



Um diagnóstico dos custos com saúde pública em municípios de Santa Catarina

A diagnosis of public health costs in municipalities of Santa Catarina state

DOI: 10.55905/revconv.16n.4-029

Recebimento dos originais: 10/04/2023

Aceitação para publicação: 10/05/2023

Isadora Carvalho Vieira

Graduada em Ciências Contábeis

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Campus Universitário

Endereço: Florianópolis - SC, Brasil

E-mail: isacarvalho1994@gmail.com

Altair Borgert

Doutor em Engenharia de Produção

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Campus Universitário

Endereço: Florianópolis - SC, Brasil

E-mail: altair@borgert.com.br

Valkyrie Vieira Fabre

Doutora em Ciências Contábeis

Instituição: Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC)

Endereço: Ibirama – SC, Brasil

E-mail: valkyrie.fabre@udesc.br

RESUMO

Antes de reduzir custos é importante conhecer sua composição. Pesquisas nacionais e internacionais revelam a carência de estudos na área de custos com saúde pública. Estudos com países da OCDE se limitam ao custo total da saúde. No Brasil, a classificação contábil possibilita maior detalhamento, mas na academia, ainda é uma lacuna de pesquisa. Esta pesquisa tem por objetivo analisar a composição dos custos municipais com saúde pública. Trata-se de uma pesquisa quantitativa e descritiva, com base nos dados dos balanços públicos oficiais dos maiores municípios de Santa Catarina. Os custos com saúde variam entre 18,61% e 34,73% do total dos custos municipais. Existe forte correlação entre o valor do custo Total com Saúde e as subfunções de Assistência Hospitalar e Ambulatorial (0,84), Suporte Profilático e Terapêutico (0,73), Demais Subfunções (0,75), além de correlações entre as subfunções. A principal contribuição desta pesquisa é a relação inversa encontrada entre algumas subfunções da saúde, sugerida por estudos anteriores, mas até então não confirmada. Verificou-se que quanto mais se aplica em atenção básica, menor o custo com assistência hospitalar e profilática, fato importante para o planejamento e a gestão da saúde pública.

Palavras-chave: custos, saúde pública, setor público, planejamento, gestão.



ABSTRACT

Before reducing costs, it is important to know its composition. National and international research reveals the lack of studies in the area of public health costs. Studies with OECD countries are limited to the total cost of health. In Brazil, the accounting classification enables greater detailing, but in academia it is still a gap in research. This research aims to analyze the composition of municipal public health costs. It is a quantitative and descriptive research, based on data from the official public balance sheets of the largest municipalities in Santa Catarina. Health costs vary between 18.61% and 34.73% of the total municipal costs. There is a strong correlation between the value of the Total Health Cost and the sub-functions Hospital and Outpatient Care (0.84), Prophylactic and Therapeutic Support (0.73), Other Sub-functions (0.75), besides correlations among the sub-functions. The main contribution of this research is the inverse relationship found between some health sub-functions, suggested by previous studies, but until then not confirmed. It was verified that the more is applied in basic care, the lower the cost with hospital and prophylactic care, an important fact for planning and management of public health.

Keywords: costs, public health, public sector, public sector, management.

1 INTRODUÇÃO

Estudos comprovam que a aplicação de recursos públicos em saúde melhora a qualidade da saúde de vida coletiva e contribuem para o crescimento e desenvolvimento econômico (Liu & Mills, 2012; Halici-Tülüce, Dogan & Dumrul, 2016; Mladenovic, Milovancevic, Mladenovic, Marjanovic, & Petkovic, 2016; Bien *et al.*, 2017). Segundo Arredondo (2014), conhecer os custos é fundamental para tomada de decisões que promovam a estabilidade financeira do sistema de saúde, mas a literatura tem se preocupado em mensurar a eficiência e eficácia no setor público, sem antes conhecer a composição dos custos.

