

Code: S17-BR

CALASS 2016 Brasilia,21, 22 e 23 - 07 - 2016	
Tipo de resumo (Comunicação oral ou poster)	Comunicação oral
Sessão organizada (eventual)	Sessão 44 - Financiamento de Sistemas de Saúde: perspectiva de custos para alocação de recursos
Tema específico	Financiamento de serviços de saúde
Titulo comunicação/Poster	
Autor/es	Janice Dornelles de Castro*;Angelo Zortea**;Bruna Jung;Eduardo Tillman*;Elizandra Groders*;Gabriela Benke*, Maiara Mascarello*
Filiação institucional (para cada autor)	*Universidade Federal do Rio Grande do Sul- Faculdade de Ciências Econômicas; **Universidade Federal do Paraná – Programa de Pós Graduação em Desenvolvimento.
Palavras chave	
Texto (400-800 palavras) - os objetivos de investigação; - o contexto e a descrição do problema ; - as teorias, os métodos, os modelos e os materiais utilizados; - os resultados e a discussão; - a contribuição/o interesse da comunicação em relação ao estado da arte e às práticas atuais	<input type="checkbox"/> Texto em anexo
Nome do autor de referência	Janice
Sobrenome do autor de referência	Castro
Instituição	Universidade Federal do Rio Grande do Sul- Faculdade de Ciências Econômicas
Qualificação	Doutorado
Endereço profissional	Av. Joao Pessoa 52, sala 28A.
Cidade e CEP	Porto Alegre.
Estado	Rio Grande do Sul
Telefone	051- 99573547
Email	Janice.castro@ufrgs.br

Discussão e desenvolvimento da estratégia metodológica para construção de instrumento de gestão de custos da atenção básica

Resumo

Este artigo teve por objetivo apresentar a proposta de instrumento elaborado para calcular os custos da atenção básica (AB) no Brasil. Nesta etapa do trabalho o foco foram as definições metodológicas para estabelecer os critérios para a definição da amostra dos municípios, para orientar a elaboração da revisão bibliográfica, para obter dados para o cálculo dos custos dos serviços de atenção básica, para definir os indicadores que poderão ser usados. Discutimos a dificuldade de acesso e normatização das informações e propusemos algumas soluções. Foi identificado através da revisão bibliográfica o Sistema de Informações de Custos (SIC) método usado pelo governo federal para apropriar custos e escolhido como o adequado para utilizar para o cálculo dos custos da atenção básica nos municípios. Foram apresentada sugestão de indicadores e apresentadas algumas informações sobre os municípios do Rio Grande do Sul.

Palavras - Chave

Custos da atenção básica; Sistema de Informações de Custos (SIC); Gestão de Custos.

Resumen

Este artículo pretende presentar la propuesta de un instrumento diseñada para calcular los costos de la atención básica (AB) en Brasil. En esta etapa de la obra el enfoque eran las definiciones metodológicas para establecer los criterios para la definición de la muestra de municipios, para orientar la preparación de una revisión de la literatura, para obtener datos para el cálculo de los costos de los servicios básicos, para definir los indicadores que pueden utilizarse. Discutimos la dificultad de acceso y normalización de la información y las soluciones propuestas. Fue identificado a través de la revisión de la literatura costo sistema de información (SIC) método utilizado por el gobierno federal para tomar los costes de propiedad y elegido como apto para el uso para el cálculo de los costos de la atención básica en los municipios. Se presentaron indicadores sugeridos y presentó información sobre los municipios de Rio Grande do Sul.

Palabras clave

Costo de la atención básica; Sistema de información de costos (SIC) ;Gestión de costos

1. Introdução

Este artigo é resultado de uma pesquisa maior, sendo aqui apresentados os resultados parciais de um dos módulos ou subprojeto que a compõe. O projeto maior, o *Financiamento de sistemas de saúde: prospecção e custos para alocação de recursos* está sendo desenvolvido por meio de nove módulos (seis finalísticos e três estruturantes) interdependentes, com diferentes temáticas, visando construir respostas para as questões finalísticas: **(1) Como Calcular os custos em cenários distintos?** (2) Qual a necessidade da população com potencial demanda para saúde quantificada e qualificada? (3) Como atender a demanda?(4) Onde atender a demanda? (5) Quais os preços e gastos em saúde e respectivos condicionantes? (6) Qual o impacto do sistema de saúde para economia local?Para o desenvolvimento do subprojeto de forma sustentável, os módulos estruturantes deverão trabalhar três temáticas: (7) Aprendizagem em Economia da Saúde; (8) Tecnologias de Comunicação e Informação- TIC e (9) Gestão por Projetos e Gestão em Saúde.

O estudo tem seu foco nos custos na atenção básica do sistema único de saúde, por isso na **primeira etapa** foi realizado um estudo exploratório para indicar o caminho adequado para a formulação de metodologia capaz de responder essa pergunta, aqui estamos apresentando o resultado do piloto deste módulo.

A proposta do SUS é usar o planejamento para organizar e distribuir os serviços conforme a necessidade da população. Esses serviços são gratuitos e o atendimento é universal e organizado regionalmente. Os serviços são hierarquizados conforme a sua complexidade tecnológica. A rede básica é a porta de entrada do sistema e deve garantir o atendimento ambulatorial básico e o desenvolvimento das ações de saúde pública. Nesse modelo, a saúde é considerada um direito do cidadão.

O processo de descentralização da saúde tomou maior impulso a partir da promulgação da Constituição Federal em 1988 e da conseqüente aprovação das Leis nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990, as quais preveem, entre outras coisas, a descentralização e o repasse de recursos financeiros para os estados e os municípios (MÉDICI, 1995; PIOLA, 1995). A descentralização e o repasse foram realizados através da contínua absorção de novas e caras tecnologias que trouxeram a discussão sobre custos da atenção para a ordem do dia (CASTRO, 2000; SILVA JÚNIOR, 1998; SCHRAIBER, 1995). O impacto desse processo se refletiu em grandes investimentos em infraestrutura assistencial (obras e equipamentos) que tinham como característica ser marcadamente desigual entre as regiões, favorecer a criação de serviços privados através de financiamento público e organizar um sistema de saúde mais focado na oferta de serviços que na demanda.

Conhecer os custos do sistema de saúde é conseqüentemente uma condição para a adequada condução das políticas públicas de financiamento e distribuição de recursos que pretendam garantir a equidade. Mas como responder à pergunta de "Como calcular os custos da atenção à saúde em cenários distintos?"

Uma pergunta de resposta intrincada, pois o sistema de saúde é composto por diversos níveis de complexidade e os resultados ou produtos desse complexo processo de produção são muito diversos, além disso, não podemos esquecer os diferentes cenários que um país de dimensões continentais é capaz de produzir. Por isso, propomos circunscrever o estudo a

atenção básica em saúde e aos resultados ou produtos decorrentes dessas ações, nos diferentes cenários.

