

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA E RELAÇÕES INTERNACIONAIS**

ANGELO PAGOT ZORTEA

**APLICAÇÃO DA METODOLOGIA DE CUSTOS DO SIC: ANÁLISE DO SISTEMA
DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL - 2011**

Porto Alegre

2013

ANGELO PAGOT ZORTEA

**APLICAÇÃO DA METODOLOGIA DE CUSTOS DO SIC: ANÁLISE DO SISTEMA
DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL - 2011**

Trabalho de conclusão submetido ao Curso de Graduação em Ciências Econômicas da Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS, como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Ciências Econômicas.

Orientadora: Prof^a Dr^a Janice Dornelles de Castro

Porto Alegre

2013

ANGELO PAGOT ZORTEA

**APLICAÇÃO DA METODOLOGIA DE CUSTOS DO SIC: ANÁLISE DO SISTEMA
DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL - 2011**

Trabalho de conclusão submetido ao Curso de Graduação em Economia da Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS, como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Ciências Econômicas.

Aprovada em: Porto Alegre, ____ de ____ de 2013.

BANCA EXAMINADORA:

Orientadora: Prof^a Dr^a Janice Dornelles de Castro
UFRGS

Prof^a. Dra. Rosa Angela Chieza
UFRGS

Prof. Me. Ario Zimmermann
UFRGS

AGRADECIMENTOS

Agradeço principalmente aos meus pais, João e Silvana, por todo apoio em minha vida, pois nunca viram obstáculos para investir em minha formação.

Também a todos familiares e amigos que contribuíram para esta etapa.

De forma especial à Professora Dr^a Janice Dornelles de Castro pela orientação neste mais de um ano de Iniciação Científica e pelos inúmeros conselhos e reuniões de orientação para que esse trabalho se concretizasse.

Também agradeço à Bibliotecária Lílian Maciel da biblioteca da FCE/UFRGS pelo suporte à normalização.

Por último, não posso deixar de agradecer à Universidade Federal do Rio Grande do Sul e sua Faculdade de Ciências Econômicas por terem proporcionado esta etapa de formação acadêmica.

“Assim aja no sentido de considerar a humanidade, tanto no que diz respeito à sua pessoa quanto a qualquer outra, em todas as situações, como um fim, nunca apenas como um meio.”

(Immanuel Kant)

RESUMO

Este estudo aplica os conceitos utilizados pelo Sistema de Informações de Custos do Governo Federal (SIC) para se obter o custo dos serviços prestados pela atenção à saúde pública a partir dos dados orçamentários. Discute também sobre o financiamento do Sistema Único de Saúde, abordando aspectos históricos desde a criação do sistema até os atuais questionamentos. Apresenta os principais métodos de custeio e os conceitos para transformar as despesas em custos dos serviços prestados. Os dados de custo são obtidos para o ano de 2011 utilizando-se o método do custeio direto e através dos ajustes propostos. São utilizados juntamente com indicadores selecionados de acesso e efetividade do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) a fim de avaliar a prestação de serviços pelo SUS em uma amostra de municípios de diferentes portes do estado do Rio Grande do Sul. Os menores municípios da amostra apresentam maior custo por habitante, diminuindo pelos ganhos de escala conforme aumenta a população e voltando a crescer nos maiores, por esses municípios centralizarem a atenção especializada. No acesso potencial à atenção básica, os municípios muito pequenos e com os maiores custos são os que garantem a maior cobertura, que piora conforme aumenta o tamanho dos municípios, pela dificuldade em se cobrir uma maior população. Não há relação direta com a efetividade nesse nível de atenção: cidades com baixa cobertura apresentam bons desempenhos efetivos. Os números da atenção de média e alta complexidade estão muito aquém dos parâmetros estabelecidos pelo IDSUS para o acesso, refletindo-se na efetividade. Não há como inferir que o nível de custo por habitante reflita por si a situação de saúde, mesmo com alto custo acabam falhando em atender algumas necessidades de saúde. O baixo custo na amostra por vezes revelou uma boa relação para com o acesso e a efetividade, mesmo aquém do parâmetro ideal.

Palavras-chave: Economia da Saúde, Custos da Atenção à Saúde, Custos do Setor Público, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This study applies the concepts used by the Federal Government Information System of Costs (SIC) to obtain the costs of the services provided by the public health care from the budget data. It discusses also about the financing of the Sistema Único de Saúde, considering the historical aspects from the establishment to current concerns. It presents the main costing methods and the concepts to change the expenses into costs of the services provided. The cost data are obtained for 2011 using the direct costing methods and through the proposed adjustments. They are used with selected indicators of access and effectiveness from SUS' Performance Index (IDSUS) to evaluate the SUS' work provided in a sample of cities having different size of the state of Rio Grande do Sul. The smallest cities of the sample show the highest costs per inhabitant, reduced by the scale gains as the population increases and growing again in the biggest cities. In potential access to primary health care, the smallest cities with the highest costs ensure the most coverage, it gets worse as the size of the cities increases, because of the difficulty to cover a larger population. There is not direct relation with the effectiveness in this level. The figures of medium and high health care are far from the parameters established by IDSUS to the access, which are reflected in the effectiveness. It is not clear whether the cost level per inhabitant reflects itself the health situation, even with high costs they fail to attend some basics health needs. The low cost in the sample sometimes showed a good relation to the access and the effectiveness, even less than the ideal parameter.

Key Words: Health Economics, Health Care Costs, Government Costs, Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de Análise: custos x acesso e custos x efetividade.....	21
Figura 2 - Localização dos municípios selecionados no mapa do Rio Grande do Sul.....	23
Figura 3 - Método de custeio por absorção em uma empresa prestadora de serviços.....	44

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos municípios por grupo populacional no Rio Grande do Sul	54
Gráfico 2 - Custos por habitantes dos serviços de saúde prestados em 2011 nos municípios selecionados	55
Gráfico 3 - Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde	59
Gráfico 4 - Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade e população residente	60
Gráfico 5 - Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e população residente	61
Gráfico 6 - Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e população residente	62
Gráfico 7 - Cobertura com a vacina tetravalente em menores de 1 ano	63
Gráfico 8 - Proporção de parto normal	64
Gráfico 9 - Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio	66

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Indicadores do IDSUS no Rio Grande do Sul.....	57
Quadro 2 - Indicadores do IDSUS.....	75
Quadro 3 - Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde	76
Quadro 4 - Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade e população residente	76
Quadro 5 - Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de alta complexidade e população residente	77
Quadro 6 - Cobertura com a vacina tetravalente em menores de 1 ano	77
Quadro 7 - Proporção de internações sensíveis à atenção básica	77
Quadro 8 - Proporção de parto normal	77
Quadro 9 - Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio	78

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Despesa liquidada em 2011 de Estrela Velha	79
Tabela 2 - Despesa liquidada em 2011 de Coqueiros do Sul	80
Tabela 3 - Despesa liquidada em 2011 de Passa Sete	82
Tabela 4 - Despesa liquidada em 2011 de Terra de Areia.....	84
Tabela 5 - Despesa liquidada em 2011 de Não-Me-Toque	86
Tabela 6 - Despesa liquidada em 2011 de Santo Augusto	88
Tabela 7 - Despesa Liquidada em 2011 de Lagoa Vermelha	90
Tabela 8 - Despesa liquidada em 2011 de São José do Norte	92
Tabela 9 - Despesa liquidada em 2011 de Vacaria.....	94
Tabela 10 - Despesa liquidada em 2011 de São Borja	96
Tabela 11 - Despesa liquidada em 2011 de Bento Gonçalves.....	98
Tabela 12 - Despesa Liquidada em 2011 de Sapucaia do Sul	100
Tabela 13 - Despesa liquidada em 2011 de Pelotas.....	102
Tabela 14 - Despesa liquidada em 2011 de Caxias do Sul.....	104

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABC	– Activity Basic Costs
ABS	– Atenção Básica à Saúde
APS	– Atenção Primária à Saúde
BP-LOAS	– Benefícios de Prestação Continuada da Assistência Social
Cofins	– Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CNES	– Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CPMF	– Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras
CSLL	– Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
CSS	– Contribuição Social para a Saúde
DRU	– Desvinculações das Receitas da União
EBS	– Equipes Básicas de Saúde
EC	– Emenda Constitucional
ESF	– Estratégia Saúde da Família
Finsocial	– Fundo de Investimento Social
FSE	– Fundo Social de Emergência
IAM	– Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDSUS	– Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
ISAB	– Internações Sensíveis à Atenção Básica
LC	– Lei Complementar
LDO	– Lei de Diretrizes Orçamentárias
LRF	– Lei de Responsabilidade Fiscal
MDS	– Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
NHS	– National Health System
OPAS	– Organização Panamericana da Saúde
OCDE	– Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	– Organização Mundial da Saúde
PIB	– Produto Interno Bruto
SI-PNI	– Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
SIA	– Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB	– Sistema de Informação da Atenção Básica

SIC	– Sistema de Informação de Custos do Governo Federal
SIH	– Sistema de Informação Hospitalar
SIOPS	– Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde
SIM	– Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	– Sistema de Informação de Agravos e Notificações
SINASC	– Sistema de Informação sobre Nascido Vivo
SUS	– Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	RELEVÂNCIA DO TEMA	15
1.2	OBJETIVOS DO TRABALHO	18
2	METODOLOGIA.....	19
3	O FINANCIAMENTO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	24
4	AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	30
4.1	INDICADORES DE PRODUTO E DE RESULTADO	31
4.2	O ÍNDICE DE DESEMPENHO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	32
4.3	UTILIZAÇÃO DO IDSUS PARA AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	34
4.4	INDICADORES SELECIONADOS DO IDSUS.....	36
5	ADEQUAÇÃO DE UM SISTEMA DE CUSTOS A PARTIR DO ORÇAMENTO PÚBLICO	38
5.1	A IMPORTÂNCIA DAS INFORMAÇÕES DE CUSTO	38
5.2	MÉTODOS DE CUSTEIO PARA O SETOR PÚBLICO	42
5.2.1	Custeio por absorção	43
5.2.2	Custeio pleno	44
5.2.3	Método ABC	45
5.2.4	Custeio variável	46
5.2.5	Custeio direto.....	47
5.3	O SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE CUSTOS DO GOVERNO FEDERAL	48
5.4	AS ALTERAÇÕES NECESSÁRIAS PARA UM SISTEMA DE CUSTOS A PARTIR DO ORÇAMENTO.....	50

6	ANÁLISE DOS DADOS	53
6.1	DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO NOS MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL	53
6.2.	A OBTENÇÃO DOS CUSTOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	54
6.3.	INDICADORES DO IDSUS PARA O RIO GRANDE DO SUL	56
6.4.	OS INDICADORES DO IDSUS PARA OS MUNICÍPIOS DA AMOSTRA	57
6.4.1	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde	58
6.4.2	Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente	59
6.4.3	Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente	60
6.4.4	Proporção de internações sensíveis à atenção básica	61
6.4.5	Cobertura com a vacina tetravalente em menores de um ano	62
6.4.6	Proporção de parto normal	64
6.4.7	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio.....	65
7	CONCLUSÕES	67
	REFERÊNCIAS	70
	ANEXO A - Indicadores IDSUS	75
	ANEXO B – Indicadores selecionados do IDSUS	76
	ANEXO C – Despesa liquidada em 2011 nos municípios da amostra	79

1 INTRODUÇÃO

O trabalho consiste na aplicação de conceitos da metodologia utilizada pelo governo federal para criação do Sistema de Informação de Custos (SIC), que mensura os custos no setor público brasileiro a partir do orçamento, a fim de obter o custo da atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) nos municípios.

Para tanto, será necessário identificar aspectos tanto do sistema de atenção à saúde, dos mecanismos que financiam esse atendimento, da concepção de um sistema de custos a partir do orçamento e de indicadores para avaliação da atenção à saúde. A partir do emprego dessa metodologia, se comparará as ações de saúde ao nível municipal em uma amostra, selecionada de forma aleatória, de municípios do estado do Rio Grande do Sul. Os municípios estão divididos em sete grupos populacionais, sendo dois de cada grupo. São eles: Estrela Velha, Coqueiros do Sul, Passa Sete, Terra de Areia, Santo Augusto, Não-Me-Toque, São José do Norte, Lagoa Vermelha, Vacaria, São Borja, Bento Gonçalves, Sapucaia do Sul, Pelotas e Caxias do Sul.

Assim, se analisará como os recursos públicos despendidos estão sendo empregados e as características desse emprego, em suma, o que se está produzindo com esses recursos e os resultados para a população.

1.1 RELEVÂNCIA DO TEMA

As avaliações econômicas para a área de saúde são importantes para determinar se os recursos utilizados estão sendo empregados da melhor forma, assim constituem em uma importante ferramenta de auxílio à tomada de decisão por parte dos gestores: “A avaliação econômica em saúde tem como principal objetivo apoiar tomadas de decisão de forma socialmente eficiente” (SANCHO; VARGENS, 2009, p. 1514). Os mesmos autores, através de uma revisão bibliográfica, verificam que a utilização dessa ferramenta pelos gestores da área vem ganhando força nos últimos anos nos países desenvolvidos, porém no Brasil ainda são incipientes. Esse fato reforça a importância que as análises econômicas têm para o processo de análise e tomada de decisão dos gestores, também a necessidade de se adotar mais esse instrumento no Brasil em busca de uma melhor formatação do sistema nacional de saúde.

Os sistemas de custeio, muito difundidos no setor privado, não eram utilizados no setor público brasileiro. Um dos motivos apontado por Machado e Holanda (2010), é que não havia uma metodologia que fosse adequada em aproximar a contabilidade de custos da governamental, essa é composta de particularidades, como por exemplo: ciclos diferentes de transformação de gastos em investimentos, custos e despesas.

Entretanto, a partir da Lei Complementar nº101/2000, conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), passou a se exigir a criação e manutenção de um sistema de custos nas entidades públicas. A lei inaugurou um debate acerca de como adequar as metodologias de custeio às peculiaridades do sistema público. O trabalho de Machado e Holanda (2010) coloca que essa lacuna começou a ser suprida com uma oficina de trabalho coordenada pelo Ministério da Fazenda para a criação do Sistema de Informação de Custo do governo federal (SIC), homologado em 2010. O SIC utiliza um método de custeio com dados do orçamento e é capaz de ser aplicado de forma sistemática e uniforme para a administração pública federal.

Em saúde, há um consenso formado que aponta para a assistência básica¹ como via de resolução da maior parte dos problemas de saúde da população, portanto deve ser priorizado para que os sistemas de saúde cumpram a prestação de serviços de qualidade e ao mesmo tempo consigam manter, de certa maneira, um equilíbrio em suas contas. Isso pode ser explicado pelo fato de os serviços prestados nesse nível de atenção serem mais baratos e apresentarem o potencial de evitar um possível consumo futuro nos outros níveis, secundário e terciário, que são, teoricamente, mais custosos.

A APS forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, promovendo a organização e racionalização da utilização dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde. Assim, a APS é aquele nível do sistema de saúde que oferece a entrada do usuário para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade), no decorrer do tempo e para todas as condições. (STARFIELD 2002² *apud* GOMES *et al.*, 2011, p.882)

No Brasil, desde a criação do Programa Saúde da Família em 1993, hoje Estratégia Saúde da Família (ESF), programa do governo federal e executado pelos municípios, o foco da atenção básica à saúde tem mudado de atendimentos pontuais, nas emergências, para ações que abordem os processos de saúde e adoecimento. A grande diferença para o usuário é o

¹ Nesse trabalho, tais conceitos são utilizados como sinônimos: atenção básica ou primária, atenção de média complexidade ou secundária, atenção de alta complexidade ou terciária.

² STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde, 2002.

acompanhamento, a criação de vínculos com os agentes de saúde. Assim, convivem dois modelos para a atenção primária: o modelo “tradicional” e a Estratégia Saúde da Família.

A ESF “[...] ultrapassou [...] os limites de um programa e é uma política do Estado brasileiro, estando na agenda dos gestores do SUS [...]”(MENDONÇA, 2009, p.1495). Portanto, se a ESF foi definida como a política de prioridade para o SUS, em detrimento da atenção do modelo tradicional, torna-se importante saber os efeitos que esse conjunto de políticas públicas tem gerado para a população, se os recursos estão sendo bem empregados.

O grande marco histórico para a atenção primária à saúde é, sem lugar à dúvida, a Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde realizada em 1978, em Alma-Ata, Cazaquistão. Nela, o diagnóstico da OMS revelava “[...] que os sistemas nacionais de saúde [...], longe de proporcionar saúde para todos, estavam mergulhados em problemas de tal ordem que, não raro, se transformavam em franca situação de crise.” (RODRIGUES; ANDERSON, 2011, p.21). Nesse contexto de crise dos serviços de saúde prestados pelos sistemas nacionais, Rodrigues e Anderson (2011) apontam a Inglaterra, National Health System (NHS), como exceção. Segundo os mesmos autores, a partir de Alma-Ata e das recomendações da OMS, houve uma reorientação dos sistemas de saúde europeus, no sentido de fortalecer a atenção primária à saúde com investimentos em programas de medicina familiar.

No entanto, as pessoas também necessitam de atenção especializada, pois apesar de uma alta capacidade de resolução, nem tudo pode ser resolvido na atenção básica. Assim, são três níveis de atendimento à saúde, classificados conforme a complexidade tecnológica. No nível primário encontram-se equipamentos de menor grau tecnológico, a formação dos profissionais atuantes é geral e abrangente, médicos de família, clínico-gerais, pois se destina a atender os eventos mais prevalentes na população. Já o nível secundário, destina-se cuidar das demandas encaminhadas do nível anterior. Há maior sofisticação tecnológica dos aparelhos e maior nível de especialização dos profissionais de saúde. Segundo Brasil (2009), alguns exemplos de procedimentos nesse nível de atenção: cirurgias ambulatoriais especializadas, procedimentos traumato-ortopédicos, procedimentos odontológicos especializados, patologia clínica, radiodiagnóstico, exames ultra-sonográficos, diagnose e fisioterapia. O nível terciário corresponde ao mais alto grau de complexidade. Os aparelhos utilizados são os ditos de “última geração” e a especialização dos profissionais que atuam na área podem atingir graus de superespecialização. Alguns exemplos apresentados em Brasil (2009): hemodiálise, quimioterapia, radioterapia, cirurgia cardiovascular, neurocirurgia e hemoterapia.

Através do exposto, o problema fundamental da pesquisa é: de que forma é possível aplicar os conceitos utilizados para apurar os custos dos serviços prestados na atenção à saúde a partir dos dados orçamentários e com base nisso, examinar de que forma os recursos públicos estão sendo empregados para prover assistência à saúde para a população de determinados municípios.

1.2 OBJETIVOS DO TRABALHO

O objetivo geral do estudo será levantar os custos da atenção à saúde dos municípios utilizando as informações das despesas orçamentárias.

Além disso, o trabalho terá outros objetivos específicos:

- a) estudar o Financiamento das ações de saúde do SUS;
- b) apresentar os conceitos que formam a metodologia do Sistema de Informação de Custos do Governo Federal (SIC);
- c) discutir sobre as avaliações de políticas públicas na área da saúde;
- d) avaliar a atenção à saúde oferecida nos municípios a partir de indicadores utilizados no Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS).

O primeiro capítulo, ponto 3, tratará do financiamento do Sistema Único de Saúde, abordando o histórico e as características, ou seja, como foi o processo de criação do sistema que reflete nos mecanismos utilizados para financiá-lo.

No segundo capítulo, ponto 4, será apresentado o Sistema de Informações de Custos do Governo Federal, os conceitos contábeis que o fundamentam e como ocorre a adequação dos dados das despesas orçamentárias para a apuração dos custos dos serviços prestados.

O terceiro capítulo, ponto 5, será dedicado a discutir as avaliações na área de saúde. Discorrerá sobre os indicadores utilizados pelo IDSUS e apresentará com mais detalhes os que foram selecionados para proceder à análise no capítulo seguinte.

Por fim, o quarto capítulo, ponto 6, será dedicado à aplicação dos conceitos do SIC, apresentados no ponto 4 para apurar os custos da atenção à saúde do SUS em municípios selecionados e juntamente com indicadores selecionados do IDSUS, avaliar a atenção à saúde nas cidades da amostra.

2 METODOLOGIA

O primeiro objetivo específico será alcançado através de uma revisão da bibliografia publicada sobre o financiamento de saúde no Brasil, mesmo processo se dará para atingir o terceiro objetivo que trata de avaliações de políticas públicas.

A apuração dos custos do serviço de saúde prestados a partir dos dados do orçamento será feita de maneira a expor as adequações necessárias da metodologia aplicada no SIC, apresentadas pelos trabalhos de Machado (2002) e Machado e Holanda (2010).

O último objetivo, a partir da apuração dos custos, os dados produzidos serão utilizados para avaliar a política da saúde pública prestada nos municípios, buscando examinar a produção em saúde e os resultados que se apresentam com os recursos empregados. Esse ponto baseia-se no problema fundamental da economia: alocação dos recursos escassos. As análises econômicas tradicionalmente olham os dois lados da ação a ser analisada: o lado financeiro, que pode corresponder aos gastos, ou custos, inferidos pela política em dado período; e o lado dos benefícios, o que a política trouxe para a população.

Os dados financeiros para a avaliação econômica serão obtidos através do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS/SUS), portal do Ministério da Saúde que reúne os dados orçamentários da saúde nos três níveis da federação (federal, estadual e municipal). Mais especificamente, através das tabelas de despesa liquidada da execução orçamentária. Esses dados serão obtidos através das tabelas disponíveis em tal base de dados sobre a despesa da administração direta de saúde municipal. Serão utilizados os dados de 2011, ano mais recente com dados consolidados.

Para a avaliação das políticas de saúde realizadas selecionar-se-á indicadores do IDSUS, que trabalha com duas óticas de análise: acesso e efetividade. Os indicadores de acesso permitem captar se a população está tendo condições de entrada no sistema de saúde e são divididos em dois grupos: acesso potencial, que busca verificar se o sistema dá condições à pessoa acessá-lo, o potencial de oferta de serviços; e acesso obtido, esse são indicadores de produto, pois mostram os serviços de saúde de fato realizados. Os indicadores de efetividade objetivam captar a qualidade dos atendimentos à saúde. Esse grupo engloba indicadores de produto e de resultados da assistência.

Dos vinte e quatro indicadores do IDSUS foram selecionados sete, os três primeiros de acesso e os outros quatro de efetividade:

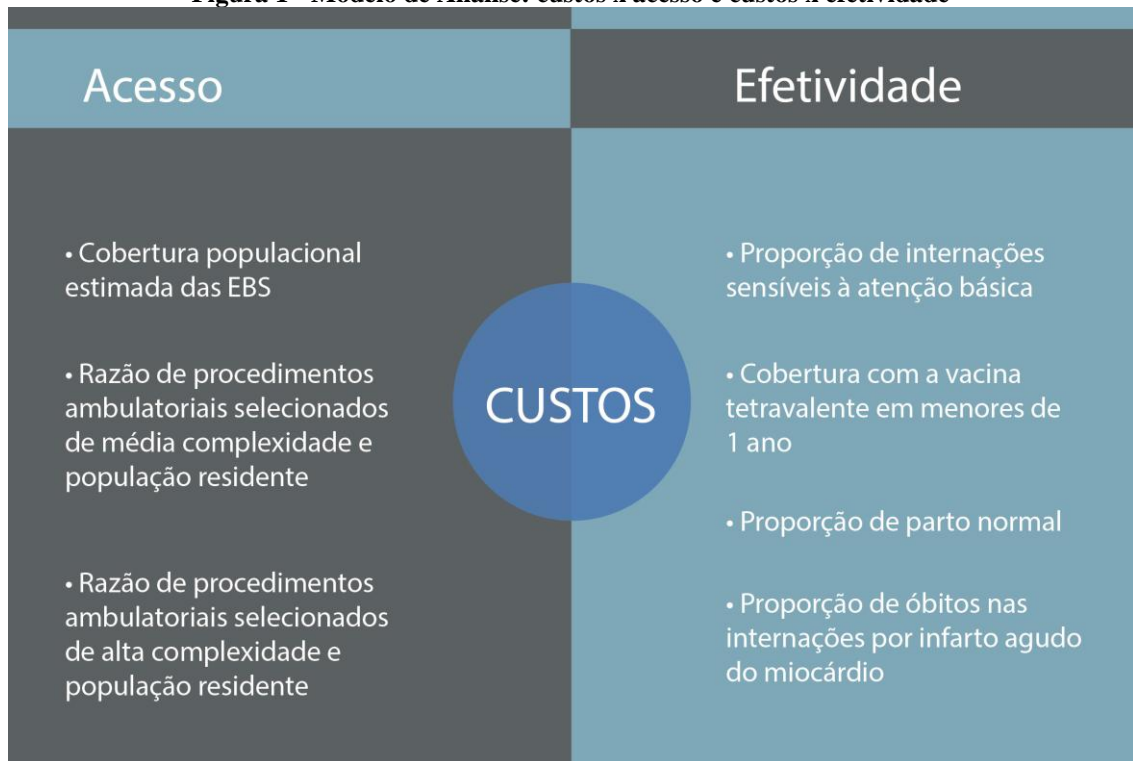
- a) cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde;
- b) razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados e população residente;
- c) razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e população residente;
- d) proporção de internações sensíveis à atenção básica (ISAB);
- e) cobertura com a vacina tetravalente em menores de um ano;
- f) proporção de parto normal;
- g) proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).

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

Dado que os dados financeiros mais recentes do SIOPS são de 2011 e como o trabalho pretende analisar o que foi produzido com o custo despendido, os indicadores do IDSUS também serão de 2011. Há indicadores, porém, que o IDSUS calcula através de uma média entre os três anos anteriores: foram somados os dados de 2009, 2010 e 2011, divididos pela população de 2010 e então multiplicados por três. Tal tratamento é feito para os seguintes indicadores: razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média ou alta complexidade e população residente; proporção de internações sensíveis à atenção básica; proporção de parto normal; proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio.

Por último, utilizando os dados de custo e dos indicadores selecionados do IDSUS, será feita a análise da política de saúde nos municípios. Onde se comparará os custos por habitante da atenção à saúde em relação aos indicadores de acesso e efetividade. A figura 1 traduz o modelo de análise:

Figura 1 - Modelo de Análise: custos x acesso e custos x efetividade



Fonte: Elaboração do autor (2013).

A aplicação dos dados coletados será feita para diferentes municípios do estado do Rio Grande do Sul, escolhido como teste para formatar a análise através dos dados obtidos. A seleção dos municípios se dará pelos seguintes critérios:

- a) os municípios serão separados em sete grupos conforme o tamanho populacional:
 - menos de cinco mil habitantes;
 - de cinco mil a dez mil habitantes;
 - de dez mil a vinte habitantes;
 - de vinte mil a cinquenta mil habitantes;
 - de cinquenta mil a cem mil habitantes;
 - de cem mil a duzentos mil habitantes;
 - de duzentos mil a quinhentos mil habitantes.

Essa classificação é utilizada na divulgação dos dados do Censo do IBGE, porém com uma modificação. Originalmente o IBGE separa o grupo “f” e “g” em: de cem mil a quinhentos mil habitantes e mais de quinhentos mil habitantes. No entanto, em específico ao caso do Rio Grande do Sul ocorre que somente uma cidade encaixa-se no último grupo, Porto

Alegre com mais de 1,4 milhão de habitantes e ademais, Porto Alegre possui uma infraestrutura de saúde muito maior e mais complexa que serve como centro de referência para todo o estado. Então, a fim de não viesar a análise, optou-se por preterir Porto Alegre da amostra e dividir os dois grupos como apresentado. Os dados da população dos municípios serão utilizados os do Censo 2010 do IBGE.

- b) após a separação nesses sete grupos, serão sorteadas duas cidades de cada grupo de forma aleatória. Através da atribuição de um número de 1 a 495: sendo 1 o menor município do estado, André da Rocha, e 495 o maior da amostra, Caxias do Sul.

Para avaliar a atenção à saúde escolheram-se dois municípios de cada grupo, sabe-se que esse tamanho de amostra pode não ser representativo, porém para o objetivo principal do trabalho, testar a aplicação dos conceitos de apuração dos custos a partir das despesas, não faria sentido utilizar o universo de municípios do estado ou do Brasil. Dessa forma, deixa-se aqui aberto para futuras pesquisas que pretenderem aplicar os conceitos utilizados para uma amostra ampliada.