Holmes e Sunstein (2000), afirmam que a saúde pública tem gasto cada vez mais recursos, para financiar os serviços e proteger os cidadãos. Mas para Rascka, Dempster e Bryce (2013), isso pode gerar aumento na renda das pessoas e por consequente, na renda nacional, já que promove o bem-estar e a maior expectativa de vida. No Brasil, os valores mínimos a serem aplicados pelo governo, são estabelecidos pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que determina os critérios de rateio das transferências, normas de fiscalização, avaliação e controle de custos. Porém, cidadãos e gestores não sabem ao certo onde e como esses recursos são aplicados.

Vários países divulgam os custos totais com saúde. Grande parte deles adota a classificação contábil da *Organization for the Cooperation and Economical Development*



(OCDE), que é a mais utilizada na contabilidade pública mundial e que agrupa os custos com saúde em única conta contábil (Morais, Vicente, & Souza, 2016). A dificuldade em coletar informações financeiras mais detalhadas tem limitado as pesquisas sobre eficiência e eficácia dos custos públicos (Worrall, Rietveld & Delacollette, 2004; Liu & Mills, 2012). No Brasil, os estudos sobre custo na saúde pública representam um campo recente de pesquisa, que surgiu com publicações a partir do ano de 2006 e tem se concentrado nas doenças, sua prevenção, diagnósticos e tratamentos (Moraz *et al.*, 2015). O país é uma fonte de pesquisa ainda pouco explorada, apesar da normatização contábil exigir a divulgação detalhada em todas as esferas de governo, ainda existe uma lacuna nas pesquisas sobre composição dos custos públicos.

O potencial da contabilidade gerencial pode ser melhor explorado em pesquisas do setor público, mas a nomenclatura utilizada pode causar divergências de entendimento até na própria ciência contábil. Em pesquisas internacionais sobre o setor público, o termo “cost” ou “custo” já está consolidado, como sinônimo dos gastos em geral. Porém, alguns autores no Brasil, principalmente em pesquisas da área privada, utilizam o termo gastos, como sendo a soma dos custos, despesas e investimentos. No setor público brasileiro, segundo Fabre, Schlup e Pandini (2017), por força normativa as despesas orçamentárias equivalem ao conceito de gasto público. Nesta pesquisa, foi utilizado o termo custo, que é o padrão internacional da literatura científica, no sentido de contemplar todos os gastos registrados no período.

Na saúde pública brasileira, principalmente nos municípios, o conhecimento dos custos com bens, ações e serviços, dos programas de saúde que advém das políticas públicas, apresentam mais perguntas do que respostas (Vieira, 2017). Entre as questões ainda pouco exploradas na academia, está a que originou essa pesquisa: **qual a composição dos custos municipais com saúde pública?**

Enquanto os estudos internacionais que utilizam dados da OCDE se limitam ao custo total da saúde, no Brasil, o caráter normativo estabelece diversas classificações contábeis que possibilitam um maior detalhamento. Entre elas, a classificação funcional programática, que é estabelecida pela Portaria nº 42, de 14 de abril de 1999, e define Funções, Subfunções e Programas da despesa pública.

De acordo com a classificação funcional programática, funções e subfunções tem classificação padronizada nas contas públicas brasileiras, assim, pesquisas que envolvam a classificação funcional (funções e subfunções) possibilitam replicação e generalização em nível



nacional. Para Fabre et al. (2017), a função reflete a competência institucional do órgão dentro de uma área de atuação, enquanto a subfunção estabelece a finalidade específica da ação vinculada àquela área.

Nesse sentido, esta pesquisa tem por **objetivo analisar a composição dos custos municipais com saúde pública**, sob o aspecto da classificação funcional. A pesquisa se limita ao estudo da função Saúde e todas as subfunções a ela vinculadas.