Essa delimitação, no entanto, ainda não é suficiente, pois é preciso responder como calcular os custos, o que nos leva necessariamente a discussão e comparação de diferentes metodologias para calcular os custos, qual seria a mais adequada. Outra questão surge quando nos deparamos com a origem privada das técnicas de avaliação de custos, como fazer para adequar ao setor público? E qual a importância de calcular o custo de um bem que não será vendido? E por fim, seria possível, qual a metodologia mais adequada e quais variáveis devem ser selecionadas para elaborar diversos modelos, representando os diversos cenários possíveis de organização da atenção básica no Brasil e a necessidade de recursos para sustentá-los.

Hipótese

O cálculo do custo de produtos e serviços produzidos pelo setor público pode ser realizado utilizando informações disponíveis nos orçamentos públicos e no Ministério da Saúde. O resultado poderá estimar o retorno para a comunidade de um determinado gasto e, assim ser um instrumento para auxiliar na definição do montante de recursos disponibilizados para o setor e determinar as prioridades dos governos.

Objetivo Geral

Conceber modelo dinâmico para a apuração e prospecção de custos da atenção básica em diferentes territórios e realidades.

Objetivos Específicos

- a) Elaborar a revisão bibliográfica sobre custos da atenção básica.
- b) Propor metodologia para calcular custos da AB para os municípios no Brasil

2. Estratégia metodológica.

É um estudo quantiqualitativo de informações sobre gastos municipais. O critério de escolha dos municípios está descrito a seguir e considera o porte populacional, a diversidade regional e o escopo de ações previstas na PNAB (Política Nacional de Atenção Básica) e RENASES (Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde) e principalmente e foi determinante na escolha, a disponibilidade das informações. A escolha do sistema de apuração de custos e do período estudado foi definida de acordo com os mesmo critérios, mas prioritariamente orientados pela proposta do Sistema de Informações de Custos do Governo Federal - SIC, utilizando dados dos orçamentos públicos municipais. Foram utilizados dados secundários, do Ministério da Saúde, do IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, do Tribunal de Contas do RS.

2.1. Critério para a definição da amostra de municípios

A primeira tentativa de definição da amostra buscava identificar através dos quinze subprojetos do QualiSUS-Rede nas diferentes regiões do Brasil, quais os municípios que teriam apenas atenção básica, ou seja, não teriam estabelecimentos de média e alta complexidade. Quando os subprojetos não possuíam esta informação, utilizamos os dados disponíveis no site do Datasus. Os critérios de seleção e exclusão usados foram a existência de: estratégia e saúde da família, clínicas e ambulatórios especializados, hospitais, e estabelecimentos de média complexidade.

O objetivo da análise era excluir da amostra os municípios que tivessem serviços de alta e média complexidade, ficando apenas aqueles que possuíam apenas serviços de atenção básica - estratégia da saúde da família. A análise, realizada com dados de várias regiões do Brasil, retornou um pequeno número de municípios, e em alguns casos, não retornou nenhum município. Neste momento ficou decidido que não seria possível trabalhar com uma amostra composta somente por municípios da área de abrangência dos projetos QualiSUS – Rede.

Numa segunda tentativa de definição da amostra de municípios do Brasil que tivessem apenas AB, foi usado o código do IBGE, para identificar aqueles que constam na tabela do SISMAC¹ (Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade). Neste caso, os municípios possuem ou possuíam programação de transferências de média e alta complexidade, observado pelo o tipo de repasse financeiro no ano de 2015, foram excluídos da amostra. Os resultados obtidos usando os dados do SISMAC se mostravam coerentes e para validá-los, foram comparados com os dados do Fundo Nacional de Saúde - FNS que apresenta os valores repassados aos municípios por bloco (assistência farmacêutica, atenção básica, gestão do SUS, investimento, média e alta complexidade ambulatorial e hospital e vigilância em saúde).

Contudo, chegou-se a um consenso, juntamente com outros membros da equipe do projeto, em usar os dados do FNS 2014, pois estes retornavam uma amostra menor reduzindo as chances de erro, como também pelo fato dos dados do SISMAC 2015 terem sido coletados antes do encerramento do ano. No entanto, os estados de Rondônia, Amapá, Ceará, Rio Grande do Norte, Alagoas, Pernambuco, Rio de Janeiro e Mato Grosso não retornaram nenhum município e outros estados como: Paraíba, Sergipe, Espírito Santo, São Paulo e Mato Grosso do Sul retornaram um número pequeno de municípios sem média e alta complexidade impossibilitando a utilização desse método para definição da amostra.

A análise utilizando os dados do FNS 2014 apresentou valores semelhantes aos encontrados na análise utilizando os dados do SISMAC 2015, para a maioria dos estados, retornando valores zerados para os mesmos estados e também um número pequeno de municípios sem média e alta complexidade para os mesmos estados encontrados na análise dos dados SISMAC 2015. As exceções ficaram para os estados de Roraima, Maranhão, Piauí, Bahia

¹ O SISMAC foi desenvolvido para acompanhar os recursos federais, destinados ao custeio de ações e serviços de saúde do Bloco de Financiamento da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, que serão transferidos aos estados/municípios, de forma automática fundo a fundo, observando os atos normativos específicos referentes a cada bloco e as referências constantes da Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde – PPI (BRASIL, 2015).

que apresentaram valores bastante diferentes dos encontrados nos dados do SISMAC. Como o método para alguns estados não retornou municípios para compor a amostra e para outros retornou um número pequeno de municípios sua utilização foi colocada em questionamento.

Devido ao insucesso dos métodos utilizados anteriormente para a definição da amostra foi sugerida a utilização do CNES. Foram realizadas duas filtrações diferentes por tipo de estabelecimento, com critérios pré-estabelecidos. O CNES apresentava 36 tipos diferentes de estabelecimentos e um total de 5.597 municípios no Brasil. Estes estabelecimentos foram classificados como de média e/ou alta complexidade, atenção básica ou sem definição pela equipe. A partir desta classificação foram então excluídos da amostra, num primeiro momento, todos os municípios com estabelecimentos de média e alta complexidade. O método retornou uma amostra de 66 municípios para essa primeira filtração.

Num segundo momento, foram excluídos da amostra todos os municípios com estabelecimentos de média e alta complexidade e mais os estabelecimentos sem definição, supondo estes também serem de média e/ou alta complexidade, resultando um total de 53 municípios para a segunda filtração contemplando em ambas as diferentes regiões do Brasil. Devido ao pequeno número de municípios selecionados, em ambas as filtrações, se comparado com o total de municípios brasileiros, o método para definição da amostra foi desconsiderado.

