lançado como depreciação anual um décimo do valor inicial do equipamento, reduzindo-se dessa forma o seu valor contábil, até que no final do décimo ano tenha valor residual zero.

Embora não seja um desembolso (o desembolso ocorre na aquisição do bem), a depreciação certamente constitui um custo (o desgaste e a obsolescência são reais) e, portanto, o valor anual da depreciação de um bem deve ser lançado como despesa e a crédito da conta do bem, diminuindo seu valor. Para lançar essa depreciação, é necessário resolver três questões: a estimação da vida útil do bem; a escolha do método de depreciação (existem vários, que resultam em valores diferentes de depreciação); e a escolha da base de cálculo. O lançamento da depreciação como despesa naturalmente reduz o lucro da organização, sobre o qual pagará imposto de renda; assim, a Receita Federal só aceita alguns dos métodos de cálculo de depreciação.

Quadro 5
Exemplo de demonstrativo de origens e aplicações de recursos
Exercício encerrado em 31/12/96

	SALDO 1995	SALDO 1996	VARIAÇÃO
ORIGENS DE RECURSOS			
Recursos de acionistas/proprietários			
Aumento de capital	3.000	3.000	0
Lucro do exercício	830	870	40
Recursos de terceiros			
Acréscimo no Exigível a Longo Prazo	1.050	1.325	275
TOTAL DAS ORIGENS	-	-	315
APLICAÇÕES DE RECURSOS			
Adições ao Ativo Imobilizado	4.765	5.150	385
Aumento no diferido	750	750	0
Acréscimo no Realizável a Longo Prazo	195	230	35
(-) Itens que não representam movimento de Capital Circulante			
Depreciação e amortização	(1.350)	(1.525)	(175)
TOTAL DAS APLICAÇÕES	-	-	245
AUMENTO (REDUÇÃO) NO CAPITAL CIRCULANTE LÍQUIDO	520	590	70
Ativo Circulante	3.065	3.230	
(-) Passivo Circulante	2.545	2.640	

Obs.: As colunas de saldo normalmente não fazem parte da demonstração; foram incluídas para mostrar o cálculo feito para se chegar às origens e aplicações propriamente ditas, mostradas na coluna "Variação".

A contabilidade como sistema de informação

Uma das funções mais importantes da contabilidade é o seu entendimento como sistema gerador de informações importantes para a adequada administração e controle das instituições de saúde. As demonstrações contábeis fornecem informações no estado bruto; por isso, são necessários instrumentos de análise dessas demonstrações para que os aspectos mais importantes possam ser ressaltados e analisados com maiores detalhes. O item sobre controle e avaliação financeiras (página 69) apresenta as técnicas mais importantes de análise financeira.

Diretores de estabelecimentos e instituições de saúde, e os gerentes financeiros em particular, estão cada vez mais se conscientizando do potencial da contabilidade como instrumento indispensável de apoio à decisão, através da *contabilidade gerencial* ou *administrativa*, que prepara as informações contábeis de acordo com a necessidade de controle e tomada de decisão. Por exemplo, a utilidade de uma contabilidade dirigida para a estimativa dos custos dos serviços está cada vez mais clara (a apuração de custos será discutida no capítulo sobre custos dos serviços de saúde). A contabilidade auxilia no controle do desempenho da instituição, permitindo a comparação do que foi previsto com o que está sendo realizado.

Contabilidade no setor público

As características descritas acima dizem respeito à contabilidade em geral e valem tanto para organizações privadas quanto para instituições públicas, para serviços de saúde ou qualquer outro setor de atividade. A contabilidade do setor público segue basicamente os mesmos princípios, com algumas particularidades. A principal é que na administração direta ela tem a característica de estar intimamente associada ao orçamento de uma forma que discutiremos mais adiante.

A Lei 4.320/64 determina em seu artigo 85 as responsabilidades dos serviços de contabilidade no setor público:

“Os serviços de contabilidade serão organizados de forma a permitir o acompanhamento da execução orçamentária, o conhecimento da composição patrimonial, a determinação dos custos dos serviços industriais, o levantamento dos balanços gerais, a análise e interpretação dos resultados econômicos e financeiros.”

A contabilidade do setor público brasileiro segue um plano de contas quase idêntico nos três níveis de governo. O plano de contas está organizado em torno de dois critérios de classificação: por natureza da conta e por função, conforme mostrado nos quadros 6 e 7. O primeiro critério considera o tipo ou natureza de receita/despesa, e o segundo, o objetivo ou utilização a que essa receita ou despesa se presta. Uma distinção importante na estrutura de contas é aquela entre Despesas (e Receitas) Correntes, relativas à manutenção de atividades continuadas, e Despesas (e Receitas) de Capital, que se referem à formação de capital ou adição de valor ao patrimônio existente, incluindo todos os investimentos em obras, instalações e equipamentos.

Quadro 6

Classificação de despesas e receitas por natureza econômica

RECEITAS CORRENTES

RECEITAS TRIBUTÁRIAS

- Impostos
 - Impostos sobre comércio exterior
 - Impostos sobre patrimônio e renda
 - Imposto sobre produção e circulação
- Taxas
- Contribuições de melhoria

RECEITA DE CONTRIBUIÇÕES

- Contribuições sociais
- Contribuições econômicas

RECEITA PATRIMONIAL

- Receitas imobiliárias
- Receitas de valores mobiliários
- Receitas de concessões e permissões

RECEITA AGROPECUÁRIA

RECEITA INDUSTRIAL

RECEITAS DE SERVIÇOS

TRANSFERÊNCIAS CORRENTES

- Transferências intragovernamentais
 - Transferências da União
 - Transferências dos Estados
 - Transferências dos municípios
- Transferências intergovernamentais
 - Transferências da União
 - Transferências dos Estados
 - Transferências dos municípios
- Transferências de instituições privadas
- Transferências do exterior
- Transferências de pessoas
- Transferências de convênios

OUTRAS RECEITAS CORRENTES

- Multas e juros de mora
- Indenizações e restituições
- Receita da dívida ativa
- Receitas diversas

RECEITAS DE CAPITAL

OPERAÇÕES DE CRÉDITO

- Operações de crédito internas
- Operações de crédito externas

ALIENAÇÃO DE BENS

- Alienação de bens móveis
- Alienação de bens imóveis

AMORTIZAÇÃO DE EMPRÉSTIMOS

TRANSFERÊNCIAS DE CAPITAL

- Transferências intragovernamentais
 - Transferências da União
 - Transferências dos Estados
 - Transferências dos municípios
- Transferências intergovernamentais
 - Transferências da União
 - Transferências dos Estados
 - Transferências dos municípios
- Transferências de instituições privadas
- Transferências do exterior
- Transferências de pessoas
- Transferências de outras instituições públicas
- Transferências de convênios

OUTRAS RECEITAS DE CAPITAL

DESPESAS CORRENTES

DESPESAS DE CUSTEIO

- Pessoal
 - Pessoal civil
 - Pessoal militar
 - Obrigações patronais
- Material de consumo
 - Gêneros alimentícios
 - Combustíveis e lubrificantes
 - Medicamentos
 - Material cirúrgico
 - Material radiológico
 - Produtos químicos
 - Material de limpeza
 - Têxtil e vestuário
 - Material de escritório
 - Material de manutenção
- Serviços de terceiros
 - Remuneração de serviços pessoais
 - Outros serviços e encargos
 - Transportes
 - Comunicações
 - Utilidade pública
- Diversas despesas de custeio
 - Despesas de exercícios anteriores

TRANSFERÊNCIAS CORRENTES

- Transferências intragovernamentais
 - Transferências operacionais
 - Subvenções econômicas
 - Contribuições correntes
 - Contribuições a fundos
- Transferências intergovernamentais
 - Transferências à União
 - Transferências a Estados e DF
 - Transferências a municípios
 - Transferências a instituições multigovernamentais
- Transferências a instituições privadas
- Transferências ao exterior
- Transferências a pessoas
- Encargos da dívida interna
- Encargos da dívida externa
- Contribuições para PASEP
- Diversas transferências correntes

DESPESAS DE CAPITAL

INVESTIMENTOS

- Obras e instalações
- Equipamentos e material permanente
- Investimentos em regime de execução especial
- Constituição ou aumento de capital de empresas industriais ou agrícolas
- Investimentos diversos

INVERSÕES FINANCEIRAS

- Aquisição de imóveis
- Aquisição de outros bens de capital
- Aquisição de bens para revenda
- Aquisição de títulos de crédito
- Aquisição de títulos representativos de capital já integralizado
- Constituição ou aumento de capital de empresas comerciais ou financeiras
- Concessão de empréstimos
- Depósitos compulsórios
- Diversas inversões financeiras

TRANSFERÊNCIAS DE CAPITAL

- Transferências intragovernamentais
- Transferências intergovernamentais
 - Transferências à União
 - Transferências a Estados e DF
 - Transferências a municípios
- Transferências a instituições privadas
- Transferências ao exterior
- Amortização da dívida interna
- Amortização da dívida externa
- Diferenças de câmbio
- Diversas transferências de capital

No setor público trabalha-se normalmente com três tipos de demonstrações de acordo com três subsistemas contábeis: orçamentárias (relativas à execução do orçamento), financeiras (referentes a recebimentos e pagamentos efetuados) e patrimoniais (concernentes à composição do patrimônio da entidade). Os principais demonstrativos contábeis utilizados são listados a seguir e estão exemplificados ao fim deste capítulo:

- *balanço orçamentário*, que demonstra as receitas e despesas previstas em confronto com as realizadas;
- *balanço financeiro*, que demonstra a receita e a despesa orçamentárias, bem como os recebimentos e os pagamentos de natureza extraorçamentária, conjugados com os saldos em espécie provenientes do exercício anterior e os que se transferem para o exercício seguinte;
- *balanço patrimonial*, que demonstra os direitos e obrigações da entidade, distinguindo o ativo financeiro, o ativo permanente, o passivo financeiro, o passivo permanente, o saldo patrimonial e as contas de compensação³;
- *demonstração das variações patrimoniais*, que nada mais é do que um tipo de demonstração de usos e fontes, indicando os recursos efetivamente obtidos e os recursos aplicados durante o período;
- *demonstração da receita orçamentária*, que registra a realização das diversas fontes de receita previstas no orçamento, com a devida comprovação;
- *demonstração do movimento extraorçamentário*, que registra toda a movimentação das contas não previstas no orçamento;
- *demonstração dos saldos bancários*, um relatório diário que informa o saldo de cada conta bancária no final do expediente;
- *boletim diário da tesouraria*, que constitui uma síntese do movimento financeiro do dia. Mostra os totais gerais das receitas ou despesas orçamentárias e extraorçamentárias, o movimento bancário, bem como os saldos disponíveis no início e no final do dia. A disponibilidade em caixa é demonstrada segundo as espécies de valores que a compõem: moeda corrente, cheques de emissão própria e cheques de terceiros (Angélico, 1991).

Na verdade, a contabilidade do setor público é quase sempre associada ao processo de elaboração e execução do orçamento (veja o próximo capítulo – página 59). Por tradição, a contabilidade do setor público – pelo menos na administração direta – reduz-se praticamente ao registro da execução orçamentária.

3. Apesar da nomenclatura algo diferente da apresentada anteriormente, as diferentes partes desse balanço correspondem em parte aos agrupamentos de contas de um balanço de empresa, como se pode verificar no quadro 7.

Ou seja, reduz-se a lançar em livros ou documentos próprios as operações de empenhamento e realização de despesa e transferências financeiras entre contas, itens ou unidades de despesa. Ela intervém, assim, em três momentos principais:

- no momento do empenhamento da despesa (veja no capítulo seguinte as etapas do processo orçamentário público); nessa oportunidade, os serviços de contabilidade, através de seção competente, verificam se foram cumpridas todas as exigências legais e regulamentares de âmbito federal, estadual, local e interno. A autenticação de uma nota de empenho pelos serviços da contabilidade gera a presunção de que o processamento da despesa até aquele momento é perfeito;
- no estágio da liquidação, a despesa é novamente submetida ao crivo dos serviços de contabilidade. Estando em condições, o processo será informado e encaminhado à autoridade competente para a autorização de pagamento;
- finalmente, toda a despesa paga é analisada pela contabilidade antes de ser registrada.

ORÇAMENTO

Este item trata do processo de preparação e execução de um orçamento, apresentando inicialmente os princípios gerais do orçamento e em seguida as características peculiares do processo orçamentário no setor público.

O orçamento pode ser definido como uma técnica de previsão e programação financeira em que se definem objetivos financeiros e os meios para atingi-los. O processo orçamentário é aquele através do qual o orçamento é elaborado, revisto, aprovado, executado e avaliado.

Princípios e objetivos do orçamento

O orçamento é um plano de ação integrado e coordenado, normalmente de periodicidade anual, expresso em valores monetários. Define basicamente como os recursos necessários vão ser levantados e como serão utilizados nas várias atividades desenvolvidas pela instituição. Implica o estabelecimento de padrões de desempenho que auxiliam a administração a alcançar os objetivos da instituição. Adequadamente preparado e implementado, obriga e facilita o planejamento gerencial, formaliza expectativas futuras que constituem o gabarito para o controle, promovendo a comunicação e coordenação entre os diversos segmentos da instituição.

O orçamento nunca é um produto acabado, nem sua finalidade se esgota na aprovação da proposta orçamentária. É um instrumento dinâmico, sujeito a revisões constantes à medida que o exercício financeiro avança. Sua maior utilidade é servir de balizamento para o que ocorre com a instituição e suas finanças ao longo do ano. Os dados do orçamento servem de padrão para comparar os resultados reais (“executados” ou “realizados”) das unidades da organização.

Sem esse ponto de referência, a administração não teria nada além do passado para medir os resultados do presente.

Na verdade, o orçamento nada mais é do que a expressão financeira de um plano de ação, necessariamente mais detalhado, que fornece a direção para a vida financeira da instituição. O orçamento traduz as estratégias traçadas em metas operacionais e financeiras de curto prazo e é, portanto, parte importante do processo de planejamento e controle da administração. Algumas das principais vantagens da utilização do orçamento podem ser assim resumidas:

- dirigir as atividades de modo a atingir os objetivos da instituição;
- antecipar os problemas antes de se tornarem agudos, de modo a permitir correções de curso;
- controlar os custos, melhorar a eficiência, a produtividade e eliminar desperdícios;
- poupar o tempo dos administradores, através do princípio da administração por exceção (só requer intervenção o evento não programado ou que ocorre diferentemente do previsto).

Etapas e procedimentos

O processo orçamentário tem sete etapas básicas:

- a fixação dos objetivos técnicos e financeiros, levando em conta os atuais pontos fortes e fracos da instituição, e detalhamento de metas;
 - programação das atividades a serem desenvolvidas para atingir esses objetivos, com previsão dos recursos físicos, humanos e financeiros necessários à sua consecução, em quantidades e valores monetários;
 - elaboração da proposta final de orçamento, com base nos objetivos e atividades programadas; essa proposta deve em princípio incluir demonstrações financeiras projetadas e a especificação da origem dos recursos necessários;
 - discussão e aprovação do orçamento pelos órgãos ou instâncias competentes (no setor público, o orçamento deve ser votado pelo Poder Legislativo e aprovado pelo Executivo);
 - execução do orçamento, com acompanhamento e controle sistemáticos, enfocando a análise de discrepâncias e conseqüente revisão do orçamento;
 - controle e avaliação do que foi ou está sendo realizado, com ajuste do orçamento, se necessário (retroalimentação);
 - prestação de contas aos órgãos encarregados da fiscalização do uso de recursos (Conselho, Secretaria de Finanças, Tribunal de Contas, etc.), normalmente pela apresentação de relatórios padronizados.
-

Percebe-se pelas etapas mencionadas que o processo orçamentário não pode ocorrer de forma desvinculada do planejamento como um todo, que é responsável pela definição dos objetivos técnicos e programação das atividades. As duas primeiras etapas em particular são, na verdade, estágios do processo de planejamento em geral. A desvinculação entre planejamento e orçamento produz incoerências entre prioridades e objetivos programáticos e a distribuição dos recursos financeiros, podendo comprometer o desenvolvimento efetivo das ações planejadas.

O processo orçamentário é dinâmico, na medida em que a avaliação, revisão e redefinição dos valores orçados ocorre continuamente. É também um processo de duplo sentido: de baixo para cima fluem as programações baseadas nas necessidades, enquanto de cima para baixo são estabelecidos os objetivos, prioridades e políticas gerais da instituição, além dos limites de recursos disponíveis. A proposta orçamentária final é o resultado do encontro e harmonização dos dois movimentos. O orçamento geral da instituição é geralmente detalhado em relação às unidades administrativas, com cada unidade recebendo sua *dotação orçamentária*.

Um processo orçamentário eficiente e apropriado requer um sistema de planejamento adequado e um sistema de informações capaz de disponibilizar as informações técnicas e financeiras necessárias. Assim, para a consecução do orçamento nas instituições de saúde, há necessidade de alguns pré-requisitos, dentre os quais se destacam: uma estrutura organizacional bem definida, um sistema contábil adequado, dados estatísticos básicos e um plano ou manual de orçamento formal.

A mecânica de cálculo de qualquer orçamento é sempre e basicamente a mesma, e de princípio bastante simples:

- projetar a produção dos diversos programas e serviços com base na necessidade/demanda da população, bem como as prioridades e políticas da instituição;
- estimar a quantidade de insumos – pessoal, materiais, serviços de terceiros, equipamentos, etc. – necessária à consecução das metas de produção;
- valorizar as necessidades de insumos em termos monetários, tomando por base o custo unitário calculado pela estrutura e comportamento dos custos da instituição.

Nota-se aqui a importância de se conhecer os custos dos diversos serviços ou atividades/programas. Na ausência dessa informação, podem-se utilizar os custos médios de outras instituições ou uma estimativa de custo unitário baseada na metodologia do custo padrão (veja capítulo sobre custos dos serviços de saúde na página 77). De qualquer forma, a simples projeção de dados históricos de despesas deve ser evitada, pois implica desprezar a essência mesma do orçamento,

a saber: o planejamento de necessidades financeiras com base numa programação operacional orientada por um diagnóstico de necessidades e prioridades.

Tipos de orçamento

Existem vários tipos ou formas de orçamento, cada um deles dirigido para uma finalidade específica. É útil fazer as seguintes distinções:

1. Orçamento de operações versus orçamento de investimentos

Em geral, é conveniente separar o orçamento destinado às operações da instituição, isto é, aquelas destinadas às suas atividades diárias e rotineiras, da programação de investimentos que define novas atividades, projetos e investimentos físicos e carece de um orçamento próprio.

2. Orçamento global versus orçamentos específicos

Além do orçamento global, que abarca todos os aspectos da instituição, podem-se elaborar orçamentos específicos mais detalhados, que preparam, detalham e facilitam a elaboração do orçamento global: de receitas, de despesas, de pessoal, de materiais, etc. Nesse caso, o orçamento global será o resultado da consolidação dos orçamentos parciais.

3. Orçamento base zero versus orçamento incremental

O orçamento base zero é um processo operacional de planejamento e orçamento que exige de cada administrador a fundamentação da necessidade dos recursos solicitados, como se se fizesse “tábula rasa” a cada exercício orçamentário: os orçamentos de anos anteriores não constituem justificativa para o novo orçamento. Toda atividade que necessita de recursos deve ser justificada como se fosse nova. Ao contrário, o orçamento incremental parte do orçamento do exercício anterior e requer apenas a justificativa dos itens em que haja variação.

O processo de orçamento base zero baseia-se na preparação de “pacotes de decisão” ou conjuntos de atividades, que deverão ser integralmente justificados; essa justificativa se faz, em princípio, pela comparação entre os custos do pacote ou programa e seus resultados esperados. Essa comparação implica a identificação de uma função ou objetivo, das conseqüências da não execução daquela função, dos rumos alternativos de ação, dos custos e benefícios do pacote, de medidas de desempenho e dos tipos de alternativas (Kohama, 1989).

O controle da execução orçamentária

A execução orçamentária consiste em arrecadar/receber os recursos financeiros das diversas fontes e realizar as despesas de acordo com a necessidade e, dentro do possível, de acordo com o que foi programado e orçado. Qualquer desvio entre o realizado e o orçado deve ser investigado para descobrir suas causas. Dois aspectos principais devem merecer atenção: diferenças de valor, para mais ou para menos, e desvios temporais (realização antes ou depois do previsto).

A ocorrência de desvios em relação ao orçamento não constitui um problema em si e pode até ser um ponto positivo (por exemplo, se uma arrecadação for maior que o previsto ou se a produtividade for mais alta). Mas sua ocorrência significa que algo se deu de modo diferente do esperado, e investigar o porquê desse desvio pode ajudar a diagnosticar os problemas antes que eles se tornem críticos; essa é a verdadeira razão para o monitoramento sistemático da execução orçamentária. Por exemplo, quando uma unidade ou programa não usa toda a dotação orçamentária que lhe foi alocada. Dependendo da razão da não-utilização pode ser uma boa notícia (se a unidade reduziu o custo de produção dos serviços) ou má (se ela não conseguiu aplicá-la por falhas internas ou problemas externos, como uma greve de funcionários).

Já vimos que na sua elaboração, o orçamento constitui um instrumento central do planejamento, que fornece direção e metas para o desenvolvimento das atividades e explicita o montante de recursos disponível para cada atividade e/ou unidade. Agora vemos que na sua execução o orçamento realiza a sua segunda função: como instrumento essencial de controle e avaliação financeiros.

Orçamento nas instituições públicas: o orçamento-programa

Como vimos, o orçamento constitui o elemento central, e às vezes único, da gestão financeira das instituições públicas brasileiras. O processo orçamentário do setor público brasileiro está baseado numa estrutura administrativo-financeira formada por *unidades orçamentárias* e *unidades de despesa*. Unidade orçamentária é uma unidade administrativa com dotação orçamentária própria, ao passo que uma unidade de despesa não possui dotação orçamentária – as despesas que realiza entram como parte das despesas de uma outra unidade, esta sim *orçamentária*. A base legal para o processo orçamentário do setor público é a Lei Federal nº 4.320, de 17 de março de 1964, que estabelece normas gerais de direito financeiro para a elaboração e controle dos orçamentos e balanços públicos. Anualmente, as leis orçamentárias resultantes da aprovação do orçamento podem introduzir modificações menores nessa legislação básica.

O principal instrumento de gestão e controle financeiro do setor público tem sido, nos últimos trinta anos, uma modalidade particular de orçamento chamada *orçamento-programa*. Originariamente, o orçamento-programa é um instrumento de planejamento financeiro e operacional estruturado em torno de uma *classificação funcional-programática*, ou seja, uma estrutura hierarquizada de funções, programas, projetos e atividades (uma versão reduzida dessa classificação é apresentada no quadro 7, página 46). Nessa modalidade de orçamento, os recursos financeiros vinculam-se direta ou indiretamente aos diversos objetivos/funções a serem alcançados, além das unidades administrativas encarregadas de executá-las. Para cada função e programa devem-se prever os recursos necessários ao desenvolvimento de todas as atividades relacionadas com ela.

A alocação de recursos se dá, portanto, de uma forma bastante detalhada, e o orçamento serve também como mecanismo de repasse de recursos entre os diversos níveis de governo e/ou várias instituições públicas. O orçamento-pro-

grama é o instrumento fundamental de planejamento e alocação de recursos do setor público e, pelo menos teoricamente, permite e favorece melhor controle gerencial, o acompanhamento das atividades, e facilita a tomada de decisão. Na realidade, a centralização do poder decisório e a rigidez dos controles financeiros vigentes têm feito com que o orçamento-programa se transforme mais num mecanismo de repasse financeiro do que num instrumento de planejamento e controle financeiros efetivos.