O grande desafio da gestão pública brasileira, diante do cenário econômico e político conturbado vivido nos últimos anos, é o gerenciamento dos custos, desde a captação dos recursos até a correta destinação e transparente prestação de contas (Prade & Fabre, 2018). A composição e a análise dos custos com saúde pública são os primeiros passos para oferecer alternativas de corte orçamentário e realocação de recursos. A academia tem muito a contribuir nesse sentido, desde que haja pesquisas científicas com esse foco.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Os custos com saúde envolvem várias ações públicas. Zhu e Wang (2011), destacam que cada país aplica os recursos de acordo com sua própria política de governo. Bonacim e Araújo (2010) afirmam que o ponto positivo comum para todos, é que um sistema de apuração de custos contribui para mensurar a eficiência, eficácia, efetividade e avaliação dos resultados. No Brasil, a função pública da saúde envolve as subfunções de atenção básica, assistência hospitalar e ambulatorial, suporte profilático e terapêutico, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, alimentação e nutrição (Cartilha indicadores SIOPS, 2014). A norma legal não limita as ações de saúde e podem ser realizadas outras ações, em apoio à estrutura da saúde pública (administrativa ou operacional).

Em relação à aplicação de recursos em ações de saúde, Zhu e Wang (2011) afirmam que os EUA gastam 21%, a Austrália gasta 18,2%, a República Checa 14,5%, a Alemanha 13,6%, a Rússia 12,7%, a Suazilândia 11,4%, a Romênia 10,7%, a Polônia 10,3%, a Bolívia 9,6%, o Irã 6%, a Singapura 5,8%, e a China 4%, de seu recurso total disponível. No Brasil, de acordo com o último balanço consolidado, publicado no Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro (SICONFI), foram aplicados 8,6% em saúde, do total executado do orçamento.

Na busca pela eficiência dos recursos públicos, alguns países têm promovido reformas políticas no serviço de saúde pública, sem conhecer a real estrutura de custos da saúde. A China,



segundo Liu e Mills (2012) realizou uma reforma caracterizada pela redução dos custos públicos e introdução de cobranças pela prestação dos serviços. Os autores concluíram que os serviços preventivos foram drasticamente reduzidos pela cobrança de tarifas o que gerou um aumento considerável em doenças.

Segundo o Fundo da *Commonwealth* os Estados Unidos estão em último lugar, entre os países ricos, na atenção primária à população, devido ao subinvestimento em saúde pública (Koller & Khullar, 2017). Para os autores, o volume de recursos da saúde se consolida no atendimento aos pacientes, reflete as prioridades dos gestores e possibilita quantificar o desempenho do sistema de saúde de qualquer país.

Alguns países vem se disseminando a política do desinvestimento. Haines *et al.* (2014), afirmam que a alegação é de que isso proporciona sustentabilidade ao sistema de saúde a longo prazo. Para os autores, as principais barreiras são a heterogeneidade entre pesquisas e contextos clínicos, ausência de evidência de eficácia de algumas tecnologias de saúde e exposição de pacientes aos riscos e resultados ruins.

A variação geográfica e a utilização de serviços também está sendo considerada no entendimento dos custos. No Canadá, Rascka *et al.* (2013) analisam dados de um programa de prevenção de infecções e concluíram que as políticas de prevenção e iniciativas padronizadas, levam à redução de custos. Em 18 países da região do Oriente Médio e Norte da África, Bousmaha, Ventelou e Abu-zaineh (2016), descobriram que a diminuição de custos com saúde só tem resultados efetivos em estruturas públicas mais organizadas e cuja gestão tenha alta qualidade.

A importância do custo na saúde pública é fundamental para determinar o uso dos recursos financeiros, para evitar o círculo vicioso da austeridade – corte de gastos – redução de crescimento – corte de gastos (Rossi & Dweck, 2016). Alguns estudos sobre gestão dos recursos públicos de saúde já foram realizados no Brasil, mas o país tem dimensões continentais e realidades distintas em cada região pesquisada.