Outra tentativa foi utilizar as informações do STN, onde estão disponíveis dados da execução orçamentária de todos os estados brasileiros para o período de 1995-2011, mas os valores não estão discriminados por municípios. Esses dados podem ser acessados no seguinte endereço: http://www3.tesouro.fazenda.gov.br/estatistica/est_estados.asp

Por fim, foi decidido que nesta primeira etapa seriam utilizadas as informações no site do Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul, onde estão disponíveis dados de despesas detalhada de todos os municípios para vários anos. Com base nessas informações pretendemos propor uma metodologia de custos para os municípios do Brasil.

Os dados usados estão disponíveis no site do TCE “Portal de Dados Abertos” que através da seleção da aba “Grupos” apresentam as despesas da saúde de 2005 a 2014 para todos os municípios do estado, por ano. É possível localizar através dos dados consolidados, que apresenta informações de todos os órgãos jurisdicionados do TCE-RS para um determinado período (ano), as despesas da atenção básica por elemento de despesa de todos os municípios do estado. Tendo definida a base de dados era necessário validar os dados do TCE-RS comparando como os valores encontrados no SIOPS(Sistemas de Orçamentos Públicos em Saúde) e FINBRA (Finanças do Brasil). Foram comparadas as despesas totais em saúde do banco de dados do TCE-RS, do FNS e do SIOPS de 5 municípios gaúchos selecionados ao acaso a partir da amostra de 250 municípios do RS que possuíam apenas AB.

A definição dos 5 municípios foi feita através de sorteio, considerando cinco faixas de população: até 10.000 habitantes, entre 10.001 – 20.000 habitantes, entre 20.001 e 30.000 habitantes, entre 30.001 e 40.000 habitantes e mais de 45.000 habitantes. Os dados do TCE-RS analisados aqui são compostos pelos gastos do Poder Executivo Municipal para Função Saúde, com destaque para suas principais Subfunções, nos termos da Portaria MOG nº 42, de 14 de abril de 1999. Os valores apresentados correspondem ao total da despesa liquidada no exercício. As informações apresentadas são oriundas do Sistema de Informações para Auditoria

e Prestação de Contas - SIAPC e estas não foram analisadas pelo TCE e são de responsabilidade exclusiva de cada Órgão.

Conforme tabela abaixo, podemos verificar que as despesas totais em saúde dos 5 municípios são semelhantes quando comparados os dados do TCE-RS e do SIOPS em todo o período observado, de 2004 a 2014.

Tabela 1. Comparativo das despesas totais e da atenção básica dos 5 municípios sorteados para o período de 2004 a 2014.

Município	Despesas	2004		2005		2006		2007		2008		2009
		Total	AB	Total	AB	Total	AB	Total	AB	Total	AB	Total
A	TCE	1.252.870,37	1.067.487,36	1.261.541,12	1.112.968,69	1.262.518,31	1.155.761,50	1.375.711,26	1.257.926,92	1.659.495,94	1.558.519,12	1.898.158,92
	SIOPS	1.211.327,65	-	1.218.083,36	-	1.263.603,85	-	1.375.711,26	-	1.566.095,94	-	1.898.158,92
	FNS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
B	TCE	2.284.609,16	187.251,25	2.051.236,15	166.126,24	2.390.142,39	2.048.568,50	2.995.093,74	2.996.208,84	3.757.691,25	3.710.683,04	4.259.140,29
	SIOPS	2.095.698,14	-	2.110.761,86	-	2.277.651,84	-	2.909.743,75	-	3.634.397,96	-	4.001.370,62
	FNS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
C	TCE	2.450.270,46	262.554,63	2.752.463,59	2.663.722,11	3.299.148,16	3.163.119,15	3.456.472,17	3.412.983,17	3.855.085,47	3.837.720,20	4.277.872,51
	SIOPS	2.414.238,65	-	2.557.596,33	-	3.214.339,15	-	3.370.479,36	-	3.578.275,10	-	4.001.381,92
	FNS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
D	TCE	3.931.300,96	3.900.824,34	5.161.752,05	5.059.032,58	7.145.051,13	7.087.127,13	6.591.191,17	6.539.652,45	9.353.511,34	9.282.923,12	11.160.794,29
	SIOPS	3.901.379,43	-	5.158.430,69	-	7.145.012,21	-	6.473.015,37	-	9.011.612,10	-	10.910.882,57
	FNS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E	TCE	7.413.173,25	1.127.773,87	8.059.792,86	1.338.305,28	9.298.803,30	1.338.305,28	10.494.215,75	1.649.806,50	12.450.289,57	2.056.455,52	14.636.894,94
	SIOPS	7.286.979,27	-	8.313.704,98	-	9.053.196,23	-	10.304.684,03	-	12.212.848,46	-	14.573.786,67
	FNS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do TCE-RS, SIOPS e FNS. Disponível em: <http://www1.tce.rs.gov.br/porta/page/porta/tcers/>; <http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/deftohtm.exe?SIOPS/serhist/municipio/indicRS.def> e <http://www.fns.saude.gov.br/indexExterno.jsf>

O FNS apresenta dados das despesas totais em saúde por município somente para o período de 2009 a 2014 e os valores são totalmente diferentes dos encontrados pelo TCE e SIOPS, pois aqueles abrangem apenas as transferências do governo federal para os estados e municípios. A mesma tendência é observada nos dados do FNS para as despesas da atenção básica.

Quanto às despesas da atenção básica, no período de 2004 a 2008, estas foram encontradas por município e por ano apenas no site do TCE não sendo possível realizar comparações para validação. As despesas totais em saúde no período de 2009 a 2014 são bastante semelhantes quando comparados os dados do TCE-RS e do SIOPS validando esses dados.

2.2. Critérios para a revisão bibliográfica

Para a seleção dos artigos a compor a revisão bibliográfica, foi feita uma pesquisa através do Portal de Periódicos da Capes nas bases de dados virtuais, Scopus, Google Acadêmico, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e Web of Science.

Ao longo do processo, realizaram-se diversas modificações na estratégia de buscas, tomando o cuidado de sempre manter as principais palavras-chave: custos, análise de custos, programa de saúde da família, estratégia de saúde da família, atenção básica, atenção primária em saúde e sistema público de saúde. Não houve restrição temporal ou de linguagem e deu-se preferência a artigos revisados por pares. Todas as buscas resultaram em uma quantidade de artigos maior do que a esperada, o que dificultou a seleção dos mesmos; o critério de exclusão foi a leitura dos resumos pelo grupo de pesquisa e foram selecionados os artigos considerados como relevantes pelo tratamento da temática custos da atenção básica, além disso, foi considerada a variável tempo e capacidade disponível do grupo para a leitura e elaboração de resenhas.