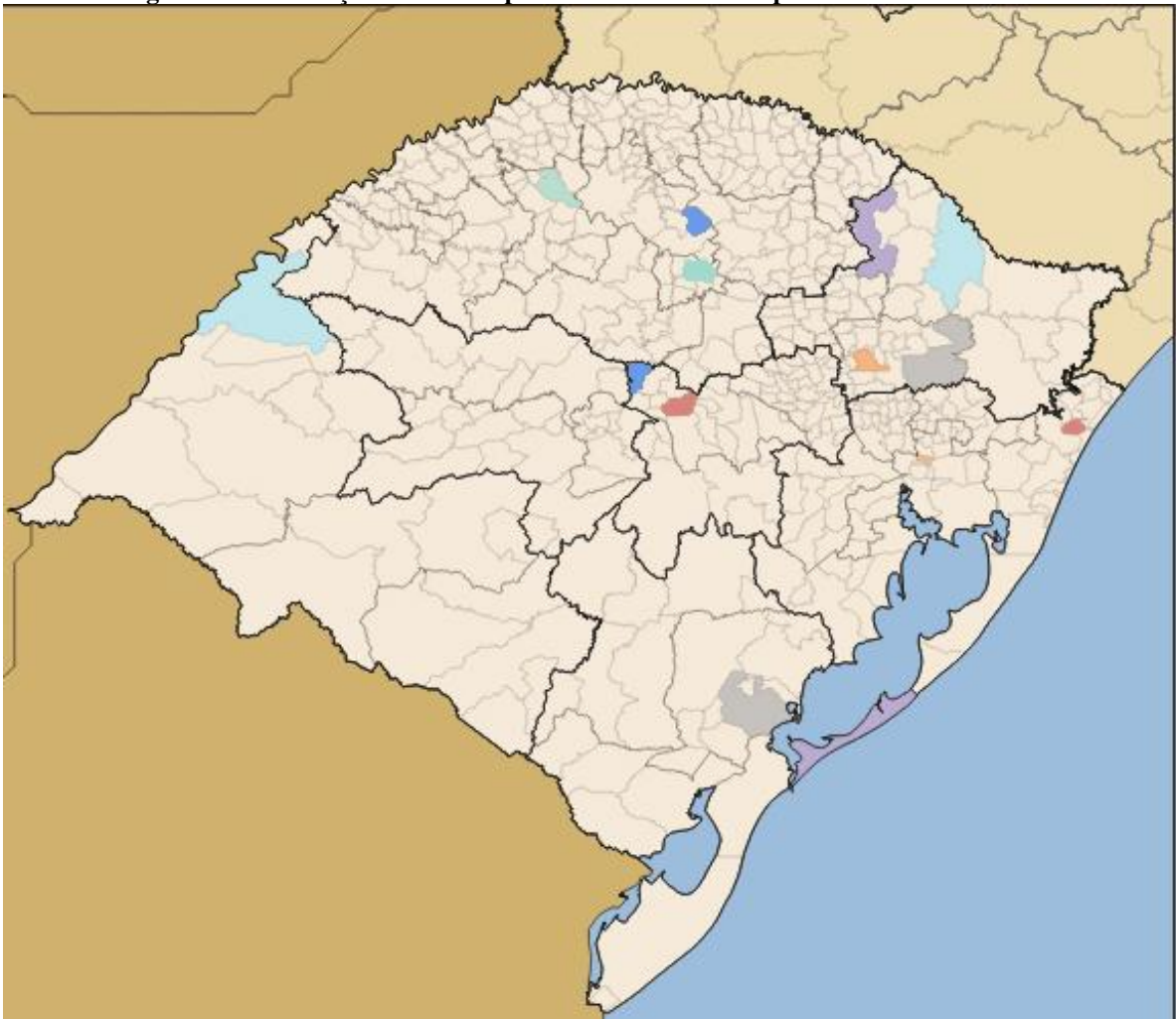
A escolha dos municípios será limitada pela disponibilidade de dados, ou seja, na eventualidade de não existirem dados para o município escolhido, será sorteado outro do mesmo grupo. A separação dos municípios nesses grupos populacionais será feita devido à estrutura de atendimento do sistema de saúde ser distinta em municípios de diferentes portes, servirá para garantir a captação dessas peculiaridades.

Através desses critérios os grupos ficaram compostos com os municípios:

- a) no grupo de até cinco mil habitantes, Estrela Velha e Coqueiros do Sul;
- b) de cinco mil a dez mil habitantes, Passa Sete e Terra de Areia;
- c) de dez mil a vinte mil habitantes, Não-Me-Toque e Santo Augusto;
- d) de vinte mil a cinquenta mil habitantes, Lagoa Vermelha e São José do Norte;
- e) de cinquenta mil a cem mil habitantes, Vacaria e São Borja;
- f) de cem mil a duzentos mil habitantes, Bento Gonçalves e Sapucaia do Sul;
- g) e de duzentos mil a quinhentos mil habitantes, Pelotas e Caxias do Sul.

A figura 2 mostra a localização desses municípios no mapa do Rio Grande do Sul. De azul os municípios do grupo “a”, de vermelho os do grupo “b”, de verde os do grupo “c”, de lilás os do grupo “d”, de azul turquesa os do grupo “e”, de laranja os do grupo “f” e de cinza os do grupo “g”. Essa classificação por cores acompanhará os gráficos e tabelas deste trabalho para melhor visualização dos dados.

Figura 2 - Localização dos municípios selecionados no mapa do Rio Grande do Sul



Fonte: Elaboração do autor a partir de mapa da Wikipedia (2013).

3 O FINANCIAMENTO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A criação do SUS, regulamentado pela lei nº 8080/91, como sistema de acesso universal, gratuito e equitativo, aconteceu em um momento de contramão às políticas de Bem-Estar Social no mundo e fim do modelo de Estado Desenvolvimentista, que no Brasil conduziu a industrialização por substituição de importações e criou um sistema público de proteção social. Mendes e Marques (2012) apontam essa inconsistência temporal e quanto ao momento histórico, o capital rentista assumiu papel central, identificado por Marx pelo ciclo D-D', ou seja, o capital aplicado a títulos de juros que não geram capacidade produtiva e se reproduz por si próprio. Uma nova discussão mundial sobre o papel do Estado na economia e o conseqüente afastamento desse na condução do processo de desenvolvimento são marcas desse período. As políticas de austeridade fiscal e diminuição do tamanho do Estado dessa época encontram em Ronald Reagan nos Estados Unidos da América e em Margareth Thatcher no Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte como ícones políticos representativos. Os autores expõem que a introdução do conceito de seguridade social (onde estão contidas saúde, previdência e assistência social), com garantia de direito a todos, veio a substituir o modelo em que o sistema público assistia apenas trabalhadores formais contribuintes. Esse, segundo Resende (2011), era segmentado por categorias profissionais.

Os autores em Piola *et al.* (2012) apresentam as quatro vias de acesso ao sistema de saúde brasileiro: o SUS, universal, gratuito e financiado pelo governo; planos e seguros de saúde privados, financiados pelas famílias e empregadores; a atenção a servidores públicos, financiada por recursos dos beneficiários e públicos, atendidos na rede privada; e os provedores privados com pagamento no ato. Há comunicação entre as quatro vias, uma é pelo financiamento público direto a alguns e indiretamente pelas renúncias fiscais, outros.

O mesmo estudo aponta que o financiamento e a construção de cenários relacionados à composição desse e do gasto em saúde, dependem de fatores como: jogo de forças e expectativas entre os atores que inclui a sociedade civil, os partidos políticos e governos, em escolher financiar um sistema público ou apoiar a oferta privada de planos de saúde; da gestão do sistema público em prover serviços de qualidade que justifique seu financiamento para a sociedade. Além disso:

Além da organização social e política brasileira, a estruturação de um sistema público universal depende das expectativas e possibilidades na repartição público-privada no financiamento do sistema e oferta de serviços de saúde, bem como da capacidade e interesse dos agentes do Estado para regular essa relação visando à priorização do sistema público. (PIOLA *et al.*, 2012, p.26)

Houve crescimento no mundo inteiro nos gastos em ações de saúde no período pós-Segunda Guerra Mundial. Piola *et al.* (2012), com dados da Organização Panamericana da Saúde (OPAS), apresentam esse quadro: compunham 3% do PIB mundial em 1948 e subiram para 8,7% em 2004. Com crescimento superior ao do PIB mundial: 5,7% contra 3,6%. O artigo levanta que o Brasil tem um dispêndio baixo, 8,4% do PIB, se comparado aos Estados Unidos, 15,7% do PIB, porém próximo a outros países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) que, como o Brasil, proveem sistemas universais: Reino Unido (8,4% do PIB), Espanha (8,5% do PIB), por exemplo.

No Brasil, a baixa participação do gasto público nos dispêndios totais em saúde é para os autores um problema quando se tem um sistema público universal: 3,5% do PIB ou 42% do gasto total. Segundo eles, nos países da OCDE o financiamento público ronda os 70%. “[...] [O Brasil] possivelmente, o único país com sistema universal de saúde, ao menos do ponto de vista legal, onde o gasto privado é maior que o público.” (PIOLA *et al.*, 2012, p.12)

Mas além da elevação dos recursos, em países desenvolvidos e em desenvolvimento com sistemas universais, os autores se apoiam em Hsiao (2007)³ para identificar que não é via aumento de gastos que se resultará em melhores condições de saúde e de equidade de acesso, por isso se voltam cada vez mais a melhores usos desse gasto, com eficiência, efetividade e equidade: “[...]a eficiência e a efetividade dos gastos com saúde têm sido destacadas como objetivos essenciais para o aperfeiçoamento dos sistemas de financiamento do setor[...].” (PIOLA *et al.* (2012, p.10)

Nesse cenário o problema de alocação de recursos escassos da economia aparece de forma relevante. Afinal, de que forma realizar uma contenção nos gastos para não comprometer as finanças públicas e ao mesmo tempo não abrir mão de importantes princípios adotados pela sociedade, como a universalidade no acesso a serviços de saúde. O artigo de Mendes e Marques (2012) coloca que esses dois princípios irão agir de forma dialética em todo o período de implementação do SUS.

A Constituição de 1988 atentou em ampliar os recursos para seguridade social: utilização além das fontes previdenciárias, a criação da Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL), incorporada ao Finsocial (hoje Cofins) e a definição de que os três entes federativos deveriam provir os recursos: “A incorporação das novas fontes Cofins e CSLL também

³ Piola *et al.* (2012) utilizam as ideias de HSIAO, W. Why a Systemic View of Health Financing Necessary? *Health Affairs*, v.25, n.4, p. 950-961, Jul./Ago. 2007.

visava tornar o financiamento menos dependente das variações cíclicas da economia”(MENDES; MARQUES, 2012, p.44)

A lei complementar nº 8.212/91 que dispõe sobre a organização da seguridade social, estabeleceu 30% do Orçamento da Seguridade Social para o SUS. E segundo os mesmos autores, a Constituição diz que a esses valores deve ser acrescido receitas estaduais e municipais, porém, sem um percentual mínimo de utilização de recursos em ações de saúde para os três entes federativos. Esse problema quanto às fontes de financiamento na criação da seguridade social também é apresentado por Resende (2011). Fato é que se criou toda uma estrutura de direitos para o cidadão e negligenciou-se como garantir o cumprimento desses compromissos.

A análise de Mendes e Marques (2012) identifica conflitos no período. O primeiro em 1989 e 1990, onde recursos do Finsocial não foram destinados à Seguridade Social. O segundo em 1993, quando a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) vinculava 15,5% do arrecadado de contribuições à saúde e nenhum repasse foi feito com a justificativa de problemas no caixa da Previdência. Nesse período houve uma especialização das fontes dos recursos da Seguridade Social, pois a maior parte proveio do Cofins, da Contribuição sobre o Lucro para a Assistência e das contribuições previdenciárias. Um terceiro conflito em 1994, pela criação do Fundo Social de Emergência (FSE), Desvinculação das Receitas da União (DRU) a partir de 2000, com desvinculação de 20% da arrecadação das contribuições sociais.

Na CPMF reside outro conflito. Piola *et al.* (2012) afirmam que a CPMF, criada em 1996 e implantada no ano seguinte, fundamentou-se na necessidade de financiamento da seguridade social. Legalmente, deveria destinar o total dos recursos ao Fundo Nacional de Saúde. Essa, segundo os autores, quando em vigor, passou a ser um dos principais recursos para o Ministério da Saúde: correspondendo em torno de 30% do orçamento. Porém, de acordo com Resende (2011) a CPMF em sua implantação não representou aumento de recursos para o SUS, pois ao mesmo tempo houve diminuição de recursos provenientes do Cofins e CSLL para o Ministério da Saúde. Ainda mais em momento seguinte quando seus recursos passaram a contribuir no ajuste fiscal para se alcançar o superávit primário⁴.

Mesmo com o fim dessa forma de arrecadação em 2008, as rechaçadas tentativas do governo de implantar mecanismo semelhante, como a Contribuição Social para Saúde (CSS), mostrou que a CPMF virou um grande símbolo contra a criação de novas formas de taxaço

⁴ Superávit ou déficit primário consiste basicamente no resultado entre as receitas não financeiras e as despesas não financeiras. É importante porque o governo utiliza estes recursos para pagar os juros da dívida. Para discussão mais detalhada ver: Giambiagi e Além (2008).

para a oposição e setores que defendem desonerações fiscais. Segundo Mendes e Marques (2012), a CSS adicionaria R\$3 bilhões ao orçamento do Ministério da Saúde em 2010.

A Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000 (EC 29) estabeleceu os percentuais mínimos de gastos na saúde pelos entes federativos. Porém, tais vinculações dependiam de uma Lei Complementar que veio a ser aprovada no Congresso Nacional somente doze anos depois, em 2012. Assim, a Lei Complementar 141/12 estabelece no artigo 5º:

A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. (BRASIL, 2012a)

O parágrafo segundo de tal artigo acrescenta que se a variação do PIB for negativa, os recursos à saúde não podem ser diminuídos. Já os artigos seis e sete definem que os Estados passam a aplicar o mínimo de 12% da arrecadação de impostos e os municípios 15%.

Em Ciências Econômicas, sabe-se que a vinculação de obrigatoriedades de gastos em determinadas áreas pode causar um engessamento demasiado do orçamento. Esse fato dificulta a adoção de ajustes macroeconômicos dinâmicos em resposta a cenários econômicos adversos. Porém, nesse âmbito, cabe questionamento: conceitos desse tipo, de defesa do não engessamento do orçamento, pressupõem governos “benevolentes” e preocupados com o interesse público.

De acordo com Piola *et al.* (2012), o aumento de recursos pelo SUS advindos através da EC29 proveio da ampliação da participação dos entes estaduais e municipais. O artigo apresenta dados do SIOPS em que a União correspondia a 60% do recurso público em saúde à época da criação e decrescendo progressivamente para cerca de 45% em 2010, enquanto os estados passaram de 18,5% para 26,7% e os municípios de 21,7% para 28,6%. O aumento da participação desses entes federativos trouxe mais de R\$50 bilhões de 2000 a 2010 junto a um aumento de R\$ 23 bilhões da União. Assim, o montante do gasto público em saúde passou, em termos reais, de R\$64,8 bilhões para R\$138,7 bilhões nesse período. O gasto per capita com o SUS passou de R\$378,27 em 2000 para R\$717,7 em 2010. Em relação ao PIB, passou de 2,89% em 2000 para 3,77% em 2010. Porém, a estimativa é que R\$6 bilhões, de 2004 a 2008, correspondesse ao déficit de aplicação perante o mínimo da EC 29 de estados e municípios. No entanto, outro lado dessa descentralização fiscal é analisado por Carvalho (2013) que atribui o problema de subfinanciamento do Sistema Único a tal diminuição de

participação do governo federal e transferência de responsabilidade aos outros entes federativos.

Contudo, a EC 29 foi regulamentada tardiamente através da LC 141/12, pelo Senado em dezembro de 2011 e sancionada pela Presidenta da República em janeiro de 2012, devido o prolongamento de sua discussão no Congresso Nacional. Quando entrou em vigor, boa parte dos estados e municípios já aplicava por necessidade mais que o mínimo estabelecido. Essa ideia é compartilhada por autores como Santos e Carvalho (2013), Mendes e Marques (2012) e Resende (2011), concordam que acabou por fazer pouco para aumentar o financiamento da saúde pública.

Segundo o artigo de Mendes e Marques (2012) há alguns problemas da vinculação de recursos como: inclusão de despesas, de forma indevida, não caracterizadas como da área da saúde a fim de cumprir o mínimo estabelecido; e em alguns casos o dispêndio de somente o mínimo exigido, quando a necessidade era muito maior.

Por outro lado, a LC 141/12 contribui ao delimitar nos artigos 3º e 4º quais os gastos que contam ou não como de saúde e podem ser usados para o cumprimento dos percentuais mínimos. Para Resende (2011), os gastos mais relevantes, anteriormente utilizados para esse ajuste e que a partir da LC passam a ser descontados, são: com inativos, aposentadorias e pensões; com pessoal ativo da saúde, mas cedidos a outras atividades; com os planos de saúde de servidores e dependentes; recursos de programas sociais, como Bolsa Família e merenda escolar; e saneamento básico, com exceção a pequenas comunidades, a comunidades indígenas e remanescentes quilombolas.

Quanto aos gastos em saúde suplementar, Resende (2011) apresenta que em 2009 foram gastos R\$2,12 bilhões em planos de saúde para servidores e dependentes, média de R\$750 por beneficiário. Tal número é mais que o dobro da média do custo per capita dos serviços de saúde do SUS dos municípios selecionados para análise nesse trabalho, inclusive maior que o município com maior custo. Tais dados serão apresentados na seção 6.2. O autor utiliza os dados de Carvalho (2010 apud RESENDE, 2011, p.77)⁵ que os recursos da saúde utilizados no Programa Bolsa Alimentação e Bolsa Família somam R\$3,407 bilhões entre 2002 e 2005.

Para Piola *et al.* (2012) há outro tipo de perda de recursos para os sistemas de saúde: os restos a pagar. Eles constam como gasto realizados, cumprem EC 29, porém podem ser cancelados, pois correspondem à parte dos valores empenhados que são transferidos para

⁵ CARVALHO, Gilson. Financiamento federal para a saúde no Brasil, 2000-2009. In: SANTOS, Lenir. **Direito da saúde no Brasil**. Campinas: Saberes, 2010. p. 281.

pagamento nos anos seguintes. No entanto, alertam que não houve publicação dessas análises pelo SIOPS e tal inferência foi feita com base na interpretação legal.

Neste capítulo foram apresentadas algumas considerações sobre o histórico do financiamento às ações de saúde do SUS e os conflitos existentes na busca de mais formas de obter recursos que contribuam para a extensão à universalidade de acesso à saúde de qualidade. O próximo será apresentar os conceitos para avaliação de políticas públicas e, de forma específica, as de saúde. Também será explicado o IDSUS e os indicadores escolhidos para análise nesse trabalho.

4 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Inserida no contexto de melhor uso dos recursos disponíveis para atender as demandas sociais, a avaliação de políticas públicas tem se tornado cada vez mais importante e tomado lugar de destaque. Especificamente em saúde intensificou-se com a divulgação a partir de 2000 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) do anuário mundial da saúde: *The World Health Report* (BRASIL, 2012b). Em suma, a avaliação pretende verificar se as políticas públicas estão sendo resolutivas à população e identificar possíveis disfuncionalidades na provisão de serviços. Há um consenso, partilhado por autores como Contandriopoulos *et al.* (1993) e Fernandes, Ribeiro e Moreira (2011) de que avaliar significa atribuir um juízo de valor sobre uma política, apesar das várias formas de se realizar um processo avaliativo.

Na revisão sistemática da bibliografia sobre o assunto de Fernandes, Ribeiro e Moreira (2011) utilizou-se três categorias de trabalhos de avaliação que foram estabelecidas por Novaes (2000): “Investigação Avaliatória”, “Avaliação para Decisão” e “Avaliação para Gestão”. A primeira categoria se compõe de artigos mais acadêmicos, voltados à comunidade científica que objetivam identificar as lógicas entre objetivos planejados na ação e seus impactos, através da observação de alterações na realidade. Os artigos da segunda categoria objetivam auxiliar o processo de tomada de decisão dos gestores. Já na terceira categoria, se propõem a produzir informações para aprimorar uma dada condição, estabelecer normas que aperfeiçoem a política.

Para Contandriopoulos *et al.* (1993) há quatro objetivos oficiais em uma avaliação: o objetivo fundamental, para contribuir ao avanço do conhecimento; o objetivo estratégico, ajudar a elaboração; o objetivo formativo, de fornecer informações para melhoramentos; e o somativo, a fim de determinar os efeitos da política para decidir seu futuro. Nesse mesmo artigo, os autores identificam duas maneiras de realizar o processo de avaliação: a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa.

A avaliação normativa caracteriza-se no julgamento de uma intervenção quanto a sua estrutura, comparando os recursos implementados e sua organização quanto ao processo, ou seja, a produção de bens e serviços, e quanto aos resultados perante critérios e normas. Ela serve para ajudar os gestores a preencher as funções quotidianas. Já a pesquisa avaliativa é desenvolvida através de uma abordagem científica e geralmente objetiva apoio à tomada de decisão, requer conhecimentos metodológicos e de teoria que fazem com que sejam desenvolvidas por pesquisadores externos.

No mesmo artigo há a ideia de que a pesquisa é dinâmica no tempo, que lida com diversos atores e métodos: “Il même est vraisemblable que plus l’évaluation est réussie, plus elle ouvre la voie à de nouvelles questions. Elle sème des doutes sans être en mesure de donner toutes les réponses. Elle n’est jamais vraiment terminée.”⁶(CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1993, p.8)

Para realizar a avaliação de uma política pública é preciso de dados a fim de inferir sobre elas, esses podem ser coletados *in loco* ou através de dados secundários, de indicadores já calculados. As peculiaridades ao se trabalhar com indicadores serão abordadas nos próximos pontos, inclusive as do IDSUS.

4.1 INDICADORES DE PRODUTO E DE RESULTADO

Para avaliar as políticas de saúde é importante levar em conta os produtos, *outputs*, pois em essência é o que o sistema pode ofertar aos usuários, diferente dos resultados, os *outcomes*, que dependem de outras variáveis senão a do serviço oferecido. Essa ideia está presente no *The World Development Report 2004* (WORLD BANK, 2004) baseada na dificuldade de medir resultados e atribuí-los aos provedores em serviços como os de saúde. Assim, segundo o relatório, os contratos dos provedores de serviços com os de saúde devem ser baseados no que é produzido por eles, o observável: “The most difficult problems, particularly for the social sectors, are the dual problems of measuring outcomes and attributing these outcomes to the action of providers.”⁷ (WORLD BANK, 2004, p. 100).

O relatório do Banco Mundial defende também a disseminação de informações, por ser uma maneira de melhorar a provisão de serviços e, entre elas, a produzida através das avaliações das políticas: “Good evaluation is the research necessary to assign causality between program inputs and real outcomes.”⁸ (WORLD BANK, 2004, p. 106)

Indicadores de produto podem ser medidos por atendimentos realizados. Principalmente em saúde essa distinção é importante, pois o produto “assistência à saúde” é claramente separado do resultado “estar saudável”, há muitas variáveis que interferem no resultado além do atendimento prestado pelo serviço de saúde. O componente da informação assimétrica é uma particularidade da relação entre o paciente e o profissional de saúde que

⁶ “É mesmo provável que quanto mais a avaliação tenha sucesso, mais ela abre o caminho a novas questões. Ela semeia dúvidas sem ser capaz de dar todas as respostas. Ela nunca acaba realmente.” (tradução nossa)

⁷ “Os problemas mais difíceis, particularmente para os setores sociais, são os problemas duais de medição dos resultados e atribuição desses resultados às ações dos provedores.” (tradução nossa).

⁸ “Boa avaliação é a pesquisa necessária para atribuir causalidade entre os insumos dos programas e os resultados reais.” (tradução nossa)

limita a análise econômica tradicional. As particularidades do mercado de assistência à saúde foram apresentadas pelo economista, prêmio Nobel de 1972, Kenneth Arrow no clássico artigo de 1963: *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*. Cabe aqui ressaltar uma dessas peculiaridades que é a incerteza do paciente quanto à qualidade do atendimento médico. Origina-se porque o conhecimento médico é especializado, nem todos têm acesso, o paciente não sabe se o que o médico está receitando é o melhor para seu caso: “[...] the patient must delegate to the physician much of his freedom of choice.”⁹(ARROW (1963, p. 965)

Há ainda os problemas que afetam o lado da oferta dessa relação e onde se baseia a ideia de firmar contratos com base no produto. Uma é a incerteza do médico quanto à autenticidade das informações que o paciente passa a ele, tais afetarão o tipo de tratamento a ser prescrito. Também os resultados do tratamento dependem de outros fatores além da assistência médica: os hábitos do paciente, o ambiente em que vive, o cumprimento do receituário médico, etc. Esses fatores geram um descolamento entre o produto, assistência à saúde, e os resultados, estar saudável.

No entanto, ao se trabalhar apenas com indicadores de produto pode-se acabar por deixar de avaliar a qualidade do atendimento prestado. Por exemplo, se as consultas médicas estão sendo oferecidas em bom número para a população significa tão somente que as pessoas estão tendo acesso a elas, não se pode inferir que as necessidades de saúde estão sendo atendidas de maneira adequada.

4.2 O ÍNDICE DE DESEMPENHO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) foi concebido a partir de fundamentos do Projeto de Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS), esse elaborado por pesquisadores a fim de conceber uma metodologia para avaliar o sistema por completo. É parte integrante do projeto de construção do “Sistema de Monitoramento e Avaliação do SUS”.

Abstraindo as questões políticas pertinentes dos ciclos políticos, o fato do Ministério da Saúde visar à construção de um sistema para monitorar o sistema de saúde pode indicar que esse projeto venha a ser duradouro, não apenas uma política passageira.

Segundo o texto base do IDSUS, o índice objetiva avaliar o SUS quanto ao seu desempenho em cumprir seus princípios (universalidade do acesso, integralidade da atenção,

⁹ “O paciente deve delegar ao médico muito de sua liberdade de escolha.” (tradução nossa)

equidade) e das diretrizes (regionalização, hierarquização, comando único por esfera de gestão e responsabilidade tripartite). Nesses pontos foi embasada a ideia de comparar a distância em relação ao SUS ideal, que atenda a necessidade dos usuários com o cumprimento de seus princípios e diretrizes e a capacidade existente.

Essa avaliação é feita através de dois grupos de indicadores: acesso e efetividade. Os indicadores de acesso são divididos em dois grupos: acesso obtido e acesso potencial. Os de acesso obtido refletem o produto dos serviços prestados e exemplo desse tipo no IDSUS é “razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de (média/alta) complexidade e população residente”. Dessa forma, em consonância com o conceito apresentado no parágrafo anterior, o texto do IDSUS indica que a maioria dos indicadores de acesso obtido são construídos: “[...] numerador, dados sobre procedimentos de saúde produzidos para os habitantes de determinado município atendido pelo SUS e, como denominador, dados referentes a todos os habitantes desse mesmo município.” (BRASIL, 2012b, p.9)

Já em acesso potencial busca-se avaliar a oferta potencial do serviço de saúde oferecer atendimentos. Exemplo desse tipo no IDSUS é “cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde”, que tem: “[...] no numerador o número de equipes básicas e no denominador toda a população do município.”. (BRASIL, 2012b, p.9)

Por outro lado, indicadores de efetividade buscam captar a qualidade dos atendimentos prestados, como eles atingem os resultados esperados. O texto do IDSUS relata que foi escolhida essa dimensão, pois não havia dados suficientes para abordar outros aspectos de qualidade além da efetividade. Nesse grupo de indicadores entram por exemplo: “proporção de internações sensíveis à atenção básica”, “proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio”, “proporção de parto normal”, “cobertura com a vacina tetravalente em menores de um ano”, entre outros.