Lara e Mendes (2015), analisaram a saúde na região metropolitana da Baixada Santista, onde a descentralização no estado de São Paulo não trouxe coesão entre gastos com ações e serviços de saúde. A maior necessidade era para média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial, mas a União encaminhou os recursos à atenção básica.



Já em Pernambuco, Santos, Gurgel, Pacheco e Martelli (2015a), analisaram a tomada de decisão dos gestores, sobre as prioridades de investimento na área da saúde, e apontaram um aumento de investimentos. Foram privilegiados os gastos em média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial, em detrimento da atenção básica.

Na cidade de Porto Alegre, o estudo feito por Costa *et al.* (2016) investigou as internações hospitalares denominadas Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), que decorrem de doenças que podem ser tratadas na atenção primária (tuberculose, hipertensão, diabetes entre outras). Os autores constataam que apesar de investimentos, apenas 31,5% da sua população é atendida na atenção primária. Apesar da redução da ICSAP no período do estudo, os resultados não trazem impacto na diminuição dos custos da média e alta complexidade hospitalar.

Santos *et al.* (2015b) analisam a estimativa de custos do Programa Municipal de Controle da Dengue, em Goiânia, capital do Estado de Goiás. Concluíram que o valor aplicado no período de atividade da doença na cidade, é suficiente para a prevenção e controle da doença pela vigilância em saúde, por mais 3 meses, mas na fase ativa da doença há sobrecarga de atendimento e aumento de custos na área hospitalar.

No estudo de Teles, Coelho, Ferreira e Scatena (2017), o gasto público federal com o Serviço de Atendimento Móvel de Emergência (SAMU), foi comparado por municípios, regiões e macrorregiões de saúde no Estado da Bahia. Os autores alertam que a legitimidade do serviço, sem a contrapartida de investimentos da rede de atendimento, pode causar o estrangulamento do atendimento e a ausência de integralidade da saúde pública.

Os problemas relacionados ao desequilíbrio financeiro evidenciam a necessidade de compreender e gerenciar os custos. Para Costa *et al.* (2016), é preciso tratar a informação e utilizá-la de forma a reduzir custos, equilibrar receitas e despesa, organizar investimentos, minimizar custos e desenvolver projetos autossustentáveis.

No Brasil o programa federal Farmácia Popular (com distribuição de medicamentos mediante receita médica, em farmácias públicas e privadas), foi estudado por Garcia, Guerra e Acúrcio (2017), em Minas Gerais, para identificar qual o meio mais eficiente do ponto de vista do governo. Os resultados indicam o modelo de terceirização, para assistência farmacêutica privada. Esta constatação se deve à dificuldade do setor público em manter o abastecimento dos medicamentos e a organização das farmácias públicas.



Analisar como são aplicados os recursos públicos municipais com saúde é algo necessário e, ainda, obscuro na literatura (Arredondo, 2014). Tratamentos e procedimentos de saúde são similares entre os países, já a política de gestão dos recursos é distinta entre eles.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Nessa pesquisa o problema foi abordado de maneira quantitativa, com objetivos atendidos por meio da estatística descritiva e análise de correlação, cuja principal fonte de dados foi documental.

Para Bousmaha *et al.* (2016), em relação a saúde, instituições com maior e melhor estrutura conseguem diminuir os gastos. Assim, foram observados os maiores municípios do estado de Santa Catarina, considerados aqueles com mais de 100.000 habitantes, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (2018). O Estado possui o menor índice de mortalidade infantil e maior índice de longevidade do Brasil, conforme os dados da Rede Interagencial de Informações da Saúde [RIPSA] (2018). Além disso, Santa Catarina ocupa a segunda melhor posição (77,2 pontos) no Ranking de Competitividade dos Estados (RCE), que mede a capacidade administrativa do governo e a qualidade de vida da população, enquanto a média nacional é de 47,9. A Tabela 1 apresenta os municípios pesquisados.