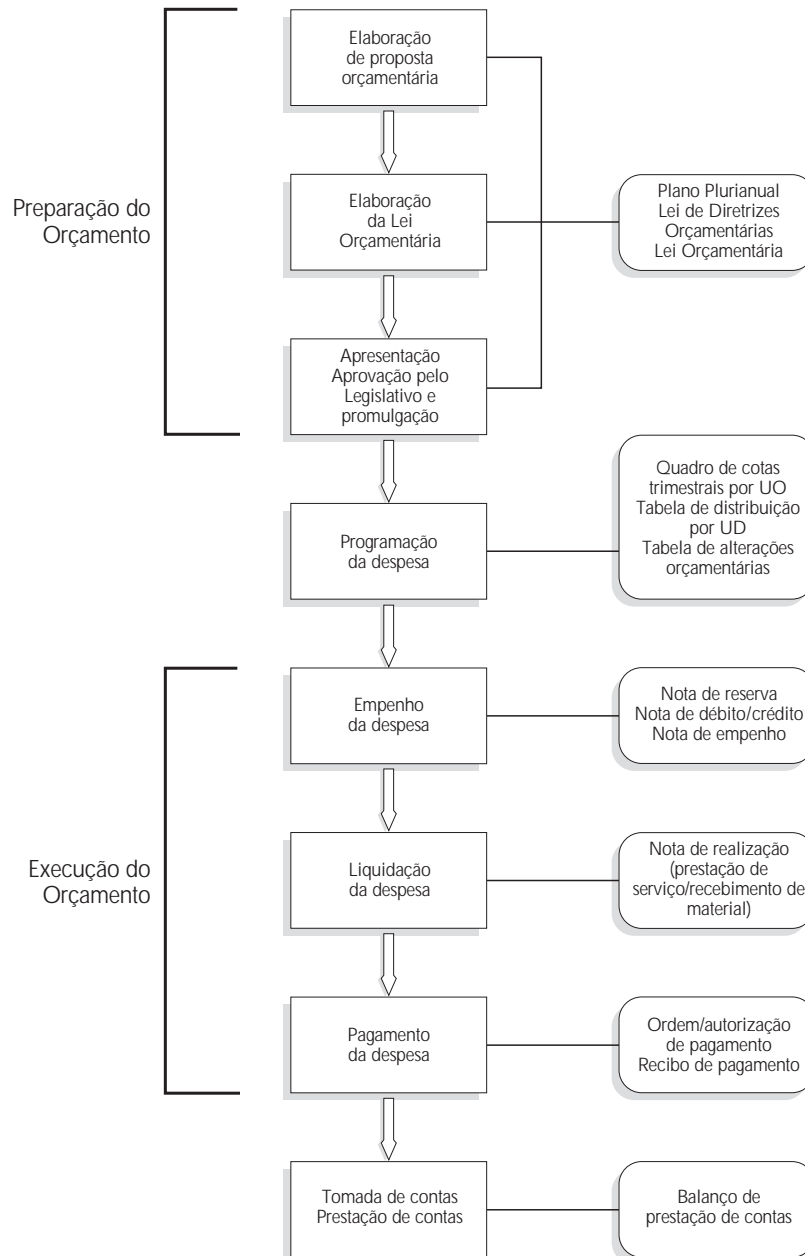
Segundo a Lei 4.320/64, o Poder Executivo de cada esfera de governo deve encaminhar anualmente ao Legislativo uma proposta orçamentária, com mensagem expositiva e justificativa, projeto de lei de orçamento, tabelas explicativas e especificação dos programas especiais de trabalho custeados por dotações globais. A Constituição de 1988 introduziu modificações no processo orçamentário, definindo três documentos a serem apresentados na proposta, cada um devendo ser apresentado como projeto de lei para aprovação da Câmara.

- O Plano Plurianual (PPA) define as diretrizes, os objetivos e as metas de trabalho da administração pública para um período de quatro anos, tanto para as receitas/despesas de custeio quanto de capital; os diversos programas e objetivos devem ser discriminados em anexos, assim como o diagnóstico da situação atual com cada programa proposto.
- A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) define e prioriza as metas para o ano seguinte e orienta a elaboração da lei orçamentária.
- A Lei Orçamentária (LO) estabelece o programa de atividades para o ano seguinte, definindo a respectiva alocação de recursos; estima receitas e fixa despesas; compreende o orçamento fiscal da administração direta e indireta, o orçamento de investimentos das empresas públicas e o orçamento da seguridade social (se o município possuir um instituto de previdência); representa um desdobramento e detalhamento do PPA e LDO; encaminhada até 30 de agosto e aprovada até 15 de dezembro.

Quando a elaboração da proposta orçamentária é descentralizada – como em muitas instituições públicas –, é fundamental a confecção de um manual que descreva detalhadamente os procedimentos a serem seguidos. Nesse caso, existe um processo de consolidação e harmonização ascendente dos diversos orçamentos por unidade administrativa, até se chegar ao orçamento consolidado. O SUS prevê a elaboração de programações operacionais e orçamentos de acordo com essa ótica.

As etapas do processo orçamentário estão descritas na figura 4.

Figura 4
Etapas do processo orçamentário



No orçamento-programa, o processo de planejamento-orçamento desenvolve-se em etapas algo distintas do orçamento em geral:

- diagnóstico da situação;
- apresentação de soluções alternativas para os problemas;
- estabelecimento de prioridades;
- definição de objetivos;
- determinação das atividades e metas para a concretização dos objetivos;
- determinação dos recursos humanos, materiais e financeiros necessários.

Como o orçamento-programa está estruturado em torno de objetivos, funções, programas e atividades, a explicitação e quantificação desses objetivos, atividades e metas se reveste de importância especial, antecede a elaboração do orçamento propriamente dito e constitui sua base. Isso requer um sistema de informações particularmente detalhado e preciso, aliando dados de natureza epidemiológica, produtiva (de serviços) e financeira.

Em tese, o orçamento por programa permite uma alocação de recursos de acordo com uma hierarquia de objetivos e prioridades e uma melhor articulação entre produção de serviços e disponibilidade de recursos. Na realidade, como já foi mencionado, a rigidez do processo e a centralização da autoridade decisória na maior parte do setor público brasileiro fazem com que essas vantagens do orçamento-programa sejam em grande parte anuladas. Mais recentemente, a implantação do SUS e o processo de municipalização têm permitido maior flexibilidade e descentralização do processo de planejamento e orçamento dos serviços públicos de saúde.

Outros critérios de classificação da despesa: institucional (por órgão, unidade orçamentária/de despesa, etc.), por programas e subprogramas (ênfase nos objetivos), projetos (novas atividades, investimentos) e atividades (ações continuadas).

Quadro 7
Classificação funcional-programática resumida

FUNÇÃO	PROGRAMA	SUBPROGRAMA
01. Legislativo	01. Processo Legislativo	001x. Ação Legislativa
	02. Fiscalização Financeira e Orçamentária Externa	002x. Controle Externo
02. Judiciário	04. Processo Judiciário	013x. Ação Judiciária
		014x. Defesa do Interesse Público
		015x. Custódia e Reintegração Social
03. Administração e Planejamento	07. Administração	020x. Supervisão e Coordenação Superior
		021x. Administração Geral
		022x. Documentação e Bibliografia
		023x. Divulgação Oficial
		024x. Informática
	08. Administração Financeira	025x. Edificações Públicas
		030x. Administração de Receitas
		031x. Assistência Financeira
		032x. Controle Interno
		033x. Dívida Interna
	09. Planejamento Governamental	034x. Dívida Externa
035x. Participação Societária		
040x. Planejamento e Orçamento		
042x. Ordenamento Econômico-Financeiro		
043x. Organização e Modernização Administrativa		
10. Ciência e Tecnologia	044x. Informações Geográficas, Estatísticas	
	045x. Estudos e Pesquisas Econômico-Sociais	
		...
04. Agricultura	13. Organização Agrária	066x. Reforma Agrária
		067x. Colonização
06. Defesa Nacional e Segurança Pública	26. Defesa Aérea	160x. Operações Aéreas
07. Desenvolvimento Regional	34. Programa de Integração Nacional (PIN)	180x. Programação Especial
08. Educação e Cultura	41. Educação da Criança de 0 a 6 Anos	185x. Creche
		190x. Educação Pré-Escolar
	42. Ensino Fundamental	187x. Erradicação do Analfabetismo
		188x. Ensino Regular

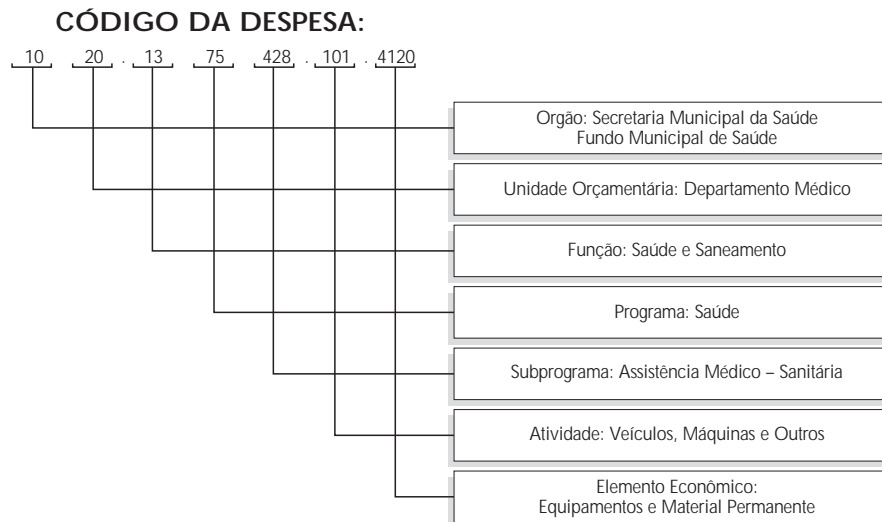
FUNÇÃO	PROGRAMA	SUBPROGRAMA
09. Energia e Recursos Minerais	51. Energia Elétrica	263x. Geração de Energia Hidrelétrica
		264x. Geração de Energia Termelétrica
		265x. Geração de Energia Termonuclear
10. Habitação e Urbanismo	57. Habitação	316x. Habitações Urbanas 317x. Habitações Rurais 323x. Planejamento Urbano
	58. Urbanismo	
	59. Regiões Metropolitanas	
	60. Serviços de Utilidade Pública	325x. Limpeza Pública 326x. Serviços Funerários 327x. Iluminação Pública 328x. Parques e Jardins
11. Indústria, Comércio, Serviços	62. Indústria	346x. Promoção Industrial 347x. Produção Industrial
12. Relações Exteriores	72. Política Exterior	410x. Relações Diplomáticas 411x. Cooperação Internacional
13. Saúde e Saneamento	75. Saúde	427x. Alimentação e Nutrição
		428x. Assistência Médica e Sanitária
		429x. Controle das Doenças Transmissíveis
		430x. Vigilância Sanitária
		431x. Produtos Profiláticos e Terapêuticos
	76. Saneamento	432x. Saúde Materno-Infantil
		447x. Abastecimento de Água
		448x. Saneamento Geral
	77. Proteção ao Meio Ambiente	449x. Sistemas de Esgotos
		455x. Defesa contra a Erosão
	456x. Controle da Poluição	
	457x. Defesa contra as Secas	
	458x. Defesa contra as Inundações	
	459x. Recuperação de Terras	
14. Trabalho	78. Proteção ao Trabalhador	470x. Seguro-Desemprego
		471x. Auxílio-Refeição
		472x. Vale -Transporte
	79. Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho	479x. Normatização e Fiscalização da Proteção no Trabalho
		480x. Prevenção do Acidente do Trabalho
	80. Relações do Trabalho	473x. Associativismo e Sindicalismo 474x. Fiscalização do Exercício Profissional

		475x. Fiscalização das Relações do Trabalho
		477x. Ordenamento do Emprego e do Salário
		478x. Serviço Social
15. Assistência e Previdência	81. Assistência	483x. Assistência ao Menor
		484x. Assistência ao Silvícola
		485x. Assistência à Velhice
		486x. Assistência Social Geral
		487x. Assistência Comunitária
	82. Previdência	492x. Previdência Social a Segurados
		493x. Previdência Social a Não Segurados
		495x. Previdência Social a inativos e Pensionistas
	83. Programa de Integração Social	
	84. PASEP	
16. Transporte	87. Transporte Aéreo	523x. Infra-Estrutura Aeroportuária
		524x. Controle e Segurança Tráfego Aéreo
		525x. Serviços de Transpor- te Aéreo

Obs.: Vários itens que não apresentam relação com a saúde não foram incluídos devido à exigüidade do espaço.

A parte da classificação funcional que mais nos interessa, a função Saúde e Saneamento, compreende três programas: Saúde, Saneamento e Proteção ao Meio Ambiente; o programa Saúde tem seis subprogramas: Alimentação e Nutrição, Assistência Médica e Sanitária, Controle das Doenças Transmissíveis, Vigilância Sanitária, Produtos Profiláticos e Terapêuticos e Saúde Materno-Infantil. Mas outras funções e programas também são úteis para as secretarias municipais da Saúde e qualquer unidade de saúde. São aquelas relacionadas com as atividades de apoio administrativo, ou seja, os subprogramas do programa 07 – Administração.

Figura 5
Exemplos de Códigos de Despesa de Saúde



Quadro 8
Exemplo de balancete do Fundo Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE _____ SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

PERÍODO _____

RESPONSÁVEL _____

RECEITA	VALOR R\$	%	DESPESA	VALOR R\$	%
RECURSOS DO TESOUREO MUNICIPAL Repasse SUS municipal Rendimentos			PESSOAL E ENCARGOS		
TRANSFERÊNCIAS INTERGOVERNAMENTAIS Repasse SUS federal Repasse SUS estadual Rendimentos			MATERIAL DE CONSUMO		
TRANSFERÊNCIAS DE PESSOAS Donativos			SERVIÇOS DE TERCEIROS		
RECEITAS PATRIMONIAIS			OBRAS		
OUTRAS RECEITAS			EQUIPAMENTOS		
TOTAL DA RECEITA			DESPESA DO EXERCÍCIO ANTERIOR		
DEPÓSITOS			AUXÍLIO DE DESPESA DE CAPITAL		
SALDO DO EXERCÍCIO ANTERIOR			DÍVIDAS		
TOTAL GERAL			SUBTOTAL		
			DESPESAS BANCÁRIAS		
			SALDO PARA O MÊS SEGUINTE		
			TOTAL GERAL		

RECEITA TOTAL DO MUNICÍPIO

RECURSOS PRÓPRIOS: R\$ _____ % APLICADA EM SAÚDE: _____

Quadro 9
Resumo geral da receita por fontes e despesas
por funções de Governo

RECEITAS	R\$	DESPESAS	R\$
1. RECEITAS CORRENTES		FUNÇÕES DE GOVERNO	
•		• Legislativo	
•		• Judiciário	
•		•	
2. RECEITAS DE CAPITAL		•	
•		• Saúde e Saneamento	
•		•	
•		•	
TOTAL		TOTAL	

Quadro 10
Consolidado por categoria econômica – receita e despesa

RECEITAS	R\$	DESPESAS	R\$
1. RECEITAS CORRENTES		1. DESPESAS CORRENTES	
• Receitas tributárias		• Despesas de custeio	
• Receitas de contribuições		• Transferências correntes	
•		•	
2. RECEITAS DE CAPITAL		2. DESPESAS DE CAPITAL	
• Operações de créditos		• Investimentos	
• Alienação de bens		• Inversões financeiras	
•		• Transferências de capital	
TOTAL		TOTAL	

Quadro 11
Demonstrativo mensal de execução orçamentária

PROJETO/ ATIVIDADE	NATUREZA DA DESPESA	CRÉDITO ORÇAMENTÁRIO	ALTERAÇÕES	CRÉDITOS AUTORIZADOS	DESPESA EMPENHADA	SALDO DE EMPENHOS	DESPESA LIQUIDADADA	SALDO DE LIQUIDAÇÕES	DESPESA PAGA

Quadro 12
Controle de execução orçamentária

ÓRGÃO: _____

ELEMENTO DESPESA: _____

UNIDADE: _____

PROJETO/ATIVIDADE: _____

VALOR DA DOTAÇÃO: _____

Nº DO PROCESSO	NOTA DE EMPENHO	DATA	FORNECEDOR	VALOR ESTIMADO	ALTERAÇÃO	SALDO	OBSERVAÇÃO

ADMINISTRAÇÃO DO CAPITAL DE GIRO

Este item introduz alguns conceitos importantes para o entendimento dessa área fundamental da gerência financeira que é a administração do capital de giro.

Conceito e componentes de capital de giro

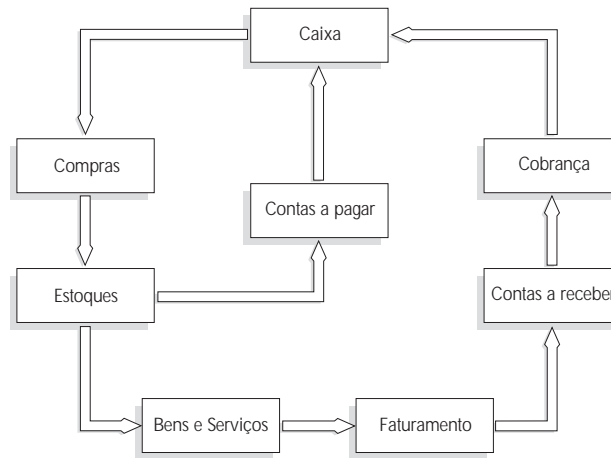
O capital de giro ou capital circulante é definido, no seu sentido mais restrito, como o total do Ativo Circulante (ou Realizável a Curto Prazo) da organização: caixa, títulos negociáveis, contas a receber e estoques; no seu sentido mais amplo, corresponde ao capital circulante líquido, que é a diferença entre Ativo Circulante e Passivo Circulante. A administração do capital de giro assume grande importância e toma muito tempo do administrador financeiro, devido ao imenso número de itens a serem acompanhados e controlados, como contas, estoques, etc. Além disso, é o capital de giro que torna os ativos fixos – equipamentos e instalações – produtores de serviços ou bens, pois é ele que permite comprar e manter estoques de insumos, pagar pessoal, consertar equipamentos, etc. Em outras palavras, é o total dos recursos de curto prazo necessários para fazer “girar” a empresa ou instituição no dia-a-dia.

A administração do capital de giro é, na verdade, a administração do *ciclo operacional* da instituição, ou seja, do ciclo correspondente à sua atividade básica. Para uma organização privada ou da administração indireta, o ciclo operacional, ou ciclo de caixa, é definido como o período que vai do ponto em que é feito um desembolso para aquisição de material ao ponto em que é recebido o dinheiro da venda ou prestação do serviço (Gitman, 1987). Esse ciclo também é válido para as instituições de saúde que “faturam” suas contas ao SUS, porém não para a parte de sua receita proveniente de dotações orçamentárias, em geral recebidas antes da realização da despesa.

O ciclo operacional, ilustrado na figura 6, tem uma duração variável, que depende do setor de atividade e de outros fatores próprios à instituição. Isso significa que, entre a compra de materiais e a entrada de caixa correspondente à cobrança ou reembolso das contas, decorre um certo período durante o qual recursos financeiros estão imobilizados na forma de estoques de materiais, de despesas de pessoal e outras despesas. Como essa imobilização de dinheiro tem um custo financeiro, uma das principais preocupações da administração do capital de giro é reduzir ao máximo a duração do ciclo operacional, pagando as contas no maior prazo possível, antecipando os recebimentos e girando os estoques com maior rapidez (Maudonnet, 1988).

O principal objetivo da administração do capital de giro é, portanto, a gestão do ciclo operacional, visando assegurar uma situação financeira estável e segura, garantindo a capacidade da instituição de pagar suas dívidas e uma utilização eficiente dos recursos disponíveis, com a manutenção do custo dos serviços sob controle.

Figura 6
Ciclo operacional da organização



Há quatro componentes do capital de giro que requerem administração específica:

- administração de caixa;
- administração de estoques;
- administração de contas a receber;
- administração de contas a pagar.

A articulação desses componentes no ciclo operacional é mostrada na figura 6.

Administração de caixa

A administração de caixa, também chamada de *gestão de tesouraria*, consiste no gerenciamento dos valores disponíveis em caixa (como dinheiro na própria instituição), contas bancárias e aplicações de curto prazo. Embora as instituições públicas de saúde não tenham tradição na administração sistemática de tesouraria, é um dos componentes da administração do capital de giro com a qual estão mais familiarizadas. Isso porque muitas unidades de saúde possuem uma verba – pequena, mas real – para pequenas compras e serviços e sobre a qual têm relativa autonomia de gestão (essa verba é às vezes chamada de “pronto pagamento”).

Uma compreensão e utilização mais sistemática das funções de tesouraria é prejudicada no setor público pela tradicional centralização da gestão de caixa (são as secretarias de Finanças que geralmente efetuam a maior parte dos pagamentos e gerem os fundos destinados à saúde) e pela proibição às unidades prestadoras de levantar recursos adicionais próprios. À medida que as institui-

ções de saúde (secretarias municipais da Saúde, estabelecimentos de saúde e outras) alcançam um grau de autonomia cada vez maior na gestão de seus recursos, o conhecimento e controle dos fluxos financeiros pela gestão de tesouraria passa a ser um elemento crítico da gestão dos recursos da saúde em nível local.

A gestão de tesouraria tem dois objetivos principais: primeiro, distribuir e manter o recurso financeiro disponível entre seus componentes – dinheiro em caixa, contas bancárias e aplicações de curto e médio prazo –, de tal forma a assegurar o pagamento de débitos (contas a pagar) no devido prazo, ao mesmo tempo em que procura maximizar o rendimento desse recurso (via aplicações financeiras). Ou seja, trata-se de manter um equilíbrio entre a segurança/liquidez e a rentabilidade/remuneração dos fundos disponíveis. A segurança recomenda manter o maior volume possível de dinheiro em caixa, bancos e aplicações de alta liquidez e curtíssimo prazo, mas estas são as aplicações que proporcionam a menor remuneração. Em segundo lugar, é preciso manter um controle rigoroso das entradas e saídas de recursos financeiros.

Tendo em vista os objetivos indicados, um instrumento essencial da gestão de tesouraria é o fluxo de caixa – um tipo de fluxo de fundos aplicado à previsão e controle da movimentação de caixa – devido à importância da previsibilidade das entradas e saídas de fundos. O fluxo de caixa demonstra em detalhe a previsão de entradas e saídas de caixa, com frequência geralmente diária. O quadro 13 é um exemplo de fluxo de caixa.

O montante de recursos a serem mantidos em caixa e bancos – contas que não são remuneradas – depende basicamente da previsão dos pagamentos imediatos, do volume de saldo médio a ser mantido na(s) conta(s) bancária(s) para usufruir de vantagens acordadas e de uma margem de segurança para enfrentar eventuais imprevistos. Todos os demais recursos, além do mínimo necessário e seguro, deverão ser aplicados para produzir rendimentos. Mas até esses recursos em aplicações devem ser mantidos em aplicações diferenciadas, com vencimentos variados, pois uma parte deles precisa estar disponível a curto prazo.

O capital de giro pode ser financiado basicamente por duas fontes de recursos: capital próprio (retratado no Patrimônio Líquido) e/ou endividamento. Capital próprio é o investimento do proprietário da organização (no serviço público, o próprio Estado). O endividamento pode ser utilizado, conjuntamente ou não, para financiar o capital de giro. Também é possível financiar o capital de giro por meio de contas a pagar ou crédito comercial, que são dívidas de curto prazo e surgem das transações operacionais.

Quadro 13
Exemplo de fluxo de caixa

DISCRIMINAÇÃO	MÊS					TOTAL
	1	2	3	4	5	
RECEBIMENTOS						
Vendas à vista						
Recebimento de duplicatas						
Empréstimos obtidos						
Outros recebimentos						
TOTAL						
DESEMBOLSOS						
Compras à vista						
Pagamento de duplicatas						
Pagamento de contratos						
Pagamento de empréstimos						
Pagamento de pessoal						
Impostos e taxas						
Outros pagamentos						
TOTAL						
AUMENTO/DIMINUIÇÃO DE CAIXA						
SALDO DE CAIXA						

Administração de faturamento e recebimentos

Uma empresa privada normalmente fatura a venda de seu produto (bem ou serviço) ao comprador para pagamento em um certo prazo. A administração dos recebimentos (ou Contas a Receber) é então de vital importância, pois eles representam a porta de entrada de grande parte das receitas. Para uma instituição de saúde, Contas a Receber são constituídas pelos montantes devidos pelos pacientes, ou seus agentes, por serviços prestados. No caso dos prestadores públicos de serviços de saúde (incluindo as SMS), esse processo se dá quando o atendimento aos pacientes do SUS é remunerado por intermédio de contas hospitalares e ambulatoriais – pagas após a prestação do serviço – ou quando o prestador atende pacientes particulares ou de planos de saúde privados e é reembolsado pelo serviço.