O IDSUS foca na avaliação do “SUS que atende os residentes de cada município brasileiro”, assim os indicadores são calculados pelo município de residência do usuário independente se o atendimento foi prestado na própria cidade ou encaminhado. Como o índice avalia a atenção básica e de média e alta complexidade, dadas as características da provisão de serviços de saúde no país sabe-se que nos municípios pequenos não há oferta na atenção especializada. Os dados atribuídos a esses são referentes ao domicílio da pessoa. Com isso, a atenção divide-se entre a realizada no município, básica, e a de maior complexidade que pode ser feita no município, em caso de cidades maiores, ou nas redes de atenção à saúde, se a cidade não possuir infraestrutura para tal.

A fonte dos indicadores utilizados proveio dos sistemas de informação existentes, tanto do Ministério da Saúde como de outros órgãos governamentais, são eles: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informação de Agravos e Notificações (SINAN), Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação sobre Nascido Vivo (SINASC), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS).

Segundo o relatório do IDSUS, foram feitas análises estatísticas nos dados para reconhecer imprecisões e usar somente os mais consistentes. A cada indicador foi atribuído um parâmetro para referência, aceitos no Brasil e internacionalmente, tais como: mais de 70% de partos normais e uma equipe de saúde da família para cada três mil habitantes. Caberia levantar se os parâmetros correspondem com a realidade do SUS e inclusive perante as diferenças regionais, já que aparentam serem concebidos conforme a já citada comparação entre o sistema ideal e o efetivo. Quanto a isso, o IDSUS defende-se ao recordar a distinção entre parâmetros, que são os melhores resultados alcançáveis, e metas, que devem ser moldadas adequando-se às características locais.

Para a avaliação do acesso à atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, os parâmetros foram estabelecidos selecionando-se municípios de referência, que ofertam esse tipo de assistência e, portanto, não viesariam dados por falta de oferta. Apresentadas as características gerais da concepção, formulação e construção do Índice de Desempenho do SUS, no próximo tópico será abordado de que forma esse trabalho o aproveitará para avaliação da atenção à saúde nos municípios da amostra.

4.3 UTILIZAÇÃO DO IDSUS PARA AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Em suma o IDSUS é formado por quatorze indicadores de acesso e dez indicadores de efetividade, compreendendo os três níveis de atenção à saúde: básica, média e alta complexidade (ANEXO A). Na presente análise foram selecionados sete dos vinte e quatro indicadores, sendo três de acesso, um para cada nível de atenção e quatro para efetividade, dois na atenção básica e dois compreendendo a média e alta complexidade. A escolha de tais indicadores entra em consonância com o propósito do trabalho de utilizar os conceitos do SIC para apurar os custos e que utilize os indicadores existentes, divulgados pelo Ministério da

Saúde, para avaliar o atendimento à saúde em municípios. Portanto, não há a necessidade de utilizar estatísticas tão diversas para atender os objetivos deste trabalho.

Dessa forma, os indicadores escolhidos foram:

- a) cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde;
- b) razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados e população residente;
- c) razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e população residente;
- d) proporção de internações sensíveis à atenção básica (ISAB);
- e) cobertura com a vacina tetravalente em menores de um ano;
- f) proporção de parto normal;
- g) proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).

Desses, os três primeiros (a,b,c) são indicadores de acesso, sendo o primeiro de acesso potencial e os outros de acesso obtido. Os próximos quatro (d,e,f,g) avaliam a efetividade. Nesse processo de seleção procurou-se escolher estatísticas que, primeiramente, se referissem aos três níveis de atenção à saúde. Assim, referem-se à atenção básica: “cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde”, “proporção de ISAB” e “cobertura com a vacina tetravalente em menores de um ano”. Para a média complexidade, tem-se: “razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados e população residente”; “proporção de parto normal” e “proporção de óbitos nas internações por IAM”. Essa última também está inserida na alta complexidade juntamente com “razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e população residente”.

Também se procurou selecionar indicadores que cobrissem de forma geral o atendimento, sem se limitar a uma morbidade específica. Com isso, eliminaram-se os indicadores sobre: exames citopatológicos do colo de útero, óbitos por acidente, sífilis congênita, hanseníase, tuberculose, etc. A exceção nesse critério foi a utilização da estatística sobre infartos do miocárdio.

Outro critério foi a não exclusão de populações por gênero ou faixa etária o que eliminou indicadores como: exames de mamografia, consultas pré-natal, exames do colo do útero, ou óbitos em internações em UTI de menos de 15 anos. Pode-se argumentar que “Proporção de parto normal” e “cobertura com a vacina tetravalente em menores de um ano” entrariam nesse critério para exclusão. No entanto, optou-se pela utilização delas porque, no

caso da primeira, era a que avaliava a efetividade da atenção de média complexidade e, no caso da segunda, relaciona-se a um atendimento fundamental da atenção básica que produz externalidades positivas a toda a população. Também se procurou complementar os indicadores com a escolha de dois para os níveis básicos e complexos, já que apenas um não se encaixava totalmente nos critérios escolhidos e deixaria de captar dimensões da efetividade.

4.4 INDICADORES SELECIONADOS DO IDSUS

A partir dos critérios utilizados para chegar aos indicadores levados em conta, compete apresentar o que eles exprimem, de que forma são calculados (Anexo B). A estatística “a”, “cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde”, foi escolhida por cumprir os critérios anteriormente selecionados, assim como “cobertura populacional estimada pelas Equipes de Saúde Bucal”, porém essa última foi preterida por aquela ter maior representatividade na atenção à saúde. Esse indicador pretende mostrar que uma taxa maior de população coberta por equipes básicas de saúde tem o potencial de oferecer maior número de atendimentos e outros serviços.

Os indicadores “b” e “c”, “razão de procedimentos ambulatoriais de (média/alta) complexidade selecionados e população residente”, são calculados através do produto observado nos procedimentos ambulatoriais. No raciocínio desses, quanto maior o número de atendimentos ambulatoriais, mais próximo do parâmetro, indica maior acesso obtido a esses serviços.

O primeiro indicador de efetividade, proporção de internações sensíveis à atenção básica, pretende captar justamente o que tange ao principal argumento em favor da ampliação da atenção básica e de basear uma política nacional de saúde nesse nível de atenção: a capacidade de resolutividade. Grande parte dos atendimentos realizados nos outros níveis de complexidade poderiam ser evitados se resolvidos através da oferta de uma atenção básica de qualidade, efetiva. Particularmente esse indicador visa captar as falhas na atenção básica, ou seja, casos que poderiam ter sido resolvidos nesse nível de atenção, mas pela disfuncionalidade desse serviço acabou levando o paciente à internação. O parâmetro utilizado é de 28,6% do total de internações, com isso valores percentuais acima significam piores resultados à atenção básica.

A vacinação é um dos principais e mais simples atendimentos realizados pela atenção básica e tem como característica produzir externalidades positivas, ou seja, ajuda a proteger

mesmo quem não recebeu a vacina ao formar uma espécie de cordão de isolamento à circulação dos agentes causadores das doenças. A estatística “e” trata da cobertura da vacina tetravalente que é aplicada em menores de um ano. Ela protege contra quatro doenças, daí o nome tetravalente: meningite, difteria, tétano e coqueluche. Segundo Brasil (2012c), a partir do segundo semestre de 2012, essa vacina saiu do calendário básico de vacinação sendo introduzida a vacina pentavalente, que além das doenças citadas, protege ainda contra a hepatite B. É em suma um indicador de produto, pois mede a quantidade de serviços dispensados à população e a cobertura desta, de efetividade. A lógica é que uma maior cobertura vacinal, melhor a efetividade do programa de vacinação.

O indicador “f”, Proporção de Parto Normal, tange à atenção de média complexidade e mede a proporção de partos normais perante o total de partos. Segundo o parâmetro, quanto maior a proporção de partos normais, melhor, por causa da relação direta com menores complicações para a puérpera e o recém-nascido. Sabe-se que há um forte aspecto cultural na população em preferir o parto normal em favor da cesariana, o que afeta na busca de melhores resultados nesse indicador. De acordo com Nunes *et al.* (2001), quando a proporção de cesáreas é exagerada, indica uma menor qualidade na prestação de serviços, pois expõe as pacientes e o recém-nascido ao risco cirúrgico muitas vezes desnecessário.

O último indicador selecionado para esta pesquisa procura captar de forma indireta o atraso na resposta do atendimento à saúde e também no diagnóstico de infarto agudo do miocárdio. Essas variáveis contribuem para um maior número de óbitos nesses pacientes. A medida dessa estatística tange à avaliação das assistências de média e alta complexidade. É uma estatística de resultado da provisão de serviços de saúde e pode captar de forma indireta a infraestrutura existente para o atendimento desse tipo de paciente.

5 ADEQUAÇÃO DE UM SISTEMA DE CUSTOS A PARTIR DO ORÇAMENTO PÚBLICO

Este capítulo apresenta a discussão sobre o uso das informações de custo para o setor público. É dividido em três seções: na primeira há uma apresentação dos conceitos teóricos que sustentam a provisão de serviços públicos de saúde junto da importância do conceito de custo para o setor público; a segunda mostra os principais métodos de custeio; e a terceira seção apresenta as modificações propostas para se obter o custo dos serviços prestados a partir das despesas orçamentárias.

5.1 A IMPORTÂNCIA DAS INFORMAÇÕES DE CUSTO

A economia do setor público estuda o papel desse enquanto fornecedor de bens e serviços e sua responsabilidade de atuação a fim de corrigir falhas de mercado e lidar com as externalidades por elas provocadas. A existência dos chamados bens públicos é um exemplo dessas falhas, haja visto o mercado não conseguir atuar devido as características dos bens: não rivais e não excludentes. A não rivalidade de um bem se caracteriza quando o custo marginal tende a zero quando adicionado um novo consumidor. Um farol instalado na entrada de um porto é um exemplo, pois o custo marginal de sinalizar para mais um navio é praticamente zero. Na característica da não exclusividade é onde se encontra o cerne da falha de mercado, pois não é possível excluir ninguém do consumo do bem. A segurança nacional e pública são exemplos de bens não exclusivos. Segundo Giambiagi e Além (2008), como os bens públicos estão disponíveis a todos, não há desembolsos voluntários aos fornecedores, então o governo precisa intervir para garantir o fornecimento.

Porém, ao se estender o acesso para mais um paciente no sistema de saúde, o custo da provisão do serviço aumenta e a pessoa atendida pelo serviço estará ocupando o lugar de outra, excluindo outra do consumo. Os investimentos públicos em saúde são necessários por gerarem externalidades positivas para a população. As externalidades são efeitos derivados, externos, da produção ou do consumo de bens que afetam outros agentes que não os envolvidos diretamente: “When the activity of one entity (a person or a firm) directly affects

the welfare of another in a way that is not transmitted by market prices, that effect is called an **externality**”¹⁰(ROSEN, 2005, p. 91, grifo nosso)

Para essas, a alocação de mercado é ineficiente. As externalidades podem ser negativas, quando produzem efeitos maléficos como a poluição, ou positivas, se produzirem efeitos benéficos como assistência à saúde. Contudo, para o governo agir é preciso que a sociedade reconheça os malefícios causados pela poluição e os benefícios que derivam de investimentos em programas de saúde. Se não assentirem a existência das externalidades, elas simplesmente não são reconhecidas e a ação do governo em cima delas não se justificaria.

Dentro da abordagem das capacitações, Amartya Sen coloca que a provisão de serviços de saúde efetivos para a população, junto com a educação básica, além de melhorar a qualidade de vida, ajudam a livrar da pobreza de renda, por aumentar a capacidade de auferi-la: “Quanto mais inclusivo for o alcance da educação básica e dos serviços de saúde, maior será a probabilidade de que mesmo os potencialmente pobres tenham uma chance maior de superar a penúria.” (SEN, 2010, p.124)

Rosen (2005) mostra que nem sempre os bens públicos são ofertados pelo governo, esse pode contratar uma empresa privada para provê-lo, assim como os bens privados não necessariamente são ofertados somente pelo setor privado: “In short, the label ‘private’ or ‘public’ does not by itself tell us about which sector provides the item.”¹¹ (ROSEN, 2005, p.63, grifo nosso) O autor exemplifica que os serviços médicos são “bens” com característica de privados, mas que amiúde são oferecidos pelo sistema público.

O fato de caber ao setor público a provisão dos serviços com características de privados, como um sistema educacional e a assistência à saúde, enquadra-se na categoria dos bens meritórios. Que como apresenta Farias e Melamed (2003) associam-se aos valores reconhecidos por uma sociedade, sejam eles culturais, políticos e históricos. Cabe a cada sociedade reconhecer que a garantia da provisão inclusiva de determinados bens e serviços é importante aos cidadãos. No Brasil, a assistência à saúde possui tal caráter, são direitos garantidos legalmente pela Constituição Federal. No caso da saúde, o artigo 196 estabelece: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal

¹⁰ “Quando a atividade de uma entidade (uma pessoa ou uma firma) afeta diretamente o bem-estar de outra de uma maneira que não é transmitida pelos preços de mercado, esse efeito é chamado de externalidade.” (tradução nossa)

¹¹ “Em suma, o rótulo privado ou público não nos diz por si mesmo sobre qual setor provê o item.” (tradução nossa)

igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, Constituição Federal, 1988)

Como apresentado por Giambiagi e Além (2008) são três as funções básicas do governo: alocativa, distributiva e estabilizadora. A função alocativa relaciona-se com o fornecimento de bens e serviços. A função distributiva diz respeito à busca de uma distribuição de renda justa, através de ajustes: transferências, como o Programa Bolsa Família ou os Benefícios de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC-LOAS); impostos, como um sistema de imposto de renda progressivo perante a renda; subsídios e a seguridade social. A função estabilizadora está relacionada aos objetivos da política econômica no *trade-off* entre desemprego e inflação.

Assim, usam-se mecanismos de arrecadação a fim de cumprir essas funções básicas. O objeto desse trabalho, o Sistema Único de Saúde, está claramente relacionado com a função alocativa, pois oferta serviços de saúde para a população. Partindo dessa ótica, torna-se por si só, sem mesmo entrar na discussão do montante de recursos arrecadados, evidente a demanda, pelos menos em sociedades democráticas, de prestação de contas aos cidadãos desse dinheiro que deles é transferido através de impostos, taxas, etc. Agrega-se ainda a necessidade de criar mecanismos gerenciais que possam cada vez mais capacitar e auxiliar o processo de tomada de decisão dos gestores públicos, que busque usar os recursos público de forma mais eficiente.

Nesse escopo, Slomski *et al.* (2010) lembra que a eficiência é um princípio constitucional, incluído no artigo 37 da Constituição Federal de 1988 através da Emenda Constitucional 19/98: “A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e **eficiência**[...]” (BRASIL, Constituição Federal, 1988, grifo nosso)

Encontra-se em vários autores a concepção da relevância de se manter um sistema de informação de custos para satisfazer essa conjuntura: “A eficiência e a eficácia gerencial envolvem certamente a questão do custo.” (BONACIM; ARAUJO, 2010, p. 905)

Um sistema de custos permite a entidade obter informações acerca do valor gasto no desenvolvimento do produto ou serviço, e possibilitar que sejam tomadas decisões gerenciais acerca deste, visando sempre à eficiência dos processos, a economicidade do gasto e a efetividade das ações.

Na administração pública, é fundamental a implantação de um sistema de custos para tornar mais transparentes os custos dos serviços e/ou produtos para a sociedade. (Silva *et al.*, 2008, p.53)

Dado esse contexto, autores como Machado e Holanda (2010), Rezende, Cunha e Bevilacqua (2010) e Pigatto *et al.* (2010) veem na adoção da contabilidade de competência o caminho para estabelecer maior controle dos gastos públicos com intuito de usar melhor os recursos. Para esses autores, a contabilidade governamental tem falhas na geração das informações de custos, por se basear em indicadores de curto prazo, e não permite identificar o custo real. Tal método se contrapõe ao regime de competência e é conhecido como regime de caixa, onde Kohama (2009) coloca que todas as receitas e despesas, mesmo as relativas aos períodos anteriores, são registradas no exercício. Isso acontece porque a receita é registrada quando é arrecadada e a despesa quando ocorre a saída de recursos financeiros. Tal conceito já expõe a dificuldade de se criar um sistema de custos a partir desse modelo, já que nos registros pode conter gastos provenientes de fatos geradores de período diferente daquele que se pretende apurar. Assim, esses acabam por não se caracterizar custos do período: “[...] não permite que os custos incorridos sejam comparados aos resultados obtidos e que seja possível avaliar a eficiência que poderiam obter idênticos resultados com custos menores.” (REZENDE; CUNHA; BEVILACQUA, 2010, p.961):

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

Para Martins da Silva (2009) há uma controvérsia entre os que estudam o tema quanto aos critérios de reconhecimento das movimentações financeiras em um Regime de Competência, haveriam dois: o critério jurídico e o contábil. O primeiro critério defende que a despesa seja reconhecida com o empenho legal. Para o segundo, elas seriam apropriadas quando efetivamente os serviços são executados e sem dependência do instrumento jurídico.

Esse critério, uma vez adotado, permite maior utilidade das demonstrações contábeis, que passam a fornecer informações relevantes para o processo de planejamento sobre os recursos utilizados e os resultados obtidos e, ainda, permitem a avaliação da eficácia e atribuição de responsabilidades pela eficiência. (MARTINS DA SILVA, 2009, p.88)

Esse consenso entre os autores de que o caminho a percorrer seja o da contabilidade de competência é reforçado pela experiência internacional de adesão pelo setor público, que é objeto do artigo de Rezende, Cunha e Bevilacqua (2010), onde apresentam os motivos que

levaram aos países a adotar esse regime. Para citar alguns: na Austrália, Nova Zelândia e Reino Unido foi adotado num processo de reforma do setor público na totalidade do processo orçamentário; a Islândia adotou-a visando a geração de informações para avaliação de riscos fiscais de longo prazo; no Canadá e Holanda a motivação principal foi a melhoria da qualidade do gasto e eficiência do Estado; para a França, a adoção da contabilidade de competência visava melhorar a qualidade, nitidez e, sobretudo, confiabilidade das contas públicas.

Kohama (2009) analisa através da Lei nº4320/64 que no Brasil adota-se um regime misto. As receitas são registradas conforme os princípios do Regime de Caixa. Quanto às despesas, a referida lei diz que no exercício financeiro devem pertencer as que são nele legalmente empenhadas, o caracterizando-se um regime de competência. Conforme Martins da Silva (2009), a adoção de um regime misto traz a desvantagem das demonstrações de execução orçamentária não se referir a períodos idênticos, assim não há homogeneidade nos registros que dificulta a análise do resultado.

Contudo, tal autor vai além para definir o regime contábil adotado pelo setor público brasileiro. Através da análise da Lei nº4320/64 e com o que foi inserido pela Lei de Responsabilidade Fiscal, conclui que no Brasil adota-se nas operações relativas à execução orçamentária: o regime de caixa para as receitas e o regime de competência para as despesas legalmente empenhadas. Mas há ainda as despesas que não decorrem da execução orçamentária como a depreciação, que afetam o patrimônio líquido, no entanto, a essas também se atribui o regime de competência.

5.2 MÉTODOS DE CUSTEIO PARA O SETOR PÚBLICO

De acordo com Machado e Holanda (2010), no setor público pode-se legalmente utilizar qualquer método de custeio: custeio pleno, absorção, variável, o custeio por atividades (método ABC), ou o custeio direto. Em Machado (2002), o autor procura a característica básica do setor público: “[...] opera fundamentalmente prestando serviços à comunidade e criando capacidade para prestar serviços.” (MACHADO, 2002, p.146) Ele acrescenta que os serviços públicos são fornecidos de forma contínua, o que cria a necessidade de um sistema de acumulação de custos por processo.

Nesse mesmo trabalho, aponta-se que além de prestar serviços, o governo também cria capacidade para prestá-los, investe. Os investimentos, em geral, demandam e beneficiam mais

de um período contábil, portanto afirma a necessidade de acumulação dos custos até o fim da obra, por ordem e não processo.

A geração de custos nos programas públicos depende de fatores como:

[...] em primeira instância, pela escala desejada, pela tecnologia escolhida e pelo grau de integração vertical das ações previstas nos planos plurianuais. Outros condicionantes como a participação dos funcionários, o grau de utilização das instalações e o seu *layout* também terão forte influência no custo dos produtos e serviços prestados pelo setor público. (MACHADO, 2002, p.207)

Para Machado e Holanda (2010) é a partir das políticas públicas onde se determinam os custos: “[...] definição das políticas públicas é o principal determinantes dos custos do setor público, derivando daí os programas e as ações, bem como a identificação dos recursos necessários para executá-los.”(MACHADO; HOLANDA, 2010, p.807)

5.2.1 Custeio por absorção

O método do custeio por absorção:

[...] é o método derivado da aplicação dos Princípios de Contabilidade Geralmente Aceitos[...]. Consiste na apropriação de todos os custos de produção aos bens elaborados, e só os de produção; todos os gastos relativos ao esforço de produção são distribuídos para todos os produtos ou serviços feitos. (MARTINS, 2003, p.24)

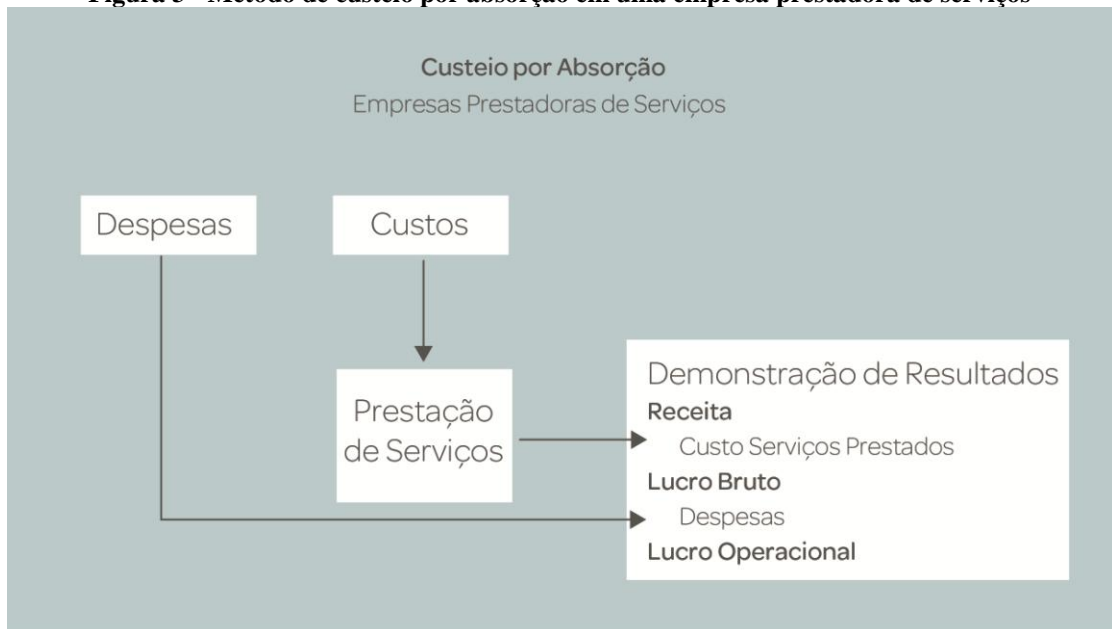
Na tese de Machado (2002), ressalta-se a particularidade de como custo do produto elaborado é reconhecido somente os custos de produção, outros gastos são classificados como despesas. Através de Martins (2003) e Riccio (2000)¹², Bonacim e Araújo(2010) definem as etapas de distribuição dos custos nesse método: “separação entre custos e despesas, seguida pela apropriação de custos diretos ao produto e a atribuição dos custos indiretos aos produtos, segundo bases de rateio previamente estabelecidas.”(BONACIM; ARAÚJO, 2010, p.909)

Assim, esse método tem como uma das características utilizar formas de rateio para apropriação aos produtos e serviços dos custos indiretos, tais como: limpeza, consumo de água, consumo de energia elétrica, etc. Para estabelecer o critério de rateio que mais se adequa a dado custo é preciso conhecer as características da despesa a ser rateada, irá depender do processo produtivo. Exemplos de critérios para rateio podem ser: número de empregados, área ocupada, tempo de mão-de-obra direta, tempo de uso de máquinas, consumo de material direto, quantidade produzida, etc.

¹² RICCIO, E. L. Um Estudo sobre a Pesquisa em Custos no Brasil. **Revista Brasileira de Contabilidade**, n.124, p. 68-75, 2000.

Como o governo caracteriza-se por ser um grande provedor de serviços, principalmente na área de saúde, cabe aqui apresentar como funcionaria o custeio por absorção para uma empresa prestadora de serviços:

Figura 3 - Método de custeio por absorção em uma empresa prestadora de serviços



Fonte: Elaboração do autor a partir de Martins (2003, p.25)

Porém, Martins (2003) aponta falhas na utilização do método a fins gerenciais devido aos rateios arbitrários de custos indiretos e não haver como distinguir claramente os custos variáveis dos fixos.

5.2.2 Custeio pleno

No método de custeio pleno, os custos contabilizados e apropriados aos produtos ou serviços não são apenas os relacionados com a produção, mas também as outras despesas: “[...] ignora as fronteiras, às vezes obscuras, entre o custo do produto e as despesas do período.” (MACHADO, 2002, p.142)

Ao se olhar para essa definição, a utilização desse método tornaria a tarefa do gestor muito mais fácil, pois não haveria de separar os custos das despesas. Essa separação, embora teoricamente clara: “[...] os gastos relativos ao processo de produção são custos, e os relativos à administração, às vendas e aos financiamentos são despesas.” (MARTINS, 2003, p.26) Mas nem sempre na prática encontra-se essa simplicidade.

Essa facilidade teórica para aplicação do custeio pleno esbarra no empecilho dele não ser aceito em fins societários ou tributários, somente para fins gerencias, como alertado por

esse mesmo autor. Tal característica faz com que esse método não seja interessante neste trabalho.

5.2.3 Método ABC

O método de custeio baseado em atividades, *Activity Based Costs* (ABC), como apresentado por Martins (2003), surgiu da necessidade criada com as transformações organizacionais, onde as mudanças tecnológicas e a complexificação das estruturas produtivas tornaram os custos indiretos mais significativos que os diretos.

Uma atividade é uma ação que utiliza recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros para se produzirem bens ou serviços. É composta por um conjunto de tarefas necessárias ao seu desempenho. As atividades são necessárias para a concretização de um processo, que é uma cadeia de atividades correlatas, inter-relacionadas. (MARTINS, 2003, p.64)

A lógica fundamental desse método é a ideia de que os recursos de uma organização são consumidos por suas atividades e não pelos produtos, esses são consequências delas. “O custo de uma atividade representa todos os consumos de recursos necessários para desempenhá-la, ou seja, salários e encargos, depreciação, materiais, energia elétrica etc.”(SANTOS *et al.*, 2006, p.249)

O ABC procura reduzir as distorções causadas pelo rateio de forma arbitrária dos custos indiretos, ele faz uma apropriação mais direta se comparado aos métodos tradicionais, custeio por absorção ou o custeio direto (a ser mencionado em 5.4.5). A diferença ocorre no tratamento que se dá aos custos indiretos. Mesmo assim, pode ser aplicado aos custos diretos, no entanto não trará diferença significativa perante os métodos tradicionais. Há três formas de atribuição dos custos às atividades: alocação direta, rastreamento e rateio.

Deve-se utilizar a alocação direta quando existe uma identificação nítida dos itens de custo às atividades. Já o rastreamento é um diferencial do método ABC, pois a atribuição ocorre perante a identificação de causa e efeito entre a atividade e os custos. Nessa, usam-se “direcionadores de custos”: critérios para alocar os custos conforme o indicador que melhor convém.

[...] representa o vetor que determina a ocorrência de uma atividade. Como as atividades consomem recursos, portanto, por dedução, o direcionador é o verdadeiro causador do custo. Os direcionadores de custo serão a base para atribuir os custos das atividades aos produtos. (SANTOS *et al.*, 2006, p.249)

Martins (2003) explica que há dois tipos de direcionadores: os direcionadores de custos de recursos, ou de primeiro estágio, e direcionadores de custos de atividades. Os primeiros mostram como os recursos são consumidos pelas atividades. Os outros identificam como os produtos consomem atividades, como custeiam os produtos. Uma das formas de se aplicar o método ABC consiste em departamentalizar o processo produtivo e identificar as atividades pertencentes a cada departamento. Em último caso, se não houver a possibilidade de utilizar as formas anteriores, deve-se empregar o rateio arbitrário. Porém, ao se atribuir custos de uma atividade para outra, pode-se causar distorções que comprometerão a análise, portanto só deve ser feito caso não houver forma de relacionar as atividades aos produtos.

