

# Políticas Públicas no Brasil: Exploração e Diagnóstico 5

Luciana Pavowski Franco Silvestre  
(Organizadora)



**Atena**  
Editora

Ano 2018

**Luciana Pavowski Franco Silvestre**  
(Organizadora)

**Políticas Públicas no Brasil: Exploração e  
Diagnóstico**  
**5**

Atena Editora  
2018

2018 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

**Editora Chefe:** Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Diagramação e Edição de Arte:** Geraldo Alves e Natália Sandrini

**Revisão:** Os autores

#### **Conselho Editorial**

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília  
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista  
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### **Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

P769 Políticas públicas no Brasil [recurso eletrônico] : exploração e diagnóstico 5 / Organizadora Luciana Pavowski Franco Silvestre – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2018. – (Políticas Públicas no Brasil: Exploração e Diagnóstico; v. 5)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-7247-063-6

DOI 10.22533/at.ed.636192201

1. Administração pública – Brasil. 2. Brasil – Política e governo.  
3. Planejamento político. 4. Política pública – Brasil. I. Silvestre,  
Luciana Pavowski Franco. II. Série.

CDD 320.60981

**Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422**

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2018

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

## APRESENTAÇÃO

O e-book “Políticas Públicas no Brasil: Exploração e Diagnóstico” apresenta 131 artigos organizados em sete volumes com temáticas relacionadas às políticas de saúde, educação, assistência social, trabalho, democracia e políticas sociais, planejamento e gestão pública, bem como, contribuições do serviço social para a formação profissional e atuação nas referidas políticas.

A seleção dos artigos apresentados possibilitam aos leitores o acesso à pesquisas realizadas nas diversas regiões do país, apontando para os avanços e desafios postos no atual contexto social brasileiro, e permitindo ainda a identificação das relações e complementariedades existentes entre a atuação nos diferentes campos das políticas públicas.

Destaca-se a relevância da realização de pesquisas, que tenham como objeto de estudo as políticas públicas, bem como, a disseminação e leitura destas, visando um registro científico do que vem sendo construído coletivamente na sociedade brasileira e que deve ser preservado e fortalecido considerando-se as demandas de proteção social e de qualificação da atuação estatal em conjunto com a sociedade civil em prol da justiça social.

Boa leitura a todos e todas!

Dra. Luciana Pavowski Franco Silvestre

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1</b> .....	<b>1</b>
COMPARTILHANDO EXPERIÊNCIAS DE FORMAÇÃO E AÇÕES NO PET-SAÚDE DA UFBA PARA PREVENÇÃO E COMBATE À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	
<i>Márcia Santana Tavares</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.6361922011</b>	
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	<b>10</b>
A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE UMA COMARCA DO AGRESTE PERNAMBUCANO: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA NO JUDICIÁRIO	
<i>Mariana Lira de Menezes</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.6361922012</b>	
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	<b>20</b>
A DEMONSTRAÇÃO DO RESULTADO ECONÔMICO COMO FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO EM UM HOSPITAL PÚBLICO ADMINISTRADO POR ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE	
<i>Antônio Horácio Fernandes da Silva</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.6361922013</b>	
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	<b>37</b>
A INSERÇÃO DO NEUROPSICÓLOGO EM POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O TRATAMENTO DE INDIVÍDUOS COM TDAH	
<i>Maria Laís Costa Campos</i>	
<i>Roseanne Cristina Bressan Almeida</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.6361922014</b>	
<b>CAPÍTULO 5</b> .....	<b>47</b>
A LUTA PELO DIREITO À SAÚDE A PARTIR DO SURTO DE INFECÇÃO POR MICOBACTÉRIA	
<i>Maria Carlota de Rezende Coelho</i>	
<i>Rosangela Alvarenga Lima</i>	
<i>Silvia Moreira Trugilho</i>	
<i>Maristela Dalbello - Araujo</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.6361922015</b>	
<b>CAPÍTULO 6</b> .....	<b>59</b>
A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA: ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS	
<i>Debora Holanda Leite Menezes</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.6361922016</b>	
<b>CAPÍTULO 7</b> .....	<b>70</b>
A REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO CUIDADO DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUÉRPERL NA PERSPECTIVA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE: FERRAMENTAS PARA POTENCIALIZAR A CAPACIDADE DE ESCUTA DA MULHER E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
<i>Cristiane Medeiros dos Santos</i>	
<i>Débora Holanda Leite Menezes</i>	
<i>Juan da Cunha Silva</i>	
<i>Neusa Iara Andrade dos Santos</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.6361922017</b>	

**CAPÍTULO 8 ..... 78**

AUDITORIA POR RESULTADOS: PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL E A FILOSOFIA DA MELHORIA CONTINUA

*Adriana Nascimento Santos Cartaxo*

**DOI 10.22533/at.ed.6361922018**

**CAPÍTULO 9 ..... 97**

CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO PARA O EMPODERAMENTO DA GESTANTE NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO NATURAL

*Mara Julyete Arraes Jardim*

*Andressa Arraes Silva*

*Lena Maria Barros Fonseca*

**DOI 10.22533/at.ed.6361922019**

**CAPÍTULO 10 ..... 109**

COTIDIANO DE MULHERES COM DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA: UMA PERSPECTIVA DE GÊNERO

*Bruna da Silva Oliveira*

*Yana Thalita Barros de Oliveira Castro*

*Líscia Divana Carvalho Silva*

*Patrícia Ribeiro Azevedo*

*Andrea Cristina Oliveira Silva*

*Marli Villela Mamede*

**DOI 10.22533/at.ed.63619220110**

**CAPÍTULO 11 ..... 120**

DESAFIOS PARA A DESINTERNAÇÃO DE PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI

*Maria Laís Costa Campo*

*Greyce Kelly Cruz de Sousa França*

*Paulo Guilherme Siqueira Rodrigues*

**DOI 10.22533/at.ed.63619220111**

**CAPÍTULO 12 ..... 130**

INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA 2009 A 2014: INSTRUMENTO DE AUXÍLIO PARA POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE NA REGIÃO NORDESTE