Aos artigos destacados como potencialmente relevantes durante o período de buscas, foram somados textos do conhecimento prévio dos integrantes do grupo e que possivelmente interessariam à pesquisa em questão. No total, então, obtiveram-se 44 estudos. Para apurar a seleção, os resumos de cada publicação foram lidos e discutidos em grupo e, após tal procedimento, 13 artigos foram considerados mais importantes.

2.3. Critérios para obter dados para o cálculo dos custos dos serviços de atenção básica

A metodologia a ser aplicada para obter os dados para o cálculo dos custos dos serviços de atenção básica, propõe extraí-los a partir dos dados orçamentários. Assim, segue a utilizada para concepção do Sistema de Informação de Custos do Governo Federal (SIC). O SIC foi criado em 2010 pelo Ministério da Fazenda através da Secretaria do Tesouro Nacional (STN) e serve de apoio à gestão dos órgãos federais, bem como ferramenta de planejamento e elaboração de orçamento. Os principais pontos metodológicos estão apresentados em Machado (2005) e Machado e Holanda

(2010). A elaboração dos conceitos objetiva compatibilizar a apuração de custos às especificidades da contabilidade pública para melhor extrair dela as informações de forma fidedigna ao conceito de custo.

2.4. Critérios para definir os indicadores

Os indicadores definem o sentido e alcance de um projeto e medem o sucesso dos objetivos. Devem ter confiabilidade, ou seja, diferentes avaliadores devem obter os mesmos resultados ao medir com os indicadores propostos. Devem ser válidos para medir precisamente aquilo que se deseja as mudanças específicas que possam ser atribuídas à ação não a outras variáveis. Devem explicar-se de forma clara e precisa. E assumem uma forma independente para cada objetivo ou fase, ou seja, indicadores de produto não podem medir o impacto. É unidade que permite medir o alcance de um objetivo específico

Consideramos que a estrutura básica onde se dá a ofertar serviços de atenção básica em saúde deve ser a unidade básica de análise desta pesquisa, no caso serão os estabelecimentos, equipes ou profissionais, dependendo da disponibilidade da informação. O objetivo é construir indicador por usuário, (ex. custo per capita de um dentista), consideramos que o mais adequado é usar as informações por população coberta e não pela população total.

2.4.1 Indicadores de Insumos

Os relatórios do PMAQ 2013 disponibilizam as informações por estabelecimento, levando em consideração as características estruturais, horário de funcionamento, infraestrutura, equipamentos e materiais, insumos, equipamentos de tecnologia, veículos e medicamentos, os últimos são informados não em termos de quantidade absoluta, mas se disponível em quantidade suficiente.

2.4.2 Indicadores de Atividades

São os serviços de saúde prestados, o objetivo é construir indicadores per capita e por trabalhador na área de saúde.

No CNES podemos obter as informações por estabelecimento (não por equipe), com horas no ambulatório e procedimentos realizados.

No sitio do DATASUS é possível obter a informação da produção ambulatorial do SUS em relação a procedimentos em AB no seguinte recorte: 1. Ações de promoção e prevenção em saúde; 2. Procedimentos com finalidade diagnóstica; 3. Procedimentos clínicos; 4. Procedimentos cirúrgicos; 8. Ações complementares da atenção à saúde.

2.4.3 Indicadores de Resultado

Neste caso é interessante que os indicadores possam medir o efeito em cada população alvo (ex.: população geral, crianças, adultos, gestantes, idosos). No sitio do

DATASUS, nos indicadores dos Cadernos Municipais Indicadores e Dados Básicos (anual 1997-2012). Estão disponíveis as seguintes informações:

- **População:** coberta (total e %), média mensal de visitas por família;
- **Crianças:** % com esquema vacinal básico em dia; % com aleitamento materno exclusivo; % cobertura consultas pré-natal; taxa mortalidade infantil por diarréia, prevalência de desnutrição (<2a); taxa hospitalização: por pneumonia e desidratação (<5a).
- **Adultos e idosos** (por nº de atendimentos): diabetes; hipertensão arterial; tuberculose; hanseníase; DST/AIDS)
- **Número de casos** de: Valvulopatia reumática (5 a 14 anos); AVC; Infarto; DHEG (doença hipertensiva específica da gravidez);doença homolítica pernilal; fratura colo fêmur; meningite tuberculosa; hanseníase grau II e III; citologia oncótica NIC III
- **Óbitos <70 anos:** cardíaco; colo de útero; transporte; agressões.
- **Critério assistencial:** saúde da família, meta sispacto, samu, upa; regulação, internações neonatais, partos (nasc. vivos), cirurgias cardíacas
- **Outros Indicadores:** demográficos; socioeconômicos; mortalidade; morbidade; fatores de risco; recursos;cobertura.

2.4.4 Indicador de Impacto

Neste caso, deve ser avaliada a variação dos indicadores de resultados no tempo. Neste caso, as informações devem ser controladas por: a- **Situação de Saneamento:** abastecimento de água, tipo de coleta do lixo, tipo escoamento do esgoto, tipo de casa (tijolo/taipa etc.), tratamento da água.

B - **Situação Demográfica e Socioeconômica:** evolução populacional, escolaridade, renda, PIB per capita, IDHM; Longevidade; Esperança de Vida.

Os dados são muitos, variados e disponíveis, mas como construir os indicadores com base nessas informações?

Utilizar os procedimentos realizados, disponíveis no DATASUS pode ser um problema, pois são muitos e bastante heterogêneos, como atribuir o custo para cada tipo de procedimento? Como fazer o rateio dos custos entre tipos diferentes de procedimentos?

Utilizar apenas os procedimentos relativos à atenção básica, por tipo de profissional, considerando seus salários e a importância deste procedimento no conjunto de procedimentos e atribuir pesos, pode ser um início.

Como se pode observar foram muitos os problemas encontrados para a definição da metodologia deste trabalho, pois em que pese existam muitos dados disponíveis, o objetivo é utilizar informações que já estivessem organizadas e disponíveis, tivemos dificuldades de encontrar no formato e qualidade adequados por isso a escolha por

trabalhar inicialmente com um estado e numa segunda etapa avançar na discussão da disponibilidade da informação para outros estados da federação.