Para Machado e Holanda (2010), em princípio, não teria dificuldade na aplicação do método, visto que: “toda ação governamental é decomposta em atividades/projetos.” (MACHADO; HOLANDA, 2010, p. 812) Porém, alertam para a maior dificuldade de se implementar o método para um sistema geral integrado. Esse inconveniente é apresentado também por Machado (2002) que aponta para a necessidade de implantação de: mapeamento das atividades governamentais, inclusive o tempo médio de execução delas; treinamento dos funcionários; um período de tempo muito grande e a produção demasiada de informações, comprometendo a análise.

Esses fatores mostram que a implantação do método ABC, como sistema integrado, no setor público teria baixo custo-benefício, pois demandaria muitos recursos para a produção de muita informação de pouca utilidade.

5.2.4 Custeio variável

No método de custeio variável, segundo Machado (2002) somente se apropria os custos variáveis aos produtos. Os outros custos, os fixos, serão classificados como despesas.

Para fazer o balanço de pontos positivos e negativos desse método, Machado (2002 *apud* QUILICI, 1973¹³, p.121-123) utiliza argumentos de James M. Fremgem: um ponto positivo é que ele separa os custos fixos dos variáveis e provoca a formulação de demonstrações específicas para cada, porém, é difícil separar esses dois custos; esse método também tende a subestimar os custos fixos. No entanto, a controvérsia principal é o momento e a forma que os custos fixos causam impactos no resultado da empresa.

¹³QUILICI, Frediano. (Org.) **Leituras em administração contábil e financeira**. Rio de Janeiro, FGV, 1973. p.121-123.

Esse método é utilizado para relatórios gerenciais internos a fim de apurar a margem de contribuição por produto para orientar decisões, como sobre a combinação de produtos a ser fabricada.

5.2.5 Custeio direto

No método de custeio direto não há nenhum tipo de rateio ou apropriação, visto que os custos são alocados diretamente aos produtos. O trabalho de Machado (2002) ressalta o fato de que são alocados somente os custos diretos aos produtos, fixos ou variáveis, que passam a ser o objeto de custeio.

O autor propõe adotar esse método em um sistema de custos para o setor público e utiliza três argumentos para basear essa defesa: a ausência de rateios melhora a análise das políticas públicas, pela maior objetividade; é o método arraigado no sistema de planejamento, orçamento e contabilização da execução orçamentária, facilitando a implantação; a boa relação custo-benefício da informação, pois pode ser implantado de forma rápida e baixo custo.

Relacionado ao primeiro argumento, o artigo de Nelson Machado e Victor Branco Holanda, complementa que o custeio direto: “[...] permite analisar o desempenho dos gestores e das políticas públicas com maior objetividade [...]” (MACHADO; HOLANDA, 2010, p.811)

Quanto ao segundo, Machado (2002) detalha melhor. O método é o cerne desse processo, pois: as despesas orçamentárias são programadas por ações do governo; os recursos associam-se de forma direta às atividades e são classificados por natureza econômica; o espaço organizacional da ação é perfeitamente identificável, assim torna-se possível a acumulação de custos; e: “O modelo de acumulação direta das despesas orçamentárias pode ser transformado em modelo de acumulação do custo do período ou da ordem, uma vez feitos os ajustes das despesas orçamentárias liquidadas e dos investimentos.” (MACHADO 2002, p.149)

O mesmo autor, não se abstém de levantar os pontos negativos que existem em todo método de custeio. Nesse caso são dois pontos: as distorções nos custos apurados e a pouca especificação das atividades. Quanto ao primeiro ponto, o autor defende que o aperfeiçoamento depende da divulgação dos custos unitários dos bens e serviços prestados, dessa forma os gestores procurarão corrigir as distorções e que, fundamentalmente:

[...] a qualidade das informações do sistema integrado de custos depende, fundamentalmente, do rigor com que na fase do orçamento são associados os recursos com as atividades/projetos e, posteriormente, na fase da execução, depende do esmero do lançamento contábil utilizando-se as classificações corretas para cada transação. (MACHADO, 2002, p.152)

Também aponta às diversidades das ações do governo e expõe que há atividades com único produto final, assim faz-se uma apropriação direta, mas há as que resultam em mais de um produto. Nesse caso, o autor aconselha tratar como uma produção conjunta, ou seja: “[...] indicar o custo total da atividade e as quantidades produzidas de cada um dos produtos diferentes.” (MACHADO, 2002, p.152) Porém, mesmo assim, há casos em que o custo unitário não será possível de ser calculado, pois os produtos são de difícil identificação, ou, nas palavras do autor: “[...] explicitação, enumeração e quantificação [...]” (MACHADO, 2002, p.153)

5.3 O SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE CUSTOS DO GOVERNO FEDERAL

A preocupação em desenvolver um sistema de análise de custos no setor público brasileiro surge com a Lei de Responsabilidade Fiscal, como aponta Silva *et al.* (2008). Um dos pontos da lei é a criação e manutenção de um sistema de custos nas entidades públicas, dessa forma dá-se início ao debate de como trazer para o setor público os sistemas de custos já tão difundidos na esfera privada.

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

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

produção de bens e serviços; melhoria de informações gerenciais e a geração de informações apropriadas e com utilidade ao processo decisório.

O ponto sobre a internalização da produção é certamente baseado na teoria de Ronald Coase em “A natureza da firma (1937)”. Como é apresentado em Slomski *et. al.* (2010), a ideia principal de Coase é a de quando o custo de produção direta for menor que o do mercado, deve se optar pela internalização.

Para Machado e Holanda (2010), a criação de um sistema de custos a ser utilizado por toda a administração pública federal deve garantir a comparabilidade entre os entes, porém também possibilitar o detalhamento de informações:

“[...]em razão das diferentes expectativas e necessidades informacionais das diversas unidades organizacionais e seus respectivos usuários. O sistema deve ser capaz de produzir informações em diferentes níveis de detalhamento, mediante a geração de diferentes relatórios, sem perder o atributo da comparabilidade[...]” (MACHADO; HOLANDA, 2010, p.795)

Nesse mesmo trabalho, aborda-se que a implantação do SIC ocorreu em duas dimensões: uma macro, sistêmica e generalizante, e uma micro, específica à realidade física e operacional do órgão/entidade.

Na visão do modelo geral, pela sua característica de encontro, foi denominada ‘rodoviária’, devido à característica básica fundamental de juntar as duas dimensões, os dois ‘mundos’. De um lado, o processo dedutivo de alocação dos gastos aos objetos de custos a partir da visão dos órgão centrais; do outro, o processo indutivo do particular para o geral, das necessidades físico-operacionais dos órgão setoriais finalísticos (saúde, educação, segurança, infraestrutura etc.). (MACHADO; HOLANDA, 2010, p.795)

Esse modelo tem duas etapas, de distintos caracteres: dedutiva e indutiva. A primeira, do geral para o particular, gera informações de custos sintéticas, mas comparáveis. A segunda, do particular para o geral, possibilita os ajustes à realidade física-operacional específica do órgão.

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

O artigo de Machado e Holanda (2010) reforça a importância das informações de custos para o orçamento: “[...] as informações de custos associadas aos benefícios das políticas públicas deveriam ser a base para a formulação da proposta orçamentária, sendo o orçamento o fio condutor que permite executar as despesas e prestar os serviços públicos planejados.”(MACHADO; HOLANDA, 2010, p.793)

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

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

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

custos.” (MACHADO; HOLANDA, 2010, p.802). Essa equivalência será o ponto de partida para construir o sistema de custos proposto pelos autores.

A despesa liquidada é a variável que constitui o “elo conceitual e metodológico”. Os autores começam salientando a não necessidade de distinção entre custos dos produtos e serviços e a despesa do período. Isso só é relevante quando o objetivo é a avaliação de estoque dos produtos. Não é o caso segundo esse estudo, pois ao se construir um sistema de custos no setor público, objetiva-se encontrar os custos dos serviços prestados e pressupõe-se a não existência de serviços acabados ou em andamento. Para eles, dado que o setor público produz bens e serviços para a população, a identificação de custos a partir das despesas liquidadas pode ser feita pelas despesas de custeio, mas é preciso alguns ajustes para torná-las adequadas ao conceito custo.

Os ajustes propostos em Machado e Holanda (2010) se dão principalmente em três pontos:

- a) liquidação forçada;
- b) compra de materiais para estoque;
- c) despesas de exercícios anteriores.

Em relação aos gastos com obras de conservação e adaptação dos bens imóveis, por poderem beneficiar mais de um período seriam investimentos, porém os autores alertam para a necessidade de reclassificá-los, pois estão classificados como despesas de custeio. Já os gastos com pessoal sempre são classificados como despesas correntes, mas quando a mão-de-obra foi despendida em investimentos, é necessária a reclassificação.

A liquidação forçada, registrada no fim do exercício e tem contrapartida com “restos a pagar não processados”, tem objetivo de: “[...] levar todas as despesas legalmente empenhadas a comporem as despesas do exercício financeiro.”(MACHADO; HOLANDA, 2010, pg.804). Se os serviços foram prestados, são custos do período, porém não houve documentação hábil para a liquidação normal. Assim, a liquidação forçada é estimada. É o caso de água, luz e telefone do mês de dezembro. Os autores mostram que é necessário olhar o valor efetivamente pago no início do próximo exercício e compará-los. Se a liquidação for maior, cancela-se uma parte dos restos a pagar não processados, se menor, necessita-se fazer outro empenho pela dotação relativa às despesas anteriores.

As liquidações forçadas também podem se referir a fornecimentos de materiais de consumo em trânsito, ou seja, ainda não consumido, portanto, não é custo do período. Para

esse caso, a solução exposta por Machado e Holanda (2010) é considerá-las como materiais para estoque, sem refletirem nos custos do período.

Para as compras de materiais de consumo, há a necessidade de separar as de consumo imediato das de estoque, que passam pelo almoxarifado. As de consumo imediato quando liquidadas, são gastos que se transformam em custos. Já os em estoque é dado tratamento diferenciado pela contabilidade pública. Quando liquidados, é feito o lançamento “despesa orçamentária a despesa orçamentária a pagar” que impactará no sistema patrimonial, onde na liquidação lança-se “almoxarifado a mutações patrimoniais ativas” e no momento que são consumidos, lança-se “mutações patrimoniais passivas (baixa de bens móveis por consumo) a almoxarifado”: “Dessa forma, o saldo da conta almoxarifado mostrará, no balanço patrimonial, a existência de material de consumo, ao passo que a conta ‘baixa de bens móveis por consumo’, do grupo ‘variações patrimoniais’, mostrará os materiais utilizados no período.” (MACHADO; HOLANDA, 2010, pg. 805) Assim, substitui-se: “o montante das compras de materiais para estoque do grupo das despesas orçamentárias pelo valor efetivamente consumido registrado na conta ‘baixa de bens móveis por consumo’.”(MACHADO; HOLANDA, 2010, pg.805).

Os mesmos autores também apontam que as despesas de exercícios anteriores que podem, no ciclo da despesa, ser empenhadas, liquidadas e pagas no período de análise, necessitam ser retiradas quando tem-se por objetivo apurar o custo dos serviços prestados no exercício. Alertam para a possibilidade de existir custos no período, não incluídos nos valores liquidados como a “depreciação” e “provisões de encargos trabalhistas”, que devem ser registrados no sistema patrimonial e incorporados ao custo dos serviços prestados.

Assim, apresentados todos os métodos de custeio, será aplicado o custeio direto, conforme recomendação de Machado (2002) e Machado e Holanda (2010) para apuração dos custos dos serviços de saúde prestados nos municípios selecionados. A partir dos dados, fornecidos pelo SIOPS, das despesas liquidadas do ano de 2011 serão feitas alterações através dos conceitos recomendados anteriormente. Porém, estarão limitadas pelo nível de especificação fornecido pelos dados, que tornam algumas alterações inviáveis por não ser possível identificar tais despesas.

6 ANÁLISE DOS DADOS

O presente capítulo apresenta os dados de custo por habitante dos municípios da amostra, obtidos a partir da despesa liquidada, utilizando a metodologia de apuração dos custos a partir do orçamento apresentada no ponto 5.4. E com isso, analisa-os perante os indicadores do IDSUS. Também mostra a distribuição populacional no Rio Grande do Sul, como complemento à análise.

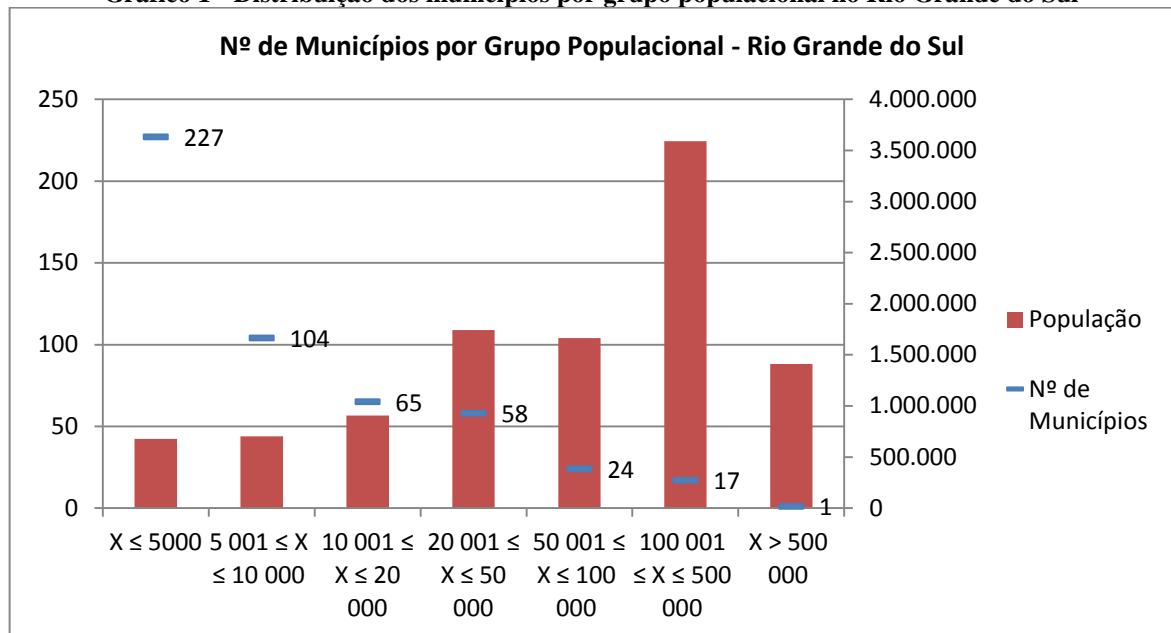
6.1 DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO NOS MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL

O gráfico 1 mostra a distribuição dos municípios gaúchos por tamanho de população. Claramente vê-se que os municípios muito pequenos, se agregarmos os com até dez mil habitantes, são a grande maioria com 331 em um universo de 496¹⁴. Mais de 1,3 milhão de habitantes vivem nessas cidades, quase a população do maior município do estado, Porto Alegre. Segundo Cigolini e Cachatori (2012), o processo de criação de novos municípios intensificou-se após a Constituição de 1988, que concedeu aos estados a regulamentação das emancipações. Processo esse, perdeu força após a Emenda Constitucional nº15/96 por exigir mais condicionantes como estudo de viabilidade e plebiscito aos moradores do conjunto municipal, não somente do distrito a ser emancipado.

Segundo dados da FEE, desde a data da promulgação da Constituição, 5 de outubro de 1988, o Rio Grande do Sul criou 163 municípios até 2012. Porém, a maior parte da população está concentrada nos dezoito maiores municípios do estado, todos esses com mais de cem mil habitantes.

¹⁴ Em 2011 havia 496 municípios no estado do Rio Grande do Sul. A partir de 2013 esse número passou a ser de 497, com a emancipação do distrito de Pinto Bandeira diante Bento Gonçalves.

Gráfico 1 - Distribuição dos municípios por grupo populacional no Rio Grande do Sul



Fonte: Elaboração do autor com dados do IBGE (2013)

6.2. A OBTENÇÃO DOS CUSTOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A partir das transformações propostas por Machado e Holanda (2010) e Machado (2002) para se obter os custos dos serviços prestados através dos dados orçamentários divulgados dos municípios selecionados, foi possível operacionalizar alguns dos conceitos expostos. As despesas orçamentárias são classificadas pela sua natureza: por categoria econômica, grupo de natureza da despesa e elemento da despesa.¹⁵ Não foi possível executar todas as alterações, que permitiriam uma maior acurácia no cálculo dos custos, devido ao grau de especificidade das informações disponibilizadas na base de dados do Siops. O problema quanto ao rigor e esmero do lançamento contábil foi abordado na seção 5.2.5, levantado por Machado (2000).

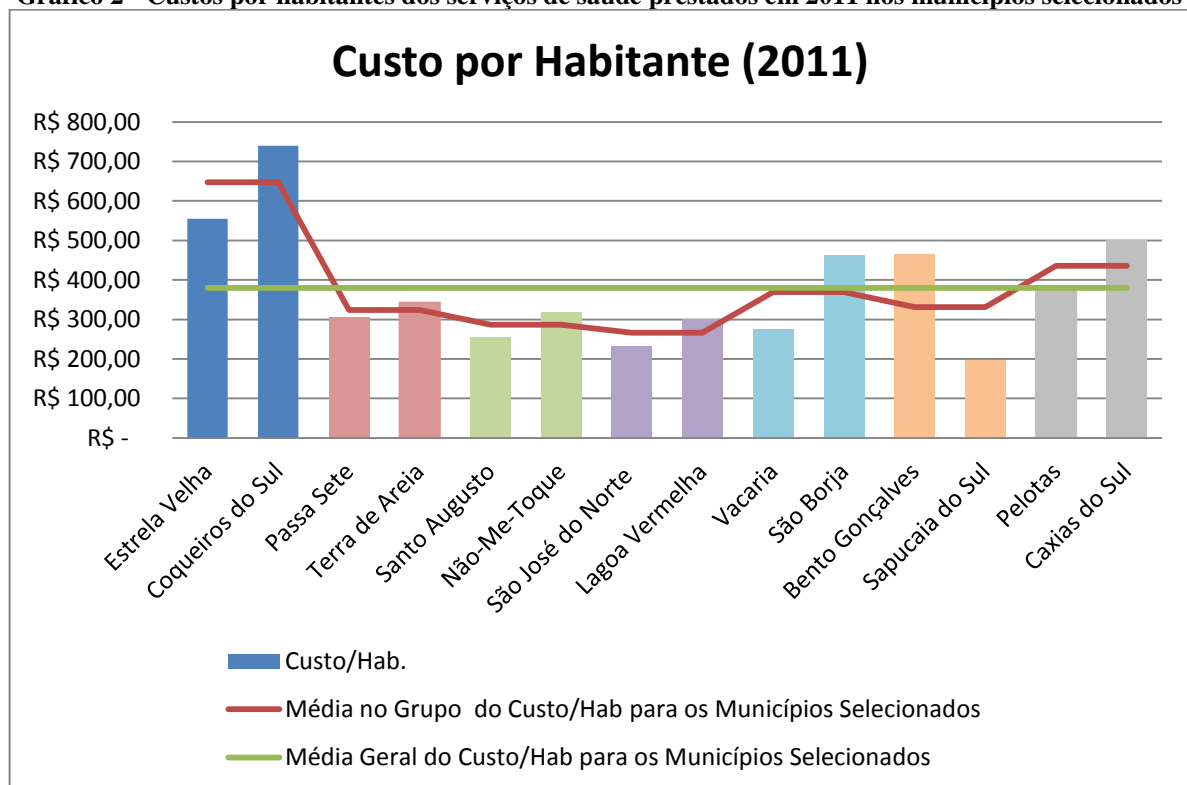
Dessa forma, as alterações realizaram-se em duas frentes, quando foi o caso realizá-las: nos investimentos e nas despesas de exercícios anteriores. Como se objetiva apurar os custos dos serviços de saúde prestados no ano de 2011, interessa-nos somente calcular o que foi gasto para prestação dos serviços desse ano. Assim, as despesas de exercícios anteriores, conforme apresentado na seção 5.3, foram recursos financeiros empregados para prover serviços em exercícios passados, portanto não interessam à análise. Já os investimentos, são

¹⁵ Para mais informações sobre a classificação das despesas no orçamento público brasileiro, consultar o BRASIL (2012d)

recursos empregados no presente exercício para gerar capacidade de provisão de novos serviços futuramente, dessa maneira também foram preteridos da análise. (ANEXO C)

Com essas modificações chegou-se ao custo por habitante dos serviços prestados em 2011 para os municípios selecionados, apresentados no gráfico 2. Já foi relatado na seção 5.2.5 que Machado (2002) atribui como uma forma de melhorar as possíveis distorções na apuração dos custos, a divulgação dos custos unitários das atividades. Porém, devido ao fato de as atividades desenvolvidas na área analisada serem diversas, não foi possível apurar seus custos unitários, assim trabalhar-se-á com os custos por habitante dos municípios. O viés na apuração dos custos pode se dar para mais e não para menos, ou seja, pode ser que, devido a falta de especificação dos dados, apurou-se um custo superior ao real com a inclusão não intencional de despesas que não se caracterizassem como custos.

Gráfico 2 - Custos por habitantes dos serviços de saúde prestados em 2011 nos municípios selecionados



Fonte: Elaboração do autor com dados do SIOPS (2013).

Os grupos populacionais estão separados por cores e os municípios em ordem crescente pelo número de habitantes. A linha verde traça a média do custo por habitante entre os municípios da amostra, que foi de R\$380,06. A linha vermelha mostra a média no grupo populacional, levando em conta somente os dois municípios de cada da amostra. Dessa forma, sabe-se que um município superará a linha e outro não, porém é importante levar em conta

não somente a média geral da amostra, pois está se comparando cidades com tamanhos diferentes e, com isso, estruturas de provisão de serviços de saúde diferentes. Para trabalhar com a média de todos os municípios do estado seria preciso apurar os custos através das alterações antes citadas para todos, o que não condiz com os objetivos do trabalho.

O gráfico 2 mostra um custo por habitante alto nos municípios com menos de cinco mil habitantes que diminui nos outros grupos de municípios, ficando abaixo da média da amostra e volta a crescer nos municípios maiores. O alto custo para os municípios muito pequenos pode ser explicado pela existência de custos fixos para a implantação dos serviços de saúde que não são diluídos devido a pequena população. Conforme o número de habitantes aumenta, nota-se um ganho de escala. O custo volta a aumentar nos grandes municípios, pois é onde se concentram a maior parte da assistência de média e alta complexidade, mais caros para se operacionalizar.

Há quatro casos que chamam a atenção: Vacaria, São Borja, Bento Gonçalves e Sapucaia do Sul. Dos municípios entre 50 e 100 mil habitantes, Vacaria e São Borja, nota-se que o primeiro tem custo por habitante pequeno para seu tamanho e o segundo um custo muito elevado, que se equipara a Bento Gonçalves, município com mais de 100 mil habitantes. Essa discrepância se eleva devido ao fato de além de localizarem-se no mesmo grupo, a população é praticamente a mesma: 61.342 em Vacaria e 61.671 em São Borja. Já no grupo com mais de 100 mil habitantes e menos de 200 mil, Bento Gonçalves tem um custo per capita muito elevado perante a média da amostra e do grupo. Sapucaia do Sul tem o menor custo de toda a amostra, fato inesperado para um município desse porte.

Analisando somente os dados de custo, pode-se apenas inferir sobre os pontos já citados. Um alto custo per capita pode não ser negativo, pode também significar a provisão de serviços de saúde com amplo acesso e de qualidade. Da mesma forma um baixo custo per capita pode não ser sinal de uma má provisão nos serviços e sim que estão sendo ofertados de forma eficiente. No entanto, para deduzir isso é preciso analisar os indicadores de desempenho do serviço de saúde.

6.3. INDICADORES DO IDSUS PARA O RIO GRANDE DO SUL

Esta seção apresentará, no quadro 1, os indicadores do IDSUS para o Rio Grande do Sul como um todo. Foi calculada a média dos indicadores de todos os municípios do estado, essa será utilizada nas análises seguintes para os municípios selecionados. A “cobertura das equipes básicas de saúde”, indicador de acesso potencial na atenção básica, supera o

parâmetro estabelecido pelo IDSUS. Os indicadores de efetividade da atenção básica: a “proporção de internações sensíveis à atenção básica” foge marginalmente de forma negativa do parâmetro, com pouco menos de 30%; já a “cobertura com vacina tetravalente em menores de um ano” supera bastante o parâmetro.

No acesso obtido à atenção de média complexidade revela-se o maior “*gap*” dentre os indicadores selecionados, o número de atendimentos ambulatoriais é somente 15% do parâmetro. Na alta complexidade o “*gap*” também é muito grande, mas em menor monta que na atenção secundária. Essa falta de acesso reflete-se na efetividade desses níveis de atenção, com indicadores observados longe dos parâmetros.

Quadro 1- Indicadores do IDSUS no Rio Grande do Sul

Indicador	Grupo	Estatística	Média dos Municípios - RS	Parâmetro
Acesso	Atenção Básica	Cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde	102,3%	100%
	Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade	Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade e população residente (n° ex p/100 hab)*	0,39	2,6 proc/100 hab. ano
	Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade, Referência de Média e Alta Complexidade e Urgência e Emergência	Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e população residente (n° ex p/100 hab)*	3,49	7,8 proc/100 hab. ano
Efetividade	Atenção Básica	Proporção de Internações Sensíveis a Atenção Básica - ISAB*	29,9%	28%
		Cobertura com a vacina tetravalente em menores de 1 ano	103,4%	95%
	Média e Alta Complexidade, urgência e emergência	Proporção de Parto Normal*	37,7%	70%
		Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)*	14,6%	10%

Fonte: Elaboração do autor com dados do IDSUS (2013)

6.4. OS INDICADORES DO IDSUS PARA OS MUNICÍPIOS DA AMOSTRA

Nessa seção apresenta-se a análise dos indicadores do IDSUS dos municípios da amostra para com seus respectivos custos por habitante. Essa se subdivide entre os indicadores selecionados.

6.4.1 Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde

Esse indicador, como já apresentado no ponto 4.3, busca mostrar o acesso potencial ao atendimento básico de saúde. Assim, não significa que as pessoas estão utilizando os serviços, mas que elas têm o potencial de acesso a eles, condições de entrada no serviço de saúde.