*Francilene Jane Rodrigues Pereira*

*Cesar Cavalcanti da Silva*

*Eufrásio de Andrade Lima Neto*

**DOI 10.22533/at.ed.63619220112**

**CAPÍTULO 13 ..... 139**

MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA: VITÓRIA LEGAL E ENFRAQUECIMENTO DAS LUTAS SOCIAIS

*Rafael Britto de Souza*

*Isabella Nunes de Albuquerque*

*Claudia Teixeira Gadelha*

*Lúcio Flávio Gomes de Lima*

**DOI 10.22533/at.ed.63619220113**



**CAPÍTULO 14 ..... 148**

O DIÁLOGO NECESSÁRIO ENTRE AS POLÍTICAS DE SEGURIDADE SOCIAL: A EXPERIÊNCIA DO TRABALHO DAS ASSISTENTES SOCIAIS NO SERVIÇO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

*Fernanda Maia Gurjão*  
*Mariana Lima dos Reis*  
*Mariana Carla Saraiva Monteiro*  
*Maria de Fátima Sousa Lima de Carvalho*  
*Lucia de Fátima Rocha Bezerra Maia*

**DOI 10.22533/at.ed.63619220114**

**CAPÍTULO 15 ..... 158**

O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS EM HOSPITAIS JUNTO A IDOSOS E SEUS ACOMPANHANTES E A QUESTÃO DA SUA INSTRUMENTALIDADE

*Ana Paula Rocha de Sales Miranda*  
*Patrícia Barreto Cavalcanti*  
*Carla Mousinho Ferreira Lucena*

**DOI 10.22533/at.ed.63619220115**

**CAPÍTULO 16 ..... 166**

OFERTA E FINANCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM TERESINA- PIAUÍ

*Leila Leal Leite*

**DOI 10.22533/at.ed.63619220116**

**CAPÍTULO 17 ..... 177**

POLÍTICAS DE SAÚDE PARA GESTANTES USUÁRIAS DE CRACK: RESULTADOS EM SOBRAL-CE

*Leandro Fernandes Valente*  
*Antonia Sheilane Carioca Silva*  
*Andressa de Oliveira Gregório*  
*Heliandra Linhares Aragão*  
*Mônica dos Santos Ribeiro*  
*Patrícia Thays Alves Pereira*

**DOI 10.22533/at.ed.63619220117**

**CAPÍTULO 18 ..... 185**

PRECARIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SUAS IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM FORTALEZA

*Jamyle Martins de Sousa*  
*Luana Pereira do Nascimento Lima*  
*Elane Cristina Matias Sousa*  
*Olney Rodrigues de Oliveira*  
*Lucia Conde de Oliveira*

**DOI 10.22533/at.ed.63619220118**

**CAPÍTULO 19 ..... 196**

REFLEXÕES SOBRE OS DESAFIOS DA INTERDISCIPLINARIDADE NAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

*Mayara Ceará de Sousa*  
*Herta Maria Castelo Branco Ribeiro*

**DOI 10.22533/at.ed.63619220119**

<b>CAPÍTULO 20</b> .....	<b>206</b>
RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS: UMA POLÍTICA PÚBLICA COMO EXPRESSÃO DA LUTA ANTIMANICOMIAL	
<i>Sâmia Luiza Coêlho da Silva</i>	
<i>Lucia Cristina dos Santos Rosa</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.63619220120</b>	
<b>CAPÍTULO 21</b> .....	<b>218</b>
TRANSFORMAÇÕES SOCIETÁRIAS, DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM O TRABALHO DO/DA ASSISTENTE SOCIAL	
<i>Thiago de Oliveira Machado</i>	
<i>Tatiane Valéria Cardoso dos Santos</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.63619220121</b>	
<b>SOBRE A ORGANIZADORA</b> .....	<b>228</b>



## A DEMONSTRAÇÃO DO RESULTADO ECONÔMICO COMO FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO EM UM HOSPITAL PÚBLICO ADMINISTRADO POR ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

**Antônio Horácio Fernandes da Silva**

ICIPE - Instituto do Câncer Infantil e Pediatria  
Especializada / Hospital da Criança de Brasília  
José Alencar  
Brasília/DF

**RESUMO:** O presente trabalho tem como objetivo demonstrar o resultado econômico do Ambulatório de Especialidades responsável por cerca de 20% do custo total de um hospital público no Distrito Federal administrado por Organização Social de Saúde. O referencial teórico tem como suporte a mensuração do resultado econômico por meio do modelo de Slomski (1996) que elabora um instrumento para mitigar o desequilíbrio de informações entre o Estado e a sociedade. O modelo utiliza determinados critérios para definição do custo de oportunidade fundamental para a apuração da receita econômica e consequentemente do resultado econômico. Neste caso, o custo de oportunidade foi avaliado em dois cenários distintos, primeiramente pelo critério dos valores praticados na tabela SUS e posteriormente pelos valores praticados no mercado privado. A pesquisa descritivo-quantitativa apresenta dados coletados nos registros de controle dos serviços prestados do Ambulatório do Hospital da Criança de Brasília - HCB por meio do relatório de gestão da instituição referente

ao período de janeiro a dezembro de 2015. Conjuntamente, foi obtido na coordenação de finanças o relatório de custos segregado pelos centros de custos que compõem o ambulatório. O resultado sugerido na pesquisa empírica, conclui que o HCB na atividade do Ambulatório de Especialidades cumpre o princípio da eficiência (do ponto de vista econômico) ao apontar os custos de execução inferiores ao custo do Estado para contratação pelo valor de mercado, sinalizando boas práticas de gestão, produção de governança, capacidade de gerar informações para a tomada de decisão da alta administração e *accountability* no setor público. **PALAVRAS-CHAVE:** resultado econômico, governança, práticas de gestão.

**ABSTRACT:** The objective of this study is to demonstrate the economic result of the Specialty Clinic responsible for about 20% of the total cost of a public hospital in the Federal District administered by Social Health Organization. The theoretical reference is supported by the measurement of the economic result by means of of the model of Slomski (1996) that elaborates an instrument to mitigate the imbalance of information between the State and the society. The model uses certain criteria to define the fundamental cost of opportunity for the calculation of the economic revenue and consequently the economic result. In this case,

the opportunity cost was evaluated in two distinct scenarios, firstly by the criterion of the values practiced in the SUS table and later by the values practiced in the private market.

The descriptive-quantitative research presents data collected in the control records of the services provided at the Ambulatory of Hospital da Criança de Brasília - HCB through the institution's management report for the period from January to December, 2015. It was jointly obtained in the coordination of cost reporting segregated by the cost centers that make up the outpatient clinic.

The result suggested in the empirical research, concludes that HCB in the activity of the Specialty Clinic fulfills the principle of efficiency (from an economic point of view) by pointing out the execution costs below the cost of the State for hiring at market value, signaling good practices management, production of governance, capacity to generate information for senior management decision-making, and accountability in the public sector.