Manter recursos “parados” em Contas a Receber representa um custo significativo, pois não apenas a instituição não pode dispor desse recurso, enquanto não recebê-lo, para a produção de novos bens ou serviços, como para continuar produzindo durante esse período, ela precisa obter recursos de outras fontes – por exemplo, através de empréstimos bancários ou “desconto” em banco das duplicatas em seu poder. O custo associado à manutenção de um alto volume de recursos em Contas a Receber é, portanto, um custo real, que pode ser medido pelo custo do levantamento de um montante correspondente num banco. O

problema referente ao controle dos custos dos recebimentos reside na importância de controlar o período ou a duração do seu ciclo de pagamento. Quanto maior o período de pagamento das Contas a Receber, maior deve ser o investimento em capital de giro. Um indicador sintético desse período é o índice de Período Médio de Recebimento, que dá o número de dias de vendas imobilizado em Contas a Receber:

$$\text{PMR} = \frac{\text{Contas a Receber} \times 360 \text{ dias}}{\text{Total de Vendas Anual}}$$

Em instituições públicas de saúde, o volume de recursos em Contas a Receber depende normalmente de três fatores:

- a natureza e o custo dos serviços prestados (um serviço de maior valor naturalmente resulta em uma conta a receber maior);
- a proporção das contas a serem reembolsadas por organismos de previdência pública ou privada (que freqüentemente pagam suas contas com prazos maiores);
- a política de cobrança do serviço e a política de relacionamento e acompanhamento que o serviço tem com os organismos de previdência. Tais políticas incluem o acompanhamento do processo de cobrança e dos devedores duvidosos e de cobrança difícil.

A administração de recebimentos deve, portanto, perseguir um único objetivo, que é fundamental: reduzir o prazo entre a prestação do serviço (ou venda do bem) e o recebimento em caixa. Para isso, deve procurar:

- faturar as contas no menor prazo possível depois da prestação do serviço e encaminhá-las o quanto antes à instituição pagadora ou ao comprador dos serviços;
- evitar ou reduzir as contestações e glosas de contas faturadas; uma conta contestada ou glosada pode levar bastante tempo até ser resolvida e paga;
- negociar com o comprador/pagador prazos de pagamento mais curtos possíveis e zelar pelo recebimento das contas no prazo;
- reduzir o mais possível a proporção de Contas a Receber recebidas com atraso substancial ou que dificilmente serão recebidas (esta última é chamada de “devedores duvidosos”); em qualquer instituição sempre haverá uma parte das contas nessa situação – o importante é reduzi-la;

Gerenciamento de contratos e convênios

As secretarias municipais da Saúde estão pouco a pouco se firmando ao mesmo tempo como vendedores de serviços à Seguridade Social e/ou a outros

compradores institucionais de serviços (companhias seguradoras, planos privados de saúde, empresas com planos próprios autogeridos, etc.) e compradores de serviços de prestadores privados (hospitais e outros). O Ministério da Saúde e outros grandes compradores institucionais estabelecem regras próprias para o faturamento e cobrança de contas de serviços. Por outro lado, as SMS têm hoje autonomia para negociar uma tabela de preços diferenciada com os prestadores privados contratados ou conveniados.

Tudo isso faz com que a atividade de negociar, celebrar, monitorar e avaliar contratos e controlar o faturamento e cobrança das respectivas contas se torne bastante complexa, exigindo atenção especial e mecanismos de acompanhamento e controle sofisticados. No que se refere aos contratos com prestadores privados do SUS, essas atividades estão geralmente sob a responsabilidade de uma seção de Controle e Avaliação. No entanto, a atividade do Controle e Avaliação é sobretudo técnica, mais relacionada com uma auditoria médica; normalmente, não há uma unidade formalmente responsável pela administração propriamente dita desses e outros contratos e pelo monitoramento e controle dos prazos de recebimento.

Administração de pagamentos

A administração de pagamentos (ou de Contas a Pagar) se concentra principalmente na gestão das contas de fornecedores. Ela se parece bastante com a administração de Contas a Receber, com a qual deve estar bem sincronizada. No entanto, o objetivo aqui é o oposto daquele perseguido para as Contas a Receber. Trata-se de tentar obter dos fornecedores e de outros credores o maior prazo possível de pagamento ao menor custo, além de escalonar e acompanhar os vencimentos das contas a pagar (Maudonnet, 1988). Portanto, o gerente deve procurar:

- negociar com os fornecedores prazos de pagamento mais longos;
- obter descontos nos preços quando o prazo de pagamento é pequeno ou o mesmo é feito antecipadamente; o mecanismo que se usa para ajustar esse preço variável é incluir nas condições contratadas a possibilidade de um desconto de compra se o pagamento for feito dentro de um período determinado (Berman e Weeks, 1979);
- negociar descontos por quantidade; muitos fornecedores podem oferecer descontos para um pedido de grande quantidade. Dessa forma, esse fato não deve ser ignorado ao se fazer o pedido, mas, logicamente, não devemos comprar quantidades supérfluas por isso, e sim programar um volume que alcance um preço melhor do fornecedor; de maneira geral, compras pequenas e freqüentes resultam num custo financeiro e administrativo maior do que pedidos de quantidades maiores e mais espaçados.

Administração de estoques

A administração de estoques constitui um componente importante da administração de capital de giro, principalmente quando a instituição utiliza para a prestação do serviço grandes quantidades de materiais e/ou quando precisa manter um alto volume de estoques. A administração de estoques está intimamente ligada à gestão das contas a pagar, pois ambas dependem fundamentalmente da política e prática de compras da instituição. No entanto, a administração de estoques é objeto do manual *Gestão de Recursos Materiais e de Medicamentos*. Assim, só abordaremos aqui os aspectos mais relevantes para a gestão financeira, remetendo o leitor ao referido manual para maiores detalhes.

A despesa com suprimentos é um elemento importante do custo não salarial e representa um fator de custo significativo, mas pode também resultar em custos desnecessários quando a política de compras e armazenamento de materiais for inadequada. Sua variedade, ao lado do custo, faz com que os estoques representem um item importante para a administração financeira. No caso das instituições de saúde, um fator que confere maior complexidade à gestão de estoques é a “percebibilidade” e o prazo de validade de muitos materiais – principalmente os medicamentos.

Os princípios que regem a administração de estoques são semelhantes àqueles que orientam a administração de caixa. Realmente, administrar estoques consiste essencialmente em determinar, como no caso do caixa, o nível médio do estoque a ser mantido para que a segurança seja garantida e o custo total minimizado. Aqui também deve-se buscar o equilíbrio entre segurança e custo.

Embora existam várias maneiras de valorizar os itens em estoque (valor de aquisição, de reposição, preço médio), a Lei 4.320/64 determina que, para efeitos contábeis, os estoques devem ser valorizados pelo preço médio ponderado, ou seja, pela média entre os preços de aquisição dos diferentes lotes do mesmo item, ponderada pela quantidade adquirida em cada lote.



DINÂMICA DA GESTÃO FINANCEIRA

No capítulo anterior apresentamos os principais instrumentos utilizados em gestão financeira, os quais, em geral, são estruturados em áreas distintas. Neste capítulo discutiremos metodologias e técnicas que permitem dar vida e sentido a esses instrumentos: o planejamento, o controle e a avaliação financeiros. São metodologias gerais que não são exclusivas da gestão financeira, mas se revestem de características especiais quando aqui aplicadas. Por outro lado, sua utilização requer a disponibilidade de informações financeiras e não financeiras provenientes de diversos subsistemas de informação: contabilidade, custos, produção e demanda (dados demográficos e epidemiológicos). A figura da página seguinte mostra o inter-relacionamento entre esses elementos.

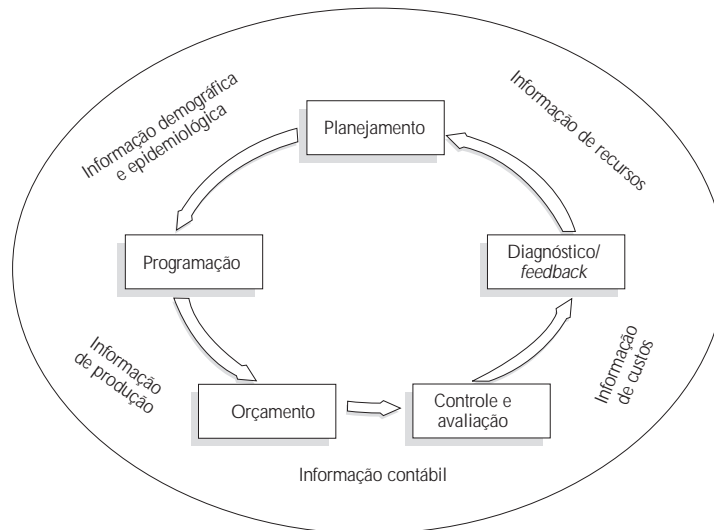
PLANEJAMENTO FINANCEIRO

Definição e objetivos

Planejar refere-se ao desenho de um futuro desejável e dos meios efetivos para realizá-lo. Consiste basicamente em definir os objetivos da instituição e desenhar um caminho para atingi-los. Como o planejamento enquanto função gerencial é discutido em profundidade em outro manual, trataremos aqui apenas dos aspectos referentes ao planejamento financeiro.

A elaboração e implantação de um plano integrado de atividade constitui uma das principais funções gerenciais. Os objetivos de uma organização prestadora de serviços de saúde são complexos e às vezes conflitantes; por exemplo, a organização possivelmente pretende oferecer à comunidade os serviços de que ela necessita, em um nível aceitável de qualidade e ao menor custo possível. A complexidade de tais objetivos requer um esforço coordenado de todos os departamentos e unidades envolvidos. O planejamento é exatamente o processo que harmoniza e coordena as diferentes decisões num todo coerente que permita à instituição atingir esses objetivos.

Figura 7
Dinâmica da gestão financeira*



* Adaptada de Renaud e Espinoza

O planejamento financeiro pode ser definido de duas formas. Primeira, ele nada mais é do que um dos eixos do processo de planejamento em geral; parte de um plano geral já traçado, e identifica as necessidades de recursos associadas a ele e as ações que envolvem a mobilização e utilização desses recursos. Segunda, o planejamento financeiro é o processo de definir antecipadamente (prever, programar) a vida e a política financeiras de uma organização, visando a manutenção do equilíbrio financeiro e o alcance de seus objetivos. Apesar de parecerem muito diferentes e de serem às vezes consideradas como atividades distintas, as duas visões são, na verdade, complementares, pois, como já foi dito, a gestão financeira é inseparável dos outros aspectos da gestão das instituições de saúde. Entretanto, existem momentos em que o planejamento financeiro adquire preeminência sobre as outras dimensões do planejamento; por exemplo, quando a prioridade é identificar e mobilizar fontes alternativas de recursos.

O papel do profissional financeiro no planejamento deveria ser, portanto, o de integrar-se ao processo geral do planejamento, enfatizando para os demais participantes do processo os riscos de um plano que despreze sua dimensão financeira. Planejamento financeiro é uma função básica para qualquer instituição. A elaboração e o estabelecimento de um plano ou orçamento integrado de atividades são tidos como a principal função do administrador financeiro.

No campo do planejamento financeiro discutiremos algumas técnicas que lhe são associadas pelo fato de contribuírem diretamente para o seu objetivo

básico, ou seja, decidir o futuro financeiro da instituição: a análise de investimentos e seu complemento, o fluxo de fundos, e a análise custo-benefício com sua variante, a análise custo-efetividade.

Análise e decisão de investimentos

A visão empresarial da análise de investimentos parte do princípio de que a empresa realiza um investimento – num equipamento mais moderno, numa expansão da capacidade de produção, numa nova tecnologia – porque tem uma expectativa de retorno financeiro para ele. Numa instituição pública de saúde não se espera, em geral, um retorno financeiro. Porém, esperam-se determinados resultados – como maior produtividade ou capacidade, maior precisão no diagnóstico, maior qualidade, etc. –, e a técnica de análise de investimentos pode, portanto, ser útil se devidamente adaptada.

Uma das decisões mais importantes que cabem a um gerente talvez seja a de investimento. Ela consiste na alocação de recursos em propostas de investimento, cujos benefícios são esperados em períodos futuros. Como esses benefícios não são conhecidos com absoluta certeza, as propostas de investimento sempre envolvem algum risco, que deve ser avaliado em relação ao retorno ou benefício previsto. Classificam-se como investimentos as dotações para o planejamento e a execução de obras físicas (para a construção de uma nova unidade ou a expansão de uma unidade existente), bem como para a aquisição de instalações, equipamentos e material permanente; também pode ser considerado como investimento o desenvolvimento e implantação de um novo programa de saúde.

A decisão a respeito de um investimento sempre implica uma escolha entre pelo menos duas alternativas, pois, ainda que só se considere uma opção de investimento, a decisão será entre realizar ou não o investimento. Então, o processo decisório na verdade envolve três etapas:

- a identificação e caracterização das alternativas;
- a análise das alternativas;
- a decisão de escolha entre elas.

A identificação de alternativas constitui uma etapa importante do processo, mas é freqüentemente ignorada. Ela requer que os objetivos que se pretendem atingir com o investimento estejam claros. Caso contrário, algumas alternativas importantes poderão ser esquecidas, ou outras inadequadas levadas em consideração, o que naturalmente poderá levar a uma decisão equivocada. É importante lembrar que muitas vezes as diferentes alternativas são mutuamente excludentes, ou assim se tornam pela limitação de recursos disponíveis para investimento. Uma vez identificadas as alternativas relevantes, uma primeira análise identificará aquelas que claramente são inadequadas e que poderão ser eliminadas já nessa fase. Uma segunda análise, mais aprofundada, das

características e implicações das alternativas restantes levará a rechaçar outras alternativas e à decisão final.

Fluxo de fundos

Trata-se de um instrumento de grande utilidade para a administração financeira e, principalmente, para a análise de investimentos. Por exemplo, um fluxo de fundos projetado poderá indicar se os investimentos previstos são compatíveis com a capacidade da instituição de obter os recursos necessários. O fluxo de fundos é muito utilizado para a previsão de recebimentos e desembolsos de uma alternativa de investimento, mas pode ser empregado como instrumento de planejamento e/ou avaliação de qualquer atividade ou programa, ou até da instituição como um todo, e se assemelha bastante à demonstração de usos e fontes de recursos mencionada na seção sobre contabilidade.

A preparação de um fluxo de fundos consiste em identificar e registrar todas as entradas e saídas de recursos associadas a um determinado investimento, empréstimo ou atividade ao longo de um determinado período. Devem ser considerados tanto os desembolsos iniciais quanto as entradas e saídas regulares de recursos, chegando-se assim à movimentação líquida de recursos.

Um fluxo de fundos pode ser representado na forma de uma tabela, como a do quadro 14, ou graficamente, como na figura 8. Como exemplo, consideremos uma instituição de saúde que necessita de um novo equipamento de raios X e precisa saber quanto lhe custará comprar e operar esse equipamento ao longo dos próximos cinco anos. Ela terá um desembolso inicial pela compra do equipamento de (por hipótese) 50.000 reais; após a aquisição, o equipamento gerará receitas anuais crescentes e gastos de operação também crescentes, além de uma despesa constante com a manutenção do equipamento e de uma despesa também constante com a depreciação. As informações resumidas no fluxo de fundos apresentado no quadro 14 mostram que, nos dois primeiros anos, a receita não será suficiente para cobrir as despesas associadas à operação do equipamento e que a situação se inverterá a partir do terceiro ano. Estendendo essa análise por toda a vida útil do equipamento, pode-se chegar a uma conclusão quanto à conveniência econômica de adquirir o equipamento.

O fluxo de fundos da figura 8 (na página ao lado), retrata as mesmas informações, mas numa representação gráfica, com a aquisição do equipamento mostrada no início do primeiro ano (ou período 0). Algumas convenções bastante comuns na literatura sobre o tema são:

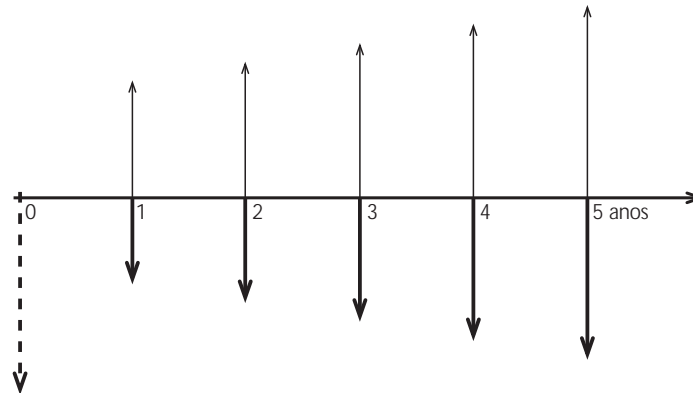
1. todos os pagamentos são representados por setas apontadas para baixo e os recebimentos por setas apontadas para cima; o comprimento das setas é (pelo menos aproximadamente) proporcional ao valor dos desembolsos ou recebimentos;

2. todos os pagamentos e recebimentos ocorridos num determinado período (um ano, por exemplo) são considerados como ocorridos no último dia do período;
3. somente são incluídos num fluxo de fundos os custos e benefícios que envolvam um fluxo de dinheiro (Lima Netto, 1974).

Quadro 14
Fluxo de fundos para um equipamento

	1997	1998	1999	2000	2001
Aquisição (início de 1997)	- 50.000	0	0	0	0
Manutenção	- 800	- 800	- 800	- 800	- 800
Custo de operação	- 2.500	- 3.000	- 3.250	- 3.500	- 3.750
Desembolso total	- 53.300	- 3.800	- 4.050	- 4.300	- 4.550
Recebimento total	+ 3.000	+ 3.750	+ 4.500	+ 5.000	+ 5.500
Fluxo líquido	- 50.300	- 50	+ 450	+ 700	+ 950

Figura 8
Representação gráfica de um fluxo de fundos



Pode-se também, ao invés de retratar os desembolsos e recebimentos totais ano a ano, indicar apenas o saldo entre eles, ou seja, o recebimento/desembolso *líquido*. O valor acumulado, ao longo da vida do investimento, da diferença entre recebimentos e desembolsos (o *lucro*, no caso de uma empresa) é um dos critérios para se escolher entre alternativas de investimentos: aquela alternativa com maior saldo positivo acumulado (ou menor saldo negativo) seria a melhor do ponto de vista financeiro. Outro critério é o de *período de pagamento*, segundo o qual deve ser escolhida a alternativa que permite recuperar o investimento inicial (ou seja, acumular saldos positivos equivalentes ao investimento inicial) no menor período.

Equivalência e valor presente

Quando um fluxo de fundos se estende por vários anos, há que considerar todos os valores de recebimentos e desembolsos em termos de *valor presente*, isto é, pelo que valem hoje. Ao longo do tempo, o dinheiro perde valor, tanto pela inflação quanto pelo fato de as pessoas preferirem receber dinheiro hoje a recebê-lo no futuro. É para compensar essa *preferência temporal* que toda aplicação financeira rende juros ao aplicador. Esse aplicador sem dúvida prefere receber 100 reais hoje a 100 reais daqui um ano, pois se os receber hoje pode aplicá-los e receber juros pela aplicação. Se a taxa de juros é de 20% ao ano, por exemplo, os 100 reais hoje são *equivalentes* a 120 reais dentro de um ano, e vice-versa. Assim, para calcular o valor presente de recebimentos e desembolsos futuros, seus valores devem ser *descontados* à taxa de juros vigente no mercado. A fórmula para esse desconto é o inverso do cálculo de juros tradicional:

$$\begin{aligned} \text{Juros: } Q &= P (1+i)^n \\ \text{Desconto: } P &= Q / (1+i)^n \end{aligned}$$

Onde **P** é o valor presente; **Q**, o valor no ano **n**; e **i**, a taxa de juros vigente no mercado.

Ou seja, retomando o exemplo acima:

$$\begin{aligned} Q &= 100 (1+0,20) = 120 \text{ ao fim do primeiro ano,} \\ &= 100 (1+0,20) (1+0,20) = 144 \text{ ao fim do segundo ano, etc.} \end{aligned}$$

Ou, para calcular o valor presente de um pagamento de 100 reais no segundo ano:

$$P = 100 / (1+0,20) (1+0,20) = 100/1,44 = 69,44$$

Um pagamento de 100 reais daqui a dois anos é, portanto, equivalente a um pagamento de 69,44 reais hoje, considerando-se juros de 20% ao ano.

Dois métodos para se escolher entre alternativas de investimentos, que levam em conta essa preferência temporal, são o *método do valor presente* e o *método do valor futuro*. O primeiro baseia a escolha no critério de maior valor presente líquido, sendo o valor presente a soma dos saldos líquidos (recebimentos menos desembolsos) descontados para seu valor presente; o segundo faz o cálculo inverso, ou seja, transforma todos os saldos anuais em valor futuro, corrigindo-os pela taxa de juros. Quanto ao método da *taxa interna de retorno*, simplesmente relaciona o valor presente líquido (menos o investimento inicial) com o valor do investimento inicial, calculando a porcentagem de retorno sobre o investimento inicial.

Análise custo-benefício e análise custo-efetividade

Com base nos princípios da análise de investimentos descrita acima, foram desenvolvidas duas técnicas de avaliação e planejamento mais apropriadas à área

da saúde, chamadas *análise custo-benefício* (ACB) e sua variante, a *análise custo-efetividade* (ACE). Ambas consistem em “técnicas analíticas formais para comparar as conseqüências negativas e positivas de usos alternativos de recursos” (Warner e Luce, 1982). Trata-se, portanto, de identificar e medir sistematicamente os custos e benefícios das diversas alternativas, para compará-las entre si e escolher a mais vantajosa do ponto de vista da relação entre benefício e custo.

Ambas são técnicas de avaliação econômica de alternativas, comparando programas ou atividades de saúde quanto a seus custos e seus resultados e/ou impacto. Procuram responder às seguintes perguntas:

- Os benefícios trazidos pelo programa/projeto são superiores aos seus custos (vale a pena desenvolvê-lo)?
- O programa/atividade atinge realmente as populações que pretende alcançar, os grupos que mais necessitam dele?
- O impacto esperado está realmente acontecendo?

Essas metodologias integram, portanto, duas dimensões tradicionalmente tratadas em separado: custo e resultado (ou impacto). Quando se compra um material ou equipamento, pode-se optar pelo de menor custo (como recomendam muitas leis de licitação), pelo de melhor qualidade ou desempenho, ou avaliar ambos simultaneamente; esta é a proposta da ACB/ACE.

Essa metodologia pode ser utilizada, *a priori*, para se decidir por uma entre várias alternativas de programa ou intervenção; neste caso, constitui um instrumento de planejamento. Pode também ser utilizada, *a posteriori*, para identificar o programa ou intervenção que deu os melhores resultados; neste caso, constitui um instrumento de avaliação. Por considerarmos a ACB e a ACE como mais que uma técnica de avaliação é que as discutimos aqui, ao invés de fazê-lo na seção sobre avaliação.

A análise custo-benefício representa uma adaptação das técnicas de análise de investimentos para a área pública, quando tanto os custos como os benefícios do programa podem ser medidos em valores monetários. Porém, na área da saúde e em outras áreas sociais, nem todos os benefícios de um programa ou intervenção podem ser medidos em termos monetários, pois o investimento público tem quase sempre um fim social e coletivo, que dificilmente pode se traduzir em termos monetários. Nos casos em que isso não é apropriado ou possível, utiliza-se a análise custo-efetividade. Como na análise de investimentos, o critério final na análise custo-benefício é expresso em termos de diferença entre benefícios e custos ou de uma razão entre eles (custos/benefícios, ou vice-versa), ao passo que na análise custo-efetividade o critério é expresso como uma razão custo/unidade de efetividade (isto é, de impacto).

A vantagem da ACB é que, por expressar o desempenho de cada programa em termos de uma unidade padrão (dinheiro), permite tanto avaliar programas individualmente (os benefícios devem ser maiores que os custos) quanto com-

parar vários programas para escolher o mais vantajoso. A ACE, ao contrário, por ser expressa em custo por “unidade de efetividade”, só permite comparar programas semelhantes, dirigidos para o mesmo objetivo quantificável e mensurável na mesma unidade; por outro lado, tem a vantagem de não requerer que todos os custos e benefícios sejam transformados em valores monetários.