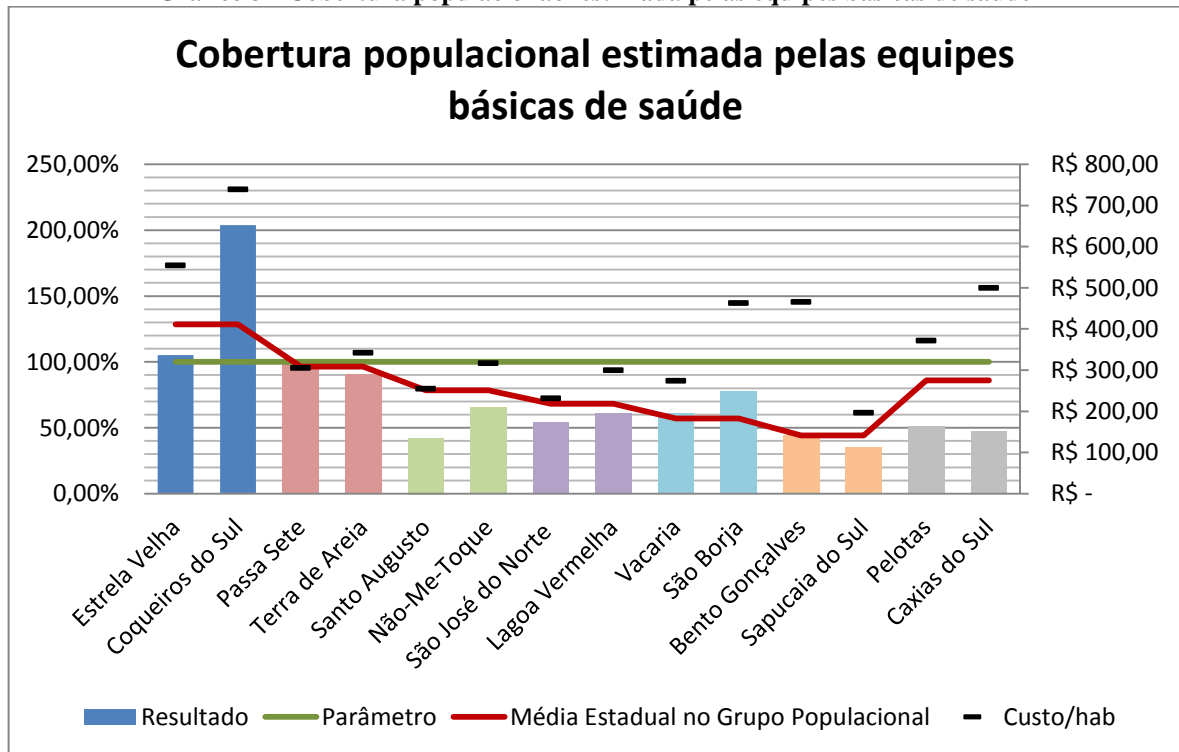
Nota-se, através do gráfico 3, o comportamento desse indicador: quanto maior o porte da cidade, mais fácil de prover acesso aos serviços de saúde, devido ao tamanho diminuto da população residente. Com o parâmetro utilizado de uma equipe para cada três mil habitantes, é preciso um número muito grande de equipes para cobrir toda a população de uma grande cidade.

A linha vermelha do gráfico mostra a média estadual do desempenho do IDSUS para todos os municípios do grupo populacional, não somente os da amostra. A linha verde mostra o parâmetro escolhido de 100% de cobertura.

Sob essas estatísticas nota-se nos municípios muito pequenos, Coqueiros do Sul e Estrela Velha, que apesar dos custos por habitante muito alto, cobrem mais que o parâmetro. Passa Sete, no segundo grupo populacional mostra ser muito eficiente nesse indicador: custo baixo, sua cobertura supera o parâmetro e média para esse porte de município. No grupo entre dez e vinte mil habitantes, representados nas colunas verdes, a cobertura está muito longe do parâmetro e da média do grupo. São Borja e Bento Gonçalves, que possuem um alto custo per capita, não conseguem cobrir toda a população, situação mais grave no segundo porque não atinge a média do grupo. Sapucaia do Sul tem o menor custo da amostra que condiz com a menor cobertura.

Nos maiores municípios da amostra, representados nas colunas cinza, apesar do alto custo da política de saúde, não conseguem cobrir a população, provavelmente pelo já citado problema de porte. Especificamente aos municípios selecionados, eles não conseguem atingir a média estadual das cidades entre duzentos mil e quinhentos mil habitantes.

Gráfico 3 - Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde



Fonte: Elaboração do autor com dados do SIOPS e IDSUS (2013)

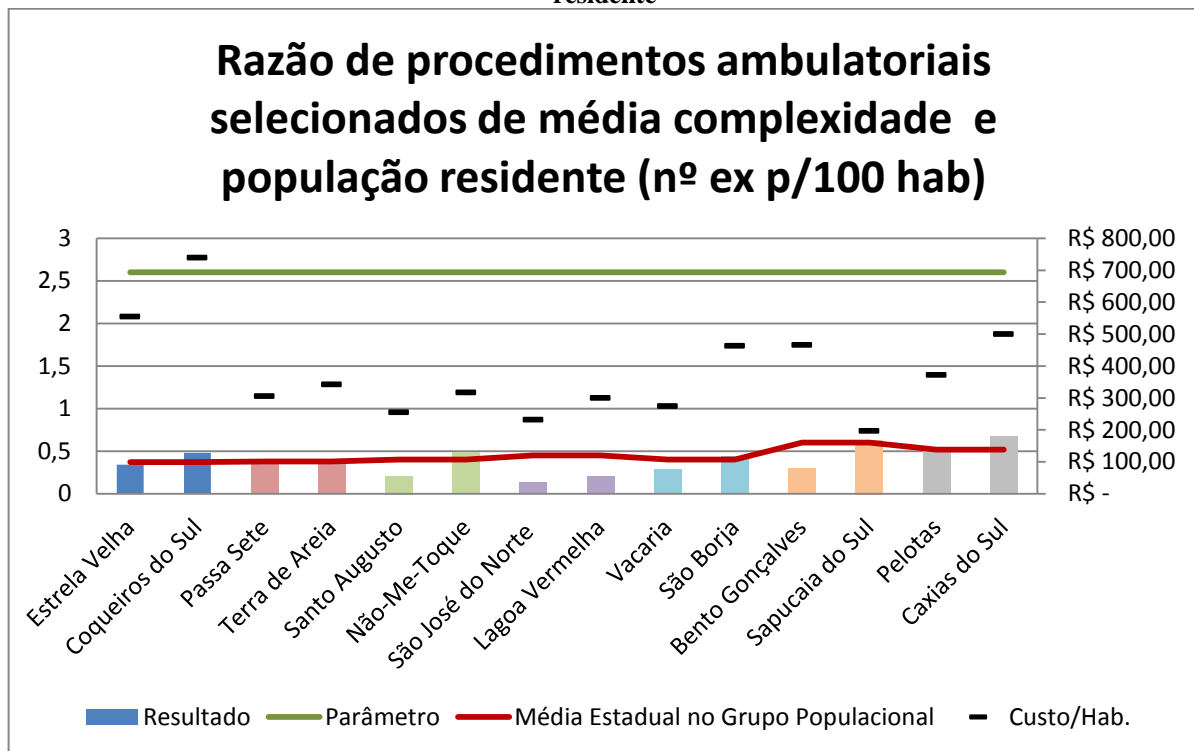
6.4.2 Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente

Nesse indicador, de acesso obtido à média complexidade, é que se tem o maior *gap* perante o parâmetro estabelecido. O fato é que todos os municípios da amostra estão muito longe dele, inclusive as médias dos respectivos grupos por porte. O gráfico 4 mostra a produção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade financiados pelo SUS para os residentes desse município. Mesmo com o quadro muito negativo, há alguns municípios que atingem ou superam a média de seu porte, caso de: Coqueiros do Sul, Terra de Areia, Não-Me-Toque, São Borja, Sapucaia do Sul, Pelotas e Caxias do Sul.

Passa Sete que se mostra eficiente para o acesso potencial, provê um pouco abaixo da média para seu porte. Sapucaia do Sul com a pior cobertura potencial para atenção básica, supera a média no presente indicador. Os menores acessos estão em: Santo Augusto, que têm um custo baixo na amostra e teve baixo desempenho no indicador anterior; Lagoa Vermelha, com o menor acesso da amostra; São José do Norte, porém tem baixo custo; e Bento Gonçalves, que apesar do custo por habitante ser bem elevado, tem baixo acesso nos níveis de atenção analisados até agora.

A literatura mostra que as falhas na atenção básica levam a uma demanda maior e desnecessária nos níveis mais complexos, no sentido de que poderia ter sido resolvida no nível anterior. Se as falhas mostradas no acesso à atenção básica se refletissem nos níveis superiores, haveria maior demanda para os serviços de média complexidade. Os números mostram que os procedimentos ambulatoriais nesse nível são muito baixos, o que poderia estar refletindo uma falta de infraestrutura para atender essa possível demanda existente.

Gráfico 4 - Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade e população residente



Fonte: Elaboração do autor com dados do SIOPS e IDSUS (2013)

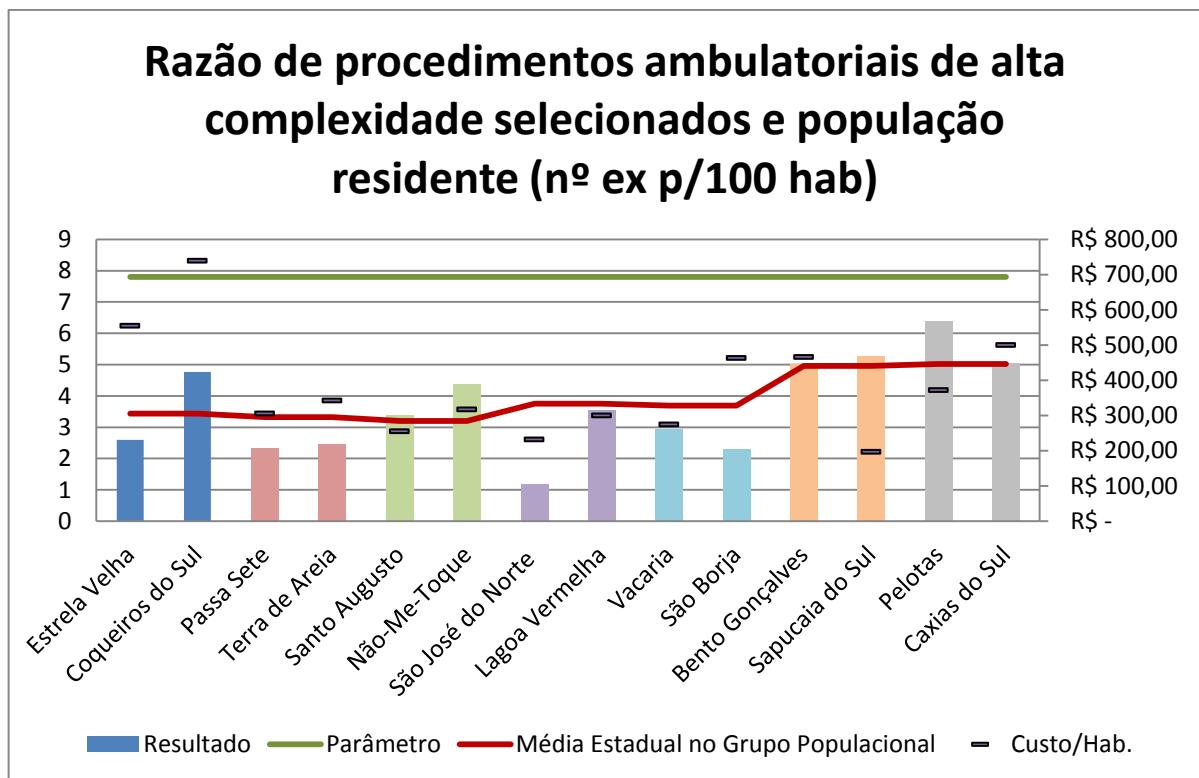
6.4.3 Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente

O mesmo quadro do acesso obtido na média repete-se na alta complexidade, porém o *gap* para com o parâmetro aqui é menor. Se analisarmos no gráfico 5 a partir da média estadual, há uma clara melhora no indicador conforme o porte dos municípios aumenta. Há cidades da amostra que apesar do custo alto, não atingem a média para os municípios de mesmo porte, caso de Estrela Velha e São Borja. Passa Sete e Terra de Areia, de mesmo porte populacional, têm baixo custo, mas não atingem a média, assim como São José do Norte, com pior desempenho da amostra, e Lagoa Vermelha. Já Santo Augusto e Não-Me-Toque são

cidades que não possuem um custo elevado e garantem os procedimentos segundo a média de seu grupo.

As cidades de grande porte, dos dois últimos grupos populacionais, apesar de não atingirem o parâmetro, superam a média do grupo. Muito disso pode dever-se ao fato da atenção nesse nível de complexidade estar localizada nessas cidades, assim o acesso para a população a elas dá-se com mais facilidade. Bento Gonçalves, uma das cidades com custo alto da amostra e com baixo desempenho nos indicadores anteriores, alcança a média do grupo nessa estatística. Já Sapucaia do Sul têm o menor custo por habitante da amostra e chega a superar a média do grupo.

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



Fonte: Elaboração do autor com dados do SIOPS e IDSUS (2013)

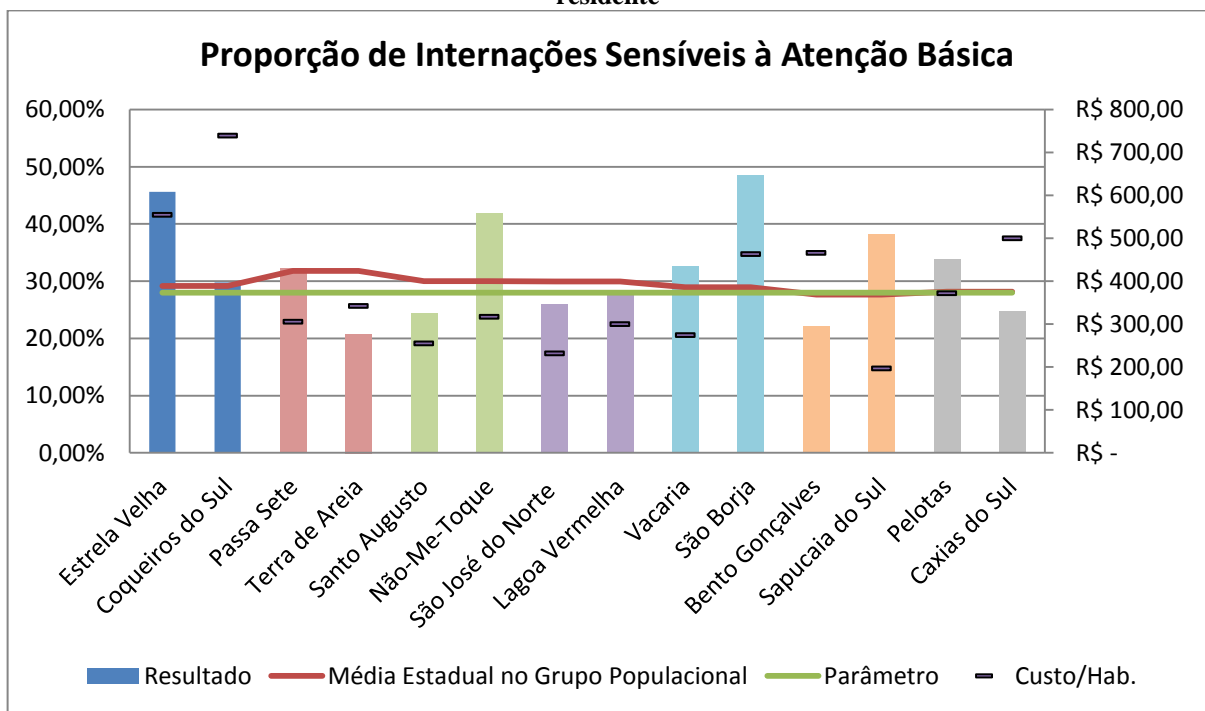
6.4.4 Proporção de internações sensíveis à atenção básica

O primeiro indicador de efetividade é de resultado, busca mostrar a eficiência da atenção básica em um de seus principais argumentos, na capacidade de resolução de seus atendimentos. Um maior percentual significa menor capacidade de resolução da atenção básica local, pois a falha na resolução levou à internação. (ANEXO B) Pela média por grupo

populacional, exibida no gráfico 6, municípios maiores têm maior efetividade na atenção básica, apesar do já mostrado no ponto 6.4.1 menor acesso potencial.

Terra de Areia, Santo Augusto e São José do Norte, com baixo custo por habitante da prestação de serviços, têm internações abaixo do parâmetro. Estrela Velha e São Borja, com custo alto, possuem os piores desempenhos da amostra. Não-Me-Toque possui um baixo custo e um mau desempenho nesse indicador. Bento Gonçalves e Caxias do Sul têm um custo alto por habitante e apresentam bons desempenhos. Já em Sapucaia do Sul, com o menor custo da amostra, a baixa cobertura da atenção básica reflete-se em uma maior proporção de internações sensíveis a esse nível de atenção.

Gráfico 6 - Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e população residente



Fonte: Elaboração do autor com dados do SIOPS e IDSUS (2013).

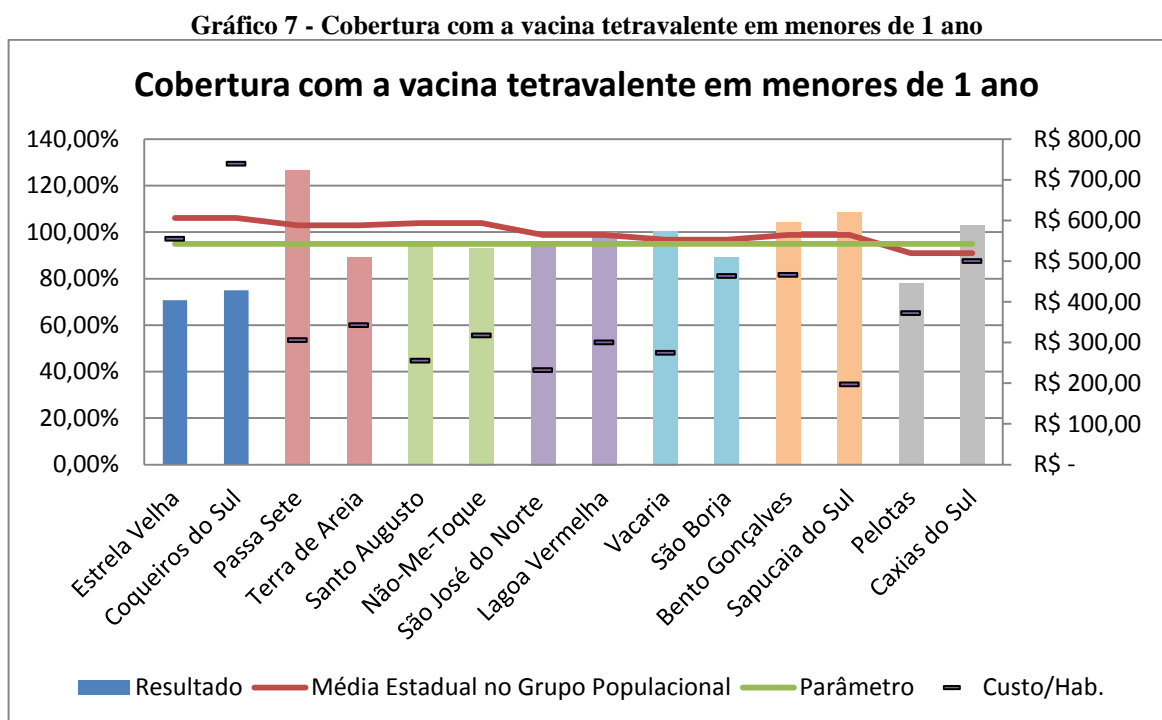
6.4.5 Cobertura com a vacina tetravalente em menores de um ano

O segundo indicador de efetividade da atenção básica, é um indicador de *output*, capta a produção nesse nível de complexidade. Se analisarmos pela média estadual no gráfico 7, nota-se que há uma tendência de piora no indicador, onde os municípios até cinquenta mil habitantes conseguem cobrir a totalidade da população, as crianças menores de um ano. Há uma queda para os municípios de cinquenta a cem mil, que volta a cobrir totalmente nos de

cem a duzentos mil habitantes e uma queda além do parâmetro de 95% nas cidades de mais de duzentas mil pessoas.

A respeito da amostra, os com menos de cinco mil habitantes têm o pior desempenho, longe do parâmetro e da média de seu grupo. Passa Sete que apresenta baixo custo por habitante e bons indicadores quanto ao acesso potencial à atenção básica e atinge a média para seu porte nas interações sensíveis a esse nível, tem o melhor desempenho da amostra. Situação diferente de: Terra de Areia, município de mesmo porte; Não-Me-Toque, que quase atinge o parâmetro; São Borja e Pelotas, esses com distância hiato maior e custos por habitante mais elevados.

Bento Gonçalves que tem um custo elevado para a amostra e indicador com baixo acesso potencial, mostra um dos melhores desempenhos quanto a efetividade nesse nível de atenção. Caxias do Sul, também com custos altos, garante também a cobertura além do parâmetro e da média para esse tipo de município. Sapucaia do Sul com os já mencionados menores custos por habitante da amostra, mostra um dos melhores desempenhos em cobertura vacinal.

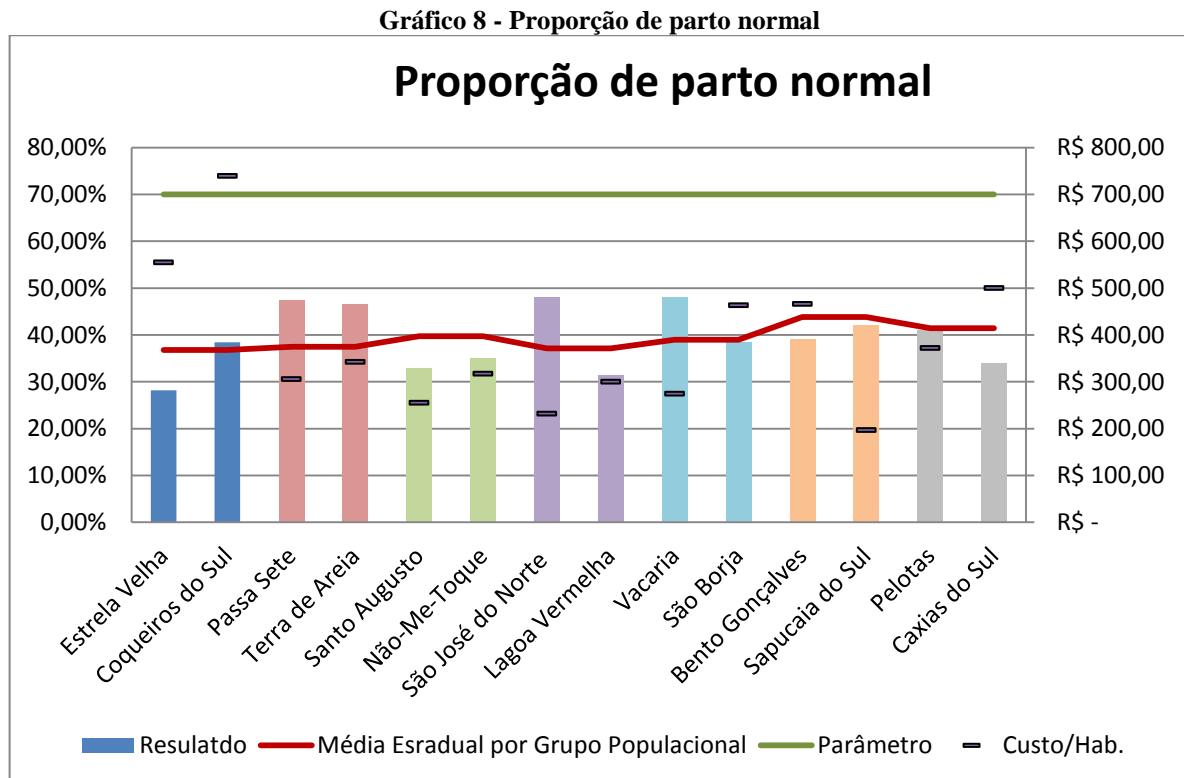


Fonte: Elaboração do autor com dados do SIOPS e IDSUS(2013).

6.4.6 Proporção de parto normal

A análise da proporção de parto normal é o primeiro indicador quanto a efetividade da atenção de média complexidade. Já foi mencionado que esse procura avaliar a exposição a riscos desnecessários em muitos casos, com a ressalva que muito do baixo desempenho desse indicador advém de um aspecto cultural de preterir o parto normal.

Ao analisar o gráfico 8 pela média entre os municípios, há uma melhora conforme aumenta o tamanho do município e os que estão no grupo entre cem e duzentos mil habitantes têm os melhores desempenhos do estado. Passa Sete, Terra de Areia, São José do Norte e Vacaria, têm os melhores desempenhos nesse indicador e não possuem custo por habitante elevado para a amostra, não chega a R\$ 400 per capita. Estrela Velha com alto custo per capita não chega à média para seu porte. Santo Augusto e Não-Me-Toque não possuem custo altos, porém não alcançam a média pelo grupo populacional. Lagoa Vermelha e Sapucaia do Sul, municípios com portes distintos e com baixos custos per capita, não conseguem alcançar suas médias. A mesma situação acontece em Bento Gonçalves e Caxias do Sul, porém esses arcam com custos mais altos.



Fonte: Elaboração do autor com dados do SIOPS e IDSUS (2013).

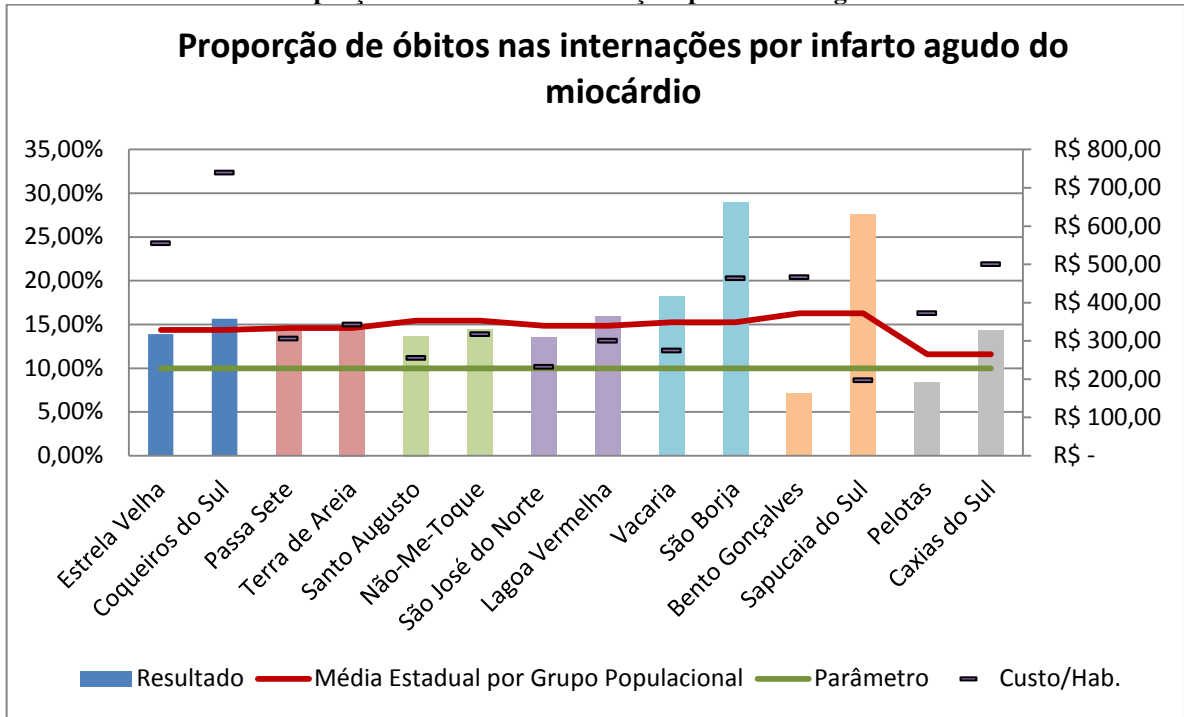
6.4.7 Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio

O presente indicador dispõe da especificidade de tratar das atenções de média e alta complexidade, e possui o caráter de medir os resultados, *outcomes*, da atenção à saúde nesses níveis. Quanto mais baixo o percentual de óbitos, mais efetiva está sendo a assistência médica, tanto quanto à resposta para o atendimento e a rapidez de socorro, duas variáveis que influenciam no número de óbitos nesses pacientes.

Analisando o gráfico 9, a média do indicador tem um desempenho pior que o parâmetro, o percentual de óbitos cresce conforme aumenta o porte dos municípios até duzentos mil habitantes. Nos municípios do último grupo, de até quinhentos mil habitantes, essa média despenca e têm-se os melhores desempenhos do estado. Essa queda explica-se pela maior concentração da infraestrutura de média e alta complexidade nessas cidades.

Mesmo que a maioria tem um desempenho negativo nessa estatística, há dois destaques positivos que destoam dos demais: Bento Gonçalves e Pelotas. Há dois municípios com destaques negativos: Sapucaia do Sul, com mais de 25% de óbitos, porém despense pouco por habitante; e São Borja, com alto custo por habitante e o pior desempenho da amostra. Comparando São Borja com Vacaria, devido ao mesmo porte, o segundo gasta muito menos e tem melhor desempenho, mesmo acima da média e aquém do parâmetro. Caxias do Sul supera negativamente a média, apesar de desembolsar bastante. Os demais municípios gastam pouco por habitante, exceção dos municípios com menos de cinco mil habitantes, mas seguem a média para os respectivos portes, mesmo aquém do parâmetro estabelecido pelo IDSUS.