**KEYWORDS:** economic result, governance, management practices.

## 1 | INTRODUÇÃO

A gestão pública atravessa um período de modernização de seus processos gerenciais em que inúmeros instrumentos têm sido adotados para atender as demandas sociais de forma mais eficaz. Concepções como prestação de contas, participação, transparência, governança, gestão por resultados, gestão de pessoas, gestão do conhecimento, resultado econômico entre outros estão sendo incorporados sucessivamente na administração. Tais conceitos alteram o perfil de execução dos gestores como fomentadores do desenvolvimento visando atender as demandas dos cidadãos, cada vez mais participantes.

Atualmente, há um discurso corrente do mercado que o consumidor está muito “empoderado”, isto é, fortalecido (De Luca, 2014). Ocorre que o usuário assume um papel de poder quando não é bem atendido ou quando os serviços prestados não oferecem a segurança esperada.

Concomitantemente com a busca de novos princípios para a gestão pública, a procura pela eficiência e qualidade deve ser seguida por modernos padrões de *accountability* no setor público, de forma a disponibilizar a sociedade informações que proporcionem a avaliação de desempenho do administrador público. Nessa perspectiva, dentre os conceitos mencionados, o resultado econômico é o tema principal deste estudo, uma vez que as demonstrações contábeis exigidas pela lei nº 4.320/64 não evidenciam o valor dos serviços públicos e a eficiência na aplicação dos recursos, indicadores essenciais a serem apresentados à sociedade.

Percebendo essa necessidade, Slomski (1996) desenvolveu um modelo conceitual partindo da premissa de que os controles exclusivamente orçamentários deixam de captar o nível de eficiência com que são prestados os serviços públicos. O

autor percebe que, na prestação de serviços públicos, há uma receita que não está exposta na contabilidade de entidades públicas, intitulada receita econômica.

Ao considerar esse contexto, o presente trabalho disserta sobre a demonstração do resultado econômico no Ambulatório de Especialidades do Hospital da Criança de Brasília José Alencar (HCB), fundamentalmente público, pertencente ao Governo do Distrito Federal, administrado pela Organização Social ICYPE – Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada conforme contrato de gestão SES/DF 001/2014 e visa apresentar à sociedade informações que possibilitem o desempenho de funções de avaliação e monitoramento das ações públicas.

## 2 | ORGANIZAÇÕES SOCIAIS - OS

No decorrer dos anos observa-se o crescimento de um terceiro setor convivendo com os dois setores convencionais: o primeiro setor, no qual a origem e a destinação de recursos são públicas, correspondente às ações do Estado e o segundo setor, que corresponde ao setor privado, sendo a aplicação de recursos revertida em benefício próprio. Já o terceiro setor se estabelece na esfera de atuação pública não-estatal, instituído a partir de iniciativas privadas, voluntárias, sem fins lucrativos, no sentido do bem comum.

O termo terceiro setor, embora não seja unívoco, é definido por Rocha (2003) como “os entes que integram o terceiro setor são entes privados, não vinculados à organização centralizada ou descentralizada da administração pública, mas que não almejam, entretanto, entre seus objetivos sociais, o lucro e que prestam serviços em áreas de relevante interesse social e público”.

A Lei 9.790 de 23 de março de 1999, também conhecido como novo marco legal do terceiro setor, introduziu relevantes alterações, dentre as quais destacam-se:

- Os novos critérios de classificação das entidades sem fins lucrativos de caráter público;
- As novas possibilidades no sistema de articulação entre as instituições de direito privado e público;
- Possibilidade de remuneração dos dirigentes de entidades sem fins lucrativos.

Apesar das significativas mudanças, as qualificações anteriores das instituições do terceiro setor, como o certificado de fins filantrópicos e título de utilidade pública federal, continuam em vigor concomitantemente. Neste contexto, uma das mais conhecidas qualificações jurídicas para entidades do terceiro setor são as Organizações Sociais – OS.

A proposta de reforma de Estado de 1995, buscou o desenvolvimento de mecanismos de governança, flexíveis e horizontais, na expectativa de maior eficiência

e qualidade das empresas e organizações públicas da administração direta e indireta propondo a separação entre “funções estratégicas” e “funções essenciais” do Estado.

No Plano Diretor da Reforma do Estado (Bresser-Pereira, 1998), apenas o núcleo estratégico estaria sujeito ao padrão verticalizado. Os demais setores seriam regidos pela governança horizontal ou híbrida.

Dentro do desenho para a organização do Estado que estabelecia “funções estratégicas e funções de prestação”, alguns segmentos da atividade estatal associados à prestação de serviços, nos quais se incluem os hospitais públicos, foram definidos como atividades não exclusivas do Estado, podendo assumir modelo organizacional mais flexível e ser reguladas por contrato de gestão com o setor público estatal.

As Organizações Sociais encontram sua origem a partir da aprovação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), elaborado pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE). Um dos pontos estratégicos deste plano foi aprovação do “Programa Nacional de Publicização” pela Lei 9.637 de 15 de maio de 1998. Esta lei autoriza o Poder Executivo a transferir a execução de serviços públicos e gestão de bens e pessoal públicos a entidades especialmente qualificadas, as Organizações Sociais, ressaltando-se que alguns estados tenham legislado conforme sua competência, dando à lei estadual as adaptações cabíveis.

O formato organizacional das OS visou oferecer aos gestores públicos mecanismos adicionais para elevar as despesas públicas sem ampliar a instabilidade previdenciária porque os contratos de trabalho seriam regidos pelo regime do setor privado. O principal mecanismo de implementação das OS pela proposta do Executivo Federal em 1998 foi a conversão das organizações públicas como hospitais, institutos de pesquisa, museus, entre outras, em organizações privadas sem fins lucrativos.

Conforme Modesto (1997), os objetivos práticos que servem de base finalista aos projetos de Reforma do Estado são reproduzidos na nota técnica 40/2012 do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS.