Tabela 1. Municípios catarinenses pesquisados

Municípios	Habitantes	Municípios	Habitantes
Joinville	515.288	Itajaí	183.373
Florianópolis	421.240	Lages	156.727
Blumenau	309.011	Jaraguá do Sul	143.123
São José	209.804	Palhoça	137.334
Criciúma	192.308	Balneário Camboriú	108.089
Chapecó	183.530	Brusque	105.503

Fonte: IBGE, 2018.

Devido ao caráter técnico das informações, a contabilidade tem um importante papel no auxílio ao entendimento dos custos públicos (Moraz *et al.* 2015). Foram utilizados os dados publicados nos balanços oficiais do SICONFI, capturados no site <http://www.siconfi.tesouro.gov.br/siconfi>, no campo declarações. Considerou-se os valores da execução orçamentária da despesa (empenhos liquidados) anual, elencados na função Saúde, considerando todas as subfunções vinculadas, disponíveis no Anexo I – Execução da Despesa por Função. Ao coletar os dados foi verificado que outras subfunções estavam vinculadas à



Saúde: Administração Geral (122) e a Previdência Regime Estatutário (272). Estas foram agrupadas e tratadas como Demais Subfunções.

Essa pesquisa foi realizada com base dos dados de 2011 a 2016. No segundo quadrimestre de 2018, quando os dados foram coletados, os demonstrativos contábeis de 2017 ainda não estavam homologados, sendo descartados, devido a possibilidade de alterações posteriores. Outrossim, optou-se por não atualizar a inflação incidente sobre os valores de custos dos anos anteriores, visto que não foi muito representativa no período e que a tabela do Sistema Único de Saúde (SUS), que é utilizada para pagamento de profissionais e procedimentos de saúde, também não teve atualização no período pesquisado.

Como limitações da pesquisa cabem destacar: a) foi utilizado o padrão internacional de nomenclatura, no qual se utiliza o termo “custo” para definir todos os gastos realizados; b) os dados levantados correspondem aos custos municipais, não envolvendo recursos aplicados diretamente pelo Estado, União ou iniciativa privada; c) alguns municípios podem ter seus custos sobrecarregados por manterem melhores estruturas ou por serem considerados polos regionais, o que leva muitos pacientes a se deslocarem para esses polos de saúde.

Os procedimentos para análise dos resultados, se iniciou com o histórico sintético de custos da saúde pública, em relação ao total de custos dos municípios. Calculou-se o custo da saúde pública municipal por habitante, o qual também foi apresentado em forma de gráfico temporal. O histórico analítico por subfunção e município, foi apresentado na sequência. A correlação entre as variáveis fecha o capítulo das análises. Em cada item analisado são trazidas pesquisas anteriores para comparar e discutir os resultados.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