Gráfico 9 - Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio



Fonte: Elaboração do autor com dados do SIOPS e IDSUS (2013).

7 CONCLUSÕES

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

A proposta de se utilizar o método de custeio direto descomplica a apuração dos custos, por não ser necessário operacionalizar rateios e nem separar os custos em fixos ou variáveis, apropriando-os diretamente. Já quanto às alterações para transformar as despesas liquidadas em custos, encontraram-se dificuldades na identificação de algumas contas necessárias para realizá-las. Devido a isso, operacionalizaram-se somente as que os dados disponíveis no SIOPS permitiram realizar. Esse fato só ajuda a evidenciar a importância da qualidade dos lançamentos contábeis, da significância de divulgar informações transparentes dos recursos utilizados, pois, como nesse caso, podem ser empregadas em análises que colaboram para evidenciar a situação da atenção prestada.

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

Para utilizar esses dados, foi proposta a aplicação para os gastos do ano de 2011 em uma amostra de municípios do estado do Rio Grande do Sul, apurando-se o custo por habitante e utilizando indicadores selecionados do IDSUS. A lógica dessa análise foi a de comparar as ações do SUS, em termos de acesso e efetividade, com quanto custou em termos da população. Essa análise permitiu algumas inferências.

É clara a relação entre o custo por habitante e a escala do municípios: os menores municípios da amostra apresentaram o maior custo por habitante, que foram diluídos com o aumento da população nos demais grupos, voltando a crescer nos maiores. O alto custo por

habitante nos municípios com menos de cinco mil habitantes, cujo porte não dilui esses custos fixos para a instalação da assistência à saúde, sobrepesa-se no caso do Rio Grande do Sul, pois a grande maioria das cidades do estado apresenta esse porte. Assim, gasta-se muito mais na assistência aos habitantes de um município muito pequeno que nos municípios dos grupos posteriores. Por exemplo, juntando os de até cinquenta mil habitantes da amostra, o custo por habitante é menos da metade e todos estão abaixo da média da amostra. Tais inferências indagam quanto à viabilidade econômica da emancipalização de localidades tão pequenas, abstraindo-se as questões históricas e sociais que culminaram com suas criações, pelo menos nessa análise apresentam-se como um peso de certa forma desnecessário aos cofres públicos. Pesa-se a isso que municípios um pouco maiores mostram custos bem menores.

Porém, essa análise olha apenas os custos dos serviços prestados e omite o que está realmente sendo prestado à população. Um alto custo por habitante pode-se refletir em bons serviços prestados ou falha na gestão. Da mesma forma que custos baixos podem refletir em parca prestação de serviços ou ser a reflexão de uma boa gestão, que apresente bons indicadores com pouco recurso.

No acesso potencial à atenção básica, os municípios muito pequenos e com os maiores custos são os que garantem a maior cobertura, que piora conforme aumenta o tamanho dos municípios, pela dificuldade em se cobrir uma maior população. Em geral, os municípios entre dez e cinquenta mil habitantes, que têm o custo por habitante abaixo da média da amostra, apresentam indicadores condizentes com seu nível de gasto. Outro fato é que há cidades com baixa cobertura de acesso potencial, mas apresentam bons indicadores de efetividade. Assim, não há relação direta entre o indicador de acesso potencial da atenção básica e sua efetividade, as equipes podem estar atendendo quem realmente tem a necessidade de ser atendido. Também não pode ser descartada a possibilidade das pessoas estarem buscando assistência em cidades vizinhas e com provedores particulares, porém não há como captar com esses dados.

Há municípios da amostra que apresentam efetividade muito aquém do parâmetro para a atenção básica, mesmo em vacinação, principalmente nas internações que poderiam ter sido resolvidas por esse nível de atenção, ou seja, não levariam à internação. Esse quadro reflete-se nos indicadores de acesso da atenção de média e alta complexidade, onde os procedimentos ambulatoriais realizados apresentam hiato muito grande em todos municípios, principalmente na atenção secundária. Dados os problemas de resolutividade da atenção básica e o tamanho desse *lack* quanto ao parâmetro, não se pode inferir que os exames não estão sendo realizados pela falta de demanda, provável que haja problemas de infraestrutura que impeçam o

atendimento de uma demanda existente. No entanto, não há como comprová-la com esses dados, ainda que se saiba empiricamente dos relatos de demora na marcação de exames.

Como a infraestrutura desses níveis de atenção localizam-se nas cidades maiores, que funcionam como centros de referência para exames de maiores complexidades, nota-se maior acesso à população conforme aumenta o tamanho dos municípios. Essa falta de acesso refletiu-se nos indicadores de efetividade.

Os problemas apresentados pelos indicadores podem ser resolvidos por duas vias, não excludentes entre si, inclusive é imprescindível a utilização de maneira conjunta: melhora no financiamento do sistema de saúde, conjuntamente com melhor gestão. A primeira via na direção de trazer mais recursos, mesmo levando-se em conta que o orçamento é apertado e direcionar dinheiro para a saúde, sem novas fontes, significa tirar de outras áreas. A segunda via na direção de aproveitar melhor os recursos existentes, ou seja, fazer mais e melhor com menos, é nessa que levantamentos de custos e avaliações se encaixam.

Não há como inferir que o nível de custo por habitante dos municípios reflita a situação de saúde deles. Mesmo com alto custo acabam por deixar de atender algumas necessidades de saúde, o baixo custo na amostra por vezes revelou uma boa relação do custo para com o acesso e a efetividade, mesmo aquém do parâmetro ideal. Como já citado no trabalho, uma avaliação sempre abrirá novas questões e não pode fornecer todas as respostas.

REFERÊNCIAS

ARROW, Kenneth J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. **The American Economic Review**, Pittsburgh, v. 53, n. 5, p.941-973, Dec. 1963. Disponível em: <<http://www.aeaweb.org/aer/top20/53.5.941-973.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2013.

BONACIM, Carlos Alberto Grespan; ARAÚJO, Adriana Maria Procópio de. Gestão de custos aplicada a hospitais universitários públicos: a experiência do hospital das clínicas da faculdade de medicina de Ribeirão Preto da USP. **Revista de Administração Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p.903-931, jul./ago. 2010. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/6953/5520>>. Acesso em: 22 nov. 2012.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 4.320**, de 17 de março de 1964. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/14320.htm> Acesso em: 04 de junho de 2013.

_____. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 03 jun. 2013.

_____. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm> Acesso em: 08 jul. 2013.

_____. Presidência da República. **Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18212cons.htm> Acesso em: 03 jun. 2013.

_____. Presidência da República. **Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm> Acesso em: 04 mai. 2013.

_____. Presidência da República **Emenda constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm> Acesso em: 03 jun. 2013.

_____. Presidência da República. **Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. 2012a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm> Acesso em: 03 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios.** 3.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de 2011.** Altera a Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, na parte que dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF) e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica (PAB Variável). 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2027_25_08_2011.html>. Acesso em: 04 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **IDSUS: índice de desempenho do sistema único de saúde.** 2012b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/IDSUS_29-09-12.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Informe técnico da introdução da vacina pentavalente: vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e Haemophilus influenzae. tipo b (conjugada)** 2012c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/informe_tecnico_vacina_pentavalente.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Parte I: procedimentos contábeis orçamentários. In: _____. **Manual de contabilidade aplicada ao setor público.** 5. ed. Brasília: Ministério da Fazenda, 2012d. Cap. 1, p. 1-119. Disponível em: <https://www.tesouro.fazenda.gov.br/images/arquivos/artigos/Parte_I_-_PCO.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2013.

CARVALHO, Gilson. **Governo Federal é o responsável pela crise do SUS.** 2013. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/site/documento_9489_0_2013---27---673---domingueira---financiamento-220.html>. Acesso em: 31 maio 2013.

CIGOLINI, Adilar Antonio; CACHATORI, Thiago Luiz. Análise do processo de criação dos municípios no Brasil. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL DE GEOCRÍTICA, 2012, Bogotá. **Actas...** Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2012. Disponível em: <<http://www.ub.edu/geocrit/coloquio2012/actas/11-A-Cigolini.pdf>> Acesso em: 15 maio 2013.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre *et al.* **L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes.** 1993. Disponível em: <http://www.pol.ulaval.ca/perfeval/upload/publication_202.pdf>. Acesso em: 15 maio 2013.

FARIAS, Luís Otávio; MELAMED, Clarice. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.585-598, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a19v08n2.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2013.

FEE. **Data de criação dos municípios.** Disponível em:<http://www.fee.rs.gov.br/feedados/consulta/data_criacao.asp>. Acesso em: 15 maio 2013.

FERNANDES, Fernando Manuel Bessa; RIBEIRO, José Mendes; MOREIRA, Marcelo Rasga. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p.1667-1677, set. 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n9/02.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2013.

GIAMBIAGI, Fabio; ALÉM, Ana Cláudia. **Finanças públicas: teoria e prática no Brasil.** 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

GOMES, Karine de Oliveira *et al.* Atenção primária à saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do sistema único de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl.1, p.881-892, 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a20v16s1.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2012.

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

JESUS, Daniele Monteiro de; BASTOS, Michelle Alexandre; CARVALHO, Eloá Carneiro. Estudo dos eventos adversos provocados pela vacina tetravalente. **Revista Enfermagem Uerj**, Rio de Janeiro, v. 12, n. , p.299-305, 2004. Disponível em:<<http://www.facenf.uerj.br/v12n3/v12n3a08.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2013.

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

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

MARTINS, Eliseu. **Contabilidade de custos.** 9. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa Maria. O direito à saúde em risco: a fragilidade histórica do financiamento e as incertezas dos governos Lula. **Análise Econômica**, Porto Alegre, n. especial, p.35-58, set. 2012. Disponível em:<<http://seer.ufrgs.br/AnaliseEconomica/article/view/25358>>. Acesso em: 15 dez. 2012.

MENDONÇA, Claunara Schilling. Saúde da Família, agora mais que nunca! **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.1493-1497, 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a22v14s1.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2012.

NOVAES, Hillegonda Maria D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p.547-559, out. 2000. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n5/3227.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2013.

NUNES, André et al. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento.** Brasília: OPAS: IPEA, 2001.

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

PIOLA, Sergio Francisco *et al.* Financiamento do sistema único de saúde: trajetória recente e cenários para o Futuro. **Análise Econômica**, Porto Alegre, n. especial , p. 9-33, set. 2012. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/AnaliseEconomica/article/view/25261>>. Acesso em: 13 dez. 2012.

RESENDE, Rodrigo Eugênio Matos. A regulamentação da emenda constitucional 29: esperança ou decepção para o financiamento da saúde pública? **Revista de Direito: Procuradoria Geral do Estado de Goiás**, Goiânia, v. 26, p.59-81, 2011. Disponível em: <<http://revista.pge.go.gov.br/index.php/Revistapge/article/view/51/40>>. Acesso em: 31 maio 2013.

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

RODRIGUES, Ricardo Donato; ANDERSON, Maria Inez Padula. Saúde da Família: uma estratégia necessária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 6, n. 18, p.21-24, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/article/view/247/196>>. Acesso em: 22 abr. 2012.

ROSEN, Harvey S.. **Public finance**. 7. ed. Boston: Mcgraw-hill, 2005.

SANCHO, Leyla Gomes; VARGENS, José Muniz Costa. Avaliação econômica em saúde na esfera de atenção local à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.1513-1521, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a25v14s1.pdf>>. Acesso em: 04 maio 2012.

SANTOS, José Luiz dos *et al.* **Fundamentos de contabilidade de custos**. São Paulo: Atlas, 2006.

SANTOS, Nelson Rodrigues; CARVALHO, Gilson. Desafios de se cumprir as leis de saúde: LC 141/Dec. 7508/Lei 8080/Lei 8142. 2013. Disponível em:<http://www.idisa.org.br/site/documento_8657_0_2013---27---657---domingueira---financiamento---216---descumprimento-da-lc-141.html>. Acesso em: 31 maio 2013.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia Das Letras, 2010.

SILVA, Lino Martins da. **Contabilidade governamental: um enfoque administrativo da nova contabilidade pública**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

SILVA, Luiz Ivan Dos Santos *et al.* Orçamento público: um natural sistema de custos. **Revista de Contabilidade da Ufba**, Salvador, v. 2, n. 1, p.52-66, jan./abr. 2008. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/rcontabilidade/article/view/2606/1841>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

SLOMSKI, Valmor *et al.* A demonstração do resultado econômico e sistemas de custeamento como instrumento de evidenciação do cumprimento do princípio constitucional da eficiência, produção de governança e accountability no setor público: uma aplicação na procuradoria-geral do município de São Paulo. **Revista de Administração Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 933-957, jul./ago. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v44n4/v44n4a08.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2013.

WIKIPEDIA. **RioGrandedoSul MesoMicroMunicip**. Disponível em:<http://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:RioGrandedoSul_MesoMicroMunicip.svg>. Acesso em: 19 maio 2013.

WORLD BANK. Policymakers and providers. In: _____. **World Development Report: Making Services Work for Poor People**. Washington, DC, 2004. p. 95-108. Disponível em: <http://www.gse.pku.edu.cn/lib/gse_lib/edusearch/e_publication/e_pub/268950PAPER0WDR02004.pdf> Acesso em: 14 maio 2013.

ANEXO A - Indicadores IDSUS

Quadro 2 - Indicadores do IDSUS

ACESSO POTENCIAL OU OBTIDO	ATENÇÃO BÁSICA
	Cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde
	Cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal
	Proporção de nascidos vivos com mães com sete ou mais consultas de pré-natal
	ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE MÉDIA COMPLEXIDADE
	Razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária
	Razão exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e população da mesma faixa etária
	Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente
	Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados e população residente
	ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE ALTA COMPLEXIDADE, REFERÊNCIA DA MÉDIA E ALTA E URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
	Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e população residente
	Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade e população residente
	Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para não residentes
	Proporção de internações de média complexidade realizadas para não residentes
	Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes
	Proporção de internações de alta complexidade realizadas para não residentes
	Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente
EFETIVIDADE	ATENÇÃO BÁSICA
	Proporção de cura de casos novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera (TBC)
	Proporção de cura de casos novos de Hanseníase
	Taxa de Incidência de sífilis congênita
	Proporção de internações sensíveis à atenção básica (ISAB)
	Média anual da ação coletiva de escovação dental supervisionada
	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos
	Cobertura com a vacina tetravalente em menores de 1 ano
	ATENÇÃO HOSPITALAR DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE E URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
	Proporção de parto normal
	Proporção de óbitos, nas internações em UTI, de menores de 15 anos
	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)

Fonte: Elaboração do autor com dados do IDSUS (2013)

ANEXO B – Indicadores selecionados do IDSUS

Quadro 3 - Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde

Indicador (i)	Cobertura Populacional Estimada pelas Equipes Básicas de Saúde
Definição	Nº de Equipes de Saúde da Família (ESF)+nº de equipes de atenção básica, formada por 60h semanais de clínica médica. Ginecologia e pediatria para cada 3 mil pessoas residentes no município, no ano.
Interpretação	Mede a cobertura das equipes básicas de saúde. Maior cobertura indicaria maior oferta de serviços das clínicas básicas e facilidade de acesso.
Método de Cálculo	(Nº médio anual de ESFs + nº medial anual de cargas horárias de 60h semanais da clínica médica, ginecologia e pediatria) x 3000 ¹⁶ /população residente no município
Parâmetro	100% cobertura considerando uma equipe para 3 mil habitantes
Fonte dos Dados	CNES e IBGE
Ano	2011

Fonte: Elaboração do autor com dados do IDSUS (2013)

Quadro 4 - Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade e população residente

Indicador (ii)	Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade e população residente.
Definição	Nº de procedimentos ambulatoriais selecionados, de média complexidade, por 100 residentes, em determinado município, no período considerado.
Interpretação	Mede a relação entre a produção de procedimentos ambulatoriais selecionados, de média complexidade, com financiamento do SUS e a população residente na mesma área geográfica, indicando o acesso obtido ou cobertura realizada para tais procedimentos.
Método de Cálculo	Taxa da população de referência x pelo ajuste específico do município, pelo Bayes empírico ¹⁷ e padroniza faixa etária e sexo ¹⁸
Parâmetro	2,6 procedimentos por 100 habitantes.
Fonte dos Dados	SIA/SUS e IBGE
Anos	2009 a 2011 ¹⁹

Fonte: Elaboração do autor com dados do IDSUS (2013)

¹⁶ Três mil habitantes é o número utilizado como referência para cobertura de cada ESF, segundo BRASIL (2011)

¹⁷ Para maiores esclarecimentos sobre a técnica de Bayes empírico, consultar BRASIL(2012b)

¹⁸ Para maiores esclarecimentos sobre a técnica de padronização por faixa etária e sexo, consultar BRASIL(2012b)

¹⁹ O índice usa a média dos três anos. Soma-se os dados dos três anos, divide-se pela população de 2010 e multiplica-se por três. Para maiores esclarecimentos, consultar BRASIL(2012b)

Quadro 5 - Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de alta complexidade e população residente

Indicador (iv)	Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de alta complexidade e população residente.
Definição	Percentual das ISAB de residentes dividido pelo total de internações clínico-cirúrgicas por residentes em um determinado município por período considerado.
Interpretação	Resultado elevado significa que as internações sensíveis representam a maioria internações de média complexidade e indiretamente a baixa resolutividade da atenção básica.
Método de Cálculo	Taxa da população de referência x pelo ajuste específico do município, pelo Bayes empírico e padronização faixa etária e sexo.
Parâmetro	28,6% de ISAB em relação a todas as internações.
Fonte dos Dados	SIH/SUS
Anos	2009 a 2011 ¹⁹

Fonte: Elaboração do autor com dados do IDSUS (2013)

Quadro 6 - Cobertura com a vacina tetravalente em menores de 1 ano

Indicador (v)	Cobertura com a vacina tetravalente em menores de 1 ano
Definição	Cobertura da vacina tetravalente (difteria, coqueluche, tétano e meningite), em menores de um ano de idade, em determinado município e ano.
Interpretação	Mede efetividade do programa de vacinação.
Método de Cálculo	(Nº de crianças menores de um ano vacinadas com a 3ª dose da tetravalente/população de menores de um ano) x 100
Parâmetro	95%
Fonte	SI-PNI e Sinasc
Ano	2011

Fonte: Elaboração do autor com dados do IDSUS (2013)

Quadro 7 - Proporção de internações sensíveis à atenção básica

Indicador (iv)	Proporção de Internações Sensíveis à Atenção Básica (ISAB)
Definição	Percentual das ISAB de residentes dividido pelo total de internações clínico-cirúrgicas por residentes em um determinado município por período considerado.
Interpretação	Resultado elevado significa que as internações sensíveis representam a maioria internações de média complexidade e indiretamente a baixa resolutividade da atenção básica.
Método de Cálculo	Taxa da população de referência x pelo ajuste específico do município, pelo Bayes empírico e padronização faixa etária e sexo.
Parâmetro	28,6% de ISAB em relação a todas as internações.
Fonte dos Dados	SIH/SUS
Anos	2009 a 2011

Quadro 8 - Proporção de parto normal

Indicador (vi)	Proporção de Parto Normal
Definição	Percentual de partos normais de determinado município, no período considerado.
Interpretação	O parto normal está relacionado a menores taxas de complicações do parto e do recém-nascido.
Método de Cálculo	Nº de nascidos vivos por parto normal/pelo nº de nascidos vivos.
Parâmetro	70% de partos normais
Fonte	Sinasc
Ano	2009 a 2011 ¹⁹

Fonte: Elaboração do autor com dados do IDSUS (2013)

Quadro 9 - Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio

Indicador (vii)	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)
Definição	Percentual de óbitos ocorridos nas internações por IAM, por residentes acima de 20 anos de determinados município, no período considerado.
Interpretação	Mede o risco de morrer por IAM, após a internação por tal causa e indiretamente o atraso do atendimento pré-hospitalar e no diagnóstico.
Método de Cálculo	Taxa da população de referência x pelo ajuste específico do município, pelo Bayes empírico e padronização faixa etária e sexo.
Parâmetro	10% de óbitos
Fonte	SIH/SUS
Ano	2009 a 2011 ¹⁹

Fonte: Elaboração do autor com dados do IDSUS (2013)

ANEXO C – Despesa liquidada em 2011 nos municípios da amostra

Tabela 1 - Despesa liquidada em 2011 de Estrela Velha

Código do Item	Nome do Item	Despesa Liquidada 2011
3.3.0.00.00.00.00	DESPESAS CORRENTES	2.013.093,75
3.3.1.00.00.00.00	PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS	1.420.523,30
3.3.1.90.00.00.00	Aplicações Diretas	1.306.083,17
3.3.1.90.09.00.00	Salário Família	1.541,76
3.3.1.90.10.00.00	Outros Benefícios de Natureza Social	1.304.541,41
3.3.1.90.11.00.00	Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil	1.275.772,28
3.3.1.90.11.01.00	Vencimentos e Salários	1.275.772,28
3.3.1.90.11.01.01	Pessoal Ativo	1.275.772,28
3.3.1.90.13.00.00	Obrigações Patronais	28.769,13
3.3.1.91.00.00.00	Aplicações Diretas - Operações Intra-Orçamentarias	114.440,13
3.3.1.91.13.00.00	Obrigações Patronais	114.440,13
3.3.3.00.00.00.00	OUTRAS DESPESAS CORRENTES	592.570,45
3.3.3.70.00.00.00	Transf. Inst. Multigovernamentais Nacionais	18.376,32
3.3.3.90.00.00.00	Aplicações diretas	574.194,13
3.3.3.90.14.00.00	Diárias - Civil	51.669,47
3.3.3.90.30.00.00	Material de Consumo	332.106,25
3.3.3.90.30.09.00	Medicamentos	81.887,86
3.3.3.90.30.09.01	Medicamentos usados em unidades de saúde	81.887,86
3.3.3.90.30.10.00	Material Odontológico	10.516,49
3.3.3.90.30.35.00	Material Laboratorial	20.771,57
3.3.3.90.30.36.00	Material Hospitalar	16.718,47
3.3.3.90.30.99.00	Outros Materiais de Consumo	202.211,86
3.3.3.90.37.00.00	Locação de Mão de Obra	2.441,04
3.3.3.90.39.00.00	Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica	187.977,37
3.3.3.90.39.99.00	Outros Serviços de Terceiros-Pessoa Jurídica	187.977,37
3.3.3.90.39.99.03	Outros Serv. de Terceiros PJ	187.977,37
3.4.0.00.00.00.00	DESPESAS DE CAPITAL	127.028,00
3.4.4.00.00.00.00	INVESTIMENTOS	127.028,00
3.4.4.90.00.00.00	Aplicações diretas	127.028,00
3.4.4.90.51.00.00	Obras e Instalações	10.100,00
3.4.4.90.52.00.00	Equipamentos e Material Permanente	116.928,00
3.4.4.90.52.08.00	Aparelh, equip., utens médico-odontol, lab e hosp	51.933,00
3.4.4.90.52.99.00	Outros equipamentos e material permanente	64.995,00
Despesa Total (inclui Inativos)		2.140.121,75
Despesa Total exceto Inativos		2.140.121,75

Fonte: Elaboração do autor com dados do SIOPS (2013)

Tabela 2 - Despesa liquidada em 2011 de Coqueiros do Sul

Código do Item	Nome do Item	Despesa Liquidada 2011
3.3.0.00.00.00.00	DESPESAS CORRENTES	1.816.851,80
3.3.1.00.00.00.00	PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS	1.010.430,88
3.3.1.90.00.00.00	Aplicações Diretas	978.476,86
3.3.1.90.04.00.00	Contratação por Tempo Determinado	73.464,06
3.3.1.90.04.02.00	Serviços eventuais de agentes de saúde	73.464,06
3.3.1.90.04.02.01	Outras Contratações por Tempo Determinado	73.464,06
3.3.1.90.10.00.00	Outros Benefícios de Natureza Social	670.734,03
3.3.1.90.11.00.00	Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil	539.631,92
3.3.1.90.11.01.00	Vencimentos e Salários	539.631,92
3.3.1.90.11.01.01	Pessoal Ativo	539.631,92
3.3.1.90.13.00.00	Obrigações Patronais	72.194,57
3.3.1.90.16.00.00	Outras Despesas Variáveis	58.907,54
3.3.1.90.16.01.00	Outras Despesas Variáveis - Pessoal Civil	58.907,54
3.3.1.90.16.01.01	Pessoal Ativo	58.907,54
3.3.1.90.34.00.00	Outras Despesas de Pessoal	155.255,32
3.3.1.90.34.01.00	Outras Desp Pessoal Contratos de Terceirização	155.255,32
3.3.1.90.34.01.02	Outras Desp Pessoal Contratos Terceirização - PSF	155.255,32
3.3.1.90.99.00.00	Outras Despesas com Pessoal e Encargos	79.023,45
3.3.1.91.00.00.00	Aplicações Diretas - Operações Intra-Orçamentarias	31.954,02
3.3.1.91.13.00.00	Obrigações Patronais	31.954,02
3.3.3.00.00.00.00	OUTRAS DESPESAS CORRENTES	806.420,92
3.3.3.90.00.00.00	Aplicações diretas	806.420,92
3.3.3.90.14.00.00	Diárias - Civil	11.206,42
3.3.3.90.30.00.00	Material de Consumo	164.499,98
3.3.3.90.30.09.00	Medicamentos	16.704,53
3.3.3.90.30.09.01	Medicamentos usados em unidades de saúde	16.704,53
3.3.3.90.30.10.00	Material Odontológico	2.534,59
3.3.3.90.30.35.00	Material Laboratorial	554,26
3.3.3.90.30.36.00	Material Hospitalar	22.613,92
3.3.3.90.30.99.00	Outros Materiais de Consumo	122.092,68
3.3.3.90.32.00.00	Material de Distribuição Gratuita	226.662,43
3.3.3.90.32.03.00	Material destinado a Assistência Social	226.662,43
3.3.3.90.32.03.01	Medicamentos	214.197,95
3.3.3.90.32.03.99	Outros Materiais de Distribuição Gratuita	12.464,48
3.3.3.90.33.00.00	Passagens e Despesas de Locomoção	3.707,55
3.3.3.90.36.00.00	Serviços de Terceiros Pessoa-Física	4.428,70
3.3.3.90.36.99.00	Outros Serviços Técnicos Profissionais	4.428,70
3.3.3.90.36.99.01	Out Serv Eventuais e/ou Contrat Tempo Determinado	4.428,70
3.3.3.90.39.00.00	Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica	392.563,49
3.3.3.90.39.17.00	Manut. e Conserv. de Máq. e Equip.	2.156,48

3.3.3.90.39.43.00	Serviços de Energia Elétrica	6.779,54
3.3.3.90.39.44.00	Serviços de Água e Esgoto	187
3.3.3.90.39.50.00	Serv. Médico, Hosp., Odont. e Labor. (SIA/SIH)	279.477,21
3.3.3.90.39.50.01	Serviços prestados em unidades hospitalares	279.477,21
3.3.3.90.39.99.00	Outros Serviços de Terceiros-Pessoa Jurídica	103.963,26
3.3.3.90.39.99.03	Outros Serv. de Terceiros PJ	103.963,26
3.3.3.90.48.00.00	Outros Auxílios Financeiros a Pessoas Físicas	3.352,35
3.4.0.00.00.00.00	DESPESAS DE CAPITAL	187.806,01
3.4.4.00.00.00.00	INVESTIMENTOS	187.806,01
3.4.4.90.00.00.00	Aplicações diretas	187.806,01
3.4.4.90.51.00.00	Obras e Instalações	20.360,21
3.4.4.90.52.00.00	Equipamentos e Material Permanente	167.445,80
3.4.4.90.52.99.00	Outros equipamentos e material permanente	167.445,80
Despesa Total (inclui Inativos)		2.004.657,81
Despesa Total exceto Inativos		2.004.657,81

Fonte: Elaboração do autor com dados do SIOPS (2013)