As Organizações Sociais deveriam apresentar atividades na área de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde com os seguintes objetivos:

- a) objetivo econômico : diminuir o “déficit” público, ampliar a poupança pública e a capacidade financeira do Estado para concentrar recursos em áreas em que é indispensável a sua intervenção direta;
- b) objetivo social : aumentar a eficiência dos serviços sociais oferecidos ou financiados pelo Estado, atendendo melhor o cidadão a um custo menor, zelando pela interiorização na prestação dos serviços e ampliação do seu acesso aos mais carentes;
- c) objetivo político : ampliar a participação da cidadania na gestão da coisa pública; estimular a ação social comunitária; desenvolver esforços para a coordenação efetiva das pessoas políticas no implemento de serviços sociais de forma associada;
- d) objetivo gerencial : aumentar a eficácia e efetividade do núcleo estratégico do Estado, que edita leis, recolhe tributos e define as políticas públicas; permitir a adequação de procedimentos e controles formais e substituí-los, gradualmente,

porém de forma sistemática, por mecanismos de controle de resultados .

O modelo de PPP estabelecido para as OS teve baixa aceitação entre os gestores públicos, especialmente pelo elevado custo político implícito na ideia de conversão de organizações públicas da administração direta em entes privados sem fins lucrativos. Outro aspecto sujeito a forte veto era a possibilidade de cessão por redistribuição dos servidores públicos para o quadro em extinção no órgão convertido.

Desta forma, a proposta de conversão das OS apresentava, em fins da década de 1990, baixos incentivos econômicos à adesão da força de trabalho do setor público ao proibir as remunerações continuadas aos servidores redistribuídos, exceto nos casos de exercício de funções especiais.

Ainda assim, especialmente no caso do setor saúde, o caminho da terceirização tornou-se predominante na gestão hospitalar pública e nos programas de ampliação da atenção à saúde, como o programa de saúde da família. Conforme Costa (2011) tem sido observado um padrão de reforma no setor hospitalar estatal por meio de concessão de maior autonomia gerencial e redução do controle da administração pública.

## 2.1 O desempenho das Organizações Sociais de Saúde

Haja vista a falta de experiências sólidas de implantação do modelo de Organizações Sociais no âmbito do Distrito Federal, este trabalho considera os relatos da prática estabelecida no Estado de São Paulo.

O Executivo de São Paulo implantou o modelo OS, em 1998, fazendo inovações relevantes na proposta original do Governo Federal: não executou a conversão de unidades hospitalares já existentes da administração direta em OS e optou pelo desenvolvimento de novas unidades da estratégia de PPP, contemplando autonomia gerencial, exposição ao mercado e funções sociais definidas.

Costa (2011) observa, no desenvolvimento do modelo OS, uma alteração específica na estrutura de governança das organizações hospitalares públicas.

Essa mudança tem como principal característica o exercício de maior liberdade decisória dos agentes privados, em termos organizacionais e financeiros, em relação aos proprietários públicos. Essa mudança de relações de governança estabelece:

Autonomia para a tomada de decisão sobre o uso de ativos, gestão da força de trabalho e a distribuição de excedentes das receitas depois de cumpridas as obrigações contratuais com o Executivo;

Regras para a transação com o mercado, especialmente pela proibição de recebimentos pelas OS de receitas por desembolso direto de pacientes ou de estabelecer convênios com planos privados de assistência à saúde;

Condições para a preservação dos ativos não financeiros, instalações prediais e equipamentos, com propriedade governamental;

Compromisso de atendimento e metas de produtividade por contrato de gestão.

O novo mecanismo de governança das OS incentivou a autonomia administrativa e a ampliação do poder decisório do staff dirigente da organização hospitalar sem ameaçar a missão institucional do SUS.

Na área da saúde, o Governo de São Paulo concluiu 17 hospitais e construiu outros 12, apostando na parceria com o setor privado por meio das OS. Em 1998, o Governo do Estado sancionou uma lei específica para a qualificação de Organizações Sociais (Lei nº 846/98) com atividades dirigidas à saúde e à cultura, baseada na Lei Federal 9.637/98. Em sendo assim, a adoção do modelo de gestão hospitalar em parceria com Organizações Sociais foi uma solução prática para um problema concreto: ao finalizar a construção de 14 novos hospitais, em 1998, o Estado não podia contratar novos profissionais de saúde necessários para sua ativação porque já estava no limite imposto pela Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Camata, 1995) para pagamento de salários pelos governos estaduais.

A solução foi contratá-los sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), por instituições privadas sem fins lucrativos, qualificadas como Organizações Sociais por lei específica. Assim, seus salários não contariam para o limite fiscal, restrito a servidores efetivos permanentes do Estado. Cabe ressaltar que estes hospitais não são privados, já que o patrimônio (edificações, equipamentos e mobiliário) continua pertencendo ao poder público.

Conforme Costa & Ribeiro (2005) As evidências demonstram que os incentivos econômicos oferecidos às OS e as regras de contratualização permitiram atingir um desempenho diferenciado dos hospitais nessa governança em termos de eficiência técnica e na qualidade quando comparados com hospitais de idêntico perfil da Administração Direta em meados da década de 2000.

Inúmeros estudos e levantamentos independentes têm constatado a qualidade e eficiência do modelo de gerenciamento por OS em São Paulo. Um estudo realizado pela equipe da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (2007) comparou os indicadores publicados pelo Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde – PROAHSA/Fundação Getúlio Vargas – FGV, que envolvem uma amostra de 150 hospitais de pequeno, médio e grande porte, públicos e privados no Estado de São Paulo com os indicadores de 12 hospitais gerenciados por OS, conforme demonstra a tabela 1 a seguir:



INDICADOR	OSS	PROAHSA/FGV
	1º SEMESTRE/2003	4º TRIMESTRE/2002
Relação enfermeiro/leito	0,27	0,24
Relação funcionário/leito	4,46	4,34
Taxa de ocupação	88,30%	63,50%
Tempo médio de permanência	4,30	3,47
Taxa de cesárias	25,40%	78,20%

Tabela 1 – Comparação entre 12 hospitais gerenciados pelas OSS e a amostra de hospitais do boletim do Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde – PROAHSA/Fundação Getúlio Vargas - FGV

Fonte: Relatório das OSS/CCS/SES PROAHSA/FGV – Boletim de indicadores nº 29, 2002

Cabe destacar que, segundo a OMS – Organização Mundial de Saúde, não existe justificativa para qualquer região do mundo ter uma taxa de cesárea maior do que 10 – 15%. Assim sendo, a redução do índice de cesáreas diminui as possíveis consequências negativas sobre a saúde materno-infantil.

Também foram realizados estudos comparativos de gastos e produtividade entre os hospitais públicos da Administração Direta e aqueles gerenciados por OS. Estudo em parceria pelo Banco Mundial, o Ministério da Saúde e pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz, também comprovou a eficiência das OS.