Uma metodologia geral para a ACB (porém, também aplicável, com poucas modificações, à ACE) propõe os seguintes passos:

1. definir o problema geral e os objetivos específicos a serem perseguidos;
2. identificar meios alternativos (programas, intervenções) de se atingir esses objetivos;
3. para cada alternativa, identificar e quantificar todos os custos, diretos e indiretos;
4. identificar e quantificar todos os benefícios ou impactos do(s) programa(s);
5. comparar os benefícios e custos das alternativas e, quando possível, identificar a alternativa dominante (aquela em que a diferença entre benefícios e custos ou a razão benefícios/custos é maior);
6. apresentar e interpretar os resultados de uma forma que facilite a compreensão pelo leitor de todas as conclusões importantes, explicitando inclusive as limitações da análise.

A identificação clara dos objetivos do programa é importante, pois os benefícios e/ou a efetividade deverão ser definidos e medidos em relação a eles: não faz sentido avaliar um programa em função de um objetivo que ele não se propõe atingir. Como no fluxo de fundos, uma vez identificados e quantificados os custos e benefícios, é necessário levar em conta a preferência temporal e transformar os valores monetários nominais (expressos em moeda corrente do ano) em valor presente, mediante a aplicação de uma taxa de desconto. Aqui também, por simplificação, utiliza-se muitas vezes como taxa de desconto a taxa de juros vigente no mercado para aplicações seguras (por exemplo, a caderneta de poupança).

Identificação e mensuração dos custos

Um conceito básico destas técnicas de análise é o *custo social da doença*, definido como o custo total para a sociedade de indivíduos padecerem de uma doença específica. Esse custo social da doença inclui três categorias de custos associados a uma doença ou a uma intervenção sanitária: os diretos, os indiretos e os econômicos.

- *Custos diretos* são aqueles relacionados diretamente às ações desenvolvidas pelos serviços de saúde no tratamento, prevenção e reabilitação da doença; incluem custos variáveis e fixos (vide capítulo sobre alocação de recursos, na página 97, uma apresentação detalhada desses conceitos).

- *Custos indiretos* correspondem a todas aquelas conseqüências negativas intangíveis do fato de adoecer: perda de autonomia, redução temporária de atividade, sofrimento físico e psicológico, tempo perdido no transporte até o estabelecimento de saúde e no tratamento, etc. Em certos casos, a sociedade reconhece esses custos explicitamente e paga ao doente um auxílio-enfermidade ou uma pensão (conjuntamente chamados de *transferências*).
- *Custos econômicos* propriamente ditos, associados à perda de produção por conseqüência da doença, correspondem ao valor da riqueza que um indivíduo deixa de produzir por causa da enfermidade que o acomete. É, portanto, uma perda de produção econômica. Um trabalhador doente se afasta do trabalho temporária ou definitivamente e, durante algum tempo, pode ter sua capacidade produtiva reduzida por uma seqüela da doença. Um reflexo da perda de produção é o valor das pensões que a Previdência Social paga ao indivíduo doente ou incapacitado para compensar a perda de salário.

Os custos diretos são os mais fáceis de medir, pois os sistemas contábeis podem fornecer informação sobre os custos dos serviços de saúde (com as ressalvas indicadas no item sobre contabilidade na página 24). Um método preferido por muitos economistas para medir esses custos é o chamado *custo de oportunidade*: o custo real de um programa não é o quanto se gasta nele, mas o benefício que se deixa de ganhar ao aplicar recursos no programa ao invés de em outra atividade. Os custos indiretos são de mensuração muito difícil, pois envolvem elementos subjetivos e pessoais; uma maneira de estimá-los é através dos valores pagos por indenizações em processos judiciais ou por companhias de seguros.

Os custos econômicos – às vezes, incluídos na categoria dos custos indiretos – são geralmente medidos com base no salário da pessoa que adoeceu ou faleceu: se um trabalhador ficou três meses afastado do trabalho por doença, o custo econômico decorrente será três vezes seu salário; se ele faleceu em decorrência da doença, o custo econômico será igual a seu salário multiplicado pelo número de anos de vida produtiva que ele poderia esperar viver se não tivesse adoecido. Essa abordagem parte do princípio de que a contribuição de um indivíduo à riqueza da sociedade é retratada na remuneração que ele recebe por seu trabalho. Tem a vantagem da facilidade e duas desvantagens: atribui valores diferentes à vida das pessoas devido ao seu nível socio-econômico e não permite valorizar diretamente o tempo produtivo de quem não tem salário ou remuneração.

Identificação e mensuração dos benefícios

De forma semelhante à dos custos, podem-se distinguir vários tipos de benefício ou resultado de um programa ou intervenção de saúde:

- *resultados imediatos*: correspondem aos atos praticados pelos serviços de saúde no tratamento/prevenção/reabilitação de um doente; não

representam benefícios em si mesmos, mas são o primeiro resultado de um programa de saúde;

- *benefícios diretos*: são os efeitos do programa sobre o estado de saúde das pessoas, medidos em termos de cura individual ou redução das taxas de incidência e/ou prevalência, número de mortes evitadas, etc.;
- *benefícios indiretos*: constituem os efeitos muitas vezes intangíveis percebidos pelo doente e/ou seus próximos (redução do sofrimento, maior autonomia pessoal, etc.);
- *benefícios econômicos*: definidos como a diminuição dos custos econômicos da doença (ou seja, das perdas de produção).

As dificuldades em expressar esses benefícios em termos monetários são idênticas àquelas encontradas para valorizar os custos. A análise custo-efetividade evita essas dificuldades ao trabalhar com unidades de impacto não-monetárias, entre as quais se destacam: número de vidas salvas pelo programa, número de anos de vida saudável proporcionados pela intervenção, aumento da expectativa de vida, redução das taxas de mortalidade e/ou morbidade. O resultado da análise é então expresso, por exemplo, em *custo monetário por vida salva* ou *custo por ano de vida saudável proporcionado*. Percebe-se que na ACE o impacto ou efetividade deve ser expresso na mesma unidade para todos os programas ou alternativas que se quer comparar.

Exemplo simples de Análise Custo-Efetividade

PROGRAMA: VACINAR 100.000 PESSOAS COM IDADE 65 \geq ANOS CONTRA A GRIPE

CUSTOS DO PROGRAMA (ANUAIS):

Imunizações (100.000 a 3 reais cada)	R\$ 300.000
+ tratamento das reações à vacina (50 pessoas a 300 reais cada)	R\$ 15.000
= Custo bruto do programa	R\$ 315.000
Menos: benefícios/economias (custo do tratamento de 1.000 casos evitados a 50 reais)	- R\$ 50.000
= Custo líquido do programa	R\$ 265.000

IMPACTO DO PROGRAMA (ANUAL):

10 mortes evitadas com expectativa de 8 anos e valor presente 6,79	67,9 anos saudáveis
+ 1.000 pessoas sem gripe têm melhor qualidade de vida = 0,04 ano	40,0 anos saudáveis
= Impacto bruto do programa	107,9 anos saudáveis
Menos: efeitos negativos das reações sobre a qualidade de vida (50 pessoas) = 0,09 ano	- 4,5 anos saudáveis
= Impacto líquido do programa	103,4 anos saudáveis

CONCLUSÃO: CUSTO POR UNIDADE DE IMPACTO:

265.000/103,4 (por ano de vida saudável proporcionado)	R\$ 2.563
---	-----------

Fonte: Adaptado de Shepard e Thompson in *Over* (1991).

Nota: Caso se queira utilizar a ACB em vez da ACE, é necessário transformar os anos de vida saudáveis indicados acima em seu equivalente monetário, por exemplo, multiplicando-os pela renda média das pessoas vacinadas.

CONTROLE E AVALIAÇÃO FINANCEIROS

Monitoramento, controle e avaliação

O acompanhamento (ou monitoramento), o controle e a avaliação financeiros são imprescindíveis para que o gerente possa identificar eventuais problemas o quanto antes, se possível até antes que eles se manifestem, e tome as medidas cabíveis. Para isso é necessário saber a cada momento a situação financeira da instituição, para analisar qualquer desvio em relação ao que foi previsto ou desejado. Por outro lado, qualquer análise financeira, para ter utilidade, deve ser baseada numa comparação do ocorrido com pelo menos uma referência. Essa comparação serve como retroalimentação do processo de planejamento e do gerenciamento em geral, podendo ser constituído por:

- uma série histórica (por exemplo, orçamentos realizados de anos anteriores);
- padrões previamente estabelecidos pela administração (por exemplo, objetivos e metas a serem atingidos);
- padrões de instituições semelhantes;
- parâmetros de interesse regional, nacional ou internacional.

Os conceitos de controle, monitoramento e avaliação, embora bastante próximos e relacionados, são, na verdade, distintos. Para efeito deste manual, definimos controle como a capacidade da gerência de conhecer a situação da instituição, identificar os problemas em tempo hábil e adotar as medidas corretivas cabíveis. Monitoramento (ou acompanhamento) é o processo de se manter informado sobre o andamento das atividades e compará-las com o que estava previsto. Avaliação é o processo de se perguntar a todo momento se o que foi – ou está sendo – feito “valeu a pena”.

A retroalimentação do sistema gerencial – o processo de se voltar sempre ao ponto de partida e rever os objetivos estabelecidos e o caminho percorrido – possibilita a correção de possíveis desvios para a obtenção dos objetivos da instituição, desvios que são normais em face das mudanças no ambiente externo e interno. Uma série histórica de dados, ou outro padrão de comparação, torna possível o balanceamento das correções e a observação do comportamento de cada um dos seus componentes no decorrer do tempo. Sua importância reside no fato de que muitas das atividades só podem ser comparadas entre elas, em face da realidade em que acontecem e da diversidade das unidades de saúde, em termos de estrutura e processos (Bittar, 1996).

Todas essas funções se utilizam de técnicas de análise financeira e têm como objetivo básico identificar os pontos principais da vida financeira da instituição que merecem correção ou intervenção, em tempo hábil, para que as medidas corretivas possam ser adotadas, e resolver o problema. As principais técnicas serão discutidas a seguir.

O controle, o monitoramento e a avaliação financeiros também estão intimamente relacionados com todos os sistemas de informação e gerenciamento financeiros: contabilidade geral, orçamento, custos, contas a pagar, contas a receber, etc., dos quais se utilizam constantemente.

Análise financeira

A contabilidade tem sido mais eficiente na produção de relatórios para interessados externos à instituição do que para oferecer dados e informações para tomada de decisões internas. Para a tomada de decisões, é necessária a elaboração de relatórios gerenciais que interpretem a informação contábil e de outras fontes, a analisem e apresentem as conclusões dessa análise de maneira sintética e clara, colocando em evidência os pontos mais importantes.

A análise financeira pode ser definida como um conjunto de técnicas específicas destinadas a interpretar criticamente as informações financeiras de uma organização, visando a identificação de tendências e possíveis problemas. O balanço patrimonial e a demonstração de resultados, relatórios principais fornecidos pela contabilidade, apresentam informações em estado bruto; por isso são necessários instrumentos de análise dessas demonstrações, para que os aspectos mais importantes sejam evidenciados. Essas técnicas são muito utilizadas no meio empresarial, menos nos órgãos da administração pública descentralizada, e muito pouco utilizadas na administração pública direta. No entanto, no contexto de crescente autonomia e descentralização proporcionado pela implantação do SUS, é importante para os gerentes locais conhecerem os principais instrumentos e técnicas de análise financeira.

Análise vertical e horizontal

As análises vertical e horizontal constituem o instrumento principal da análise financeira, mas ambas são, na verdade, bastante simples. A análise horizontal compara duas demonstrações ou conjuntos de dados, de períodos diferentes, geralmente consecutivos, conta por conta, ou por grupo de contas, apontando as variações percentuais ocorridas entre um período e outro (Maudonnet, 1988). Ela procura responder às seguintes perguntas: quanto aumentou ou diminuiu cada item da demonstração? Quais os itens que mais aumentaram? Quais os que mais diminuiram? O quadro 15 apresenta um exemplo.

Por outro lado, a análise vertical indica a importância relativa, na forma de porcentagens de participação, de cada item em relação ao total do Ativo ou do Passivo, no caso do balanço patrimonial, ou em relação à receita bruta, no caso de demonstração de resultados. Procura responder às perguntas: quais os itens ou subitens mais importantes? Quais são os principais componentes de cada categoria de contas? O quadro 16 mostra um exemplo dessa análise.

Quadro 15
Exemplo de análise horizontal do Ativo

CONTAS	19X1	AH1	19X2	AH2	Δ%
Caixa	30	100	48	160	60
Contas a receber	69	100	99	143	43
Estoques	76	100	94	123	23
Diferido	3	100	14	466	366
Total realizável	178	100	255	143	43
Terrenos	26	100	48	184	84
Prédios	63	100	91	144	44
Equipamentos	10	100	31	310	210
Total permanente	99	100	170	171	71
TOTAL	277	100	425	153	53

Como o nome indica, na análise horizontal o analista está preocupado com variações entre dois ou mais períodos e, portanto, “lê” os números “horizontalmente”. No exemplo acima, comparam-se os balanços de 19X1 e 19X2. A coluna AH1 indica o número-índice do primeiro ano (sempre 100, ou 100%), a coluna AH2, o índice para o segundo ano em relação ao primeiro ano (ou seja, a coluna 19X2 dividida pela coluna 19X1 e multiplicada por 100), e a coluna Δ% mostra a variação percentual no período (ou seja, AH2-AH1). Pode-se observar, por exemplo, que em 19X1 o caixa era de 30 e que passa para 48 em 19X2, com um aumento de 60%. O valor total das despesas em 19X1 era 277 e passa para 425 em 19X2, com uma variação de 53%.

Na análise vertical, avalia-se a participação percentual de cada conta em relação ao total, em cada período separadamente; a leitura é, portanto, “vertical” (daí o nome). Ao observarmos a mesma conta da análise horizontal, percebe-se que o item caixa participava com 10,8% do total das despesas em 19X1 e que, em 19X2, passa a participar com 11,3%; sua importância no total, portanto, aumentou.

Quadro 16
Exemplo de análise vertical do Ativo

CONTAS	19X1	AV%	19X2	AV%
Caixa	30	10,8	48	11,3
Contas a receber	69	25	99	23,3
Estoques	76	27,4	94	22,1
Diferido	3	1,1	14	3,3
Total realizável	178	64,2	255	60
Terrenos	26	9,4	48	11,3
Prédios	63	22,7	91	21,4
Equipamentos	10	3,6	31	7,3
Total permanente	99	35,7	170	40
TOTAL	277	100	425	100

Análise de tendências

A análise de tendências se assemelha a uma análise horizontal feita sobre um número maior de períodos. Tem por objetivo verificar o comportamento de uma (ou várias) conta(s) ao longo do tempo, identificando tendências de crescimento ou redução. Pode ser feita simplesmente pela observação e análise dos números (como na análise horizontal) e sua representação num gráfico ou, melhor ainda, por meio de análise estatística.

Análise da liquidez e endividamento

Os chamados índices ou quocientes de liquidez permitem avaliar a capacidade da empresa ou instituição de pagar suas dívidas de curto prazo. Essa informação é muito importante não só para os gerentes da instituição como para seus credores atuais e potenciais (fornecedores, bancos, etc.) no momento de negociar um novo contrato ou empréstimo. O principal e mais usado índice de liquidez, chamado de *Índice de Liquidez Geral*, é calculado como segue:

$$IL = \frac{\text{Disponível} + \text{Realizável a curto prazo}}{\text{Exigível a curto prazo}}$$

Se o valor desse índice é significativamente maior que 1, a instituição está provavelmente numa situação confortável, pois tem mais recursos disponíveis a curto prazo do que dívidas a pagar. Se for menor do que 1, ela deve mais do que tem – um sinal de alerta para a situação da instituição. De posse dessa informação, o gerente pode tomar providências para renegociar prazos de pagamento e recebimento, ou reduzir o endividamento a curto prazo. Outros índices de liquidez mais específicos podem ser calculados, como o Índice de Liquidez Imediata (igual ao Disponível/Exigível a curto prazo), ou o Índice de Liquidez Seco (Disponível + Realizável a curto prazo – Estoques/Exigível a curto prazo).

Da mesma forma, pode-se calcular o quociente do endividamento total em relação ao ativo total, um indicador da proporção do patrimônio da empresa comprometido com dívidas:

$$IE = \frac{\text{Exigível total}}{\text{Ativo total}}$$

Como sempre, esses indicadores em si mesmos não dizem muito; para interpretá-los é preciso compará-los com os indicadores de exercícios anteriores ou indicadores de outras instituições ou empresas (especialmente os concorrentes), ou padrões julgados normais para o setor de atividade.

Análise da rentabilidade

Por razões óbvias, a análise no seu sentido estrito tem pouca serventia para unidades da administração pública tradicional, mas passa a ter utilidade – ao

menos em seu sentido mais amplo – para instituições de saúde que têm uma receita orçamentária proveniente de diversas fontes (tesouro municipal, repasse do SUS, receita por serviços a planos de saúde privados, etc.) e têm autonomia para gerir seus recursos e utilizar qualquer excedente da receita sobre os gastos. Entre os índices mais utilizados estão:

$$\text{Rentabilidade sobre receita} = \frac{\text{Lucro Líquido}}{\text{Receita de serviços}}$$

$$\text{Rentabilidade sobre ativo} = \frac{\text{Lucro Líquido}}{\text{Ativo total}}$$

$$\text{Rentabilidade sobre patrimônio líquido} = \frac{\text{Lucro Líquido}}{\text{Patrimônio Líquido}}$$

Outros indicadores financeiros podem ser bastante úteis para monitoramento da situação e desempenho financeiro de uma Secretaria Municipal da Saúde:

- Índices do gasto municipal em saúde:

$$\text{Índice do gasto municipal em saúde} = \frac{\text{Gasto total em saúde}}{\text{Despesa total do município}} \times 100$$

- Índices de composição da receita do SUS (naturalmente, a soma dos três deve ser igual a 100%):

$$\text{Proporção de recursos federais} = \frac{\text{Valor das transferências federais}}{\text{Recursos totais do SUS no município}} \times 100$$

$$\text{Proporção de recursos estaduais} = \frac{\text{Valor das transferências estaduais}}{\text{Recursos totais do SUS no município}} \times 100$$

$$\text{Proporção de recursos municipais} = \frac{\text{Valor das dotações municipais}}{\text{Recursos totais do SUS no município}} \times 100$$

- Pode se fazer isso também com cada fonte de receita municipal (impostos, taxas e contribuições, etc.).
- Índices de composição da despesa do SUS, dos quais damos dois exemplos:

$$\text{Índice do gasto com pessoal} = \frac{\text{Gasto total com pessoal}}{\text{Despesa total do SUS no município}} \times 100$$

$$\text{Índice do gasto com medicamentos} = \frac{\text{Gasto total com medicamentos}}{\text{Despesa total do SUS no município}} \times 100$$

CONCLUSÃO

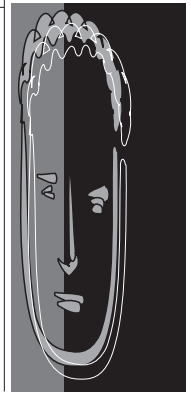
Os instrumentos e práticas de gestão financeira apresentados podem – e devem – constituir uma contribuição essencial ao gerenciamento dos sistemas de saúde no nível municipal. Porém, sua utilização representa uma mudança importante em relação às práticas tradicionais. O problema da limitação de recursos no setor público tem resultado, em muitas instâncias, num processo que, na prática, é a negação da gestão financeira: as unidades solicitam uma dotação orçamentária superior ao necessário, pois sabem que fatalmente receberão menos do que pedem; também sabem que os recursos que receberão serão insuficientes para sustentar todas as atividades e serviços programados, mas mantêm essa programação irreal; aprova-se um orçamento com valores bem menores que o solicitado e/ou anuncia-se que, por insuficiência de recursos, a dotação aprovada será cortada (muitas vezes de forma indiscriminada); o nível central (ou a Secretaria de Finanças) nega qualquer possibilidade de suplementação, mas, depois de muita pressão, liberam alguma verba suplementar, que às vezes chega no último mês do exercício e não pode ser gasta em tempo hábil.

Até que ponto esse jogo de faz-de-conta decorre de uma insuficiência real de recursos orçamentários ou da decisão do(s) governo(s) de reservar parte da receita arrecadada para negociar politicamente a liberação de verbas é uma questão em aberto. O que importa para o propósito deste manual é que o processo orçamentário, que deveria ser um instrumento poderoso e imprescindível de planejamento, ao se dar dessa forma, na prática, inviabiliza o planejamento e o descredita. Pior ainda, desvia a atenção dos tomadores de decisão e gerentes para a negociação e execução orçamentária, em detrimento de questões tão ou mais importantes, como:

- Qual é o montante de recursos financeiros realmente necessário para prestar determinado conjunto de serviços de saúde? Ou seja, qual é o custo real desses serviços em condições razoáveis de eficiência e disponibilidade de recursos?
 - Se os recursos são limitados e insuficientes, quais serviços, e em que quantidade, poderão – e deverão – ser produzidos prioritariamente e quais podem ser reduzidos?
 - É melhor tentar – e fazer de conta que se pode – produzir todos os serviços para todos, com uma qualidade questionável, ou se concentrar numa cesta reduzida de serviços essenciais dirigidos à população mais pobre, com uma qualidade aceitável?
 - Mesmo que os recursos sejam insuficientes, será que estão sendo utilizados da melhor maneira possível, de modo a produzir o maior impacto possível (ou seja, eficientemente)?
-

- O que se pode fazer para utilizar melhor os – sempre limitados – recursos disponíveis e maximizar o resultado no cuidado da saúde da população?

Responder a essas perguntas cruciais, e até debatê-las, era quase impossível num sistema centralizado e burocratizado. No sistema descentralizado proposto para o SUS, isso se torna bem mais viável, mas é preciso que as SMS e as prefeituras mudem a prática tradicional e se preparem e se capacitem para uma nova forma de o setor público atuar na área da saúde.



CUSTOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Atendência ao aumento do custo com serviços de saúde e a dificuldade de financiar esse custo estão levando prestadores, financiadores, autoridades sanitárias e usuários a se preocupar cada vez mais com o custo dos serviços de saúde e seus reflexos sobre a qualidade desses serviços. Neste capítulo discutiremos alguns dos principais fatores do aumento de custos da saúde e algumas estratégias utilizadas para controlá-los e apresentaremos duas metodologias para a apuração dos custos de uma instituição de saúde.

CONCEITOS E TIPOS DE CUSTO

Antes de mais nada é necessário estabelecer a diferença entre custo, preço e despesa. O custo de um bem ou serviço se define como o valor dos insumos (trabalho, materiais e outros) utilizados para produzi-lo. O preço é o valor pelo qual o serviço é transacionado (isto é, comprado e vendido). E despesa é o desembolso realizado para se obter esse bem ou serviço.

Custo histórico, de reposição, padrão e de oportunidade

Inicialmente, definiremos alguns conceitos importantes de custos relacionados com a maneira de valorizá-los.

- *Custo histórico ou de aquisição* é aquele registrado contabilmente no momento de sua ocorrência; por exemplo, o custo histórico de um equipamento é o montante pago na época de sua aquisição. Por não sofrer atualização, ele rapidamente perde a relação com o que o bem valeria hoje e torna-se defasado. Além disso, como é preciso esperar até que todos os custos sejam registrados para analisá-los, esse sistema também implica um atraso da análise em relação à ocorrência dos custos (Maudonnet, 1988).

- *Custo de reposição* é o montante a ser gasto para repor o bem ou serviço hoje; ao contrário do custo contábil, que é histórico, o custo de reposição está sempre atualizado.
- *Custo padrão* é calculado antecipadamente, com base na experiência passada da instituição ou de outras instituições e nos objetivos para o período atual. Corresponde ao custo esperado de acordo com uma determinada técnica de produção e um certo nível de eficiência e qualidade. É muitas vezes utilizado como referência para o acompanhamento dos custos reais incorridos: à medida que ocorrem, os custos reais e históricos são registrados e comparados com os custos padrões, e as variações encontradas são analisadas. Esse custo permite que a análise dos custos seja feita imediatamente após sua ocorrência e não após um período mais ou menos longo (Maudonnet, 1988).
- *Custo de oportunidade*, também chamado de *custo econômico*, é baseado na idéia de uso alternativo de recursos: ao se utilizarem recursos na compra de um bem ou numa atividade, deixa-se de utilizá-los em outra coisa. Assim, o custo de oportunidade de um bem ou serviço é definido como o valor que se deixa de ganhar em outra atividade ou bem. Por exemplo, ao se comprar um automóvel à vista, deixa-se de ganhar a remuneração que esse recurso poderia render numa aplicação financeira.
- *Custo social*: aquele que recai sobre a sociedade como um todo, ao contrário dos *custos individuais*, os mais utilizados, que são aqueles que recaem sobre o indivíduo (por exemplo, o utilizador de serviços de saúde). O custo social de uma atividade não é necessariamente igual à soma dos custos individuais: o efeito para a sociedade pode ser maior ou menor quando a atividade implicar *externalidades*.