Tabela 3 - Despesa liquidada em 2011 de Passa Sete

Código do Item	Nome do Item	Despesa Liquidada 2011
3.3.0.00.00.00.00	DESPESAS CORRENTES	1.576.057,71
3.3.1.00.00.00.00	PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS	992.137,99
3.3.1.90.00.00.00	Aplicações Diretas	928.241,82
3.3.1.90.09.00.00	Salário Família	1.021,66
3.3.1.90.10.00.00	Outros Benefícios de Natureza Social	775.444,32
3.3.1.90.11.00.00	Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil	743.223,43
3.3.1.90.11.01.00	Vencimentos e Salários	743.223,43
3.3.1.90.11.01.01	Pessoal Ativo	743.223,43
3.3.1.90.13.00.00	Obrigações Patronais	28.328,42
3.3.1.90.16.00.00	Outras Despesas Variáveis	3.892,47
3.3.1.90.16.01.00	Outras Despesas Variáveis - Pessoal Civil	3.892,47
3.3.1.90.16.01.01	Pessoal Ativo	3.892,47
3.3.1.90.34.00.00	Outras Despesas de Pessoal	145.555,02
3.3.1.90.34.01.00	Outras Desp Pessoal Contratos de Terceirização	145.555,02
3.3.1.90.34.01.02	Outras Desp Pessoal Contratos Terceirização - PSF	145.555,02
3.3.1.90.94.00.00	Indenizações e Restituições Trabalhistas	169,13
3.3.1.90.99.00.00	Outras Despesas com Pessoal e Encargos	6.051,69
3.3.1.91.00.00.00	Aplicações Diretas - Operações Intra-Orçamentárias	63.896,17
3.3.1.91.13.00.00	Obrigações Patronais	63.896,17
3.3.3.00.00.00.00	OUTRAS DESPESAS CORRENTES	583.919,72
3.3.3.70.00.00.00	Transf. Inst. Multigovernamentais Nacionais	138.250,93
3.3.3.90.00.00.00	Aplicações diretas	445.668,79
3.3.3.90.14.00.00	Diárias - Civil	45.914,30
3.3.3.90.30.00.00	Material de Consumo	293.296,90
3.3.3.90.30.09.00	Medicamentos	68.806,24
3.3.3.90.30.09.01	Medicamentos usados em unidades de saúde	68.806,24
3.3.3.90.30.10.00	Material Odontológico	16.742,15
3.3.3.90.30.35.00	Material Laboratorial	8.242,47
3.3.3.90.30.36.00	Material Hospitalar	9.068,09
3.3.3.90.30.99.00	Outros Materiais de Consumo	190.437,95
3.3.3.90.33.00.00	Passagens e Despesas de Locomoção	4.414,06
3.3.3.90.39.00.00	Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica	102.043,53
3.3.3.90.39.17.00	Manut. e Conserv. de Máq. e Equip.	12.164,80
3.3.3.90.39.43.00	Serviços de Energia Elétrica	7.095,69
3.3.3.90.39.44.00	Serviços de Água e Esgoto	1.175,27
3.3.3.90.39.47.00	Serviços de Comunicação em Geral	805
3.3.3.90.39.50.00	Serv. Médico, Hosp., Odont. e Labor. (SIA/SIH)	12.000,00
3.3.3.90.39.50.01	Serviços prestados em unidades hospitalares	12.000,00
3.3.3.90.39.99.00	Outros Serviços de Terceiros-Pessoa Jurídica	68.802,77
3.3.3.90.39.99.03	Outros Serv. de Terceiros PJ	68.802,77

3.4.0.00.00.00.00	DESPESAS DE CAPITAL	171.321,47
3.4.4.00.00.00.00	INVESTIMENTOS	171.321,47
3.4.4.30.00.00.00	Transferências a Estados e ao DF	2.605,01
3.4.4.90.00.00.00	Aplicações diretas	168.716,46
3.4.4.90.52.00.00	Equipamentos e Material Permanente	168.716,46
3.4.4.90.52.08.00	Aparelh, equip., utens médico-odontol, lab e hosp	10.397,00
3.4.4.90.52.99.00	Outros equipamentos e material permanente	158.319,46
Despesa Total (inclui Inativos)		1.747.379,18
Despesa Total exceto Inativos		1.747.379,18

Fonte: Elaboração do autor com dados do SIOPS (2013)

Tabela 4 - Despesa liquidada em 2011 de Terra de Areia

Código do Item	Nome do Item	Despesa Liquidada 2011
3.3.0.00.00.00.00	DESPESAS CORRENTES	3.560.474,69
3.3.1.00.00.00.00	PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS	1.551.103,73
3.3.1.90.00.00.00	Aplicações Diretas	1.392.760,32
3.3.1.90.04.00.00	Contratação por Tempo Determinado	277.421,29
3.3.1.90.04.02.00	Serviços eventuais de agentes de saúde	277.421,29
3.3.1.90.04.02.01	Outras Contratações por Tempo Determinado	122.690,67
3.3.1.90.04.02.02	Contrat Tempo Determinado Prog Saúde Família - PSF	65.548,40
3.3.1.90.04.02.03	Contrat Tempo Det. Prog Agentes Comum. Saúde - PACS	89.182,22
3.3.1.90.10.00.00	Outros Benefícios de Natureza Social	1.115.339,03
3.3.1.90.11.00.00	Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil	1.115.339,03
3.3.1.90.11.01.00	Vencimentos e Salários	1.115.339,03
3.3.1.90.11.01.01	Pessoal Ativo	961.409,70
3.3.1.90.11.01.02	Pessoal Ativo do PSF	121.903,78
3.3.1.90.11.01.03	Pessoal Ativo do PACS	32.025,55
3.3.1.91.00.00.00	Aplicações Diretas - Operações Intra-Orçamentarias	158.343,41
3.3.1.91.13.00.00	Obrigações Patronais	158.343,41
3.3.3.00.00.00.00	OUTRAS DESPESAS CORRENTES	2.009.370,96
3.3.3.70.00.00.00	Transf. Inst. Multigovernamentais Nacionais	1.130.878,76
3.3.3.90.00.00.00	Aplicações diretas	878.492,20
3.3.3.90.14.00.00	Diárias - Civil	53.812,24
3.3.3.90.30.00.00	Material de Consumo	414.782,96
3.3.3.90.30.09.00	Medicamentos	149.712,79
3.3.3.90.30.09.01	Medicamentos usados em unidades de saúde	149.712,79
3.3.3.90.30.10.00	Material Odontológico	14.553,35
3.3.3.90.30.36.00	Material Hospitalar	11.231,00
3.3.3.90.30.99.00	Outros Materiais de Consumo	239.285,82
3.3.3.90.36.00.00	Serviços de Terceiros Pessoa-Física	12.598,64
3.3.3.90.36.99.00	Outros Serviços Técnicos Proffissionais	12.598,64
3.3.3.90.36.99.01	Out Serv Eventuais e/ou Contrat Tempo Determinado	12.598,64
3.3.3.90.39.00.00	Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica	374.718,92
3.3.3.90.39.43.00	Serviços de Energia Elétrica	14.007,85
3.3.3.90.39.44.00	Serviços de Água e Esgoto	14.276,60
3.3.3.90.39.50.00	Serv. Médico, Hosp., Odont. e Labor. (SIA/SIH)	280
3.3.3.90.39.50.01	Serviços prestados em unidades hospitalares	280
3.3.3.90.39.99.00	Outros Serviços de Terceiros-Pessoa Jurídica	346.154,47
3.3.3.90.39.99.03	Outros Serv. de Terceiros PJ	346.154,47
3.3.3.90.92.00.00	Despesas de Exercícios Anteriores	18.254,94
3.3.3.90.99.00.00	Outras Aplicações Diretas Correntes	4.324,50
3.4.0.00.00.00.00	DESPESAS DE CAPITAL	323.490,52
3.4.4.00.00.00.00	INVESTIMENTOS	323.490,52
3.4.4.90.00.00.00	Aplicações diretas	323.490,52

3.4.4.90.51.00.00	Obras e Instalações	192.078,33
3.4.4.90.52.00.00	Equipamentos e Material Permanente	130.838,70
3.4.4.90.52.08.00	Aparelh, equip., utens médico-odontol, lab e hosp	5.530,40
3.4.4.90.52.99.00	Outros equipamentos e material permanente	125.308,30
3.4.4.90.93.00.00	Indenizações e Restituições	573,49
Despesa Total (inclui Inativos)		3.883.965,21
Despesa Total exceto Inativos		3.883.965,21

Fonte: Elaboração do autor com dados do SIOPS (2013)

Tabela 5 - Despesa liquidade em 2011 de Não-Me-Toque

Código do Item	Nome do Item	Despesa Liquidada 2011
3.3.0.00.00.00.00	DESPESAS CORRENTES	5.060.530,27
3.3.1.00.00.00.00	PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS	2.943.693,53
3.3.1.90.00.00.00	Aplicações Diretas	2.633.720,28
3.3.1.90.04.00.00	Contratação por Tempo Determinado	177.123,37
3.3.1.90.04.02.00	Serviços eventuais de agentes de saúde	177.123,37
3.3.1.90.04.02.01	Outras Contratações por Tempo Determinado	177.123,37
3.3.1.90.10.00.00	Outros Benefícios de Natureza Social	1.149.162,38
3.3.1.90.11.00.00	Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil	1.059.274,58
3.3.1.90.11.01.00	Vencimentos e Salários	1.059.274,58
3.3.1.90.11.01.01	Pessoal Ativo	1.059.274,58
3.3.1.90.13.00.00	Obrigações Patronais	89.887,80
3.3.1.90.99.00.00	Outras Despesas com Pessoal e Encargos	1.307.434,53
3.3.1.91.00.00.00	Aplicações Diretas - Operações Intra-Orçamentarias	309.973,25
3.3.1.91.13.00.00	Obrigações Patronais	309.973,25
3.3.3.00.00.00.00	OUTRAS DESPESAS CORRENTES	2.116.836,74
3.3.3.70.00.00.00	Transf. Inst. Multigovernamentais Nacionais	29.945,60
3.3.3.90.00.00.00	Aplicações diretas	2.086.891,14
3.3.3.90.14.00.00	Diárias - Civil	66.820,42
3.3.3.90.30.00.00	Material de Consumo	320.518,87
3.3.3.90.30.09.00	Medicamentos	70
3.3.3.90.30.09.02	Medicamentos distribuídos para uso domiciliar	70
3.3.3.90.30.10.00	Material Odontológico	13.873,90
3.3.3.90.30.35.00	Material Laboratorial	15.488,49
3.3.3.90.30.36.00	Material Hospitalar	43.954,82
3.3.3.90.30.99.00	Outros Materiais de Consumo	247.131,66
3.3.3.90.32.00.00	Material de Distribuição Gratuita	512.909,34
3.3.3.90.32.03.00	Material destinado a Assistência Social	512.909,34
3.3.3.90.32.03.01	Medicamentos	512.574,34
3.3.3.90.32.03.99	Outros Materiais de Distribuição Gratuita	335
3.3.3.90.33.00.00	Passagens e Despesas de Locomoção	4.997,46
3.3.3.90.36.00.00	Serviços de Terceiros Pessoa-Física	8.629,64
3.3.3.90.36.99.00	Outros Serviços Técnicos Profissionais	8.629,64
3.3.3.90.36.99.01	Out Serv Eventuais e/ou Contrat Tempo Determinado	8.629,64
3.3.3.90.39.00.00	Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica	1.050.715,23
3.3.3.90.39.17.00	Manut. e Conserv. de Máq. e Equip.	8.740,20
3.3.3.90.39.43.00	Serviços de Energia Elétrica	32.895,61
3.3.3.90.39.44.00	Serviços de Água e Esgoto	6.041,30
3.3.3.90.39.47.00	Serviços de Comunicação em Geral	500
3.3.3.90.39.50.00	Serv. Médico, Hosp., Odont. e Labor. (SIA/SIH)	782.821,84
3.3.3.90.39.50.01	Serviços prestados em unidades hospitalares	260.940,61
3.3.3.90.39.50.02	Serviços prestados em unidades ambulatoriais	260.940,61

3.3.3.90.39.50.03	Serviços prestados na atenção básica (PSF)	260.940,62
3.3.3.90.39.99.00	Outros Serviços de Terceiros-Pessoa Jurídica	219.716,28
3.3.3.90.39.99.03	Outros Serv. de Terceiros PJ	219.716,28
3.3.3.90.46.00.00	Auxílio Alimentação	119.529,51
3.3.3.90.99.00.00	Outras Aplicações Diretas Correntes	2.770,67
3.4.0.00.00.00.00	DESPESAS DE CAPITAL	70.864,87
3.4.4.00.00.00.00	INVESTIMENTOS	70.864,87
3.4.4.90.00.00.00	Aplicações diretas	70.864,87
3.4.4.90.51.00.00	Obras e Instalações	126
3.4.4.90.52.00.00	Equipamentos e Material Permanente	70.738,87
3.4.4.90.52.08.00	Aparelh, equip., utens médico-odontol, lab e hosp	35.813,91
3.4.4.90.52.99.00	Outros equipamentos e material permanente	34.924,96
Despesa Total (inclui Inativos)		5.131.395,14
Despesa Total exceto Inativos		5.131.395,14

Fonte: Elaboração do autor com dados do SIOPS (2013).

Tabela 6 - Despesa liquidada em 2011 de Santo Augusto

Código do Item	Nome do Item	Despesa Liquidada 2011
3.3.0.00.00.00.00	DESPESAS CORRENTES	3.565.525,04
3.3.1.00.00.00.00	PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS	2.143.671,71
3.3.1.90.00.00.00	Aplicações Diretas	1.967.161,82
3.3.1.90.04.00.00	Contratação por Tempo Determinado	8.931,29
3.3.1.90.04.02.00	Serviços eventuais de agentes de saúde	8.931,29
3.3.1.90.04.02.01	Outras Contratações por Tempo Determinado	8.931,29
3.3.1.90.10.00.00	Outros Benefícios de Natureza Social	1.958.230,53
3.3.1.90.11.00.00	Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil	1.878.761,13
3.3.1.90.11.01.00	Vencimentos e Salários	1.878.761,13
3.3.1.90.11.01.01	Pessoal Ativo	1.625.771,13
3.3.1.90.11.01.02	Pessoal Ativo do PSF	83.772,95
3.3.1.90.11.01.03	Pessoal Ativo do PACS	169.217,05
3.3.1.90.13.00.00	Obrigações Patronais	41.995,99
3.3.1.90.16.00.00	Outras Despesas Variáveis	37.473,41
3.3.1.90.16.01.00	Outras Despesas Variáveis - Pessoal Civil	37.473,41
3.3.1.90.16.01.01	Pessoal Ativo	37.473,41
3.3.1.91.00.00.00	Aplicações Diretas - Operações Intra-Orçamentarias	176.509,89
3.3.1.91.13.00.00	Obrigações Patronais	176.509,89
3.3.3.00.00.00.00	OUTRAS DESPESAS CORRENTES	1.421.853,33
3.3.3.50.00.00.00	Transf. Instit. Priv. sem fins lucrativos	15.800,00
3.3.3.50.43.00.00	Subvenções Sociais	15.800,00
3.3.3.70.00.00.00	Transf. Inst. Multigovernamentais Nacionais	3.288,00
3.3.3.90.00.00.00	Aplicações diretas	1.402.765,33
3.3.3.90.14.00.00	Diárias - Civil	19.033,49
3.3.3.90.30.00.00	Material de Consumo	218.517,08
3.3.3.90.30.09.00	Medicamentos	25.336,90
3.3.3.90.30.09.01	Medicamentos usados em unidades de saúde	16.523,80
3.3.3.90.30.09.02	Medicamentos distribuídos para uso domiciliar	8.813,10
3.3.3.90.30.10.00	Material Odontológico	25.581,01
3.3.3.90.30.36.00	Material Hospitalar	18.211,42
3.3.3.90.30.99.00	Outros Materiais de Consumo	149.387,75
3.3.3.90.32.00.00	Material de Distribuição Gratuita	207.085,00
3.3.3.90.32.03.00	Material destinado a Assistência Social	207.085,00
3.3.3.90.32.03.01	Medicamentos	197.482,45
3.3.3.90.32.03.99	Outros Materiais de Distribuição Gratuita	9.602,55
3.3.3.90.33.00.00	Passagens e Despesas de Locomoção	86.873,20
3.3.3.90.36.00.00	Serviços de Terceiros Pessoa-Física	14.368,72
3.3.3.90.36.99.00	Outros Serviços Técnicos Profissionais	14.368,72
3.3.3.90.36.99.01	Out Serv Eventuais e/ou Contrat Tempo Determinado	14.368,72
3.3.3.90.39.00.00	Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica	856.887,84
3.3.3.90.39.17.00	Manut. e Conserv. de Máq. e Equip.	18.855,75

3.3.3.90.39.43.00	Serviços de Energia Elétrica	39.375,74
3.3.3.90.39.44.00	Serviços de Água e Esgoto	4.533,83
3.3.3.90.39.47.00	Serviços de Comunicação em Geral	20.503,21
3.3.3.90.39.50.00	Serv. Médico, Hosp., Odont. e Labor. (SIA/SIH)	578.522,36
3.3.3.90.39.50.01	Serviços prestados em unidades hospitalares	291.783,08
3.3.3.90.39.50.02	Serviços prestados em unidades ambulatoriais	286.739,28
3.3.3.90.39.99.00	Outros Serviços de Terceiros-Pessoa Jurídica	195.096,95
3.3.3.90.39.99.03	Outros Serv. de Terceiros PJ	195.096,95
3.4.0.00.00.00.00	DESPESAS DE CAPITAL	158.148,38
3.4.4.00.00.00.00	INVESTIMENTOS	158.148,38
3.4.4.90.00.00.00	Aplicações diretas	158.148,38
3.4.4.90.51.00.00	Obras e Instalações	94.364,91
3.4.4.90.52.00.00	Equipamentos e Material Permanente	63.783,47
3.4.4.90.52.08.00	Aparelh, equip., utens médico-odontol, lab e hosp	1.777,98
3.4.4.90.52.99.00	Outros equipamentos e material permanente	62.005,49
Despesa Total (inclui Inativos)		3.723.673,42
Despesa Total exceto Inativos		3.723.673,42

Fonte: Elaboração do autor com dados do SIOPS (2013).

Tabela 7 - Despesa Liquidada em 2011 de Lagoa Vermelha

Código do Item	Nome do Item	Despesa Liquidada 2011
3.3.0.00.00.00.00	DESPESAS CORRENTES	8.263.079,39
3.3.1.00.00.00.00	PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS	3.651.412,53
3.3.1.90.00.00.00	Aplicações Diretas	3.210.406,70
3.3.1.90.04.00.00	Contratação por Tempo Determinado	983.385,86
3.3.1.90.04.02.00	Serviços eventuais de agentes de saúde	983.385,86
3.3.1.90.04.02.01	Outras Contratações por Tempo Determinado	983.385,86
3.3.1.90.09.00.00	Salário Família	311,01
3.3.1.90.10.00.00	Outros Benefícios de Natureza Social	2.226.709,83
3.3.1.90.11.00.00	Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil	2.047.796,44
3.3.1.90.11.01.00	Vencimentos e Salários	2.047.796,44
3.3.1.90.11.01.01	Pessoal Ativo	2.047.796,44
3.3.1.90.13.00.00	Obrigações Patronais	92.063,38
3.3.1.90.16.00.00	Outras Despesas Variáveis	86.850,01
3.3.1.90.16.01.00	Outras Despesas Variáveis - Pessoal Civil	86.850,01
3.3.1.90.16.01.01	Pessoal Ativo	86.850,01
3.3.1.91.00.00.00	Aplicações Diretas - Operações Intra-Orçamentarias	441.005,83
3.3.1.91.13.00.00	Obrigações Patronais	441.005,83
3.3.3.00.00.00.00	OUTRAS DESPESAS CORRENTES	4.611.666,86
3.3.3.30.00.00.00	Transferências a Estados e ao Distrito Federal	4.065,96
3.3.3.30.00.00.99	Outras Transf. a Estados e ao DF	4.065,96
3.3.3.50.00.00.00	Transf. Instit. Priv. sem fins lucrativos	1.922.645,71
3.3.3.50.00.99.00	Outras Transf. Inst. Priv. sem fins Lucrativos	158.389,00
3.3.3.50.43.00.00	Subvenções Sociais	1.764.256,71
3.3.3.90.00.00.00	Aplicações diretas	2.684.955,19
3.3.3.90.14.00.00	Diárias - Civil	21.669,00
3.3.3.90.30.00.00	Material de Consumo	644.616,29
3.3.3.90.30.09.00	Medicamentos	282.383,56
3.3.3.90.30.09.01	Medicamentos usados em unidades de saúde	282.383,56
3.3.3.90.30.10.00	Material Odontológico	34.489,07
3.3.3.90.30.35.00	Material Laboratorial	10.096,32
3.3.3.90.30.36.00	Material Hospitalar	62.203,50
3.3.3.90.30.99.00	Outros Materiais de Consumo	255.443,84
3.3.3.90.36.00.00	Serviços de Terceiros Pessoa-Física	324.305,32
3.3.3.90.36.99.00	Outros Serviços Técnicos Profissionais	324.305,32
3.3.3.90.36.99.01	Out Serv Eventuais e/ou Contrat Tempo Determinado	324.305,32
3.3.3.90.37.00.00	Locação de Mão de Obra	503.885,14
3.3.3.90.39.00.00	Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica	1.057.227,38
3.3.3.90.39.17.00	Manut. e Conserv. de Máq. e Equip.	8.263,60
3.3.3.90.39.43.00	Serviços de Energia Elétrica	22.802,46
3.3.3.90.39.44.00	Serviços de Água e Esgoto	2.090,08
3.3.3.90.39.50.00	Serv. Médico, Hosp., Odont. e Labor. (SIA/SIH)	500.384,82

3.3.3.90.39.50.02	Serviços prestados em unidades ambulatoriais	100.384,82
3.3.3.90.39.50.03	Serviços prestados na atenção básica (PSF)	400.000,00
3.3.3.90.39.99.00	Outros Serviços de Terceiros-Pessoa Jurídica	523.686,42
3.3.3.90.39.99.03	Outros Serv. de Terceiros PJ	523.686,42
3.3.3.90.99.00.00	Outras Aplicações Diretas Correntes	133.252,06
3.4.0.00.00.00.00	DESPESAS DE CAPITAL	378.965,07
3.4.4.00.00.00.00	INVESTIMENTOS	378.965,07
3.4.4.90.00.00.00	Aplicações diretas	378.965,07
3.4.4.90.51.00.00	Obras e Instalações	206.226,10
3.4.4.90.52.00.00	Equipamentos e Material Permanente	172.738,97
3.4.4.90.52.08.00	Aparelh, equip., utens médico-odontol, lab e hosp	15.171,20
3.4.4.90.52.99.00	Outros equipamentos e material permanente	157.567,77
Despesa Total (inclui Inativos)		8.642.044,46
Despesa Total exceto Inativos		8.642.044,46

Fonte: Elaboração do autor com dados do SIOPS (2013).

Tabela 8 - Despesa liquidada em 2011 de São José do Norte

Código do Item	Nome do Item	Despesa Liquidada 2011
3.3.0.00.00.00.00	DESPESAS CORRENTES	5.917.026,94
3.3.1.00.00.00.00	PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS	2.079.349,96
3.3.1.90.00.00.00	Aplicações Diretas	2.079.349,96
3.3.1.90.10.00.00	Outros Benefícios de Natureza Social	1.547.814,09
3.3.1.90.11.00.00	Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil	1.255.486,98
3.3.1.90.11.01.00	Vencimentos e Salários	1.255.486,98
3.3.1.90.11.01.01	Pessoal Ativo	1.196.843,29
3.3.1.90.11.01.03	Pessoal Ativo do PACS	58.643,69
3.3.1.90.13.00.00	Obrigações Patronais	292.327,11
3.3.1.90.34.00.00	Outras Despesas de Pessoal	531.535,87
3.3.1.90.34.01.00	Outras Desp Pessoal Contratos de Terceirização	531.535,87
3.3.1.90.34.01.01	Outras Desp Pessoal Contratos de Terceirização	531.535,87
3.3.3.00.00.00.00	OUTRAS DESPESAS CORRENTES	3.837.676,98
3.3.3.30.00.00.00	Transferências a Estados e ao Distrito Federal	12.897,13
3.3.3.30.00.00.99	Outras Transf. a Estados e ao DF	12.897,13
3.3.3.90.00.00.00	Aplicações diretas	3.824.779,85
3.3.3.90.14.00.00	Diárias - Civil	33.075,00
3.3.3.90.30.00.00	Material de Consumo	593.649,71
3.3.3.90.30.09.00	Medicamentos	49.310,88
3.3.3.90.30.09.01	Medicamentos usados em unidades de saúde	49.310,88
3.3.3.90.30.10.00	Material Odontológico	38.529,52
3.3.3.90.30.36.00	Material Hospitalar	74.023,54
3.3.3.90.30.99.00	Outros Materiais de Consumo	431.785,77
3.3.3.90.32.00.00	Material de Distribuição Gratuita	231.411,53
3.3.3.90.32.03.00	Material destinado a Assistência Social	231.411,53
3.3.3.90.32.03.99	Outros Materiais de Distribuição Gratuita	231.411,53
3.3.3.90.33.00.00	Passagens e Despesas de Locomoção	30.323,01
3.3.3.90.36.00.00	Serviços de Terceiros Pessoa-Física	76.748,14
3.3.3.90.36.99.00	Outros Serviços Técnicos Profissionais	76.748,14
3.3.3.90.36.99.01	Out Serv Eventuais e/ou Contrat Tempo Determinado	76.748,14
3.3.3.90.39.00.00	Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica	2.743.722,43
3.3.3.90.39.17.00	Manut. e Conserv. de Máq. e Equip.	6.066,20
3.3.3.90.39.43.00	Serviços de Energia Elétrica	57.761,80
3.3.3.90.39.44.00	Serviços de Água e Esgoto	20.376,77
3.3.3.90.39.50.00	Serv. Médico, Hosp., Odont. e Labor. (SIA/SIH)	54.347,98
3.3.3.90.39.50.01	Serviços prestados em unidades hospitalares	54.347,98
3.3.3.90.39.99.00	Outros Serviços de Terceiros-Pessoa Jurídica	2.605.169,68
3.3.3.90.39.99.03	Outros Serv. de Terceiros PJ	2.605.169,68
3.3.3.90.46.00.00	Auxílio Alimentação	9.742,50
3.3.3.90.48.00.00	Outros Auxílios Financeiros a Pessoas Físicas	106.107,53
3.4.0.00.00.00.00	DESPESAS DE CAPITAL	431.349,93
3.4.4.00.00.00.00	INVESTIMENTOS	431.349,93

3.4.4.90.00.00.00	Aplicações diretas	431.349,93
3.4.4.90.51.00.00	Obras e Instalações	8.042,88
3.4.4.90.52.00.00	Equipamentos e Material Permanente	423.307,05
3.4.4.90.52.99.00	Outros equipamentos e material permanente	423.307,05
Despesa Total (inclui Inativos)		6.348.376,87
Despesa Total exceto Inativos		6.348.376,87

Fonte: Elaboração do autor com dados do SIOPS (2013).