3. O sistema de custeio para o setor público federal no Brasil ²

No Brasil existe a regulamentação sobre sistemas de informação de custos no setor público desde 1964, através das leis 4320/1964 arts 85,89 e 99, também legisla sobre o tema a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, art 74. e as Leis Complementares: Lei de responsabilidade Fiscal- 101/2000- Lei 10524 de 2002, Lei 11514 de 2007, Lei 9724 de 1998 e Lei 10524 de 2002, a constatação do não cumprimento da legislação existente levou o Tribunal de Contas da União a emitir o acórdão 1078 de 2004. Após a emissão desse acórdão foi criada uma Comissão Interministerial com o objetivo de propor diretrizes, métodos e procedimentos para subsidiar a implantação de sistemas de custos na administração pública no Brasil através da Portaria interministerial 945/2005 (CARDOSO, 2011:1569)

O propósito da Comissão interministerial de custos foi de "elaborar estudos e propor diretrizes, métodos e procedimentos para subsidiar a implantação de sistemas de custos na administração pública federal." (2005:1). Identificou algumas experiências pioneiras com sistemas de custos como do Comando da Aeronáutica, Organizações Militares Prestadoras de Serviços do Comando da Marinha, Siscustos do Comando do Exército, Sicroton - CNPQ, Sescu - MEC, Banco Central, Inmetro e Empraba. Acredita que um sistema de custos deva servir para "melhorar o aproveitamento de recursos públicos" no "contexto de restrição fiscal" tendo como outros benefícios: otimização de resultados, maior qualidade e transparência do gasto público, redução do desperdício, aprimoramento da qualidade do produto oferecido ao cidadão, aperfeiçoamento da gestão pública e melhor desempenho institucional.

A Comissão propôs a formulação de proposta de política de custos para a administração pública federal de maneira a ampliar a responsabilização dos gestores pelas despesas de sua unidade. Essa política deverá ter como objetivos: implantar sistemas de custos para cumprir a legislação vigente; otimizar o desempenho dos órgãos e entidades e fomentar uma "cultura de custos" em toda a administração federal. No entanto, o relatório da Comissão identifica que: (a) a cultura de custos é ainda incipiente no serviço público; (b) que a existência de legislação não garante a implantação de sistemas de custos e uso das informações pelos gestores; (c) que ações para a redução dos custos não determinam, necessariamente, a sua diminuição, pois a estrutura dos custos é predeterminada quando da formulação do programa de governo ou criação da estrutura organizacional; (d) que a diversidade e complexidade das realidades organizacionais exigem a não padronização de sistemas de custos; (e) que é fundamental a participação dos gestores na elaboração dos sistemas de custos;

² Este capítulo elaborado por Janice Dornelles de Castro e utilizado na disciplina de Gestão estratégica de custos em saúde do CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ECONOMIA DA SAÚDE, realizado pela USP /Hospital Samaritano/ Ministério da Saúde .no ano de 2012.

(f) que a criação de indicadores requer a comparabilidade, portanto padrões mínimos devem ser estabelecidos; (g) que incentivos adequados podem levar a mudança de padrões comportamentais de custos; (h) que devem ser preservadas as iniciativas pioneiras.

Ao final o relatório da comissão sugere que sejam privilegiados os processos de trabalho críticos, sendo que a fase fundamental de atuação deve ser na formulação dos programas quando é possível intervir na determinação dos custos. O sistema de custos deve ser abrangente, incluindo todos os órgãos e entidades federais. A implantação do sistema deve ser gradual identificando inicialmente um conjunto básico de indicadores, elaborando sistemas de custos sob a responsabilidade de cada órgão e entidade, e por fim, consolidando esses sistemas de custos como modelo de gestão baseado em custos e resultados. Deve ser flexível na escolha do método de custeio que deve ser vinculado ao objeto de custeio e definição das rotinas operacionais de cada um. Considera importante a institucionalização criando um órgão central de custos, a capacitação permanente e para a gestão do conhecimento das informações de custos.

A Comissão interministerial de custos foi formada por grupos de trabalho cujo propósito foi de estabelecer a estrutura conceitual para a informação de custo no setor público no Brasil, tendo como objetivo melhorar a qualidade da informação de custos dos relatórios e permitir a comparabilidade tanto no tempo, quanto entre as entidades, além de incentivar a ampliação da utilização desses sistemas de custos nas entidades públicas no país, além disso, adequar as regras internas às estruturas conceituais propostas internacionalmente pelo International Accounting Standard Board (IASB) e pelo Financial Accounting Standard Board (FASB). (CARDOSO, 2011:1566)

Apesar de existir a coerção externa, para a implantação desses sistemas as conclusões da Comissão Interministerial são de que é necessário o convencimento dos usuários da relevância e utilidade desse tipo de informação, sendo assim obrigar a implantação dos sistemas de custo não levaria necessariamente a utilização de suas informações para fins gerenciais e de controle. Além disso, não existe consenso sobre o melhor conteúdo da estrutura do sistema de custos apropriado para o setor público (CARDOSO, 2011:1571). Portanto, o objetivo foi de formular regras gerais que dessem "suporte e guia" a implantação de sistemas de informação de custo no setor público no Brasil. A comissão interministerial definiu três questões relevantes que devem ser consideradas para as informações de custos: (a) regime de competência de acordo com as regras internacionalmente adotadas pelo IPSASB e IPSAS (b) flexibilização permitindo a comparabilidade, portanto inicialmente as informações seriam num nível mais básico e agregado e (c) gradualismos na implantação, atendendo inicialmente parcela das informações e não criando novos dados nos sistemas de informações existentes, ou seja, mensurar os custos com base nas informações existentes.

Como não havia consenso sobre o melhor método de custeio que deveria ser utilizado pelo setor público sugere-se que a regulamentação não seja restritiva, pois o

método deve ser adequado ao objeto que está sendo avaliados, nessa medida pode ser mais adequado o sistema por absorção, o sistema ABC ou ainda outros métodos como o custo padrão.

De qualquer forma, os sistemas de custeio não são capazes de captar diversos tipos de informações relevantes para a tomada de decisão como os custos de oportunidade, da informação, da qualidade. (CARDOSO, 2011: 1581)

Após inúmeras discussões foi implantado o Sistema de Custos na administração pública federal do Brasil em 2010. Esse sistema foi resultado das discussões ocorridas na Comissão Interministerial de Custos e, especialmente da oficina de trabalho realizada pelo Ministério da Fazenda em outubro de 2008, chamada "Sistemas de custos na administração pública: modelo conceitual e estratégia de implementação", nesse evento ficaram definidas a atribuição do Ministério da Fazenda como responsável pela implantação do sistema para os três poderes do governo federal: executivo, legislativo e judiciário, também foram realizadas algumas modificações em relação a proposta feita no relatório final, quais sejam a de gradualismo e flexibilidade. Nessa oficina ficou definido que haveria a realização de duas etapas concomitantes, uma macro e outra micro: a macro discutindo a questão sistêmica mais geral e a micro as especificidades físicas e operacionais de cada entidade, promovendo a integração entre os sistemas orçamentário, contábil e o de informações em custos.