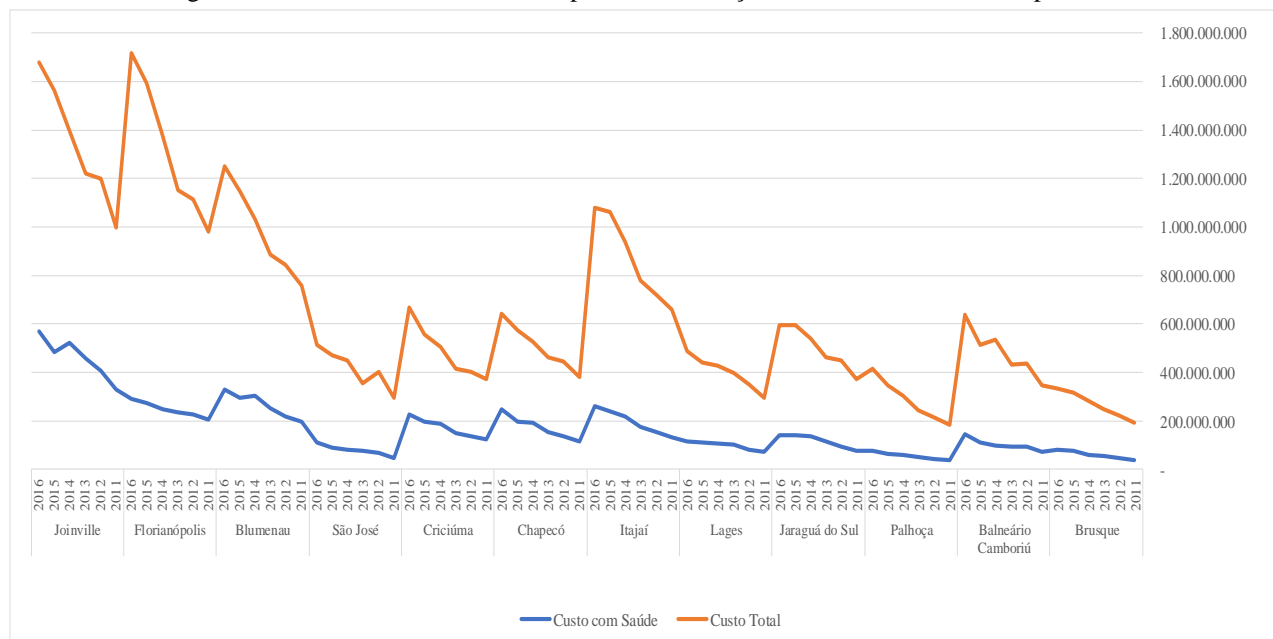
No Brasil, governos locais (municípios), governos regionais (estados) e governo federal (união), contribuem juntos para a saúde pública. A Figura 1 apresenta o histórico (2011 a 2016) dos custos totais e com saúde, da rede pública municipal.

Ao analisar os dados levantados, verificou-se que os custos com saúde, nos municípios de Santa Catarina, são em média de 24,96% do total dos custos municipais. A média individual ficou entre 18,61% (São José) e 34,73% (Criciúma), muito além do percentual médio de países em desenvolvimento, que segundo Zhu e Wang (2011) é de 10% do total do total de custos do



governo. Cabe destacar que a norma legal brasileira determina a aplicação mínima de 15% dos impostos municipais em ações de saúde.

Figura 1. Histórico sintético da saúde pública em relação ao custo total do município



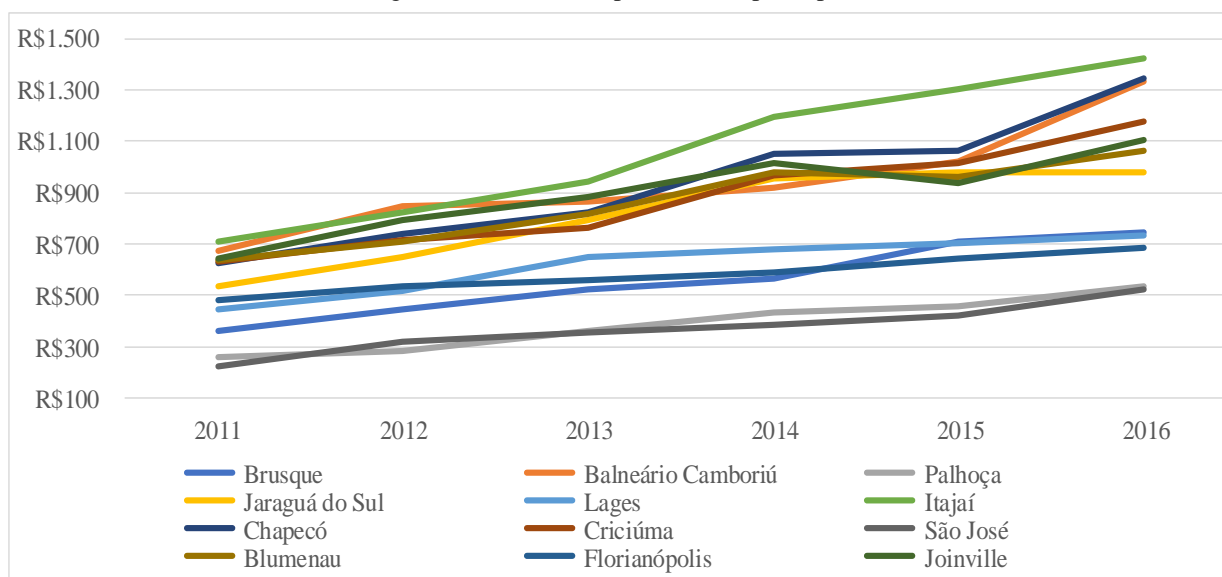
Nota. Fonte: dados da pesquisa (2018).