Tabela 9 - Despesa liquidade em 2011 de Vacaria

Código do Item	Nome do Item	Despesa Liquidada 2011
3.3.0.00.00.00.00	DESPESAS CORRENTES	16.843.989,30
3.3.1.00.00.00.00	PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS	9.211.634,19
3.3.1.90.00.00.00	Aplicações Diretas	9.211.634,19
3.3.1.90.10.00.00	Outros Benefícios de Natureza Social	9.211.634,19
3.3.1.90.11.00.00	Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil	7.508.667,80
3.3.1.90.11.01.00	Vencimentos e Salários	7.508.667,80
3.3.1.90.11.01.01	Pessoal Ativo	6.633.369,09
3.3.1.90.11.01.02	Pessoal Ativo do PSF	407.776,20
3.3.1.90.11.01.03	Pessoal Ativo do PACS	467.522,51
3.3.1.90.13.00.00	Obrigações Patronais	1.702.966,39
3.3.3.00.00.00.00	OUTRAS DESPESAS CORRENTES	7.632.355,11
3.3.3.50.00.00.00	Transf. Instit. Priv. sem fins lucrativos	268.806,57
3.3.3.50.43.00.00	Subvenções Sociais	268.806,57
3.3.3.90.00.00.00	Aplicações diretas	7.363.548,54
3.3.3.90.14.00.00	Diárias - Civil	95.116,89
3.3.3.90.30.00.00	Material de Consumo	1.124.276,28
3.3.3.90.30.09.00	Medicamentos	624.533,34
3.3.3.90.30.09.02	Medicamentos distribuídos para uso domiciliar	624.533,34
3.3.3.90.30.10.00	Material Odontológico	6.695,00
3.3.3.90.30.36.00	Material Hospitalar	171
3.3.3.90.30.99.00	Outros Materiais de Consumo	492.876,94
3.3.3.90.36.00.00	Serviços de Terceiros Pessoa-Física	4.914,54
3.3.3.90.36.99.00	Outros Serviços Técnicos Profissionais	4.914,54
3.3.3.90.36.99.01	Out Serv Eventuais e/ou Contrat Tempo Determinado	4.914,54
3.3.3.90.39.00.00	Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica	5.712.719,31
3.3.3.90.39.17.00	Manut. e Conserv. de Máq. e Equip.	11.123,68
3.3.3.90.39.43.00	Serviços de Energia Elétrica	87.439,70
3.3.3.90.39.44.00	Serviços de Água e Esgoto	12.437,91
3.3.3.90.39.47.00	Serviços de Comunicação em Geral	66.763,20
3.3.3.90.39.50.00	Serv. Médico, Hosp., Odont. e Labor. (SIA/SIH)	4.142.042,05
3.3.3.90.39.50.01	Serviços prestados em unidades hospitalares	4.142.042,05
3.3.3.90.39.99.00	Outros Serviços de Terceiros-Pessoa Jurídica	1.392.912,77
3.3.3.90.39.99.03	Outros Serv. de Terceiros PJ	1.392.912,77
3.3.3.90.46.00.00	Auxílio Alimentação	413.040,21
3.3.3.90.99.00.00	Outras Aplicações Diretas Correntes	13.481,31
3.4.0.00.00.00.00	DESPESAS DE CAPITAL	1.339.352,09
3.4.4.00.00.00.00	INVESTIMENTOS	1.339.352,09
3.4.4.90.00.00.00	Aplicações diretas	1.339.352,09
3.4.4.90.51.00.00	Obras e Instalações	961.842,91
3.4.4.90.52.00.00	Equipamentos e Material Permanente	377.509,18
3.4.4.90.52.08.00	Aparelh, equip., utens médico-odontol, lab e hosp	229.567,25
3.4.4.90.52.99.00	Outros equipamentos e material permanente	147.941,93

Despesa Total (inclui Inativos)	18.183.341,39
Despesa Total exceto Inativos	18.183.341,39

Fonte: Elaboração do autor com dados do SIOPS (2013).

Tabela 10 - Despesa liquidada em 2011 de São Borja

Código do Item	Nome do Item	Despesa Liquidada 2011
3.3.0.00.00.00.00	DESPESAS CORRENTES	28.676.824,39
3.3.1.00.00.00.00	PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS	17.817.544,22
3.3.1.90.00.00.00	Aplicações Diretas	16.991.582,03
3.3.1.90.04.00.00	Contratação por Tempo Determinado	341.160,72
3.3.1.90.04.02.00	Serviços eventuais de agentes de saúde	341.160,72
3.3.1.90.04.02.01	Outras Contratações por Tempo Determinado	341.160,72
3.3.1.90.10.00.00	Outros Benefícios de Natureza Social	9.600.527,22
3.3.1.90.11.00.00	Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil	4.940.146,03
3.3.1.90.11.01.00	Vencimentos e Salários	4.940.146,03
3.3.1.90.11.01.01	Pessoal Ativo	4.940.146,03
3.3.1.90.13.00.00	Obrigações Patronais	1.924.431,72
3.3.1.90.16.00.00	Outras Despesas Variáveis	2.735.949,47
3.3.1.90.16.01.00	Outras Despesas Variáveis - Pessoal Civil	2.735.949,47
3.3.1.90.16.01.01	Pessoal Ativo	2.735.949,47
3.3.1.90.34.00.00	Outras Despesas de Pessoal	6.864.577,78
3.3.1.90.34.01.00	Outras Desp Pessoal Contratos de Terceirização	6.864.577,78
3.3.1.90.34.01.01	Outras Desp Pessoal Contratos de Terceirização	6.864.577,78
3.3.1.90.99.00.00	Outras Despesas com Pessoal e Encargos	185.316,31
3.3.1.91.00.00.00	Aplicações Diretas - Operações Intra-Orçamentarias	825.962,19
3.3.1.91.04.00.00	Contratação por Tempo Determinado	509.732,37
3.3.1.91.13.00.00	Obrigações Patronais	316.229,82
3.3.3.00.00.00.00	OUTRAS DESPESAS CORRENTES	10.859.280,17
3.3.3.50.00.00.00	Transf. Instit. Priv. sem fins lucrativos	843.916,10
3.3.3.50.00.99.00	Outras Transf. Inst. Priv. sem fins Lucrativos	843.916,10
3.3.3.90.00.00.00	Aplicações diretas	10.015.364,07
3.3.3.90.14.00.00	Diárias - Civil	193.782,34
3.3.3.90.30.00.00	Material de Consumo	2.161.759,75
3.3.3.90.30.09.00	Medicamentos	1.102.032,91
3.3.3.90.30.09.01	Medicamentos usados em unidades de saúde	1.102.032,91
3.3.3.90.30.10.00	Material Odontológico	111.919,82
3.3.3.90.30.35.00	Material Laboratorial	62.127,36
3.3.3.90.30.36.00	Material Hospitalar	118.913,66
3.3.3.90.30.99.00	Outros Materiais de Consumo	766.766,00
3.3.3.90.32.00.00	Material de Distribuição Gratuita	65.378,58
3.3.3.90.32.03.00	Material destinado a Assistência Social	65.378,58
3.3.3.90.32.03.01	Medicamentos	49.929,58
3.3.3.90.32.03.99	Outros Materiais de Distribuição Gratuita	15.449,00
3.3.3.90.33.00.00	Passagens e Despesas de Locomoção	1.049.993,47
3.3.3.90.36.00.00	Serviços de Terceiros Pessoa-Física	810.461,59
3.3.3.90.36.99.00	Outros Serviços Técnicos Proffissionais	810.461,59
3.3.3.90.36.99.01	Out Serv Eventuais e/ou Contrat Tempo Determinado	810.461,59

3.3.3.90.39.00.00	Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica	5.180.668,38
3.3.3.90.39.17.00	Manut. e Conserv. de Máq. e Equip.	58.054,34
3.3.3.90.39.43.00	Serviços de Energia Elétrica	105.290,63
3.3.3.90.39.44.00	Serviços de Água e Esgoto	61.729,11
3.3.3.90.39.47.00	Serviços de Comunicação em Geral	79.209,20
3.3.3.90.39.50.00	Serv. Médico, Hosp., Odont. e Labor. (SIA/SIH)	3.909.710,19
3.3.3.90.39.50.02	Serviços prestados em unidades ambulatoriais	3.909.710,19
3.3.3.90.39.99.00	Outros Serviços de Terceiros-Pessoa Jurídica	966.674,91
3.3.3.90.39.99.03	Outros Serv. de Terceiros PJ	966.674,91
3.3.3.90.46.00.00	Auxílio Alimentação	538.070,83
3.3.3.90.92.00.00	Despesas de Exercícios Anteriores	15.249,13
3.4.0.00.00.00.00	DESPESAS DE CAPITAL	257.907,26
3.4.4.00.00.00.00	INVESTIMENTOS	257.907,26
3.4.4.20.00.00.00	Transferências à União	32.504,03
3.4.4.30.00.00.00	Transferências a Estados e ao DF	18.956,93
3.4.4.90.00.00.00	Aplicações diretas	206.446,30
3.4.4.90.51.00.00	Obras e Instalações	16.796,14
3.4.4.90.52.00.00	Equipamentos e Material Permanente	189.650,16
3.4.4.90.52.99.00	Outros equipamentos e material permanente	189.650,16
Despesa Total (inclui Inativos)		28.934.731,65
Despesa Total exceto Inativos		28.934.731,65

Fonte: Elaboração do autor com dados do SIOPS (2013).

Tabela 11 - Despesa liquidada em 2011 de Bento Gonçalves

Código do Item	Nome do Item	Despesa Liquidada 2011
3.3.0.00.00.00.00	DESPESAS CORRENTES	50.151.344,75
3.3.1.00.00.00.00	PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS	12.355.892,91
3.3.1.90.00.00.00	Aplicações Diretas	12.355.892,91
3.3.1.90.10.00.00	Outros Benefícios de Natureza Social	12.355.892,91
3.3.1.90.11.00.00	Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil	10.740.129,18
3.3.1.90.11.01.00	Vencimentos e Salários	10.740.129,18
3.3.1.90.11.01.01	Pessoal Ativo	10.740.129,18
3.3.1.90.13.00.00	Obrigações Patronais	1.507.018,35
3.3.1.90.16.00.00	Outras Despesas Variáveis	108.745,38
3.3.1.90.16.01.00	Outras Despesas Variáveis - Pessoal Civil	108.745,38
3.3.1.90.16.01.01	Pessoal Ativo	108.745,38
3.3.2.00.00.00.00	JUROS E ENCARGOS DA DÍVIDA	0,00
3.3.3.00.00.00.00	OUTRAS DESPESAS CORRENTES	37.795.451,84
3.3.3.90.00.00.00	Aplicações diretas	37.795.451,84
3.3.3.90.14.00.00	Diárias - Civil	119.579,03
3.3.3.90.30.00.00	Material de Consumo	2.214.563,12
3.3.3.90.30.09.00	Medicamentos	18.010,56
3.3.3.90.30.09.01	Medicamentos usados em unidades de saúde	18.010,56
3.3.3.90.30.10.00	Material Odontológico	84.732,18
3.3.3.90.30.35.00	Material Laboratorial	476.906,63
3.3.3.90.30.36.00	Material Hospitalar	432.332,07
3.3.3.90.30.99.00	Outros Materiais de Consumo	1.202.581,68
3.3.3.90.32.00.00	Material de Distribuição Gratuita	1.651.891,10
3.3.3.90.32.03.00	Material destinado a Assistência Social	1.651.891,10
3.3.3.90.32.03.01	Medicamentos	1.579.489,20
3.3.3.90.32.03.99	Outros Materiais de Distribuição Gratuita	72.401,90
3.3.3.90.36.00.00	Serviços de Terceiros Pessoa-Física	114.790,66
3.3.3.90.36.99.00	Outros Serviços Técnicos Profissionais	114.790,66
3.3.3.90.36.99.01	Out Serv Eventuais e/ou Contrat Tempo Determinado	114.790,66
3.3.3.90.37.00.00	Locação de Mão de Obra	16.433.595,77
3.3.3.90.39.00.00	Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica	15.610.849,01
3.3.3.90.39.17.00	Manut. e Conserv. de Máq. e Equip.	101.469,43
3.3.3.90.39.43.00	Serviços de Energia Elétrica	281.382,04
3.3.3.90.39.44.00	Serviços de Água e Esgoto	40.648,92
3.3.3.90.39.47.00	Serviços de Comunicação em Geral	61.426,80
3.3.3.90.39.50.00	Serv. Médico, Hosp., Odont. e Labor. (SIA/SIH)	13.262.900,72
3.3.3.90.39.50.01	Serviços prestados em unidades hospitalares	13.262.900,72
3.3.3.90.39.99.00	Outros Serviços de Terceiros-Pessoa Jurídica	1.863.021,10
3.3.3.90.39.99.03	Outros Serv. de Terceiros PJ	1.863.021,10
3.3.3.90.46.00.00	Auxílio Alimentação	838.720,00

3.3.3.90.49.00.00	Auxílio Transporte	282.405,05
3.3.3.90.91.00.00	Sentenças Judiciais	379.870,78
3.3.3.90.92.00.00	Despesas de Exercícios Anteriores	140.730,73
3.3.3.90.99.00.00	Outras Aplicações Diretas Correntes	8.456,59
3.4.0.00.00.00.00	DESPESAS DE CAPITAL	4.100.014,53
3.4.4.00.00.00.00	INVESTIMENTOS	4.100.014,53
3.4.4.90.00.00.00	Aplicações diretas	4.100.014,53
3.4.4.90.51.00.00	Obras e Instalações	1.570.467,03
3.4.4.90.52.00.00	Equipamentos e Material Permanente	2.529.547,50
3.4.4.90.52.08.00	Aparelh, equip., utens médico-odontol, lab e hosp	2.233.862,96
3.4.4.90.52.99.00	Outros equipamentos e material permanente	295.684,54
3.4.6.00.00.00.00	AMORTIZAÇÃO DA DÍVIDA	0,00
Despesa Total (inclui Inativos)		54.251.359,28
Despesa Total exceto Inativos		54.251.359,28

Fonte: Elaboração do autor com dados do SIOPS (2013).

Tabela 12 - Despesa Liquidada em 2011 de Sapucaia do Sul

Código do Item	Nome do Item	Despesa Liquidada 2011
3.3.0.00.00.00.00	DESPESAS CORRENTES	25.791.692,62
3.3.1.00.00.00.00	PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS	11.420.993,85
3.3.1.90.00.00.00	Aplicações Diretas	11.166.454,18
3.3.1.90.04.00.00	Contratação por Tempo Determinado	3.152.122,77
3.3.1.90.04.02.00	Serviços eventuais de agentes de saúde	3.152.122,77
3.3.1.90.04.02.02	Contrat Tempo Determinado Prog Saúde Família - PSF	3.112.285,08
3.3.1.90.04.02.03	Contrat Tempo Det. Prog Agentes Comum. Saúde - PACS	39.837,69
3.3.1.90.10.00.00	Outros Benefícios de Natureza Social	7.982.170,52
3.3.1.90.11.00.00	Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil	5.302.816,19
3.3.1.90.11.01.00	Vencimentos e Salários	5.302.816,19
3.3.1.90.11.01.01	Pessoal Ativo	5.302.816,19
3.3.1.90.13.00.00	Obrigações Patronais	2.679.354,33
3.3.1.90.96.00.00	Ressarcimento de Despesas de Pessoal Requisitado	32.160,89
3.3.1.91.00.00.00	Aplicações Diretas - Operações Intra-Orçamentarias	254.539,67
3.3.1.91.13.00.00	Obrigações Patronais	254.539,67
3.3.3.00.00.00.00	OUTRAS DESPESAS CORRENTES	14.370.698,77
3.3.3.30.00.00.00	Transferências a Estados e ao Distrito Federal	3.314,04
3.3.3.30.00.00.01	Para Aquisição de Medicamentos	3.314,04
3.3.3.40.00.00.00	Transferências a Municípios	2.000,00
3.3.3.40.00.00.01	para Aquisição de Medicamentos	2.000,00
3.3.3.50.00.00.00	Transf. Instit. Priv. sem fins lucrativos	1.893.657,00
3.3.3.50.43.00.00	Subvenções Sociais	1.893.657,00
3.3.3.90.00.00.00	Aplicações diretas	12.471.727,73
3.3.3.90.14.00.00	Diárias - Civil	16.158,27
3.3.3.90.30.00.00	Material de Consumo	913.452,74
3.3.3.90.30.09.00	Medicamentos	3.065,60
3.3.3.90.30.09.01	Medicamentos usados em unidades de saúde	3.065,60
3.3.3.90.30.10.00	Material Odontológico	10.484,00
3.3.3.90.30.35.00	Material Laboratorial	5.386,00
3.3.3.90.30.36.00	Material Hospitalar	337.947,61
3.3.3.90.30.99.00	Outros Materiais de Consumo	556.569,53
3.3.3.90.32.00.00	Material de Distribuição Gratuita	1.379.774,58
3.3.3.90.32.03.00	Material destinado a Assistência Social	1.379.774,58
3.3.3.90.32.03.01	Medicamentos	1.379.774,58
3.3.3.90.33.00.00	Passagens e Despesas de Locomoção	8.258,68
3.3.3.90.36.00.00	Serviços de Terceiros Pessoa-Física	7.640.121,86
3.3.3.90.36.99.00	Outros Serviços Técnicos Proffissionais	7.640.121,86
3.3.3.90.36.99.01	Out Serv Eventuais e/ou Contrat Tempo Determinado	7.640.121,86
3.3.3.90.39.00.00	Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica	2.292.175,60
3.3.3.90.39.17.00	Manut. e Conserv. de Máq. e Equip.	23.170,16
3.3.3.90.39.43.00	Serviços de Energia Elétrica	136.014,54

3.3.3.90.39.44.00	Serviços de Água e Esgoto	46.584,27
3.3.3.90.39.50.00	Serv. Médico, Hosp., Odont. e Labor. (SIA/SIH)	305.110,09
3.3.3.90.39.50.01	Serviços prestados em unidades hospitalares	305.110,09
3.3.3.90.39.99.00	Outros Serviços de Terceiros-Pessoa Jurídica	1.781.296,54
3.3.3.90.39.99.03	Outros Serv. de Terceiros PJ	1.781.296,54
3.3.3.90.99.00.00	Outras Aplicações Diretas Correntes	221.786,00
3.4.0.00.00.00.00	DESPESAS DE CAPITAL	676.549,98
3.4.4.00.00.00.00	INVESTIMENTOS	676.549,98
3.4.4.90.00.00.00	Aplicações diretas	676.549,98
3.4.4.90.52.00.00	Equipamentos e Material Permanente	676.549,98
3.4.4.90.52.08.00	Aparelh, equip., utens médico-odontol, lab e hosp	533.965,70
3.4.4.90.52.99.00	Outros equipamentos e material permanente	142.584,28
Despesa Total (inclui Inativos)		26.468.242,60
Despesa Total exceto Inativos		26.468.242,60

Fonte: Elaboração do autor com dados do SIOPS (2013).

Tabela 13 - Despesa liquidade em 2011 de Pelotas

Código do Item	Nome do Item	Despesa Liquidada 2011
3.3.0.00.00.00.00	DESPESAS CORRENTES	127.412.511,90
3.3.1.00.00.00.00	PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS	41.839.560,47
3.3.1.90.00.00.00	Aplicações Diretas	37.082.621,14
3.3.1.90.04.00.00	Contratação por Tempo Determinado	5.756.814,77
3.3.1.90.04.02.00	Serviços eventuais de agentes de saúde	5.756.814,77
3.3.1.90.04.02.01	Outras Contratações por Tempo Determinado	4.996.240,41
3.3.1.90.04.02.02	Contrat Tempo Determinado Prog Saúde Família - PSF	71.587,75
3.3.1.90.04.02.03	Contrat Tempo Det. Prog Agentes Comum. Saúde - PACS	688.986,61
3.3.1.90.09.00.00	Salário Família	18.582,38
3.3.1.90.10.00.00	Outros Benefícios de Natureza Social	29.632.539,16
3.3.1.90.11.00.00	Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil	24.935.937,16
3.3.1.90.11.01.00	Vencimentos e Salários	24.935.937,16
3.3.1.90.11.01.01	Pessoal Ativo	22.175.548,77
3.3.1.90.11.01.02	Pessoal Ativo do PSF	2.081.497,58
3.3.1.90.11.01.03	Pessoal Ativo do PACS	678.890,81
3.3.1.90.13.00.00	Obrigações Patronais	2.491.217,51
3.3.1.90.16.00.00	Outras Despesas Variáveis	2.205.384,49
3.3.1.90.16.01.00	Outras Despesas Variáveis - Pessoal Civil	2.205.384,49
3.3.1.90.16.01.01	Pessoal Ativo	2.128.619,08
3.3.1.90.16.01.02	Pessoal Ativo do PSF	76.765,41
3.3.1.90.34.00.00	Outras Despesas de Pessoal	1.674.684,83
3.3.1.90.34.01.00	Outras Desp Pessoal Contratos de Terceirização	1.674.684,83
3.3.1.90.34.01.01	Outras Desp Pessoal Contratos de Terceirização	1.674.684,83
3.3.1.91.00.00.00	Aplicações Diretas - Operações Intra-Orçamentarias	4.756.939,33
3.3.1.91.13.00.00	Obrigações Patronais	4.756.939,33
3.3.3.00.00.00.00	OUTRAS DESPESAS CORRENTES	85.572.951,43
3.3.3.90.00.00.00	Aplicações diretas	85.572.951,43
3.3.3.90.14.00.00	Diárias - Civil	203.756,29
3.3.3.90.30.00.00	Material de Consumo	7.471.964,30
3.3.3.90.30.09.00	Medicamentos	2.630.624,73
3.3.3.90.30.09.02	Medicamentos distribuídos para uso domiciliar	2.630.624,73
3.3.3.90.30.10.00	Material Odontológico	10.459,98
3.3.3.90.30.35.00	Material Laboratorial	42.954,67
3.3.3.90.30.36.00	Material Hospitalar	368.362,64
3.3.3.90.30.99.00	Outros Materiais de Consumo	4.419.562,28
3.3.3.90.33.00.00	Passagens e Despesas de Locomoção	363.012,03
3.3.3.90.36.00.00	Serviços de Terceiros Pessoa-Física	1.036.897,11
3.3.3.90.36.99.00	Outros Serviços Técnicos Proffissionais	1.036.897,11
3.3.3.90.36.99.01	Out Serv Eventuais e/ou Contrat Tempo Determinado	1.036.897,11
3.3.3.90.39.00.00	Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica	69.386.789,63
3.3.3.90.39.17.00	Manut. e Conserv. de Máq. e Equip.	191.677,39

3.3.3.90.39.43.00	Serviços de Energia Elétrica	343.171,77
3.3.3.90.39.44.00	Serviços de Água e Esgoto	96.171,96
3.3.3.90.39.47.00	Serviços de Comunicação em Geral	505.368,84
3.3.3.90.39.99.00	Outros Serviços de Terceiros-Pessoa Jurídica	68.250.399,67
3.3.3.90.39.99.03	Outros Serv. de Terceiros PJ	68.250.399,67
3.3.3.90.46.00.00	Auxílio Alimentação	1.734.500,00
3.3.3.90.92.00.00	Despesas de Exercícios Anteriores	5.238.816,77
3.3.3.90.93.00.00	Indenizações e Restituições	103.775,24
3.3.3.90.99.00.00	Outras Aplicações Diretas Correntes	33.440,06
3.4.0.00.00.00.00	DESPESAS DE CAPITAL	585.295,41
3.4.4.00.00.00.00	INVESTIMENTOS	585.295,41
3.4.4.90.00.00.00	Aplicações diretas	585.295,41
3.4.4.90.52.00.00	Equipamentos e Material Permanente	585.295,41
3.4.4.90.52.99.00	Outros equipamentos e material permanente	585.295,41
Despesa Total (inclui Inativos)		127.997.807,31
Despesa Total exceto Inativos		127.997.807,31

Fonte: Elaboração do autor com dados do SIOPS (2013).

Tabela 14 - Despesa liquidada em 2011 de Caxias do Sul

Código do Item	Nome do Item	Despesa Liquidada 2011
3.3.0.00.00.00.00	DESPESAS CORRENTES	218.378.262,70
3.3.1.00.00.00.00	PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS	81.873.640,34
3.3.1.90.00.00.00	Aplicações Diretas	70.430.928,75
3.3.1.90.10.00.00	Outros Benefícios de Natureza Social	65.547.589,07
3.3.1.90.11.00.00	Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil	57.076.581,01
3.3.1.90.11.01.00	Vencimentos e Salários	57.076.581,01
3.3.1.90.11.01.01	Pessoal Ativo	57.076.581,01
3.3.1.90.13.00.00	Obrigações Patronais	1.402.679,68
3.3.1.90.16.00.00	Outras Despesas Variáveis	7.068.328,38
3.3.1.90.16.01.00	Outras Despesas Variáveis - Pessoal Civil	7.068.328,38
3.3.1.90.16.01.01	Pessoal Ativo	7.068.328,38
3.3.1.90.94.00.00	Indenizações e Restituições Trabalhistas	415.482,54
3.3.1.90.99.00.00	Outras Despesas com Pessoal e Encargos	4.467.857,14
3.3.1.91.00.00.00	Aplicações Diretas - Operações Intra-Orçamentárias	11.442.711,59
3.3.1.91.13.00.00	Obrigações Patronais	11.442.711,59
3.3.3.00.00.00.00	OUTRAS DESPESAS CORRENTES	136.504.622,36
3.3.3.30.00.00.00	Transferências a Estados e ao Distrito Federal	128.371,50
3.3.3.30.00.00.99	Outras Transf. a Estados e ao DF	128.371,50
3.3.3.50.00.00.00	Transf. Instit. Priv. sem fins lucrativos	14.362.294,38
3.3.3.50.43.00.00	Subvenções Sociais	14.362.294,38
3.3.3.90.00.00.00	Aplicações diretas	122.013.956,48
3.3.3.90.30.00.00	Material de Consumo	13.907.046,94
3.3.3.90.30.09.00	Medicamentos	5.718.747,46
3.3.3.90.30.09.01	Medicamentos usados em unidades de saúde	351.849,38
3.3.3.90.30.09.02	Medicamentos distribuídos para uso domiciliar	5.366.898,08
3.3.3.90.30.10.00	Material Odontológico	291.987,80
3.3.3.90.30.35.00	Material Laboratorial	2.193.193,06
3.3.3.90.30.36.00	Material Hospitalar	2.568.673,72
3.3.3.90.30.99.00	Outros Materiais de Consumo	3.134.444,90
3.3.3.90.33.00.00	Passagens e Despesas de Locomoção	248.793,04
3.3.3.90.35.00.00	Serviços de Consultoria	2.800,00
3.3.3.90.36.00.00	Serviços de Terceiros Pessoa-Física	2.477.598,54
3.3.3.90.36.99.00	Outros Serviços Técnicos Profissionais	2.477.598,54
3.3.3.90.36.99.01	Out Serv Eventuais e/ou Contrat Tempo Determinado	2.477.598,54
3.3.3.90.39.00.00	Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica	101.498.501,63
3.3.3.90.39.17.00	Manut. e Conserv. de Máq. e Equip.	322.415,54
3.3.3.90.39.43.00	Serviços de Energia Elétrica	976.750,00
3.3.3.90.39.47.00	Serviços de Comunicação em Geral	22.044,00
3.3.3.90.39.50.00	Serv. Médico, Hosp., Odont. e Labor. (SIA/SIH)	72.383.698,42
3.3.3.90.39.50.01	Serviços prestados em unidades hospitalares	40.199.608,59
3.3.3.90.39.50.02	Serviços prestados em unidades ambulatoriais	32.184.089,83

3.3.3.90.39.99.00	Outros Serviços de Terceiros-Pessoa Jurídica	27.793.593,67
3.3.3.90.39.99.02	Serviços de Terceiro do PSF	10.185.545,32
3.3.3.90.39.99.03	Outros Serv. de Terceiros PJ	17.608.048,35
3.3.3.90.91.00.00	Sentenças Judiciais	279.217,99
3.3.3.90.92.00.00	Despesas de Exercícios Anteriores	330.490,46
3.3.3.90.93.00.00	Indenizações e Restituições	172.418,92
3.3.3.90.99.00.00	Outras Aplicações Diretas Correntes	2.902.550,86
3.4.0.00.00.00.00	DESPESAS DE CAPITAL	3.751.430,27
3.4.4.00.00.00.00	INVESTIMENTOS	3.751.430,27
3.4.4.30.00.00.00	Transferências a Estados e ao DF	388.277,27
3.4.4.90.00.00.00	Aplicações diretas	3.363.153,00
3.4.4.90.51.00.00	Obras e Instalações	735.920,53
3.4.4.90.52.00.00	Equipamentos e Material Permanente	2.616.915,47
3.4.4.90.52.08.00	Aparelh, equip., utens médico-odontol, lab e hosp	449.210,65
3.4.4.90.52.99.00	Outros equipamentos e material permanente	2.167.704,82
3.4.4.90.92.00.00	Despesas de Exercícios Anteriores	10.317,00
Despesa Total (inclui Inativos)		222.129.692,97
Despesa Total exceto Inativos		222.129.692,97

Fonte: Elaboração do autor com dados do SIOPS (2013).