Assim foi proposta a criação do Sistema de Custos do Governo Federal - SIC, como um sistema de apoio a gestão, cujos principais objetivos são garantir maior eficiência ao processo alocativo, maior eficiência operacional, auxiliar da definição de preços públicos e taxas, e ainda subsidiar o processo de planejamento e ornamentação e apoiar decisões gerencias (Machado, 2010:797)

A primeira adaptação foi feita em relação aos conceitos de custo e despesa. Na contabilidade empresarial são considerados custos todos os gastos para a produção de um produto, até sua finalização, depois dessa etapa são consideradas despesas. No setor público os orçamentos definem a fixação da despesa, empenho liquidação e pagamento. Ficou definido que despesas orçamentárias liquidadas equivalem a custos e gastos correspondem aos valores liquidados, mas existem situações que exigem ajustes (liquidação forçada, estoques e despesas de exercícios anteriores). Assim como gastos com obras e conservação e adaptação de bens imóveis ficou classificado como investimento, para maiores detalhes ver artigo de Machado e Holanda, 2010, RAP.

Com relação à escolha do sistema custos mais adequado, foi escolhido para a análise macro o sistema de custeio direto, pois de acordo com a Comissão, se adaptava melhor aos sistemas de informações orçamentárias, sem haver necessidade de maiores adaptações sendo possível a implementação mais rapidamente. Esses sistemas como sabemos não exige a realização de rateios. No entanto, para etapa micro cada entidade poderá escolher o sistema de custeio mais adequado as suas necessidades.

No entanto o passo mais importante foi dado e criado o sistema que busca utilizar as informações do sistema orçamentário e criar informações de custos, relacionando as políticas públicas os recursos e atividades. Como esse deve ser um processo continuado espera-se que seja também aprimorado ao longo do tempo.

4. Resultados e Discussão - Proposta de metodologia para a apuração de custos da AB

A metodologia a ser aplicada para obter a informação de custo a partir dos dados orçamentários segue a utilizada para concepção do Sistema de Informação de Custos do Governo Federal (SIC). Os principais pontos metodológicos estão apresentados em Machado e Holanda (2010), criados para compatibilizar as especificidades da contabilidade pública, portadora de um ciclo específico para as despesas orçamentárias (fixação, empenho, liquidação e pagamento), e melhor extrair dela as informações de forma fidedigna ao conceito de custo. As despesas liquidadas são o ponto de partida para obter os custos dos serviços prestados, pois há nelas a confirmação do direito de recebimento do credor. Elas irão se dividir em dois tipos: investimentos, quando os benefícios ocorrem em períodos posteriores, que futuramente se transformarão em custos; e os custos propriamente ditos, quando forem relacionadas ao fornecimento de bens e serviços para dado ano corrente.

Assim como discutido em Zortea e Castro (2015), a contabilidade vigente na esfera pública é conhecida como “contabilidade de caixa”, onde se lança as movimentações pelas entradas e saídas de recursos do caixa. Já a contabilidade de custos é característica da “contabilidade de competência” onde as movimentações são lançadas quando acontece o fato gerador

Como apresenta Machado e Holanda (2010), há ajustes que precisam ser feitos: quando ocorrem obras em imóveis, pois se beneficiarem mais de um período caracterizam-se como investimento apesar de estarem lançadas em custeio e com os gastos com pessoal, mesmo se aplicados como investimento estarão classificados como despesas correntes. A “liquidação forçada”, que acaba gerando restos a pagar no exercício seguinte, pode ser custo do período se os serviços ocorrerem (água, luz do mês de dezembro) ou não no caso de materiais de consumo em trânsito. As compras de materiais caracterizam-se custos do período se esses foram consumidos no exercício. A conta “despesas de exercícios anteriores” é outro ajuste que deve ser feito pelo mesmo motivo, tendo seu valor retirado da apuração. Há ainda a necessidade de incorporar a depreciação e as provisões de encargos trabalhistas.

Para apuração dos custos é preciso de um método de custeio, sendo eles: o ABC, o de absorção, o custeio direto, custeio pleno e o variável. Os autores apresentam que não há limites legais para a escolha do método, mas veem a adoção do custeio direto, como adota o SIC, a portadora do maior custo-benefício entre eles devido a facilidade de apuração pela ausência de rateios e por estar arraigado no processo da execução orçamentária.

4.1. Entraves à pesquisa devidos às dificuldades encontradas na coleta de dados

4.1.1. Inconsistência dos Sites Vs Continuidade da Pesquisa

Real: os sites do TCE e de outros órgãos consultados (ex.: Siops, Cnes) com frequência sofrem modificações no *layout*, na forma de apresentação dos dados, deixam de ser atualizados ou até mesmo migram para outras plataformas, dificultando a continuidade da pesquisa.

Ideal: uma plataforma consistente, com dados atualizados e *layout* simplificado para facilitar o acesso do pesquisador e do público em geral.

4.1.2. Falta de Padronização dos Dados

Real: os gestores municipais não possuem treinamento suficiente para alimentar as bases de dados; como consequência, os dados ficam despadronizados, incompletos e menos confiáveis.

Ideal: os gestores deveriam ser mais bem orientados sobre como alimentar as bases de dados.

4.1.3. Incompatibilidade das Informações de Diferentes Bancos de Dados

Real: ao compararmos dados provenientes de diferentes plataformas, mas que, em tese, deveriam ser iguais, encontramos incongruências.

Ideal: os dados referentes a uma mesma coisa deveriam ser iguais, mesmo estando em diferentes bancos de dados; deveria haver um único portal centralizador de dados ou os bancos de dados deveriam ser interconectados e um alimentar o outro.

Quadros 1– Comparação entre as informações de despesa em atenção básica no município X do RS – dados do TCE/RS, DATASUS/TABNET E SIOPS e FINBRA/STN para os anos de 2013 e 2014

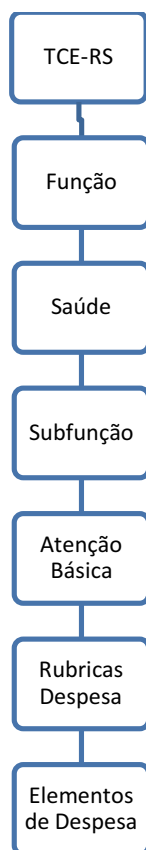
Despesas em Saúde: Município X - RS				
	2013		2014	
Despesas	Total	AB	Total	AB
TCE	R\$ 7.561.363,81	R\$ 7.427.678,82	R\$ 10.340.585,14	R\$ 10.298.039,62
TabNet	R\$ 7.674.271,68	-	R\$ 10.422.595,87	-
FINBRA	R\$ 7.337.549,99	R\$ 7.203.865,00	R\$ 9.974.887,63	R\$ 9.932.901,80
SIOPS	R\$ 6.967.180,36	-	R\$ 9.963.061,87	-

Fonte: TCE/RS; DATASUS; FINBRA.