Custo direto e indireto

Os custos totais podem ser separados em dois tipos: os custos diretos, que incidem diretamente sobre o bem, serviço ou atividade, podem ser diretamente relacionados com eles e são facilmente identificáveis e atribuíveis a esse bem ou serviço. As categorias de custo direto de maior peso em geral são as despesas com o pessoal diretamente envolvido na atividade e o valor dos materiais consumidos. Os custos indiretos, ao contrário, são aqueles que não se podem relacionar claramente com determinada atividade, programa ou serviço. Por exemplo, gastos gerais com energia elétrica, com administração central e, em geral, todos os gastos ligados a atividades de apoio e infra-estrutura simultâneas a vários programas ou atividades são considerados custos indiretos. Os custos indiretos, geralmente relativos a atividades não produtivas ou comuns a várias

atividades produtivas, devem ser *apropriados* ou *rateados* entre os diversos setores, serviços ou atividades produtivos, para se chegar ao custo total de determinada atividade ou programa.

Custo fixo, variável e total

A curto prazo, os custos incorridos na produção de bens podem assumir três comportamentos em relação a variações na quantidade produzida.

- *Custos fixos* são aqueles que não variam devido a alterações no nível de produção, ou seja, em um mês ou em outra unidade de tempo, assumem determinado valor independentemente da maior ou menor atividade da instituição nesse mesmo período. São considerados como custos fixos a depreciação, os honorários da administração, os aluguéis, os arrendamentos mercantis, os salários e encargos dos funcionários administrativos, os encargos financeiros decorrentes de empréstimos e financiamentos, etc.
- *Custos variáveis* são aqueles que, num mesmo período, têm o seu valor total determinado exatamente em decorrência direta da atividade; variam proporcionalmente ao volume de produção. São exemplos de custos variáveis o consumo de matéria-prima, de embalagens e de outros materiais diretos na produção e, num hospital, a alimentação de pacientes, medicamentos, oxigênio e materiais de curativos.
- *Custos semifixos* ou *semivariáveis* são aqueles que têm um comportamento misto: quase não variam a curto prazo, mas a médio e longo prazo são afetados pelo volume de produção. Por exemplo, se uma empresa aumentar muito o seu volume de vendas, precisará admitir mais pessoas para trabalhar no setor de faturamento.

Graficamente, um custo fixo é representado por uma linha horizontal paralela ao eixo que representa o volume de atividade, como na figura 9, ao passo que um custo variável é representado como uma curva ascendente, como na figura 10. Essa curva passa pela origem, pois, se a quantidade produzida for zero, o custo variável também será zero. Nem sempre, porém, essa distinção é tão clara, já que é comum certos custos fixos mudarem, para mais ou para menos, quando a oscilação do volume de atividade é acentuada ou durante um período mais longo. A variação dos custos semivariáveis geralmente se dá na forma de “escada”, com aumentos abruptos, não lineares, como na figura 11. Em geral, gastos com pessoal são considerados como semifixos ou semivariáveis, pois comportam-se como custo fixo a curto prazo, mas variável a médio e longo prazo.

Figura 9
Representação gráfica de Custos ou Despesas Fixos

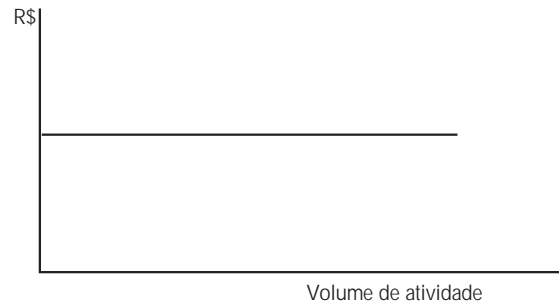


Figura 10
Representação gráfica de Custos Variáveis

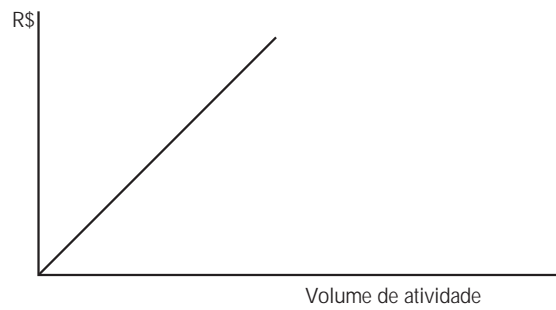
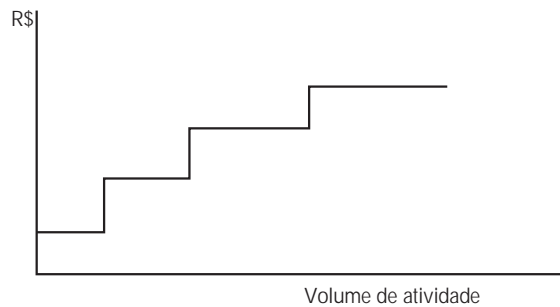


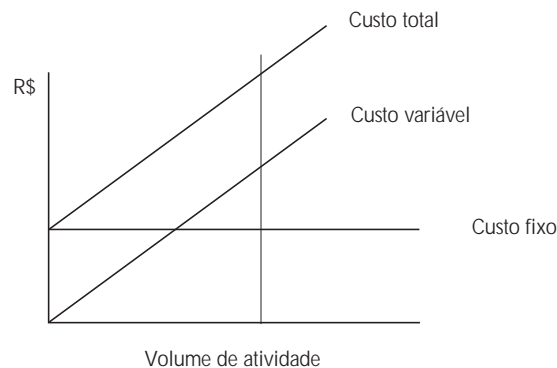
Figura 11
Representação gráfica de Custos Semivariáveis



Em geral, os custos semifixos ou semivariáveis podem ser decompostos em duas parcelas: um componente fixo e outro variável. A reunião dos dois componentes resulta no comportamento misto mostrado no gráfico da figura 11. Um exemplo disso é o gasto com energia elétrica: possui uma parcela fixa, que independe do consumo efetivo, e outra variável, que é proporcional ao uso da força. Esse fato também ocorre com custos de pessoal até certo ponto, pois não se pode, muitas vezes, contratar “meio funcionário”. Nessas situações, é importante, para efeito de análise, a separação da parcela fixa, independente do nível de produção, e da variável, dependente do nível de produção (Martins, 1990).

A soma dos custos fixos e variáveis da empresa é naturalmente o custo total, que pode ser representado como mostra a figura 12. Verifica-se então que, num grau de atividade zero, a empresa possui apenas custos fixos; à medida que sua produção vai crescendo, os custos totais vão se incrementando pelo valor dos custos variáveis.

Figura 12
Representação gráfica do Custo Total



Custo unitário, médio e marginal

- *Custo unitário* é o valor que exprime a relação entre o custo total incorrido para produzir um bem ou serviço em um determinado tempo e o número de unidades produzidas do bem ou serviço nesse período. Esse custo unitário pode ser médio ou marginal.
- *Custo médio* é o quociente que se obtém ao dividir o custo total de produção de um bem pelo número de unidades produzidas ou serviços prestados.
- *Custo marginal* corresponde ao acréscimo no custo total resultante do incremento da produção em mais uma unidade; pode ser igual ao custo médio, mas não necessariamente (Bittar, 1996, e Piola e Vianna, 1995); indica a tendência de crescimento dos custos totais⁴.

4. Estatisticamente, o custo marginal corresponde à inclinação da curva de custo total.

A APURAÇÃO DE CUSTOS

Objetivos e utilidade

Um sistema contábil devidamente adaptado mostra o custo dos serviços ou bens produzidos. A chamada *contabilidade de custos* nada mais é do que um sistema contábil voltado para o cálculo (ou *apuração*) dos custos. Apuração de custos é, portanto, a forma de calcular os custos de um processo, um programa ou uma instituição.

Conhecer os custos dos serviços de saúde é importante por várias razões:

- Permite identificar os pontos do processo produtivo ou da organização em que se poderia obter uma redução de custo, liberando dessa forma recursos para outras atividades.
- Conhecendo o custo do serviço, o prestador terá condições de negociar uma tabela de remuneração mais realista com o pagador/financiador. Uma das razões para o diálogo de surdos entre o Ministério da Saúde (e, antes dele, a Previdência Social) e os prestadores privados contratados com referência à tabela de remuneração é que quase nenhum desses prestadores tem informação precisa sobre seus custos. Também para as instituições que vendem serviços de saúde ao setor privado é imprescindível o conhecimento dos custos dos serviços para poder negociar uma remuneração adequada.
- Dado o montante limitado de recursos disponíveis, decisões relativas a alternativas de produção de serviços ou programas devem necessariamente levar em conta o custo de cada alternativa. Várias técnicas de análise de decisão e planejamento estão baseadas em informações sobre o custo das alternativas (por exemplo, a análise custo-efetividade).
- Uma instituição que conhece seus custos de produção pode mais facilmente descentralizar a gestão financeira para suas unidades, pois saberá exatamente qual a necessidade de cada uma delas para desenvolver suas atividades.
- Negociações com funcionários e sindicatos e outras questões financeiras são mais facilmente abordadas a partir de dados objetivos fundamentados nos custos dos serviços.
- A preparação do orçamento e qualquer projeção de futuras necessidades financeiras necessitam de bases firmes, como a análise dos custos e do desempenho passados.

As informações geradas pela contabilidade de custo constituem insumos básicos para o controle e a avaliação das atividades operacionais e financeiras. Essas análises podem indicar a capacidade de gerar resultados dos serviços; for-

necem dados de custo para a medição dos lucros; proporcionam informações aos gerentes para o controle das operações e atividades dos serviços e prestam informações para o planejamento e a tomada de decisão (Maudonnet, 1988).

Método simples de estimativa de custos

Oferecemos inicialmente uma metodologia bastante simples para se estimar o custo de um programa ou uma atividade quando não se dispõe de um sistema de contabilidade de custos. Essa metodologia pode ser utilizada como uma primeira aproximação para o custo de serviços ou atividades. Por outro lado, sua apresentação antes da metodologia de apuração formal propicia ao leitor um primeiro entendimento da estrutura de custos de um serviço ou programa.

O primeiro passo dessa metodologia simplificada consiste em identificar o maior número possível de custos diretos do programa ou serviço que sejam mensuráveis de alguma forma. Esses devem ser muito bem detalhados. No segundo passo, identificam-se os elementos de custos indiretos (ou seja, de apoio geral e administrativo, infra-estrutura, etc.) e algum mecanismo que permita estimá-los, ainda que aproximadamente.

Para facilitar o entendimento do leitor, usaremos o exemplo prático de um programa de saúde sem dotação orçamentária própria (no caso, o Programa de Controle da Hanseníase no Estado de São Paulo). Já dissemos que os custos diretos mais evidentes de um programa são o gasto com o pessoal diretamente envolvido no programa e os materiais e medicamentos utilizados. Se o programa ou atividade tiver dotação e pessoal próprio, naturalmente a estimativa dos custos diretos é bem mais fácil, pois os valores são conhecidos. Além disso, pode-se identificar alguns serviços de terceiros utilizados apenas no programa em questão, bem como a depreciação da área física e equipamentos empregados exclusivamente pelo programa. O quadro da página seguinte apresenta os principais elementos de custos do programa.

Quadro 17 Metodologia simplificada para estimativa de custos

ELEMENTO DE CUSTO	BASE DE CÁLCULO	CÁLCULO	VALOR (\$)
CUSTO DIRETO			
Pessoal médico	Número de médicos necessários para produzir as 150.241 consultas do programa	83,5 médicos x salário mensal de \$ 7.242 x 13 meses	7.861
Pessoal de enfermagem (auxiliares e atendentes)	Proporção por médico no quadro da Secretaria	83,5 x 1,59 x salário de \$ 2.500 x 13 meses	4.315
Pessoal de nível universitário	Proporção por médico no quadro da Secretaria	83,5 x 0,15 x salário de \$ 5.703 x 13 meses	929
Encargos sociais para pessoal CLT	Percentagem sobre salário do pessoal CLT (6% do total)	26,5% x 6%	208
TOTAL DE GASTO COM PESSOAL DIRETO			13.313
Gasto com materiais de consumo	Proporção em relação ao gasto com pessoal da Secretaria	9,5% x 13.313	1.265
Gasto com medicamentos	Medicação específica consumida em centros de saúde e proporção dos medicamentos em geral consumidos pela SES	95% x 4.752 + 1,5% x 90.699	5.874
Gasto com exames laboratoriais	Proporção de exames baciloscópicos sobre o total de exames	1,5% x 29.546	443
TOTAL DO CUSTO DIRETO			20.895
CUSTO INDIRETO			
Pessoal de apoio local	Proporção por médico	83,5 x 2,65 x salário de \$ 3.800 x 13 meses	10.931
Pessoal de apoio regional	Proporção por médico	83,5 x 0,82 x salário de \$ 3.800 x 13 meses	3.382
Pessoal de apoio central	Proporção por médico	83,5 x 0,21 x salário de \$ 4.000 x 13 meses	912
Encargos sociais para pessoal CLT	Percentagem sobre salário do pessoal CLT (6% do total)	26,5% x 4%	161
TOTAL DE GASTO COM PESSOAL INDIRETO			15.386
Gasto com materiais de consumo indireto	Proporção em relação ao gasto com pessoal da secretaria	9,5% x 15.386	1.462
Gasto com serviços de terceiros	Proporção em relação ao gasto com pessoal da secretaria	7,5% x 15.386	1.154
TOTAL DO CUSTO INDIRETO			18.002
CUSTO TOTAL			38.897

Fonte: Couttolenc, 1987

Metodologia de apuração de custos

O custo dos serviços prestados ao paciente não são apenas aquelas despesas diretamente ligadas à unidade prestadora do serviço, mas também inclui itens de despesas gerais como manutenção, administração, depreciação, conservação do prédio, limpeza, segurança, etc. Para que os custos totais sejam considerados no custo final dos serviços, é preciso proceder a uma *apropriação* desses custos entre as unidades que prestam os serviços finais (Berman e Weeks, 1979). A apuração de custos é, portanto, o processo de alocar todos os custos relacionados à produção de um serviço (ou bem) às unidades que produzem serviços finais. Implica a manipulação ou redistribuição dos dados ou informações das contas existentes para obter os custos dos serviços de saúde prestados.

A metodologia de apuração de custos apresentada aqui é relativamente simples e requer os seguintes passos básicos: estruturação da instituição em centros de custos, levantamento dos custos diretos, rateio dos custos indiretos.

Estruturação em centros de custos

A primeira etapa da implantação de uma contabilidade de custos é a divisão da instituição em unidades administrativas chamadas *centros de custos*. Centro de custo é uma unidade administrativa homogênea, com responsabilidades específicas – uma contribuição claramente identificável para a atividade-fim da instituição e geradora de despesas. Por conveniência, geralmente baseia-se a estruturação dos centros de custos, em grau variável, na estrutura organizacional da instituição.

De acordo com sua contribuição à atividade-fim, os centros de custos podem ser separados em três tipos (o quadro 18, na página seguinte, dá um exemplo de classificação de centros de custos):

- *Centros de custos finais*: setores que desenvolvem atividades diretamente relacionadas com a consecução dos objetivos finais da instituição; no caso de uma instituição de saúde, são as unidades que prestam os serviços diretamente aos pacientes, como ambulatório, centro cirúrgico, serviço de odontologia, unidades de internação, consultórios de atendimento médico, vacinação, etc.
- *Centros de custos intermediários*: seções que executam atividades complementares e de apoio àquelas desenvolvidas nos centros de custos finais, mas que não constituem atividade-fim. Em outras situações, essas atividades complementares poderiam ser consideradas como finais. São incluídos, habitualmente, os serviços de diagnóstico e tratamento (por exemplo, unidade de laboratório, radiologia, fisioterapia, etc.) quando funcionam principalmente como apoio ao tratamento dos pacientes internados ou ambulatoriais, e os serviços de hotelaria (nutrição, lavanderia, etc.).

- *Centros de custos administrativos e gerais:* são aqueles cujas atividades nem sempre são específicas do setor da saúde. Sua principal função é oferecer uma estrutura de apoio geral que possibilite o desenvolvimento de atividades intermediárias e finais, como, por exemplo, administração, almoxarifado, vigilância, etc.

Existem dois métodos principais de apropriação dos custos. O primeiro, denominado “por processo”, “por departamento” ou “por serviço”, registra e apropria os custos por departamento ou unidade administrativa, como descrito acima. O segundo, chamado “por ordem de produção” ou “por ordem de serviço”, apropria os custos de acordo com processos de produção individualizados; neste caso, os centros de custos devem ser definidos não de acordo com unidades administrativas, mas sim, em função de processos. Essa metodologia, embora bem mais complexa e pouco utilizada em saúde, é de grande utilidade nos serviços de saúde, pois permite calcular o custo por paciente, diagnóstico ou tratamento (Maudonnet, 1988).

Quadro 18
Exemplo de classificação de centros de custos

CENTROS DE CUSTOS ADMINISTRATIVOS E GERAIS	CENTROS DE CUSTOS INTERMEDIÁRIOS	CENTROS DE CUSTOS FINAIS
Administração* Almoxarifado Ambulância Biblioteca Costura Serviços gerais** Transporte	Anatomia Patológica Anestesiologia Documentação médica Endoscopia Esterilização Farmácia Fisioterapia Gráfica Hemoterapia Laboratório de análises Lavanderia Medicina Nuclear Nutrição e Dietética Psicologia Radiologia Radioterapia Reabilitação Serviço Social Traçados diagnósticos	Ambulatório geral Ambulatório de especialidades Ambulatório de Pediatria Centro Cirúrgico Odontologia Pronto-socorro Unidades de internação Unidade de Terapia Intensiva

*Compreende material, pessoal, direção e assessoria, execução orçamentária e financeira, etc.

**Abrange limpeza, portaria e vigilância, obras e manutenção, etc.

Metodologia de apuração: custos diretos

Uma vez definida a estrutura de centros de custos, o segundo passo consiste em levantar as informações básicas necessárias. Essas informações são de dois tipos: as relativas aos custos diretos e aquelas informações auxiliares que serão utilizadas no rateio dos custos indiretos. Como já vimos, os custos diretos con-

sistem nas despesas com pessoal, materiais de consumo e outras diretamente atribuíveis e alocadas a cada centro de custos. Essas despesas geralmente são relacionadas a atividades que cabem ao centro de custos.

As principais informações auxiliares incluem dados estatísticos de produção – de serviços finais ou não – de cada centro de custos. Essa produção deve ser mensurável e ser representativa da função do centro de custos; em certos casos, principalmente para os administrativos, não é fácil encontrar uma medida de produção significativa. Além dos dados de produção, é preciso levantar informações sobre a área física e outros indicadores da utilização dos recursos da instituição para cada centro de custos.

Ao final dessa etapa, dispõe-se de informação sobre o custo direto e a produção de cada centro de custos, o que permite calcular o custo direto unitário médio de cada um. Esse será expresso pelo resultado de uma razão: a soma das despesas diretas (pessoal, material de consumo e outras) atribuíveis a cada centro de custos, dividida pela produção do mesmo. A maioria das poucas instituições de saúde que calculam seus custos, na verdade, computam apenas os custos diretos, o que corresponde, digamos, à metade do caminho, pois não considera os custos indiretos.

Apropriação dos custos indiretos

Para a contabilidade de custos, consideram-se custos indiretos: os custos diretos dos centros de custos administrativos e gerais, quando rateados entre os centros de custos intermediários e finais, e algumas despesas que incidem sobre a instituição como um todo, sem que se possa saber diretamente que unidades se utilizam delas e em que proporção. O gasto com energia e água ou o aluguel de um prédio são exemplos desses gastos. Num primeiro momento, todos esses gastos serão rateados (apropriados) dos centros de custos administrativos e gerais para os centros de custos intermediários e finais, de acordo com critérios bem-definidos. Assim, os custos repassados passam a figurar como custos indiretos nos centros de custos intermediários e finais.

Num segundo momento, os custos totais – diretos e indiretos – dos centros de custos intermediários são distribuídos, segundo critérios preestabelecidos, entre os centros de custos finais, caracterizando-se, dessa forma, como custos indiretos dos centros de custos. Essa metodologia, chamada de “por rateio duplo”, não é a única, mas uma das mais simples. Ela está representada sob a forma de planilha ou mapa de custos no quadro 20, página 90. Existe também a metodologia de “redução escalar”, em que os custos do primeiro centro de custo administrativo/geral são rateados entre todos os outros, e o segundo, por sua vez, tem os custos rateados entre todos os centros de custos restantes (eliminando-se o primeiro), e assim por diante, até se eliminar todos os rateios necessários, num processo progressivo que, numa planilha de custos, se assemelhará a uma escada (daí seu nome).

Critérios de rateio

A distribuição dos custos dos centros de custos gerais e intermediários é realizada com a utilização de critérios, ou *chaves de rateio*. A idéia é que os custos de cada centro de custo de apoio (administrativo ou intermediário) devem ser distribuídos entre os centros de custos que se utilizam desse apoio e proporcionalmente a essa utilização. Os centros de custos com produção quantificável têm os gastos rateados proporcionalmente à quantidade produzida, de acordo com as solicitações ou utilizações pelos demais centros de custos. É, portanto, necessário identificar os centros de custos finais que solicitaram ou utilizaram esse apoio, e em que proporção, para, então, realizar o rateio. Por exemplo, o laboratório distribui seu custo de acordo com o número de exames solicitados por cada centro de custo final, e o custo da farmácia pode ser distribuído proporcionalmente ao valor com medicamentos consumidos em cada centro de custos final. Esse tipo de critério é empregado principalmente para os centros de custos intermediários que, de modo geral, dispõem de uma produção claramente quantificável.

No caso dos centros de custos cuja contribuição ao funcionamento de outros centros de custos não é facilmente quantificável, a distribuição do custo é feita segundo uma variável que tenha relação com o nível de atividades neles desenvolvidas. Os critérios geralmente utilizados para cada centro de custos são os seguintes, também resumidos no quadro 19:

- *Costura, esterilização, gráfica, transporte e ambulância*: esses centros de custos possuem uma produção quantificável e devem ter os custos rateados de acordo com o número de unidades produzidas e entregues para cada centro de custo intermediário e final.
- *Administração*: o custo desse centro é distribuído proporcionalmente à despesa com pessoal de cada centro de custo intermediário e final, ou de acordo com o custo direto de cada um.
- *Almoxarifado*: o critério empregado para distribuir o custo deste centro de custo refere-se à despesa com material de consumo de cada centro de custos intermediário e final.
- *Serviços gerais, limpeza, energia elétrica*: para o rateio do custo do centro de custos serviços gerais, utiliza-se como critério a área ocupada por cada centro de custo final e intermediário ou qualquer indicador que expresse melhor a utilização desses recursos por cada centro de custos.
- *Lavanderia, nutrição e dietética* possuem uma produção quantificável e devem ter os custos rateados de acordo com o número de unidades produzidas para cada centro de custos intermediário e final.
- *Arquivo e documentação médica*: os custos são distribuídos apenas entre os centros de custos finais que têm como unidade de produção a consulta médica e o paciente/dia, ou seja, as unidades de internação, Unidade de Terapia Intensiva, ambulatórios, consultórios médicos e odontológicos, por esses setores demandarem à documentação médica a manipulação diária de sua produção e, conseqüentemente, sua consolidação final.