Esse estudo baseado em dados de 2003 comparou 12 hospitais das OS e 10 hospitais da Administração Direta, com perfis semelhantes, evidenciando a maior eficiência técnica (capacidade de produzir o máximo de resultados com dada quantidade de insumos) dos hospitais das OS. A tabela 2 apresenta dois indicadores de eficiência.

INDICADOR	ADM. DIRETA	OSS	Observação
Relação alta/leito total	46,0	60,0	35% de eficiência
Horas médicas contratadas mensais (40 horas equivalentes)	203,15	143,80	71% de eficiência

Tabela 2 – Levantamento em 12 hospitais das OSS X 10 hospitais da administração direta da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (dados de produção de 2003)

Fonte: Costa NR e Ribeiro JM, Fiocruz (2005)

Os levantamentos realizados pela equipe técnica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde) também apontam e comprovam a eficiência do modelo. Um estudo que comparou em 2005, 13 hospitais gerenciados por OS (totalizando 2.998 leitos), com 13 hospitais da Administração Direta (totalizando 2.925 leitos), de porte e características de atendimento semelhante, obteve os seguintes resultados apontados na tabela 3.



INDICADOR	HOSPITAIS	HOSPITAIS	% OSS/ADM. DIRETA
	ADM. DIRETA	OSS	
Orçamento (R\$ milhões)	612,45	662,18	8,1% maior
Taxa de ocupação média (%)	75,80	79,00	4,2% maior
Nº de saídas (mil)	116	166	42,8% maior
Nº de saídas/leito	39,70	58,10	46,1% maior
Gasto médio/saída (R\$)	3.554	2.691	24,3% menor

Tabela 3 – Comparação entre 13 hospitais das OSS e 13 hospitais da administração direta da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em relação à produção do ano de 2005

Fonte: CSS/SES

Pode-se notar neste quadro que, com um orçamento 8,1% maior, os hospitais gerenciados por OS obtiveram um gasto médio por saída 24,3% menor. Em 2006, o mesmo estudo foi repetido, com os resultados apontados na tabela 4.

INDICADOR	HOSPITAIS	HOSPITAIS	% OSS/ADM. DIRETA
	ADM. DIRETA	OSS	
Orçamento (R\$ milhões)	683,40	775,40	13,5% maior
Taxa de ocupação média (%)	80,10	80,90	0,99% maior
Nº de saídas (mil)	128	161	25,8% maior
Nº de saídas/leito	47,60	55,50	16,6% maior
Gasto médio/saída (R\$)	3.603	3.249	9,8% menor

Tabela 4 – Comparação entre 13 hospitais das OSS e 13 hospitais da administração direta da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em relação à produção do ano de 2006

Fonte: CSS/SES

Percebe-se que as diferenças entre os hospitais da Administração Direta e das OS têm se reduzido. Tal fato decorre do aperfeiçoamento gradativo do desempenho dos hospitais da Administração Direta, decorrente do grande investimento realizado em materiais, recursos humanos e aquisição de novos equipamentos.

Cabe destacar que, a adoção de novos mecanismos gerenciais de controle, informação e acompanhamento das atividades, somente possível pelo paradigma de qualidade e produtividade representado pelos hospitais das OS, certamente tem estimulado a melhoria dos serviços próprios da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

A maior eficiência dos hospitais administrados por OS foi obtida com a garantia da qualidade de atendimento reconhecida pelos usuários dos hospitais. Conforme previsto no contrato de gestão, são realizadas pesquisas mensais de satisfação dos usuários, com no mínimo, 10% dos pacientes internado e/ou seus acompanhantes e com 10% dos pacientes que são atendidos em primeira consulta nos ambulatórios.

Em 2006, foram entrevistados 27 mil internados e 45 mil pacientes ambulatoriais e os resultados obtidos apontam que o nível de satisfação dos usuários varia de 80%

a 90% de aprovação, tal como ocorreu em anos anteriores.

Por fim, cumpre salientar que o modelo gerencial das OS também tem sido, frequentemente, objeto de críticas relacionadas em três questões principais:

- As OS seriam uma forma de “privatização” do SUS;
- Os serviços gerenciados pelas OS não estão submetidos ao “controle” social;
- A qualidade dos atendimentos e os resultados positivos são atribuídos por forma de “proteção” das entidades, seja por receberem mais recursos financeiros que os hospitais estaduais da Administração Direta, seja por terem demanda restrita ou seleção de clientela.

Cabe ressaltar que estas críticas genéricas, dificilmente são comprovadas com dados concretos, que confirmem seu acerto, embora a produção dos hospitais administrados pelas OS seja disponibilizada pelos sistemas de informações do SUS, tal como ocorre com todos os demais serviços de sistema.

### 3 | PROCESSO DE APURAÇÃO DO RESULTADO ECONÔMICO

O resultado econômico de uma instituição, de acordo com Catelli (2011), refere-se à variação de sua riqueza em um determinado período. Fundamentalmente, não há divergências entre os autores quanto a essa conceituação, entretanto podem surgir discussões em relação à mensuração dos elementos que compõem essa riqueza.

Catelli (2011) identifica que a mensuração dos custos e receitas, associados, respectivamente, ao valor dos recursos e dos produtos/serviços, consumidos ou elaborados, visando à otimização do resultado econômico da atividade que está sob a responsabilidade de um gestor é um aspecto relevante para a apuração do resultado econômico.

Conforme Ludícibus (2009), para entender a natureza das relações de custos, é necessário primeiro definir, de forma simplista:

- Custos e Despesas Variáveis: os que variam na mesma proporção das variações ocorridas no volume de produção ou outra medida de atividade. Exemplos comumente apresentados como sendo de custos variáveis: matéria-prima, mão-de-obra direta, comissões sobre vendas etc. Algumas despesas variam proporcionalmente com a variação das vendas, mais do que a produção. É o caso típico de comissões sobre vendas.
- Custos e Despesas Fixas: teoricamente definidos como os que se mantêm inalterados, dentro de certos limites, independentemente das variações da atividade ou das vendas. Exemplos muito citados de custos fixos: ordenados de mensalistas, depreciações, aluguéis etc.

Slomski (1996), ao desenvolver o modelo de apuração do resultado econômico

considera que na prestação dos serviços públicos, há uma receita que não está elucidada na contabilidade de entidades públicas, denominada receita econômica, que é constatada “pela multiplicação do custo de oportunidade, que o cidadão desprezou ao utilizar o serviço público, pelos serviços que ela tenha efetivamente executado”.