5.2.Soluções Encontradas

Utilizar os dados do TCE-RS, pois disponibilizam as informações até o nível do elemento de despesa, veja abaixo:

Figura 1 – Nível de detalhamento das despesas orçamentárias dos dados disponíveis no sitio do TCE/RS para os municípios do RS



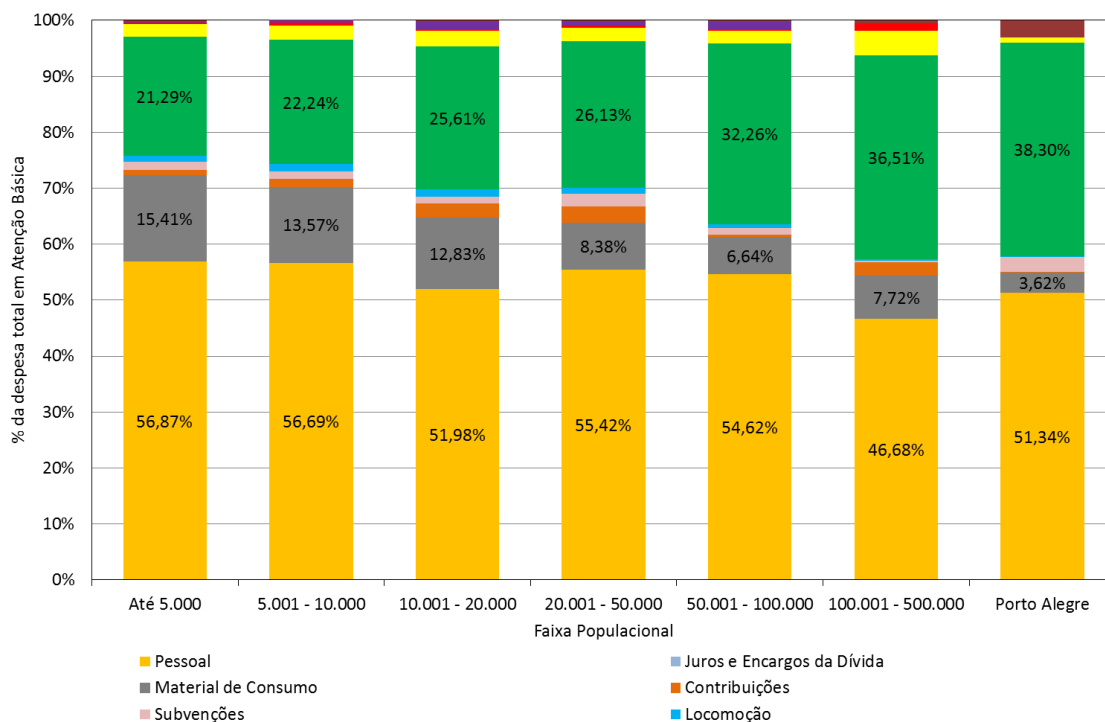
Utilizar os dados por elemento de despesa veja a seguir o que cada um representa:

Quadro 2- Elementos de despesa discriminados de acordo com os códigos considerados.

Elementos de Despesa:	Descrição dos Códigos considerados
Pessoal	Soma dos 310000 (excl. Despesas com Exercícios Anteriores) e OUTROS BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS DO SERVIDOR OU DO MILITAR e OUTROS BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS DO SERVIDOR E DO MILITAR e OBRIGAÇÕES PATRONAIS e OUTRAS DESPESAS VARIÁVEIS - PESSOAL CIVIL e OUTRAS DESPESAS DE PESSOAL DECORRENTES DE CONTRATOS e AUXÍLIO-ALIMENTAÇÃO e AUXÍLIO-TRANSPORTE
Juros e Encargos da Dívida	Soma dos 320000
Material de Consumo	Soma de MATERIAL DE CONSUMO e MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUITA
Contribuições	Soma de CONTRIBUIÇÕES e OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS E CONTRIBUTIVAS
Subvenções	Soma de SUBVENÇÕES SOCIAIS e SUBVENÇÕES ECONÔMICAS
Locomoção	Soma de DIÁRIAS - PESSOAL CIVIL e PASSAGENS E DESPESAS COM LOCOMOÇÃO
Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	Soma de OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO - PESSOA JURÍDICA e TRANSFERÊNCIAS A INSTITUIÇÕES PRIVADAS COM FINS LUCRATIVOS
Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física	Soma de OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA e CONTRATAÇÃO POR TEMPO DETERMINADO e LOCAÇÃO DE MÃO DE OBRA e OUTROS AUXÍLIOS FINANCEIROS A PESSOAS FÍSICAS
Sentenças Judiciais e Indenizações	Soma de SENTENÇAS JUDICIAIS e INDENIZAÇÕES E RESTITUIÇÕES e INDENIZAÇÃO PELA EXECUÇÃO DE TRABALHOS DE CAMPO
Outros	Soma de PRINCIPAL DA DÍVIDA CONTRATUAL RESGATADO e TRANSFERÊNCIAS A CONSÓRCIOS PÚBLICOS e SERVIÇOS DE CONSULTORIA e RATEIO PELA PARTICIPAÇÃO EM CONSÓCIO PÚBLICO e PREMIAÇÕES CULTURAIS, ARTÍSTICAS, CIENTÍFICAS, DESPORTIVAS e ARRENDAMENTO MERCANTIL e DEPÓSITOS COMPULSÓRIOS e APORTE PARA COBERTURA DO DÉFICIT ATUARIAL DO RPPS e APLICAÇÃO DIRETA DECORRENTE DE OPERAÇÃO DE ÓRGÃOS, FUNDOS E ENTIDADES INTEGRANTES DOS ORÇAMENTOS FISCAL E DA SEGURIDADE SOCIAL COM CONSÓRCIO PÚBLICO DO QUAL O ENTE PARTICIPE e A CLASSIFICAR
Despesas de Exercícios Anteriores	Soma de DESPESAS DE EXERCÍCIOS ANTERIORES

Utilizar os dados dos municípios agrupados por faixas populacionais para tornar mais visíveis as informações.

Gráfico 1 - Despesa com atenção básica, por elemento de despesa, para os municípios do RS, de acordo com o grupo de tamanho de município por faixa populacional em 2014, em %.



Fonte: TCE/RS

Utilizar os indicadores elaborados a partir de fontes diversas, observando-se a relevância, bem como disponibilidade de informações

Quadro 3 – Indicadores considerados para compor o instrumento de gestão de custos da atenção básica dos municípios.