Quadro 19
Unidades de Produção dos Centros de
Custos e suas Bases de Rateio

CENTROS DE CUSTOS DE ATIVIDADES GERAIS	UNIDADE DE PRODUÇÃO E RATEIO	CENTROS DE CUSTOS INTER-MEDIÁRIOS	UNIDADE DE PRODUÇÃO E RATEIO	CENTROS DE CUSTOS FINAIS	UNIDADE DE PRODUÇÃO E RATEIO
Ambulância	Quilômetro rodado	Anatomia patológica	Exame	Ambulatórios	Consulta
Costura	Peça trabalhada	Anestesiologia	Cirurgia	Centro Cirúrgico	Cirurgia
Gráfica	Folha reproduzida	Endoscopia	Exame	UTI	Paciente – dia/saída
Transporte	Quilômetro rodado	Esterilização	Peça esterilizada	Odontologia	Consulta/ cirurgia
		Fisioterapia	Atendimento	Pronto-socorro	Consulta
		Hemoterapia	Transfusão	Internação	Paciente – dia/saída
		Laboratório	Exame		
		Lavanderia	Roupa/quilo		
		Medicina Nuclear	Aplicação		
		Nutrição e dietética	Refeição		
		Psicologia	Consulta		
		Radiologia	Exame		
		Radioterapia	Aplicação		
		Reabilitação	Atendimento		
		Serviço social	Atendimento		

O mapa geral de custos, ou planilha de custos, resume todo o processo e as informações utilizadas. Um exemplo de mapa de custos simplificado é apresentado no quadro 20.

Em resumo, os requisitos para uma contabilidade de custos adequada são:

- organograma claro e formalizado;
- um plano de contas detalhado e consistente;
- identificação de todos os centros de custos, como centros de custos gerais ou centros de custos finais;
- sistema de contabilidade capaz de acumular os dados financeiros por centro de custos;
- sistema amplo de informações apto a coletar os dados não-financeiros por centro de custos e pelo serviço todo, fornecendo a base para a distribuição de custos, dos centros de serviço geral aos centros de custo final, e a base para calcular o custo unitário pelo centro de custos final;
- escolha de uma metodologia para análise de custos que seja a mais adequada para o serviço em questão (Berman e Weeks, 1979).

Quadro 20
Mapa Geral de Custos

CENTRO DE CUSTO (1)	CUSTOS DIRETOS				RATEIO DOS CC ADMINISTRATIVOS		RATEIO DOS CC INTERMEDIÁRIOS			CUSTO FINAL (11)
	PESSOAL (2)	MATERIAIS (3)	SERVIÇOS (4)	TOTAL (5)	ADMINISTRAÇÃO (6)	SERVIÇOS GERAIS (7)	LAVANDERIA (8)	NUTRIÇÃO (9)	SAME (10)	
1. CENTROS DE CUSTOS ADMINISTRATIVOS							0	0	0	0
Administração	85	15	45	145	-145	0	0	0	0	0
Serviços gerais	70	60	45	175	0	-175				
2. CENTROS DE CUSTOS INTERMEDIÁRIOS							-75	0	0	0
Lavanderia	40	15	0	55	9	11	0	0	-48	0
Nutrição	70	35	5	110	18	22	0	-150	0	0
SAME	25	10	0	35	6	7				
3. CENTROS DE CUSTOS FINAIS							24	50	14	347
Clínica Médica	120	45	25	190	31	38	32	42	12	378
Clínica Cirúrgica	95	65	55	215	35	42	13	33	9	219
Maternidade	65	30	25	120	20	24	3	15	10	151
Ambulatório	50	10	30	90	15	18	3	10	3	105
Radiologia	30	15	20	65	11	13				
TOTAL	650	300	250	1.200	0	0	0	0	0	1.200

Resumo da metodologia:

1. Mapear os custos diretos de cada centro de custo por tipo de custo – pessoal, materiais e serviços de terceiros (colunas 2 a 5);
2. Ratear os centros de custos administrativos entre os demais (colunas 6 e 7), de acordo com critérios específicos - custo direto total (coluna 5) para a administração, e área física no caso dos serviços gerais.
3. Ratear os centros de custos intermediários entre os finais (colunas 8 a 10), de acordo com critérios específicos – quilos de roupa lavada para a lavanderia, número de refeições para a nutrição, e número de pacientes para o SAME.
4. Calcular o custo final (coluna 11) somando os valores dos custos diretos e os dos rateios (colunas 5 a 10).

CONTROLE E CONTENÇÃO DE CUSTOS

Uma vez conhecidos os custos de uma instituição, a gerência pode realizar uma análise criteriosa dessa informação e complementá-la com outro tipo de informação e análise, visando identificar fontes de desperdícios e oportunidades para redução dos custos.

Determinantes do custo dos serviços

Vários fatores podem influir no custo de um bem ou serviço, seja em nível macroeconômico, seja em nível microeconômico. Em nível microeconômico, temos:

- *preço dos insumos*: naturalmente, quanto mais caros os insumos necessários à produção do bem ou serviço, maior será seu custo;
- *prazos de pagamento*: como já foi visto acima, prazos de pagamento mais longos ou uma reputação de “mau pagador” fazem com que o vendedor cobre um preço maior, para compensar o risco de não receber; é clássico o exemplo das compras feitas por instituições públicas em que os preços são freqüentemente mais altos que os de mercado, devido em grande parte à fama que o setor público tem de não pagar em dia;
- *volume de compras*: quanto maior a quantidade comprada, maior a probabilidade de se conseguir um desconto no preço;
- *eficiência na utilização dos recursos*: a maior produtividade do trabalhador, a eliminação de desperdícios, um bom controle sobre o processo de produção, certamente contribuirão para que o custo do produto (ou serviço) final seja mais baixo;
- *tamanho da instituição*: particularmente no caso de hospitais, existe um tamanho mínimo para que a utilização de certas tecnologias seja economicamente racional;
- *tipo de paciente tratado*: casos mais graves naturalmente geram custos mais elevados;
- *nível de conforto* oferecido nos serviços de hotelaria;
- *permanência* dos pacientes no hospital;
- *características da instituição*: por exemplo, hospitais de ensino e pesquisa tendem a ter custos mais elevados.

Em nível macroeconômico, os principais fatores são:

- *extensão da cobertura* a populações até então com pouco ou nenhum acesso aos serviços de saúde e diversificação dos serviços oferecidos;
 - *envelhecimento progressivo da população* e aumento da incidência das doenças crônico-degenerativas, que acompanha o processo de transi-
-

ção demográfica e epidemiológica, levando a um aumento da frequência dos tratamentos mais custosos;

- *incorporação de tecnologias* médicas cada vez mais sofisticadas e caras;
- *generalização do seguro-saúde* em suas formas pública (seguridade social) e privada, com a conseqüente diminuição do preço como obstáculo ao consumo de serviços;
- *ineficiências e desperdícios* na organização e prestação dos serviços de saúde.

Medidas tradicionais de contenção de custos

Vários dos fatores identificados acima podem ser influenciados pela ação do gerente da instituição de saúde, ao passo que outros (principalmente aqueles de natureza macroeconômica) estão fora de seu alcance. Discutiremos aqui algumas medidas que a gerência de uma instituição pode tomar para melhor controlar e eventualmente reduzir os custos dos serviços.

Tradicionalmente, as medidas adotadas no Brasil para conter os custos dos serviços de saúde e adequá-los aos recursos existentes têm sido o corte orçamentário por parte da instituição financiadora ou repassadora de recursos (os governos federal, estadual e municipal e o INPS) e o atraso no pagamento. Cortes orçamentários gerais (isto é, que incidem sobre o valor global do orçamento) ou específicos (ou seja, que incidem sobre unidades específicas ou certos tipos de despesa) sempre foram muito freqüentes no setor público brasileiro. Cortes específicos costumam recair sobre os gastos com materiais e manutenção, já que a despesa com pessoal é mais ou menos fixa e funcionários públicos não podem (até o momento) ser dispensados por motivos econômicos.

A conseqüência maior desses cortes indiscriminados em geral é a escassez de materiais e medicamentos e a ausência de manutenção de prédios e equipamentos, o que produz gargalos importantes no atendimento e impede a plena utilização dos recursos humanos existentes. Em alguns casos extremos, atividades ou serviços inteiros têm de ser desativados temporariamente por falta de materiais ou equipamentos inoperantes. Ou seja, esses métodos de controle de custos são claramente irracionais e geram ineficiências no processo de prestação de serviços, que afetam negativamente a qualidade da assistência.

Outro método tradicional de contenção de custos é o atraso sistemático do pagamento a fornecedores e serviços privados contratados ou conveniados. Numa época de inflação alta, tais atrasos equivalem ao pagamento de um valor menor do que o acordado ou contratado, na medida em que o montante finalmente pago foi corroído substancialmente pela inflação. Novamente, esse método é altamente inadequado, pois, no caso dos serviços de saúde contratados, afeta diretamente a qualidade desses serviços, prejudicando a população. No caso dos pagamentos a fornecedores, resulta em um tiro pela culatra, pois

os fornecedores acabam incorporando a perda no preço cobrado das instituições públicas, aumentando assim o custo dos serviços.

Medidas internas de racionalização e contenção de custos

Como vimos, a existência de ineficiências e gargalos na organização e prestação dos serviços de saúde constitui um fator importante do custo desses serviços. Conhecer o custo dos serviços, identificar as ineficiências e eliminá-las representam uma estratégia prioritária para o controle e contenção de custos. Exemplos clássicos de ineficiências:

- ociosidade do centro cirúrgico de hospitais; equipar e manter um centro cirúrgico custa caro, mesmo que ele não seja utilizado; no entanto, é frequente que haja longas listas de espera para a realização de cirurgias eletivas, enquanto o centro cirúrgico só funciona algumas horas por dia;
- alocação de leitos hospitalares entre clínicas, especialidades ou departamentos de acordo não com a demanda, mas com o prestígio do(s) médico(s) encarregado(s);
- realização de exames diagnósticos depois que o paciente foi internado, quando eles muitas vezes podem ser feitos antes da internação; uma vez internado, um paciente ocupa um leito e, dependendo do caso, podem-se esperar vários dias até que o exame seja realizado e o resultado conhecido; enquanto isso, o paciente não só custou dinheiro, consumiu recursos inutilmente, mas impediu que outro paciente, talvez com necessidade maior ou mais urgente, fosse internado por falta de leito;
- desequilíbrios quantitativos entre diversos profissionais ou materiais e equipamentos – por exemplo, entre médicos e enfermeiras; tais desequilíbrios fazem com que o profissional que está em número excessivo não possa produzir quanto poderia, gerando ociosidade de recursos humanos, materiais e físicos.

Várias medidas podem ser tomadas pelos gerentes de serviços para resolver esses problemas:

- redimensionamento do quadro de pessoal para que a despesa com pessoal não represente mais do que, digamos, 60% a 65% do custo total, o que liberaria recursos para custear despesas com materiais, medicamentos e manutenção;
 - negociação de condições vantajosas para contratos de fornecimento;
 - controle rigoroso da utilização e custo dos procedimentos de alto custo;
 - terceirização das atividades (fins ou meio) que teriam um custo menor se contratadas com terceiros, ou formação de consórcios para desenvolvê-las, o que evita duplicações e permite a obtenção de ganhos de escala;
-

- sistemas de incentivos aos funcionários diretamente relacionados com o aumento da produtividade individual ou em grupo;
- utilização do atendimento domiciliar em substituição à internação hospitalar, quando isso for possível;
- desenvolvimento de atividades preventivas e educacionais, visando reduzir os casos de internação ou cuidados mais dispendiosos.

Políticas de contenção por parte do financiador

O controle e a contenção de custos decorrem não só da maneira pela qual os recursos são combinados e utilizados na produção dos serviços de saúde, mas também dos mecanismos de financiamento e pagamento desses serviços, ou seja, da forma com que o prestador de serviços individual (o profissional médico ou paramédico) ou institucional (a unidade prestadora, seja pública ou privada) é remunerado. Nos últimos anos, a discussão em torno dos mecanismos e modalidades de remuneração tem-se ampliado no mundo todo e vários tipos de intervenção têm sido propostos a fim de estimular o prestador a trabalhar de forma mais eficiente, evitando desperdícios.

Uma das estratégias principais para alcançar esses propósitos consiste em mudar os mecanismos de remuneração dos profissionais ou prestadores contratados, de maneira a estimular um comportamento mais apropriado aos objetivos de eficiência, contenção de custos e garantia de qualidade. Com efeito, sabe-se que cada modalidade de remuneração dos prestadores estimula determinados comportamentos, que podem ou não ser adequados aos objetivos da instituição ou do sistema de saúde como um todo. Por exemplo, o pagamento por ato médico ou procedimento tende a incentivar a multiplicação de atos prestados, é mais difícil de controlar e fiscalizar, não estimula atividades de prevenção e promoção e coloca erroneamente a ênfase nos serviços produzidos, em vez de fazê-lo no seu impacto e efetividade. O pagamento por diagnóstico ou por captação tende a reduzir ou eliminar as distorções – embora não possa, por si só, garantir a qualidade e a eficiência dos serviços prestados. Por outro lado, o pagamento por salário facilita o controle, mas desestimula a produtividade e a utilização racional e eficiente dos recursos.

Dois sistemas de repasse de recursos aos prestadores públicos foram desenvolvidos na Europa, com resultados favoráveis sobre a evolução dos custos da saúde⁵. O primeiro é o sistema de *orçamento global*, pelo qual o poder público (ou a entidade financiadora em geral) repassa recursos a cada unidade prestadora de serviços sob a forma de um montante global fixo, baseado em parâmetros gerais de custo e eficiência; a unidade tem, então, toda a liberdade – e a responsabilidade – para gerenciar os recursos da melhor forma possível para atingir seus objetivos, utilizando-os onde e da forma que achar melhor. Nessas

5. Essa discussão está baseada em Médici (1994) e outros.

condições, a unidade prestadora tem todo o interesse em trabalhar eficientemente e controlar seus custos, já que será responsável por qualquer “estouro” de custos, não existindo nenhuma possibilidade de suplementação de verba. Por outro lado, qualquer “economia” alcançada também reverterá em benefício da própria unidade, que poderá utilizar esse recurso para melhorar as instalações ou a qualidade dos serviços.

O segundo sistema é assentado em *contratos de gestão* firmados entre o poder público financiador e cada prestador institucional, seja ele público ou privado. Tais contratos de gestão estabelecem objetivos e metas a serem cumpridos pelo contratado, que, por sua vez, dispõe de ampla autonomia e flexibilidade para gerenciar seus recursos. O controle sobre o prestador passa a ser feito por meio da avaliação de resultados em vez do emaranhado de autorizações prévias, que é a regra vigente no setor público brasileiro. Um desempenho deficiente do contratado acarreta normalmente a rescisão do contrato de gestão. Esse sistema representa, em certa medida, um passo além do sistema de orçamento global, já que também se fundamenta num pagamento fixo e na autonomia de gestão.



ALOCAÇÃO DE RECURSOS: CRITÉRIOS E CONSEQÜÊNCIAS

Como vimos nos capítulos sobre mudanças na gestão financeira em saúde (página 3) e custos dos serviços de saúde (página 77) deste manual, a alocação de recursos constitui uma área crítica da gestão de recursos financeiros e não-financeiros, com um impacto direto sobre o custo e a qualidade dos serviços e a equidade na sua utilização. Neste capítulo discorreremos sobre a análise e a caracterização de um padrão de alocação de recursos e a identificação de suas implicações.

CONCEITUAÇÃO E CONTEXTO

Alocação de recursos é o processo pelo qual recursos existentes são distribuídos entre usos alternativos, que podem ser finais (programas ou atividades-fim), intermediários (os diversos insumos e atividades necessários à produção do serviço final), ou definidos em termos dos usuários dos serviços.

Três aspectos do processo de alocação de recursos merecem ser enfatizados.

- *Primeiro*: toda alocação resulta ou corresponde a um processo decisório sobre “onde colocar o dinheiro”, ainda que esse processo possa não ser formalizado ou simplesmente repetir o que já foi feito antes. O *default* de alocar recursos de acordo com a estrutura de gastos do ano anterior também representa uma decisão (a de manter o padrão e, portanto, as políticas do passado).
- *Segundo*: toda alocação tem um impacto direto e claro sobre a eficiência e o custo dos serviços. Alocar recursos limitados a um conjunto de atividades significa que eles não estarão disponíveis para outras atividades, o que poderá resultar em falta de materiais, falhas no apoio logístico ou outros problemas.
- *Terceiro*: toda política ou conjunto de prioridades se traduz num padrão específico de alocação de recursos, e vice-versa: todo padrão de aloca-

ção de recursos corresponde a certas prioridades, ainda que implícitas. É comum autoridades políticas e/ou sanitárias definirem um conjunto de políticas e prioridades, mas uma análise do padrão de alocação de recursos pode revelar outra ordem de prioridades. Nesse caso, naturalmente, é o padrão de alocação que mostra as verdadeiras prioridades.

Como se verá adiante, o conhecimento da distribuição dos recursos financeiros de acordo com critérios específicos (alocação) permite uma série de análises extremamente úteis, não só para o gerente financeiro, mas também para os tomadores de decisão das SMS e dos próprios governos municipais. Elas constituem um instrumento imprescindível ao gerenciamento correto dos serviços de saúde, auxiliando no processo de repensar prioridades e identificando desequilíbrios e injustiças possivelmente insuspeitados.

Essa questão se tornou importante devido à discussão dos critérios de repasse dos recursos federais do SUS aos Estados e municípios. Com as constantes mudanças dos critérios utilizados e a dificuldade de se encontrar um critério simples e não distorcivo, a análise do padrão de alocação de recursos e suas conseqüências se revestem de importância crítica nesse momento da implantação do SUS.

CARACTERIZAÇÃO DO PADRÃO DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS

Para caracterizar o padrão de alocação de recursos num determinado município e avaliar sua adequação, é necessário levantar a distribuição da dotação orçamentária e/ou a despesa realizada por uma série de variáveis ou critérios. Em alguns casos a informação já estará disponível, pois a contabilidade orçamentária já trabalha com essa abertura; em outros, será necessário recorrer a levantamentos específicos e paralelos ou alterar a sistemática contábil para obter a informação. Por exemplo, para avaliar se o padrão de alocação de recursos é apropriado às políticas e prioridades do município por nível de assistência, é preciso que o sistema de informação permita identificar o gasto por esse critério, o que não é possível pelo sistema orçamentário tradicional.

Alocação por nível e tipo de atenção

É importante conhecer a alocação de recursos por nível de atenção (primária, secundária, terciária) e tipo de serviço (hospitalar *versus* ambulatorial, preventivo *versus* curativo) por vários motivos. Primeiro, para confrontá-lo com as políticas e prioridades enunciadas pelas autoridades sanitárias. É óbvio – mas pouco respeitado – que uma atividade ou programa considerada como prioritária deve receber recursos suficientes para que essa prioridade se concretize; de outra forma, a prioridade só existe no discurso. É importante ressaltar mais uma vez que priorizar alguma atividade implica, necessariamente, “despriorizar” outra(s); ou seja, numa realidade de recursos escassos, geralmente só se “põem”

mais recursos numa atividade “tirando-os” de outra. E, segundo, para avaliar sua adequação às necessidades ditadas pelo perfil demográfico, epidemiológico e sócio-econômico da população. Em princípio, a um determinado perfil deveria corresponder um padrão de alocação de recursos, com os problemas de saúde mais importantes – em termos de incidência, prevalência ou impacto sobre a saúde – recebendo maiores recursos. Isso é ainda mais verdadeiro num momento em que, cada vez mais, os governos se vêem obrigados a contemplar uma redução no espectro de serviços que oferecem para se concentrar em alguns serviços prioritários, de maior alcance social ou epidemiológico.

O problema é que a maioria dos sistemas contábeis públicos não permite identificar diretamente a alocação de recursos ou despesas por nível de atenção ou tipo de serviço. Para se ter uma estimativa desses gastos, ainda que imperfeita, é necessário consolidar os dados de gastos por tipo de unidade (hospitais, centros de saúde). Seria, portanto, importante do ponto de vista gerencial modificar o sistema contábil-orçamentário a fim de disponibilizar essa informação.

Alocação por tipo de gasto ou função

A alocação de recursos de acordo com a finalidade da atividade também é importante, pois permite identificar até que ponto os recursos estão sendo dirigidos para as atividades-fim da organização ou para aquelas que se quer priorizar. Essa é uma distribuição relacionada com a distribuição por tipo de atenção ou de serviço, só que aqui também se está interessado nas atividades não-assistenciais. Por exemplo, é comum o setor público gastar muito pouco na manutenção de equipamentos e instalações, o que causa a desativação de muitos equipamentos e instalações relativamente novos. Conseqüentemente, os recursos humanos e outros que utilizariam esses equipamentos e instalações ficam ociosos, resultando num custo desnecessário e comprometimento da qualidade. Em muitos casos, uma simples realocação de recursos de outros itens para manutenção poderia evitar esse problema, independentemente do montante de recursos financeiros disponível.

O sistema de informação financeiro deveria, portanto, propiciar esse tipo de abertura, incluindo pelo menos as categorias de atividades operacionais finais *versus* operacionais de apoio *versus* de manutenção *versus* de investimentos. Por exemplo, é importante, pelas razões acima, que se saiba quanto a organização está gastando em manutenção, embora essa informação muitas vezes não esteja disponível nos sistemas de informação financeira tradicionais.

Alocação por tipo de insumo

A alocação de recursos por tipo de insumo é importante pelo impacto que causa sobre o custo, qualidade e efetividade dos serviços prestados. Por exemplo, um hospital com muitos médicos e poucas enfermeiras (ou vice-versa) terá certamente problemas com a qualidade da assistência. Outro hospital com recursos humanos abundantes, mas sem dinheiro para adquirir medicamentos ou

materiais médicos, estará desperdiçando dinheiro e comprometendo a qualidade dos serviços. Na maioria dos casos, seria melhor reduzir o quadro de pessoal e gastar uma parte dos recursos assim liberados na aquisição de medicamentos e/ou materiais, mesmo com o mesmo montante de recursos totais. Da mesma forma, muitos órgãos públicos têm um quadro de pessoal administrativo inchado em relação ao pessoal ligado à atividade-fim, com conseqüências negativas sobre o custo, desempenho e eventualmente a qualidade da assistência prestada (se esse inchaço resulta em recursos insuficientes para a atividade-fim).

Novamente, para se avaliar a adequação da alocação de recursos entre diferentes insumos é preciso que o sistema contábil-orçamentário forneça essa informação. Normalmente, é necessário conhecer a distribuição da dotação orçamentária e dos gastos pelo menos de acordo com a seguinte abertura:

- pessoal, medicamentos, materiais médicos, materiais não-médicos, serviços de terceiros: essa informação está normalmente disponível de acordo com a estrutura contábil utilizada no serviço público;
- categorias de pessoal: médicos, enfermeiras, auxiliares e técnicos de enfermagem, pessoal administrativo e pessoal de apoio.

Alocação por critérios geográficos e populacionais

Embora mais útil em nível nacional ou estadual, o conhecimento da alocação de recursos por área geográfica também pode ter sua utilidade em nível municipal, principalmente se o município conta com uma população rural importante ou os bairros e distritos do município têm características distintas. A distribuição geográfica e demográfica serve às vezes de aproximação a uma distribuição por grupos sócio-econômicos, cuja utilidade reside na avaliação da capacidade de os serviços de saúde atingirem os grupos mais desfavorecidos, aqueles que mais precisam do sistema público de saúde.

CRITÉRIOS DE ALOCAÇÃO E SUAS IMPLICAÇÕES

A alocação de recursos de acordo com critérios explícitos, elemento central do processo de planejamento e orçamentação, foi por muito tempo neutralizada pela burocratização do processo orçamentário do setor público, mas está hoje no centro das discussões sobre a implantação do SUS. Isso requer dos gerentes locais do SUS uma compreensão dos padrões e critérios de alocação de recursos e suas implicações.

Critérios de alocação tradicionais

Tradicionalmente, a alocação de recursos públicos na área da saúde se deu com base em critérios não-implícitos, geralmente fundamentados no padrão histórico de gastos. Isso apesar de planos e declarações definirem prioridades raramente refletidas no padrão de gastos (por exemplo, a tão falada prioridade à atenção básica). Num contexto de contenção de gastos públicos e na ausên-

cia de uma política clara, os recursos são normalmente alocados de acordo com a “rigidez de demanda” relativa dos diversos programas e serviços, privilegiando aquelas de despesas mais difíceis de conter e reduzir. Com isso, e por trás da repetição do padrão histórico, dois critérios sobressaem:

- *Rede instalada*: são privilegiados aqueles programas, unidades e tipos de serviço que, por sua estrutura e funcionamento, exigem mais recursos. Com isso se exacerba o desequilíbrio entre atenção ambulatoria e preventiva e atenção hospitalar e curativa, em favor da última, e as alternativas “baratas” de prestação de serviços (que caracterizam a atenção básica em geral) são relegadas ao segundo plano. Também se mantêm as desigualdades regionais que caracterizam a distribuição da rede de serviços.
- *Quadro de pessoal*: como é mais fácil reduzir o consumo de materiais do que o quadro de pessoal, o gasto com pessoal se mantém fixo ou até aumenta diante de imperativos políticos, enquanto se reduz a alocação para outros insumos: materiais de consumo, manutenção de instalações e equipamentos, etc.