Nessa perspectiva, o modelo de Demonstração do Resultado Econômico elaborado por Slomski (1996) apresenta a composição conforme tabela 5 a seguir:

DESCRIÇÃO
( + ) Receita Econômica
( - ) Custos Diretos dos Serviços Prestados
( = ) Margem Bruta
( - ) Depreciação
( - ) Custos Indiretos Identificáveis aos Serviços Prestados
( = ) Resultado Econômico

Tabela 5 – Demonstração do Resultado Econômico

Fonte: Slomski (1996)

Posteriormente, o Manual de contabilidade aplicada ao setor público (2009), define que a Demonstração do Resultado do Econômico tem como premissa os seguintes conceitos:

- Custo de Oportunidade (CO): valor que seria desembolsado na alternativa desprezada de menor valor entre aquelas consideradas possíveis para a execução da ação pública;
- Receita Econômica (RE): valor apurado a partir de benefícios gerados à sociedade pela ação pública, obtido por meio da multiplicação da quantidade de serviços prestados (N), de bens ou produtos fornecidos, pelo custo de oportunidade (CO), daí:  $RE = N \times CO$ ;
- Custo de Execução (CE): valor econômico despendido pela entidade na ação objeto da apuração do Resultado Econômico Apurado. É dividido em custos diretos e indiretos.

Inclusive, de acordo com o Manual de contabilidade aplicada ao setor público (2009), a crescente exigência popular a cerca da transparência na gestão dos recursos públicos, objetivando a verificação do aprimoramento dos benefícios gerados à sociedade, revela a necessidade de inserção de um sistema de informações que permita a comprovação de resultados alcançados sob a égide da eficiência e efetividade da gestão. Slomski (1996) entende que ao conjecturar a utilização da Demonstração do Resultado Econômico como um instrumento de evidenciação do cumprimento constitucional da eficiência no setor público, a ferramenta contribui para minimizar a assimetria de informações entre o Estado e a sociedade.

## 4 | METODOLOGIA

Este trabalho é resultado de uma pesquisa de campo e enquadra-se no método de pesquisa empírico-analítico que, de acordo com Martins (1994), “são abordagens que representam em comum a utilização da técnica de coleta, tratamento e análise de dados marcadamente quantitativos”, no qual o objeto de estudo foi o Ambulatório de Especialidades do Hospital da Criança de Brasília José Alencar (HCB), durante o período de janeiro a dezembro de 2015.

Para a realização da coleta de dados foram consultados os registros de controle dos serviços prestados (consultas médicas) no Ambulatório de Especialidades do HCB nos relatórios mensais de gestão do ICIPE referente ao período de janeiro a dezembro de 2015. Paralelamente, foi obtido na coordenação de finanças do HCB o relatório de custos segregado pelos centros de custos que compõem o Ambulatório de Especialidades.

A definição dos critérios para apuração do custo de oportunidade dos serviços prestados no Ambulatório de Especialidades do HCB (consultas médicas) contemplou dois valores de referência, a seguir:

- Cenário I: valor da consulta médica constante no SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS disponível em <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp> ;
- Cenário II: valor médio da consulta médica praticada em cinco hospitais pediátricos situados nas cidades de São Paulo/SP, São José do Rio Preto/SP, Rio de Janeiro/RJ, Curitiba/PR e Porto Alegre/RS em vigência durante a primeira quinzena de março de 2016 disponibilizado por contato telefônico e/ou mensagem eletrônica.

A justificativa para a exploração de um segundo cenário, fundamenta-se pelo fato de que a contratação dos serviços privados ou de instituições filantrópicas tem sido realizada com base em valores reconhecidamente defasados da tabela SUS e, por vezes, com incentivos à contratualização, conforme a Portaria N° 3.410/2013 do Ministério da Saúde. Os critérios aplicados nos dois casos possibilitará o cumprimento do objetivo principal do estudo, ou seja, a demonstração do resultado econômico do Ambulatório de Especialidades do HCB e a análise comparativa dos dois cenários pesquisados.

## 5 | RESULTADOS

Fundamentado nas informações coletadas no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS - SIGTAP e na pesquisa de mercado realizada em cinco hospitais pediátricos em quatro diferentes cidades

visando à identificação do valor cobrado pelas consultas médicas pode-se evidenciar o valor do custo de oportunidade em dois cenários distintos conforme apresenta a tabela 6 a seguir:

Cenário 1 - Tabela SIGTAP/SUS		Cenário 2 - Valor de Mercado	
DESCRIÇÃO	VALOR	HOSPITAL	VALOR
Tabela SIGTAP/SUS	10,00	Hospital A - Curitiba/PR	300,00
		Hospital B - Porto Alegre/RS	220,00
		Hospital C - Rio de Janeiro/RJ	150,00
		Hospital D - São José do Rio Preto/SP	300,00
		Hospital E - São Paulo/SP	350,00
		Custo Médio	264,00

Tabela 6 – Custo de Oportunidade

Fonte: Dados da pesquisa

Posteriormente, ao identificar o custo de oportunidade pela tabela SIGTAP/SUS e pelo valor médio de mercado unitário das consultas médicas, multiplica-se pelo volume (quantidade) das respectivas consultas do mês de janeiro a dezembro de 2015 para conhecer a receita econômica do Ambulatório de Especialidades do HCB em dois cenários de acordo com a tabela 7 a seguir:

Cenário 1 - Tabela SIGTAP/SUS				Cenário 2 - Valor de Mercado			
MÊS	QTD. CONSULTAS	CUSTO DE OPORTUNIDADE	RECEITA ECONÔMICA	MÊS	QTD. CONSULTAS	CUSTO DE OPORTUNIDADE	RECEITA ECONÔMICA
JANEIRO/2015	5.867	10,00	58.670,00	JANEIRO/2015	5.867	264,00	1.548.888,00
FEVEREIRO/2015	5.962	10,00	59.620,00	FEVEREIRO/2015	5.962	264,00	1.573.968,00
MARÇO/2015	7.154	10,00	71.540,00	MARÇO/2015	7.154	264,00	1.888.656,00
ABRIL/2015	6.476	10,00	64.760,00	ABRIL/2015	6.476	264,00	1.709.664,00
MAIO/2015	5.986	10,00	59.860,00	MAIO/2015	5.986	264,00	1.580.304,00
JUNHO/2015	6.028	10,00	60.280,00	JUNHO/2015	6.028	264,00	1.591.392,00
JULHO/2015	6.145	10,00	61.450,00	JULHO/2015	6.145	264,00	1.622.280,00
AGOSTO/2015	6.767	10,00	67.670,00	AGOSTO/2015	6.767	264,00	1.786.488,00
SETEMBRO/2015	6.017	10,00	60.170,00	SETEMBRO/2015	6.017	264,00	1.588.488,00
OUTUBRO/2015	6.110	10,00	61.100,00	OUTUBRO/2015	6.110	264,00	1.613.040,00
NOVEMBRO/2015	5.980	10,00	59.800,00	NOVEMBRO/2015	5.980	264,00	1.578.720,00
DEZEMBRO/2015	5.413	10,00	54.130,00	DEZEMBRO/2015	5.413	264,00	1.429.032,00
<b>TOTAL</b>	<b>73.905</b>		<b>739.050,00</b>	<b>TOTAL</b>	<b>73.905</b>		<b>19.510.920,00</b>