Indicadores	Fórmulas	Fontes
% População Coberta	$\frac{\text{População Cadastrada no PSF}}{\text{População Total}}$	DataSUS - SIAB: Cadastramento Familiar
% Internações Sensíveis à AB	Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica	DataSUS - Indicadores de Saúde e Pactuações: Indicadores Municipais
Gasto AB pc	$\frac{\text{Gasto na Subfunção Atenção Básica}}{\text{População Total}}$	FINBRA

Indicadores	Fórmulas	Fontes
Média Mensal de Visitas por Família	$\frac{\text{Média de Visitas no Ano}}{\text{Famílias Cadastradas Dez-2014}}$	DataSUS - SIAB: Cadastramento Familiar e Situação de Saúde
Taxa de Hospitalização por Pneumonia	$\frac{\text{Nº Hospitalizações por Pneumonia Crianças < 5 Anos}}{\text{Total de Crianças < 5 Anos}} \times 1000$	DataSUS - SIAB: Situação de Saúde
Cobertura das Equipes de AB	Cobertura populacional estimada pelas Equipes de AB: (Nº ESF + Nº ESF equivalente) x 3.000	DataSUS - Indicadores de Saúde e Pactuações: Indicadores Municipais

Indicadores	Fórmulas	Fontes
% Crianças c/ Esquema Vacinal Básico em Dia	$\frac{\text{Média Anual nº Crianças c/ Vacinas em Dia < 2 Anos}}{\text{Média Anual do nº Total Crianças < 2 Anos}}$	DataSus - SIAB: Situação de Saúde
Taxa Hospitalização por Desidratação	$\frac{\text{Nº Hospitalizações por Desidratação Crianças < 5 Anos}}{\text{Total de Crianças < 5 Anos}} \times 1000$	DataSus - SIAB: Situação de Saúde
% Crianças c/ Aleitamento Materno Exclusivo	$\frac{\text{Média Anual Crianças < 4 Meses c/ Aleitamento Materno Exclusivo no Ano}}{\text{Média Anual nº Total Crianças < 4 Meses}}$	DataSus - SIAB: Situação de Saúde

Considerações Finais

Nesta etapa do projeto procuramos discutir e apresentar as soluções metodológicas para a elaboração de um instrumento de gestão de custos da atenção básica.

Foram apresentadas inúmeras dificuldades encontradas com os bancos de dados e os formatos das informações disponíveis assim como a necessidade da uniformização das mesmas.

Aqui também discutimos a metodologia considerada mais adequada para realizar a gestão de custos com o sendo aquela desenvolvida para governo federal – SIC. Foram apontados alguns dos indicadores que poderão ser criados e utilizados.

Foi feita também uma o cálculo dos custos usando as informações disponíveis para o RS no site do TCE/RS.

Referências Bibliográficas

BRASIL, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE - Estados. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ap>>. Acesso

GADELHA, C.A.G, et al. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência &Saúde Coletiva*. 16(6): 3003-3016, 2011.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS. Disponível em: <<http://www.fns.saude.gov.br/indexExterno.jsf>>. Acesso em: 08 set. 2015.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 27 ago. 2015.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal da Saúde – SUS. Subprojetos Qualisus – Rede. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/398-secretaria-executiva-raiz/secretaria-se/>>

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204>>. Acesso em: 26 out. 2015.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal da Saúde. Histórico da despesa. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops/mais-sobre-siops/6116-dados-informados-es>>. Acesso em: 18 dez. 2015.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade. Disponível em: <<http://sismac.saude.gov.br/>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

BRASIL, SECRETARIA DO TESOUREIRO NACIONAL. Finanças do Brasil – FINBRA. Disponível em: <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/pt_PT/contas-anuais>. Acesso em: 18 dez. 2015.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva DATASUS. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS. Disponível em: <<http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/deftohtm.exe?SIOPS/serhist/municipio/>>

BRASIL, SECRETARIA DO TESOURO NACIONAL. Disponível em: <http://www3.tesouro.fazenda.gov.br/estatistica/est_estados.asp>. Acesso em: 07 dez. 2015.

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, 5 (Supl 1): S63-S69. Dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5s1/27842.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2015>. Acesso em: 09 jan. 2016.

CASTRO, J.D. A utilização do sistema de custeio por absorção para avaliar custos da atenção básica de saúde: reformulações e aprimoramentos metodológicos. Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva. 2000. Campinas.
desid-raiz/qualisus-rede/l2-qualisus-rede/14008-subprojetos-qsr>. Acesso em: 27 ago. 2015.

CARDOSO, R; LOPES, A C B A, BITTI, E JS. "Reflexões para um framework da informação de custos do setor público brasileiro." *Revista de Administração Pública* 45.5 (2011): 1565-1586.

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 25 jan. 2016.

MEDICI, A. & MARQUES, R. *Sistemas de custos como instrumento de eficiência e qualidade dos serviços de saúde*. São Paulo: FUNDAP/IESP, 1995. Mimeo.

PIOLA, S.F. & VIANNA, S.M. *Economia da Saúde: Conceitos e Contribuição para a Gestão da Saúde*. IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). 1995;

RANDOM.ORG. Disponível em: <<https://www.random.org/>>. Acesso em: 18 nov. 2015.
RIO GRANDE DO SUL, TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL - TCE. Portal de Dados Abertos. Disponível em: <<http://dados.tce.rs.gov.br/>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

RIO GRANDE DO SUL, TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL - TCE. Portal de Dados Abertos Disponível em: <<http://www1.tce.rs.gov.br/portal/page/portal/tcers/>>. Acesso em: 07 ago. 2015.

SCHRAIBER, L.B. Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde. *Saúde Debate*,(47):28-35,1995.

SILVA JUNIOR, A, G. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.

VIANA,A.L., ELIAS,P.E.M. Saúde e desenvolvimento. *Ciência &Saúde Coletiva*, (12):1765-1777, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700002

ZORTEA, A. P. Aplicação da metodologia do SIC: análise do sistema de saúde dos municípios do Rio Grande do Sul – 2011. 2013. Disponível em: <www.socialiris.org/angelo.pdf> Acesso em: 28 jan. 2016.

ZORTEA, Angelo Pagot; CASTRO, Janice Dornelles de. Sistema de Informações de Custos do Governo Federal (SIC): uso de dados orçamentários para cálculo de custo dos serviços de atenção à saúde pública nos municípios do Rio Grande do Sul (2011). In: DEMARCO, Diogo Joel. **Gestão Pública, Município e Federação**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2015. Cap. 6. p. 126-142. (Coleção CEGOV Capacidade Estatal e Democracia).