Os municípios de Chapecó, Criciúma e Joinville, mantiveram mais de 30% do total de recursos, aplicado em saúde, durante todo o período analisado. Esses municípios são grandes polos regionais de saúde, com grandes hospitais e com uma rede de atendimentos que beneficia cidadãos de vários municípios vizinhos. Outros municípios pesquisados também têm esse perfil, como Lages (24,36%), Itajaí (22,16%) e São José (18,61%). Porém, nesses locais o percentual de recursos aplicados foi menor.

O número de habitantes também pode ter relação com os gastos, mesmo que alguns atendimentos tenham abrangência regional. As cidades de Itajaí, Chapecó e Joinville são grandes centros urbanos, adensamentos povoados e localizados em diferentes regiões de Santa Catarina. Soares, Clemente, Freire e Scarpin (2016) afirma que estas características contribuem para a oferta de bens e serviços em saúde pública, que atraem os moradores de municípios menores e com menor variedade de serviços, ou até a inexistência deles.



Figura 2. Custo municipal da saúde per capita



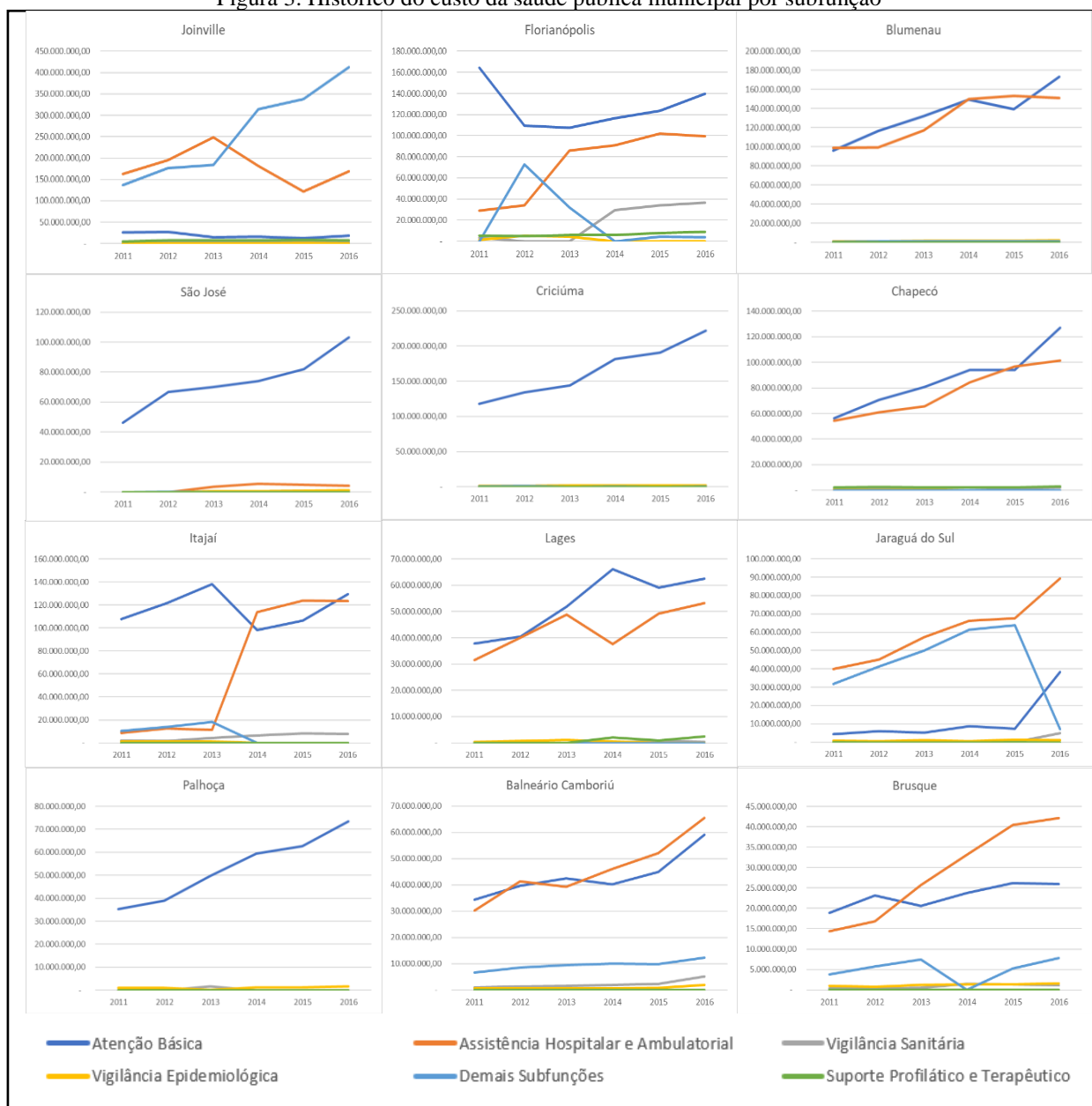
Nota. Fonte: dados da pesquisa (2018).