Tabela 7 – Receita Econômica

Fonte: Dados da pesquisa

A coleta de dados na Coordenação Financeira do HCB proporcionou a identificação dos custos diretos dos serviços prestados, custos com depreciações e custos indiretos identificáveis aos serviços prestados de todos os centros de custos que compõem o Ambulatório de Especialidades do HCB.

As informações foram coletadas por meio de demonstrativos contábeis, essencialmente pelo DRE – Demonstrativo de Resultado do Exercício, razão contábil e relatórios gerenciais elaborados suplementarmente em planilhas *Excel*.

De acordo com o plano de contas do Instituto a composição dos custos diretos dos serviços prestados é composta pelas seguintes contas: medicamentos, material-médico hospitalar, salários e encargos, benefícios, cursos e treinamentos, material de manutenção, material de limpeza e higienização, material de escritório e expediente, outros materiais, serviços de terceiros, manutenção de equipamentos e outros custos gerais.

Os custos indiretos identificáveis aos serviços prestados, por sua vez, são compostos pelas contas de energia elétrica, água e esgoto e telefonia e internet. Já os custos com depreciações são registrados em uma conta única denominada com o mesmo nome.

Sucessivamente foram consolidados os custos mensais de todas as unidades (inclusive as especialidades pediátricas) que constituem o Ambulatório de Especialidades nos três grupos de custos (custos diretos, depreciações e custos indiretos) conforme apresentação na tabela 8 a seguir:

MÊS	CUSTOS DIRETOS	DEPRECIÇÃO	CUSTOS INDIRETOS	CUSTO TOTAL
JANEIRO/2015	1.163.100,36	1.606,33	3.369,63	1.168.076,32
FEVEREIRO/2015	1.122.523,02	1.620,74	4.420,11	1.128.563,86
MARÇO/2015	1.248.435,46	1.674,13	3.876,28	1.253.985,88
ABRIL/2015	1.245.059,52	1.674,15	5.102,82	1.251.836,49
MAIO/2015	1.132.024,18	1.679,19	4.784,31	1.138.487,68
JUNHO/2015	1.225.346,09	1.685,00	5.275,57	1.232.306,66
JULHO/2015	1.268.782,70	1.711,00	5.314,42	1.275.808,12
AGOSTO/2015	1.164.021,22	1.713,78	5.070,92	1.170.805,92
SETEMBRO/2015	1.281.412,80	1.719,37	5.408,23	1.288.540,39
OUTUBRO/2015	1.525.836,55	1.720,51	6.201,23	1.533.758,30
NOVEMBRO/2015	1.305.410,18	1.720,61	6.125,41	1.313.256,20
DEZEMBRO/2015	1.444.908,42	1.728,38	6.023,97	1.452.660,78
<b>TOTAL</b>	<b>15.126.860,49</b>	<b>20.253,20</b>	<b>60.972,90</b>	<b>15.208.086,59</b>

Tabela 8 – Composição dos Custos

Fonte: Dados da pesquisa

Com base no levantamento do custo de oportunidade, receita econômica e dos custos diretos, custos com depreciações e custos indiretos do Ambulatório de Especialidades, resta apurar o resultado econômico nos dois cenários pesquisados conforme o modelo de Slomski (1996), apresentado de acordo com a tabela 9 a seguir:



DESCRIÇÃO	TABELA SIGTAP/SUS	VALOR DE MERCADO
( + ) Receita Econômica	739.050,00	19.510.920,00
( - ) Custos Diretos dos Serviços Prestados	15.126.860,49	15.126.860,49
( = ) Margem Bruta	-14.387.810,49	4.384.059,51
( - ) Depreciação	20.253,20	20.253,20
( - ) Custos Indiretos Identificáveis aos Serviços Prestados	60.972,90	60.972,90
( = ) Resultado Econômico	-14.469.036,59	4.302.833,41

Tabela 9 – Apuração do Resultado Econômico

Fonte: Dados da pesquisa

A tabela acima evidencia a enorme discrepância do resultado econômico nos dois cenários analisados, particularmente pelos valores apurados na receita econômica, visto que há uma diferença expressiva na composição do custo de oportunidade entre o valor da consulta médica pela tabela SIGTAP/SUS e os valores das consultas médicas praticadas nos hospitais pesquisados.

## 6 | CONCLUSÕES

Considerando a apuração dos dados obtidos na pesquisa, a partir do modelo proposto por Slomski (1996), é possível perceber visivelmente a imensa disparidade dos resultados nos dois cenários estudados. O cálculo do custo de oportunidade no cenário I por meio do valor da consulta médica constante no SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS propiciou a receita econômica no valor total de R\$ 739.050,00 enquanto o custo de oportunidade pelo valor de mercado pesquisado no cenário II resultou na receita econômica no valor total de R\$ 19.510.920,00.

A diferença de valor da receita econômica entre os dois cenários atinge a importância de R\$ 18.771.870,00, equivalente a uma variação de 2.540%. Esse resultado reforça o entendimento que a tabela SUS está excessivamente defasada. De acordo com a Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos, a cada R\$ 1,00 gasto em procedimento médico, o SUS repassa, em média, apenas R\$ 0,65. Segundo Castro Guerra, vice-presidente do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, hospitais estão sendo fechados porque não conseguem se manter com essa tabela, a qual “vem sofrendo uma desatualização ao longo dos anos. Ou seja, ela não responde mais às necessidades dos hospitais e dos prestadores de serviços”. Desta forma pode-se afirmar que o cenário II é o mais realista e merece uma análise mais aprofundada, pois apresenta os valores que estão sendo atualmente praticados pelo mercado.