Novos critérios propostos pelo SUS

No intuito de corrigir as distorções existentes na distribuição dos recursos na área da saúde e a iniquidade resultante, o SUS propôs desde o início vários critérios inovadores de alocação dos repasses federais:

- *Critério demográfico*: é o que tem recebido mais atenção na discussão dos critérios de repasse dos recursos do SUS, já que desde o início se propôs que parte desses recursos sejam repassados com base em um valor *per capita*. O critério demográfico é visto como um mecanismo para se reduzir distorções e injustiças na distribuição dos recursos da saúde, mas se defronta com a demanda de recursos criada pela rede instalada de unidades prestadoras de serviços.
- *Critério epidemiológico*: baseado nas necessidades reais de serviços ditadas pelo padrão regional de morbidade, o critério epidemiológico é de difícil operacionalização pela porosidade das relações entre municípios e a dificuldade de se definir um critério único que resuma a situação sanitária de um município; embora previsto, esse critério não foi efetivado até hoje.
- *Incentivos às ações básicas*: este critério se propõe claramente como um instrumento de política, procurando estimular os municípios a desenvolver e expandir as ações de atenção básica.

A dificuldade de definir e operacionalizar um critério simples de alocação de recursos que reflita as políticas e prioridades de saúde e reduza os desequilí-

brios existentes mostra claramente a necessidade de se aprofundar a discussão e análise de alocação de recursos financeiros.

INEFICIÊNCIAS NA ALOCAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE RECURSOS

A caracterização do padrão de alocação de recursos constitui um passo necessário no processo de identificar problemas e fontes de ineficiência na estrutura e funcionamento dos serviços. Esses problemas estão freqüentemente ligados a desequilíbrios na combinação de insumos e/ou à existência de gargalos em algum ponto do processo produtivo; ambos limitam a produção dos serviços finais e forçam a ociosidade de parte dos recursos existentes, resultando em aumento desnecessário dos custos e comprometimento da qualidade.

Ineficiências na alocação

Os economistas costumam dizer que, dado um processo produtivo necessitado de certos insumos, sempre há uma – às vezes, mais – combinação desses insumos que permite maximizar a quantidade produzida e/ou minimizar os custos de produção. Essa otimização de recursos leva à chamada “eficiência alocativa” (ver definição no capítulo *Funções e organização da gestão financeira*). Qualquer desequilíbrio entre os diversos insumos em relação a essa situação ótima produziria ineficiências e custos mais altos do que o necessário. Exemplos clássicos de ineficiências desse tipo nos serviços de saúde incluem:

- Insuficiente dotação para manutenção de prédios, instalações e equipamentos, gerando deterioração rápida desses itens; “economizar” em manutenção é comprovadamente um erro, pois torna outros recursos (humanos ou físicos) inúteis (um técnico de radiologia não tem o que fazer se o equipamento não estiver funcionando); compensar a falta de manutenção com a aquisição de novos equipamentos também é uma falsa solução, pois o resultado a curto ou médio prazo é infra-estrutura e equipamentos inoperantes, requerendo novos investimentos ou reparos caros; os recursos foram desperdiçados.
- Gasto excessivo com pessoal: um quadro de pessoal maior do que o comportado pelos recursos materiais e equipamentos resulta em ociosidade, baixa produtividade e custos desnecessários; pagar pouco a esse pessoal como medida de contenção de gastos também é contra-produtivo, pois, em geral, a produtividade e qualidade do trabalho é proporcional ao salário recebido.
- Desequilíbrio entre os diferentes insumos utilizados na produção de serviços ou entre serviços complementares: por exemplo, não adianta um estabelecimento de saúde ter equipamentos sofisticados sem os recursos humanos qualificados para operá-los, pois serão desperdiça-

dos. Isso acontece também quando existe um grande número de médicos, mas pouco pessoal de apoio (enfermagem ou outros): o profissional médico não consegue produzir conforme sua capacidade e capacitação, e seu tempo é desperdiçado. Outro exemplo é a destinação e uso exclusivo de salas de ambulatório por uma determinada especialidade médica; mesmo que não tenha atendimento ou demanda constante, impede o uso do espaço por outras especialidades e obstrui, portanto, a utilização ótima do espaço físico.

Ineficiências na utilização

Recursos ociosos são a mais óbvia fonte de ineficiência na utilização de recursos. Um equipamento que não é utilizado à sua plena capacidade, um profissional ou trabalhador da saúde que não ocupa todo o seu tempo produzindo (seja porque não há pacientes ou trabalho suficientes, ou porque não tem o equipamento ou material de que precisa para trabalhar) são exemplos desse tipo de ineficiência. Outro caso de ineficiência, relacionado com o anterior, é a baixa produtividade do recurso humano ou técnico, que tem como conseqüência um aumento do custo dos serviços e, portanto, contribui claramente para a propalada insuficiência de recursos.

Outra fonte de ineficiência e alto custo dos serviços reside no preço que o prestador paga pelos insumos que utiliza. Logicamente, a utilização de insumos mais caros onera o custo do serviço final. O custo dos insumos – principalmente, insumos materiais – é influenciado por vários fatores:

- a qualidade do insumo;
- as condições negociadas para o pagamento;
- o sobrepreço cobrado pelo vendedor devido à fama de mau pagador do setor público.

MEDIDAS CORRETIVAS

Eliminação de gargalos e ineficiências

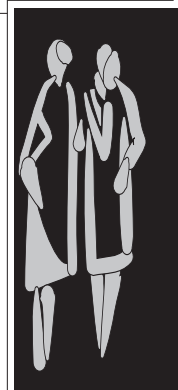
As fontes e tipos de ineficiência mencionadas parecem muitas vezes óbvias. Na verdade, pouco do que se diz neste manual é realmente novo. O importante é identificar os problemas, conhecer suas causas, ter consciência da necessidade e possibilidade de tomar medidas corretivas. Como se disse anteriormente, as secretarias municipais da Saúde têm hoje (ou terão em breve) a responsabilidade de gerenciar a prestação da maior parte dos serviços de saúde. Pelo fato de os serviços públicos municipais serem, em geral, menos burocratizados e menos pesados que os estaduais e federais, e estarem mais próximas dos usuários e mais sensível a suas pressões, as SMS têm a possibilidade e responsabilidade de corrigir muitas das distorções e ineficiências que corroem o sistema de saúde brasileiro há muito tempo:

- identificar e caracterizar o problema e suas conseqüências em termos de custos e qualidade;
- identificar a causa profunda do problema, ou seja, o tipo de ineficiência que o problema representa (alocação de recurso ou sua utilização);
- de acordo com o tipo de problema, identificar a(s) medida(s) corretiva(s) que pode(m) resolvê-lo.

Descentralização e autonomia de gestão

A descentralização de recursos e responsabilidades para níveis mais baixos de governo tem sido uma das vertentes da reforma dos sistemas públicos de saúde em muitos países e constitui o ponto central da reforma sanitária no Brasil. A justificativa para tais propostas de descentralização é dupla: primeiro, a gestão e controle do sistema seria mais fácil quando desempenhada num nível mais próximo da operação do próprio sistema – em outras palavras, uma gestão municipal do sistema de saúde ofereceria melhores condições para garantir a eficiência e qualidade dos serviços; segundo, com a mobilização e organização social dando-se principalmente em nível local, o controle social resultante dessa organização seria um forte estímulo para a operação eficiente do sistema e a qualidade dos serviços.

No entanto, é de suma importância lembrar que uma descentralização administrativa não garante de maneira alguma a eficiência ou a qualidade dos serviços. O fator indispensável para alcançar esses objetivos é a autonomia de gestão dos que executam as atividades, ou seja, as unidades prestadoras de serviços devem ter liberdade para organizar e manejar seus recursos da maneira mais apropriada aos princípios de eficiência e qualidade. Só assim os dirigentes de unidades e serviços poderão se sentir realmente responsáveis pelos resultados de suas unidades e estarão motivados para controlar seus custos.



O FINANCIAMENTO DO SUS E SEUS DESAFIOS

Este capítulo trata brevemente de como os recursos financeiros são mobilizados no âmbito do SUS e do reflexo que isto tem sobre a gestão financeira em nível municipal. Não é papel deste manual discutir o padrão de financiamento do SUS em si mesmo; assim, este padrão será apenas mencionado e a discussão recairá sobre as implicações deste padrão sobre a gestão financeira.

AS FONTES DE FINANCIAMENTO

Os recursos que compõem o financiamento do SUS provêm hoje de três fontes principais: recursos de tributos e contribuições federais, recursos de tributos estaduais e recursos da arrecadação tributária municipal. A contribuição de cada esfera de governo ao financiamento do SUS se alterou nos últimos anos, com uma diminuição da parte dos Estados (de 17%-18% do total no início da década de 80 para 13%-15% nos anos 90), aumento na participação dos municípios (de 8%-9% para 11%-13%) e manutenção da contribuição da União (entre 70% e 75%). Porém, a maior mudança ocorrida com a implantação do SUS se deu na composição dos recursos federais: durante a década de 80, a contribuição de empresas e trabalhadores à Previdência Social proporcionava cerca de 80% desses recursos, enquanto essa proporção se reduziu drasticamente entre 1991 e 1993 para, a partir de então, não mais representar uma contribuição significativa; ela foi substituída por um conjunto de contribuições compulsórias (sobre o faturamento e o lucro das empresas).

Tramita desde 1993 uma proposta de emenda à Constituição que almeja tornar lei uma reivindicação da área da saúde, estabelecendo níveis mínimos de gasto em saúde por parte de cada esfera de governo: 30% do orçamento da Seguridade Social e 10% dos orçamentos estaduais e municipais.

Do ponto de vista do município e de maneira simplificada, as fontes de financiamento são as seguintes:

- Recursos do Tesouro municipal, provenientes da arrecadação de impostos e taxas municipais e repasse de receita tributária dos outros níveis da federação. Embora se recomende a alocação de um mínimo de 10% da receita dos municípios à saúde, muitos deles destinam proporção menor. A disponibilização desses recursos obedece, em sua maior parte, à sistemática do orçamento municipal, obedecendo, portanto, às diretrizes orçamentárias do município.
- Repasses federais baseados em valor *per capita* ou valor global. À diferença da fonte anterior, esta não depende de faturamento de conta de prestação de serviços, mas corresponde a um repasse global fixo originário do atendimento ambulatorial e incentivos à atenção básica.
- Repasses federais provenientes da remuneração de serviços prestados. A maior parte desses recursos provém da remuneração de serviços hospitalares via emissão e cobrança de AIHs (Autorização de Internação Hospitalar). A sistemática aqui é em tudo semelhante à de um hospital privado que fatura suas contas ao pagador/financiador.
- Receita de serviços prestados a empresas, seguradoras e planos de saúde particulares. A possibilidade de o setor público se ressarcir dos custos relativos à atenção a pacientes particulares constitui uma das grandes novidades do SUS, no geral ainda não implementada. Dada a frequência do tratamento desses pacientes, principalmente nos hospitais de referência públicos, essa representa potencialmente uma fonte importante de recursos adicionais. Em qualquer caso, requer provavelmente uma sistemática de faturamento e cobrança distinta das anteriores.
- Fontes esporádicas de recursos, que podem em dado momento ser substanciais, incluem doações e financiamentos oriundos da ajuda internacional, repasses federais a programas e atividades específicas e receitas por alienação de bens; essas fontes geralmente requerem uma sistemática de execução e controle específica.
- Fontes potenciais pouco exploradas até o momento no setor público incluem receitas de taxas cobradas a pacientes por serviços específicos ou acomodações diferenciadas, desde que autorizadas. A cobrança de taxas de utilização diferenciadas por serviços ou unidades prestadoras pode ajudar a canalizar e racionalizar a demanda de serviços, por exemplo, reduzindo a utilização de serviços de emergência e referência para casos que não necessitem deles.

A diversidade de fontes de recursos com que o município conta ou pode vir a contar exige sistemáticas de repasse, contabilização e controle bastante diferentes, pois cada uma delas requer programação e prestação de contas específicas. As SMS devem necessariamente se instrumentalizar para a gestão financeira comple-

xa que isso exige, pois mesmo que o manejo do Fundo Municipal de Saúde e eventuais contas separadas seja de responsabilidade de outra secretaria (de Finanças, por exemplo), toda a documentação, registro e controle cabe em geral à SMS.

As fontes tradicionais de recursos – Tesouro municipal e repasses globais – requerem principalmente um sistema de planejamento e execução orçamentário rigoroso, com controles financeiros adequados. Mas o sistema de contas hospitalares e de atenção ambulatorial do SUS constituem sistemas de informação complexos, com procedimentos próprios de programação, controle e auditoria. Mais ainda: a mobilização de fontes novas de recursos, principalmente no relacionamento com o setor privado contratado e não-contratado, requer todo o elenco de instrumentos de gestão financeira próprio de qualquer empresa privada.

Quando se leva em conta também a necessidade de controlar e conter os custos dos serviços e aumentar a eficiência na utilização dos recursos disponíveis, percebe-se que o desafio para as prefeituras é grande, porém repleto de oportunidades. Enfrentar esse desafio requer lançar mão de instrumentos de gestão financeira não-tradicionais no setor público, tais como apresentados neste manual, e capacitar os recursos humanos para manejá-los adequadamente.

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE: CARACTERÍSTICAS E FUNCIONAMENTO

Principal instrumento de canalização e gestão dos recursos financeiros do SUS, o Fundo Municipal de Saúde nada mais é do que um instrumento de gestão e não deve ser considerado como um fim em si mesmo. Tem como finalidade permitir maior flexibilidade e autonomia da gestão dos recursos pelas SMS, facilitar os repasses de recursos entre esferas de governo, garantir que os recursos da saúde não sejam desviados para outros fins, facilitar o controle social e propiciar maior racionalidade na alocação e gestão dos recursos da saúde.

O FMS é uma conta especial para onde devem ser canalizados todos os recursos financeiros destinados à saúde, qualquer que seja sua origem. Entretanto, não se trata de um fundo administrativo autônomo com personalidade jurídica própria.

Seu funcionamento é regulado por uma série de leis e regulamentos, decretos, portarias e normas específicas, entre os quais os mais importantes são:

- Constituição Federal, art. 167, inciso IX (é necessária a aprovação do Legislativo para sua criação);
- Constituição Estadual, Código Estadual de Saúde;
- Lei Orgânica do Município e outros documentos legais municipais;
- Lei 4.320, arts. 71–74;
- Lei 8.080, arts. 33–35;
- Lei 8.142, arts. 2º–4º;
- Normas Operacionais Básicas 93 e 96.

O FMS é normalmente criado por uma lei, que deve definir seus princípios gerais, e regulamentado por decreto e – quanto à operação – por portarias, etc. Isso porque é melhor deixar os detalhes para decretos e portarias, que são mais fáceis de alterar. O gestor do fundo é a Secretaria Municipal da Saúde (Lei 8.142, art. 9º); assim, a prática da Secretaria de Finanças exercer a gestão do fundo é contrária ao espírito da legislação e só se justifica em prefeituras muito pequenas. O patrimônio do fundo pertence à prefeitura.

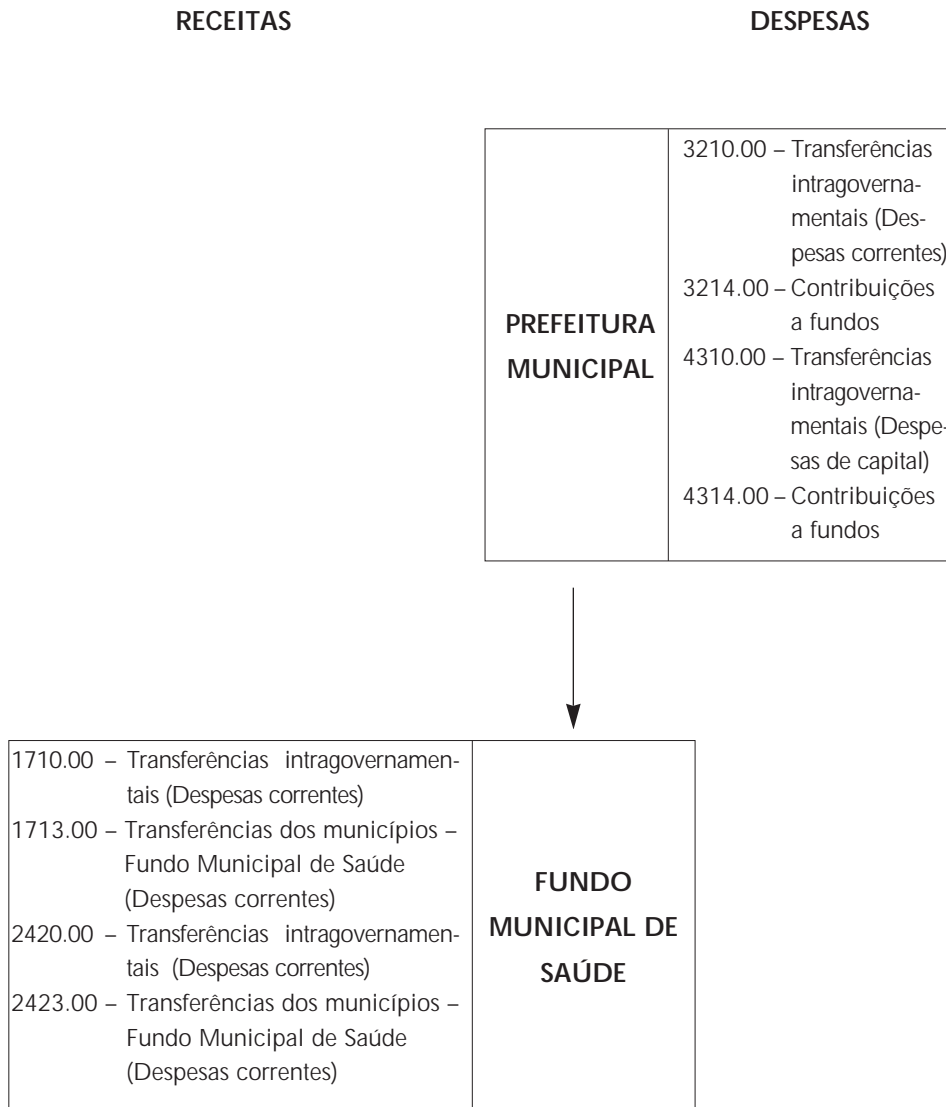
A fiscalização é exercida pelo Conselho de Saúde (além de outros mecanismos como o Tribunal de Contas, o Poder Legislativo, etc.). Para esse fim o secretário deve encaminhar plano de aplicação com a distribuição das cotas financeiras por unidades e programas, demonstrativos mensais de receita e despesa, convênios e contratos, demonstrativos de auxílios e subvenções. A Lei 8.689 de 27 de julho de 1993, em seu artigo 12, estabelece que “o gestor do Sistema Único de Saúde, em cada esfera de governo, apresentará, trimestralmente, ao Conselho de Saúde e em audiência pública na Câmara de Vereadores, para análise e ampla divulgação, relatório detalhado contendo, dentre outros, dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, auditorias, serviços produzidos no próprio e contratados”.

No entanto, dúvidas costumam surgir quanto aos papéis e responsabilidades de cada órgão envolvido e, portanto, é preciso definir, no momento da criação do fundo, os papéis da Secretaria da Saúde, Secretaria de Finanças, Secretaria de Administração, etc., quanto à assinatura de cheques, compras, licitações e estocagem, contabilização e gestão de caixa, lembrando sempre que a legislação do SUS estabelece que a gestão do fundo e seus recursos cabe à SMS.

A receita dos fundos pode ser proveniente de recursos orçamentários municipais consignados à Secretaria da Saúde, transferências da União (Correntes 1721.09.01 e Capital 2421.09.01) e do Estado (Correntes 1722.09.01 e Capital 2422.09.01), multas e juros de mora relativos a infrações ao código sanitário, taxas de fiscalização sanitária, outras taxas específicas, contribuições e donativos, auxílios e subvenções, operações de crédito ou externo. A figura 13 mostra as contas envolvidas nesses repasses.

A despesa do Fundo Municipal de Saúde pode incluir gastos diretos e indiretos com saúde, financiamento de programas de saúde; salários, gratificações e encargos; serviços, pagamento de contratos e convênios; obras, equipamentos e instrumental; material de consumo, desenvolvimento de recursos humanos e amortização de dívidas.

Figura 13
Esquema de repasse de recursos da Prefeitura
para o Fundo Municipal de Saúde





LEGISLAÇÃO BÁSICA SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

NATUREZA

RESUMO

1990

Lei nº 8.080 de 19/9/1990

Define um processo de planejamento ascendente, resultando num plano de saúde, estabelece o fim do caráter convenial dos repasses, uma conta especial para os recursos do SUS e critérios de repasse.

Lei nº 8.142 de 28/12/1990

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

1991

Norma Operacional Básica 1/91
(Portaria nº 1.481/91)

Define a operacionalização do SUS enquanto a Lei 8.080/90 não é regulamentada; define pagamento da UCA por população (repasso aos fundos) e das AIHs diretamente aos prestadores; estabelece custeio dos programas especiais e de alto custo.

1993

Portaria nº 545 de 20/5/1993

Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS nº 1/93.

Instrução Normativa nº 1 de 23/9/1993 Disciplina fluxos e conteúdos do processo de habilitação de municípios e Estados às novas condições de gestão previstas na NOB/SUS/01/93.

1995

Portaria nº 30/SAS de 24/4/1995 SIH/SUS.

Portaria nº 46 de 12/6/1995 Órgãos emissores de autorização de internação hospitalar.

Portaria nº 50/SAS de 21/6/1995 Medicamento alglucerase.

Portaria nº 51 /SAS de 21/6/1995 SIA/SUS.

Portaria nº 52 de 22/6/1995 Implantação do Programa de Gestão Financeira de AIH.

Portaria MS/SAS nº 58 de 30/6/95 SIA/SUS.

Portaria nº 74/SAS de 24/7/1995 Estabelece condições para revisão dos tetos financeiros dos Estados (SIA e SIH).

Portaria nº 75/SAS de 24/7/1995 Disciplina prazo e fluxo para operacionalização de alterações de valores de teto financeiro de municípios em condição de gestão simplena.

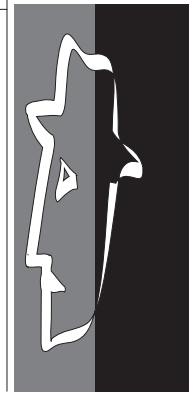
Resolução SS-367 de 28/11/95 Dispõe sobre as atribuições da Comissão Intergestores Bipartite e das Comissões Intergestores Regionais e dá providências correlatas.

1996

Norma Operacional Básica do SUS NOB-SUS 01/96 Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão

Decreto nº 40.902 de 12/6/1996 Autoriza a Secretaria da Saúde, representando o Estado, a celebrar convênios com municípios do Estado de São Paulo, envolvendo a transferência de recursos técnicos, financeiros e materiais, visando à reorganização gerencial, o aperfeiçoamento e a expansão da capacidade operacional do SUS no município.

Portaria nº 2.203 de 5/11/1996 Informe Especial de Legislação em Saúde.



GLOSSÁRIO DE TERMOS ECONÔMICOS E FINANCEIROS

Alocação de recursos: diz respeito às decisões quanto à utilização dos recursos (ou seja, “para onde vão”), especialmente na aquisição e combinação dos diversos insumos necessários à prestação de serviços. É o processo pelo qual recursos são distribuídos entre usos alternativos, que podem ser finais (programas ou atividades-fim) ou intermediários (os diversos insumos necessários à produção do serviço final).

Análise de eficiência: trata-se de conseguir a realização de um determinado trabalho de forma correta, com custo e tempo menores. É a proporção do custo total (dinheiro) e recursos escassos (tempo) que pode ser relacionada com o benefício atualmente realizado. É a relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos em determinada atividade. A produção eficiente é aquela que maximiza os resultados obtidos com um dado nível de recursos ou minimiza os recursos necessários para obter determinado resultado. Analisa os efeitos ou resultados finais obtidos em relação ao esforço despendido em termos de dinheiro, recursos e tempo.