Para conhecer o resultado econômico do Ambulatório de Especialidades do



HCB é necessário identificar os custos de execução necessários para a prestação dos serviços. Os dados da pesquisa evidenciaram os custos diretos no valor de R\$ 15.126.860,49, despesas com depreciações no valor de R\$ 20.253,20 e custos indiretos no valor de R\$ 60.972,90 totalizando o custo anual de R\$ 15.208.086,59. Entre os principais custos destaca-se a conta de custos com salários e encargos responsável por 94% do custo total, composto substancialmente pela remuneração médica das diversas especialidades que compõem o ambulatório. Cabe ressaltar que o custo total anual é mesmo apresentado nos dois cenários, pois não há fundamento para diferenciar o custo de execução dos serviços prestados, isto é, o custo de execução dos cenários I e II é idêntico independente da variação do custo de oportunidade.

Assim sendo, ao subtrair o custo total da receita econômica, pode-se mensurar o resultado econômico do Ambulatório de Especialidades do HCB nos dois cenários apresentados. O cenário I, medido pelo custo de oportunidade a partir da tabela SIGTAP/SUS, aponta o resultado econômico negativo de R\$ 14.469.036,59, ou seja, um déficit econômico equivalente a -1.958% da receita econômica. Por sua vez, o cenário II, avaliado pelo valor de mercado, atinge o resultado econômico positivo de R\$ 4.302.833,41, ou seja, um superávit econômico equivalente a 22% da receita econômica.

Em síntese, ao discorrer a cerca dos resultados pesquisados conclui-se que o objetivo deste trabalho foi plenamente atingido, visto que o resultado econômico do cenário II apresenta um superávit econômico de R\$ 4.302.833,41 (quatro milhões, trezentos e dois mil, oitocentos e trinta e três reais e quarenta e um centavos), à medida que os custos de execução dos serviços prestados apontados durante o período da pesquisa foram inferiores ao custo do Estado para contratação dos mesmos serviços pelo valor praticado no mercado privado, de modo a comprovar um desempenho extremamente positivo.

O resultado apresentado no cenário II evidencia que o Hospital da Criança de Brasília José Alencar dispõe de estrutura de governança, adota boas práticas de gestão no Ambulatório de Especialidades e cumpre com os princípios de eficiência e eficácia. Em referência ao processo de *accountability* no setor público, a demonstração do resultado econômico poderá servir como um componente valoroso dos sistemas de prestações de contas, tendo em vista a concepção de ampliação da abrangência visando uma sociedade com maior acesso as informações relativas à prestação de serviço público a fim de proporcionar condições de exercer o papel de fiscalização e avaliação das ações públicas.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei 4.320/1964. **Institui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.** Brasília, DF.

\_\_\_\_\_. Lei 9.637/1998. **Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências.** Brasília, DF.

\_\_\_\_\_. Lei 9.790/1999. **Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências.** Brasília, DF.

\_\_\_\_\_. Manual de Contabilidade aplicada ao setor público: **Aplicado à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios. Válido a partir de forma facultativa a partir de 2010 e obrigatoriamente em 2012 para a União, Estados e Distrito Federal e 2013 para os Municípios.** Portaria STN nº 751, de 16 de dezembro de 2009. Volume V - 2ª Ed. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, Coordenação Geral de Contabilidade, 2009.

\_\_\_\_\_. Portaria 3.410/2013. **Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).** Brasília, DF.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle.** *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, Nº 45. São Paulo, 1998. Disponível em < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-64451998000300004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-64451998000300004&script=sci_arttext) >. Acesso em 11/09/2015.

CÂMARA NOTÍCIAS. **Filantrópicas reclamam novamente da falta de reajuste da tabela do SUS.** *Portal da Câmara dos Deputados*. Disponível em: < [www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/saude](http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/saude) >. Acesso em: 01/02/2016.

CATELLI, Armando (Coordenador). **Controladoria: uma abordagem da gestão econômica – GECON.** 2ª Ed. São Paulo: Atlas, 2011.

COSTA, Nilson do Rosário. **Alternativa de governança na gestão pública: o caso dos hospitais no modelo de parceria público-privada organização social no Estado de São Paulo.** In: MODESTO, Paulo; CUNHA JUNIOR, Luiz Arnaldo Pereira da (Coord.). *Terceiro Setor e parcerias na área da saúde.* Belo Horizonte: Fórum, 2011. P. 93-106.

COSTA, NR, RIBEIRO, JM. **Estudo Comparativo do Desempenho de Hospitais em Regime de Organização Social. Programa de Pesquisas Hospitalares “Em Busca de Excelência: Fortalecendo o Desempenho Hospitalar em Brasil”.** Ministério de Saúde, Banco Mundial, Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, 2005.

DE LUCA, Luiz (Organizador). **Governança Corporativa em Saúde: conceitos, estruturas e modelos.** IBGC – Instituto Brasileiro de Governança Corporativa. São Paulo: Saint Paul Editora, 2014.

ICIPE, Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada. **Relatório Anual de Gestão. Ano 2015.** Disponível em < [www.hcb.org.br](http://www.hcb.org.br) >.

IUDÍCIBUS, Sérgio. **Contabilidade Gerencial.** Pág. 141. 6ª Ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MARTINS, G.A. **Manual para Elaboração de Monografias e Dissertações.** 2ª ed., São Paulo: Atlas, 1994.

MODESTO, Paulo. **Reforma administrativa e marco legal das organizações sociais no Brasil: as dúvidas dos juristas sobre o modelo das organizações sociais.** *Revista do Serviço Público.* Ano 48. Nº 02. Mai - Ago 1997. Disponível em < [www.bresserpereira.org.br](http://www.bresserpereira.org.br) >. Acesso em 16/09/2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. HRP – Human Reproduction Programme.** Disponível em < [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf) >. Acesso em 28/02/2016.

ROCHA, Silvio Luís Ferreira. **Terceiro Setor. Coleção Temas do Direito Administrativo 7.** São Paulo: Malheiros, 2003.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Organizações sociais de Saúde: A Experiência Exitosa de Gestão Pública da Saúde do Estado de São Paulo.** Julho 2007.

SIGTAP (**Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS**). Disponível em < <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp> >. Acesso em 01/02/2016.

SLOMSKI, Valmor. **Mensuração do resultado econômico em entidades públicas: uma proposta.** 1996. 82 f. Dissertação (Mestrado em Controladoria e Contabilidade) FEA/USP, São Paulo.

Agência Brasileira do ISBN  
ISBN 978-85-7247-063-6