Análise de produtividade: é a relação entre o valor dos produtos obtidos e os meios utilizados nessa produção. Produtividade tem uma relação entre a produção obtida e o número de pessoas empregadas para gerar essa produção. Num sentido mais técnico, a produtividade é entendida como a relação entre a produção obtida por unidade produtiva, num período determinado, e os insumos para tanto utilizados.

Análise financeira: são necessários instrumentos de análise das demonstrações para que certos aspectos mais importantes possam ser analisados com maiores detalhes. A análise vertical e horizontal são instrumentos dessa análise financeira.

Análise horizontal: compara duas demonstrações ou conjuntos de dados de períodos diferentes, geralmente consecutivos, conta por conta, ou por grupo de contas, apontando as variações percentuais ocorridas entre um período e outro.

Análise vertical: não aponta variações e sim a importância, ou seja, a participação percentual de cada item em relação ao total do Ativo ou do Passivo, no caso do balanço patrimonial, ou em relação à receita bruta, no caso de demonstração de resultados.

Apuração de custos: é um processo de alocar todos os custos dos serviços de saúde a centros ou unidades de custos que produzem serviços finais. A apuração ou análise de custos é o processo de manipulação ou redistribuição dos dados ou informações das contas existentes para obter os custos dos serviços de saúde prestados. É um meio de ratear de forma precisa os custos de manutenção e utilização das instalações e de outras unidades de serviços gerais, ou centros de custos, para a assistência de enfermagem, salas de cirurgia, salas de emergência, farmácia e outros departamentos ou unidades de receita que constituem débitos pelos serviços prestados aos pacientes.

Ativo: registra os bens e direitos dos serviços, isto é, o que ele já possui e o que ele tem a receber.

Auditoria: é um exame pericial, total ou parcial, executado por um auditor, das finanças e do capital de uma instituição, numa data determinada, bem como exame das transações financeiras durante o período fiscal que termina nessa data. Tem como objetivo a comprovação das operações contábeis por meio desse exame analítico e pericial.

Auditoria externa: uma administração prudente requer um auditor independente e externo. Um auditor independente não é um empregado da instituição de saúde; seu interesse não são as necessidades da administração interna, mas sim as necessidades externas; sua revisão de operações é limitada a assuntos basicamente financeiros; apenas eventualmente se preocupa com a descoberta e prevenção de fraude e o exame da instituição em questão é feito periodicamente.

Auditoria interna: exame analítico e pericial prévio, concomitante e subsequente, da legalidade dos atos da administração orçamentária, financeira e patrimonial, bem como da regularidade dos atos técnico-profissionais praticados no SUS por pessoas físicas e jurídicas integrantes ou participantes do sistema. A auditoria interna deve verificar se as metas e os objetivos claramente estabelecidos foram atingidos, se a cobrança e o controle de custos foram feitos de forma adequada. O controle da qualidade da assistência prestada também deve ser alvo da auditoria interna.

Avaliação: é o exame das atividades já terminadas (ou pelo menos bem adiantadas), para determinar se elas atingiram os objetivos fixados ou estão se desenvolvendo em condições adequadas.

Capital de giro ou *capital circulante:* pode ser definido como o total do ativo circulante dos serviços de saúde. Refere-se à soma do investimento em ativos a curto prazo ou circulantes-caixa, títulos negociáveis, contas a receber e estoques.

Contabilidade pública: a contabilidade pública, com a aplicação de normas de escrituração contábil, registra a previsão, realização das receitas, a fixação das despesas e as alterações introduzidas no orçamento. Controla as operações de créditos, exerce a fiscalização interna, acompanhando passo a passo a execução orçamentária, a fim de que ela se processe em conformidade com as normas gerais do direito financeiro. Compara a previsão e a execução orçamentárias mostrando as diferenças. Mostra a situação financeira do Tesouro. Aponta, em seus relatórios finais, o resultado da execução orçamentária e seus reflexos econômico-financeiros. Revela as variações patrimoniais resultantes ou não da execução orçamentária. Evidencia as obrigações, os direitos e os bens da entidade.

Controle financeiro: consiste, basicamente, em comparar o que foi previsto/planejado com o que está sendo realizado, isto é, se as metas estão sendo atingidas.

Custo: valor dos bens ou serviços consumidos ou aplicados em um período definido para produzir outros bens ou serviços nesse mesmo período. É o valor de todos os recursos utilizados na produção e distribuição de bens e serviços.

Custo de oportunidade: o reconhecimento do valor de um bem ou serviço pode ser medido em termos de ser esse valor a sua melhor alternativa de uso.

Custo histórico: registra os custos pelo seu valor real, à medida que eles vão ocorrendo. Uma vez que é preciso esperar até que todos os custos sejam registrados para analisá-los, esse sistema implica um atraso dessa análise em relação à ocorrência dos custos.

Custo marginal: é a mudança do custo total resultante do incremento da produção de mais uma unidade do produto. Acréscimo no custo total resultante do incremento de uma unidade no volume de produção.

Custo médio: é o quociente que se obtém ao dividir o custo total de produção de um bem, produto ou resultado pelo número de unidades produzidas ou serviços prestados.

Custo padrão: calcula antecipadamente, com base na experiência passada e nos objetivos fixados para o período atual, os custos que devem ocorrer no

período. À medida de sua ocorrência, os custos reais e históricos são registrados e comparados com os custos padrões, e as variações encontradas são analisadas. Esse custo permite que a análise dos custos seja feita imediatamente após sua ocorrência e não depois de um período mais ou menos longo.

Custos diretos: são aqueles incorridos com a organização e operacionalização de determinado programa de saúde. As categorias de custo direto de maior peso são as despesas com pessoal, materiais consumidos e energia e os gastos com capital. São os custos variáveis.

Custos fixos: são aqueles que não variam devido às alterações do nível de produção da empresa, ou seja, dentro de um mês ou outra unidade de tempo, assumem determinado valor independentemente de nesse mesmo período a empresa ter um nível maior ou menor de atividade. Esse custo acaba por independe do volume de produção desse período; dessa forma, a curto prazo, esse custo não depende da quantidade produzida. São as despesas que não variam com o número de serviços prestados, com o número de leitos, com o número de exames realizados ou com o número de cirurgias realizadas.

Custos indiretos: são os gastos fixos que não variam com o volume de produção.

Custos semifixos e semivariáveis: alguns custos apresentam um comportamento, a curto prazo, que pode ser decomposto em duas parcelas: um componente fixo e outro variável. A reunião desses componentes resulta num comportamento misto cuja denominação é “semifixo” ou “semivariável”.

Custos totais: é a soma dos custos fixos e variáveis da empresa; podem ser separados em dois tipos: custos diretos, que incidem diretamente sobre o bem ou o serviço produzido e são facilmente identificáveis e atribuíveis ao bem ou serviço em questão, e os indiretos, que são relativos a um grupo de bens ou serviços, ou a todos eles, e que são de atribuição mais difícil.

Custos variáveis: são aqueles que, dentro de certo mês, ou outra unidade de tempo, têm o valor total determinado exatamente como decorrência direta do nível de atividade da empresa. A classificação variável aplica-se ao custo que demonstra um comportamento que depende exclusivamente das variações do nível de produção.

Depreciação: significa a perda de eficiência funcional ou valor dos bens, como máquinas, instalações, veículos, etc. Para a economia, a depreciação está intimamente ligada à idéia de diferença entre valores. Para a contabilidade, a depreciação é um custo amortizado. A depreciação de um período é o custo amortizado nesse período, assim como a depreciação global de um bem é parte do custo amortizado durante a vida útil do bem. A maior parte dos ativos imobilizados, exceto os terrenos e obras de arte, têm vida útil limitada, ou seja, serão úteis à empresa por um conjunto de períodos finitos, chamados de

“períodos contábeis”. À medida que esses períodos forem decorrendo, dar-se-á o desgaste dos bens, que representa o custo a ser registrado.

Despesa: o valor despendido na aquisição de um bem ou na prestação de um serviço; implica necessariamente um dispêndio de dinheiro.

Devedores duvidosos: aqueles devedores de uma empresa/instituição que têm uma probabilidade maior de não liquidar seus débitos, os “maus pagadores”. Por extensão, o valor devido por esses clientes.

Eficiência alocativa: é a alocação de recursos de forma que sejam distribuídos ou alocados da melhor forma possível, ou seja, os diferentes recursos ou insumos (pessoal, materiais, equipamento e tecnologia) devem ser combinados (balanceados) de maneira a maximizar o resultado ou produto pretendido e evitar gargalos e desperdícios.

Eficiência técnica: obtenção, a partir de uma certa quantidade de insumos, da maior quantidade de produto possível – ou, no caso dos serviços de saúde, o maior impacto possível. Essa (por oposição à eficiência alocativa, definida anteriormente) está relacionada com o conceito de produtividade e implica maximizar o resultado com um volume de recursos dado, ou minimizar a quantidade de recursos utilizados para se alcançar certo objetivo ou resultado. Em outras palavras, trata-se de minimizar o custo necessário para se atingir determinado objetivo.

Financiamento: é a atividade voltada para a obtenção dos recursos financeiros necessários à consecução das atividades (ou seja, “de onde vêm” esses recursos); consiste em identificar e estudar as diversas fontes de recursos possíveis e determinar sua melhor combinação.

Funções da administração: as funções da administração são planejar, organizar, coordenar, dirigir e controlar.

Funções da administração financeira: as funções da administração de planejar, organizar, coordenar, dirigir e controlar são também funções da administração financeira, em que se destacam o planejar e o controlar, devendo-se acrescentar a função financiar. Em sua definição mais estrita, a administração financeira tem como objetivo imediato prover e gerenciar os recursos financeiros necessários à consecução das atividades. Num conceito mais abrangente, seria o grupo de funções administrativas que se responsabiliza pela administração do fluxo de dinheiro, de tal forma que a organização tenha meios de executar seu objetivo.

Gestão financeira: é a gestão de recursos financeiros no seu sentido mais amplo; constitui, cada vez mais, um elemento crítico e imprescindível do gerenciamento dos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados. Tem papel importante no processo de tomada de decisões e um impacto crítico nas finanças dos

serviços de saúde, contribuindo significativamente para muitas das decisões que determinam a viabilidade econômico-financeira das instituições ou programas. Além de decisões estritamente de cunho financeiro, escolhas não-financeiras com implicações diretas e indiretas nas finanças também acontecem, como a contratação de pessoal ou a implantação de novos serviços. Isso reforça a idéia já apresentada de que a gestão financeira é mais do que o simples planejamento e execução do orçamento. Na verdade, pode-se dizer que em todas as decisões a serem tomadas há uma contrapartida financeira.

Insumos: são recursos ou matérias-primas. Os insumos incluem recursos humanos, materiais médicos ou hospitalares, equipamentos e instalações e a tecnologia para operá-los; eles têm, necessariamente, um custo, mesmo que a unidade que os utilize não realize nenhum desembolso direto por eles.

Liquidez: é a capacidade de um bem ou direito se transformar em “dinheiro vivo” num curto espaço de tempo. A liquidez dos ativos de uma instituição é importante porque permite que ela faça pagamentos imprevistos ou de curto prazo, realizando rapidamente aplicações, estoques ou outro bem. Por extensão, diz-se que uma empresa “tem liquidez” quando ela tem ativos de curto prazo em montante suficiente para pagar suas dívidas de curto prazo e ainda enfrentar imprevistos.

“Managed care”: gerenciamento da assistência à saúde, voltado para a melhoria da eficiência, redução de custos e manutenção da qualidade. Um dos princípios fundamentais da assistência gerenciada é a responsabilização dos profissionais de saúde - essencialmente os médicos - pelo custo dos serviços que prestam. Outro princípio fundamental é que a organização e prestação de serviços de saúde deve ser gerenciada “no varejo”, ou seja, no seu dia-a-dia. Para isso são estabelecidos mecanismos de supervisão, monitoramento e avaliação cobrindo os diversos aspectos dos serviços.

Métodos de apropriação dos custos: existem dois métodos de apropriação de custos: o primeiro, denominado “por processo”, “por departamento” ou “por serviços”, registra e apropria os custos para cada departamento ou serviço; o segundo, chamado também “por ordem de produção” ou “por ordem de serviço”, pode ser aplicado aos serviços de saúde como custo por paciente ou por tratamento, é bem mais complexo e procura apropriar os custos para cada paciente ou para grupos de pacientes que seguem um mesmo tratamento.

Orçamento: é um recurso sistemático de estabelecimento de padrões de desempenho que auxilia a administração a alcançar os objetivos da instituição de saúde.

Orçamento base zero: é um processo operacional de planejamento e orçamento que exige de cada administrador a fundamentação da necessidade dos recursos totais solicitados e em detalhes lhe transfere o ônus da prova, a fim

de que ele justifique a despesa. No orçamento base zero, desconsidera-se o anterior e se parte a cada ano como se fosse do zero para se justificar tudo.

Orçamento-programa: o orçamento por programas é uma modalidade de orçamento em que, do ponto de vista de sua apresentação, os recursos financeiros para cada unidade orçamentária vinculam-se direta ou indiretamente aos objetivos a serem alcançados.

Passivo: registra as obrigações, ou dívidas, e o patrimônio líquido, que é a parte que pertence aos proprietários.

Planejamento financeiro: consiste em definir a política e os objetivos financeiros dos serviços – investimento, crescimento, etc. – e prover o volume e os tipos dos recursos necessários para atingir esses objetivos, bem como a aplicação desses recursos. A elaboração e o estabelecimento de um plano ou orçamento integrado de atividades são freqüentemente considerados como a função principal.

Plano de contas: é uma listagem de contas com símbolos numéricos para todas as contas de Ativo, Passivo, Capital, Receitas e Despesas do serviço de saúde. O plano de contas consiste em uma estruturação ordenada e sistematizada das contas utilizáveis numa entidade. A elaboração de um plano contábil obedece aos princípios de contabilidade geralmente aceitos e às normas legais aplicáveis em cada caso concreto. O plano contém as diretrizes técnicas gerais e especiais que orientam a realização dos registros dos fatos ocorridos e dos atos praticados na entidade.

Ponto de equilíbrio: nasce da conjugação dos custos totais com as receitas totais. É a quantidade ou valor em que a receita total é igual ao custo total; nesse ponto, não há prejuízo nem lucro.

Princípios e objetivos da orçamentação: os princípios básicos que disciplinam a ação orçamentária são: *universalidade:* todas as receitas e despesas devem ser incluídas no orçamento e estão sujeitas ao processo orçamentário comum, ou seja, elaboração, aprovação, execução e controle; *unidade:* para cada instituição de saúde deve existir somente um único orçamento; reunião de todas as receitas e despesas da gestão econômica em um único orçamento, evitando dessa forma pluralidade orçamentária; *periodicidade:* para gastos correntes a periodicidade deve ser anual e para investimentos, plurianual; *equilíbrio:* balanço relativo entre receitas e despesas; *especificação:* a discriminação dos dados deve ser precisa e clara; *publicidade:* a proposta orçamentária e os resultados de sua execução devem ser divulgados para conhecimento público.

Receita: o valor recebido pela venda de bens ou prestação de serviços.

Relatórios contábeis: constitui um importante instrumento de avaliação do desempenho dos serviços de saúde, fornecendo informações que demonstram o comportamento financeiro dos serviços.

Secretarias Municipais da Saúde (SMS) – responsabilidades: são responsabilidades das SMS, no SUS, o planejamento, organização, controle, avaliação e gestão dos serviços públicos de saúde; planejamento, programação e organização da rede hierarquizada de saúde, juntamente com o Estado; execução de serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição, saneamento básico, saúde do trabalhador e saúde ambiental; execução da política de insumos e equipamentos; fiscalização das agressões contra o meio ambiente que repercutam na saúde humana; formação de consórcios intermunicipais; gestão de hemocentros e laboratórios; efetivação de contratos e convênios com prestadores privados, seu controle e fiscalização; normatização das ações e serviços públicos de saúde.

Sistema contábil: é o mais importante sistema de informação quantitativa de quase todas as organizações, que deve fornecer informações para três importantes finalidades: relatórios internos à administração, para planejamento e controle de operações rotineiras; relatórios internos à administração, para tomada de decisões não-rotineiras e formulação de planos e políticas de maior importância; relatórios externos aos acionistas, ao governo, etc.

Sistema Único de Saúde (SUS): vários princípios e características do SUS guardam uma relação direta com a dimensão econômico-financeira. A principal delas é a descentralização de atividades e responsabilidades para o nível municipal e local. Outras características importantes incluem a articulação entre as diversas esferas de governo e a conseqüente fusão dos recursos financeiros num fundo único em cada nível de governo; descentralização e flexibilização na contratação e pagamento dos prestadores contratados; repasse de recursos de acordo com critérios objetivos (demográficos, epidemiológicos e/ou outros) em vez de tendências históricas.

Taxa de inflação ou correção monetária: de um período qualquer é determinada pela relação entre o valor da medida (índice de preços) selecionada, verificado na data final e na data inicial do período de cálculo (ou final do período anterior).

Tesouraria: o objetivo da tesouraria não é pagar o mais adequadamente possível aos fornecedores, mas sim pagá-los regularmente, no prazo correto, de acordo com o calendário previamente fixado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LEGISLAÇÃO BÁSICA

- CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. *Sistema Único de Saúde*. Constituição Federal, Seção II. Lei Orgânica da Saúde nº 8.080. Lei nº 8.142. Decreto nº 99.438. Carta de Fortaleza. Publicações Técnicas, nº 2, 1990.
- FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE. *Guia de Referências para sua Criação e Organização*.
- MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. *Coletânea da Legislação Básica (SUDS)*. Brasília, 1989.
- MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN). *Ementário de Atos da CIPLAN: 1980-1988*. Brasília, 1989.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Exposição de Motivos. Sistema Nacional de Auditoria*. Brasília, 1995.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. *Coletânea de Legislação Básica. Nova Política de Financiamento do SUS*. Brasília, 1991.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. *Administração de Saldos e Excedentes de Gasto em Relação ao Teto Financeiro Mensal*.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Desenvolvimento, Controle e Avaliação dos Serviços de Saúde. *Sumário dos Relatórios de Validação do Sistema de Processamento do SIA/SUS*.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. *Orientações para o Detalhamento da Programação Hospitalar*. Brasília, 1995.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Sistema Único de Saúde. Departamento de Desenvolvimento, Controle e Avaliação dos Serviços de Saúde. *Roteiro para Auxiliar a Organização de Serviços de Controle e Avaliação*. 1995.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *ABC do SUS. Doutrina e Princípios*. Brasília, 1990.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema Único de Saúde. *Conselho de Saúde. Guia de Referências para a sua Criação e Organização*.

BIBLIOGRAFIA DE APOIO

- ANGÉLICO, João. *Contabilidade Pública*. São Paulo, Atlas, 1991.
- BANCO MUNDIAL. *A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: Uma Agenda para os Anos 90*. Washington, Divisão de Recursos Humanos, Departamento I, região da América Latina e Caribe, relatório nº 12655BR, janeiro de 1995.
- BERMAN, Howard J. e E. Lewis Weeks. *Administração Financeira de Hospitais*. São Paulo, Pioneira, 1979.
- BITTAR, Olímpio J. Nogueira V. *Hospital: Qualidade e Produtividade*. São Paulo, Sarvier, 1996.
- BORGES, Luís Washington. *Contabilidade*. São Paulo, Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde, 1993.
- CARRIN, G. "Economic Evaluation of Health Care Interventions: A Review of Alternative Methods". In *Social Science and Medicine*, vol. 19, nº 10, pp. 1015-1030, 1984.
- CASTELAR, R.M.; P. Mordelet.; V. Grabois. *Gestão Hospitalar. Um Desafio para o Hospital Brasileiro*. Rennes, ENSP, 1995.
- CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. *Sistema Único de Saúde*. Constituição Federal – Seção II. Lei Orgânica da Saúde nº 8080. Lei nº 8.142. Decreto nº 99.438. Carta de Fortaleza. Publicações Técnicas, nº 2, 1990.
- COUTTOLENC, Bernard F. *O Papel da Análise Custo-Efetividade no Processo Decisório em Saúde: O Caso do Subprograma de Controle da Hanseníase*. Dissertação de Mestrado, Fundação Getúlio Vargas, 1987.
- DEVER, G. E. Alan. *A Epidemiologia na Administração dos Serviços de Saúde*. São Paulo, Pioneira, 1988.
- FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE. *Guia de Referências para sua Criação e Organização*.
- GITMAN, Lawrence J. *Princípios da Administração Financeira*. São Paulo, Harbra, 1987.
- GONÇALVES, Ernesto Lima (coord). *O Hospital e a Visão de Administração Contemporânea*. São Paulo, Pioneira, 1989.
- GRILO, Sebastião Carlos Alves. *Administração Financeira*. Fundação SESP, 1983.
- HORNGREN, C. T. *Cost Accounting – A Managerial Emphasis*. New Jersey, Prentice-Hall, 1962.
- IUDÍCIBUS, Sergio. *Contabilidade Gerencial*. São Paulo, Atlas, 1980.
- JOHNSON, Alton C. e Rockwell Schulz. Administração de custos, in *Administração de Hospitais*. São Paulo, Pioneira, 1979.
- KOHAMA, Helio. *Contabilidade Pública. Teoria e Prática*. São Paulo, Atlas, 1989.
- LEITE, Helio de Paula. *Introdução à Administração Financeira*. São Paulo, Atlas, 1994.
- LIMA NETTO, R. P. *Curso Básico de Finanças*. Rio de Janeiro, Forum Editora, "Estante de Economia e Finanças", 1974.
- MACHADO JR., J. Teixeira e Heraldo da Costa Reis. *A Lei 4.320 Comentada*, Rio de Janeiro, IBAM, 28ª ed., 1997.

- MARTINS, Eliseu. *Contabilidade de Custos*. São Paulo, Atlas, 1990.
- MARTINS, Eliseu; Alexandre Assaf Neto. *Administração Financeira: as Finanças das Empresas sob Condições Inflacionárias*. São Paulo, Atlas, 1986.
- MAUDONNET, Renato. *Administração Hospitalar*. Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1988.
- MÉDICI, André Cezar. *Economia e Financiamento do Setor Saúde no Brasil: Balanços e Perspectivas do Processo de Descentralização*. São Paulo, AdSaúde – Série Temática, Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública, 1994.
- MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. *Coletânea da Legislação Básica. Nova Política de Financiamento do SUS*. Brasília, 1991.
- MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. *Coletânea da Legislação Básica (SUDS)*. Brasília, s. ed., 1989.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão de Planejamento. *Manual de Apuração de Custos Hospitalares*. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. (Normas e manuais técnicos).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Exposição de Motivos. Sistema Nacional de Auditoria*. Brasília, 1995.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde*. NOB-SUS 01/96.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Sistema Único de Saúde. Departamento de Desenvolvimento, Controle e Avaliação dos Serviços de Saúde. *Roteiro para Auxiliar a Organização de Serviços de Controle e Avaliação*. 1995.
- OVER, M. *Economics for Health Sector Analysis – Concepts and Cases*. EDI Technical Materials. Washington, Economic Development Institute of The World Bank, 1991.
- PIOLA, Sergio Francisco; Solon Magalhães Vianna. *Economia da Saúde. Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde*. Brasília, IPEA, 1995.
- PROAHSA. *Gestão e Controle Orçamentário no Hospital*.
- REIS, Heraldo da Costa. *Contabilidade Municipal: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro, IBAM, 2ª ed., 1979.
- RIOS, J. Newton J. *Administração Financeira*. São Paulo, Canopus, 1979.
- STEPHEN, H. Archer e Charles D'Ambrosio. *Administração Financeira. Teoria e Aplicação*. São Paulo, Atlas, 1976.
- WARNER, K. E. e B.R. Luce. *Cost-Benefit and Cost-Effectiveness Analysis in Health Care – Principles, Practice, and Potential*. Michigan, Health Administration Press, Ann Arbor, 1982.

OS AUTORES

BERNARD FRANÇOIS COUTTOLENC

Administrador de empresas, PhD em Economia da Saúde pela Johns Hopkins University, professor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP – USP), consultor de Administração e Economia da Saúde.

Endereço para correspondência: Av. Dr. Arnaldo, 715 – São Paulo – SP – CEP 01246-904
e-mail: bernardfc@aol.com

PAOLA ZUCCHI

Médica, doutoranda em Saúde Pública (área de concentração: Administração Hospitalar), na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP – USP), administradora do Instituto de Oncologia Pediátrica.