A Figura 2 apresenta o custo municipal *per capita*, onde a média geral do período (2011-2016), foi de R\$ 748,67. Os municípios com maior média foram Itajaí (R\$ 1.069,12) e Chapecó (R\$ 936,64). Já as menores médias ficaram com São José (R\$ 369,38) e Palhoça (R\$ 397,62). O custo *per capita* apurado considerou o total de serviços na saúde. Santos *et al.* (2015b) e Bueno (2016), também utilizaram esse dado em suas análises, porém, em procedimentos ou setores específicos da saúde.

Cada município elege suas prioridades e nesse sentido os custos com saúde também são distribuídos de maneira diferente, de acordo com cada realidade. A Figura 3 demonstra o histórico do custo por subfunção de cada município pesquisado.



Figura 3. Histórico do custo da saúde pública municipal por subfunção



Nota. Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Nesse estudo, os municípios que tiveram maior gasto total com saúde pública foram Joinville e Florianópolis. Justifica-se esse achado por serem os municípios com maior população e maior arrecadação do estado de Santa Catarina.

Os maiores gastos foram com Atenção Básica e com Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Soares *et al.* (2016) afirmam que na Atenção Básica são direcionados recursos para menores especificidades, ao passo que na Assistência Hospitalar e Ambulatorial são



atividades com maior complexidade. Segundo Santos *et al.* (2015b), em pesquisa no estado de Pernambuco, os recursos municipais da saúde têm aumentado com repasses do Estado e da União, mas estes se voltam às ações de média e alta complexidade, fazendo com que os municípios desembolsem seus próprios recursos para manter ações menos complexas.

Os resultados aqui encontrados divergem dos apontados por Lara e Mendes (2015), que analisaram os custos com saúde no estado de São Paulo. Naquela pesquisa a Assistência Hospitalar e Ambulatorial representou 79,57% dos custos com saúde, seguida de ações voltadas ao Suporte Profilático e Terapêutico (medicamentos), com 11,09%. No entanto, corroboram com Toletto (2017), que pesquisou 5.570 municípios brasileiros, e afirma que a Atenção Básica e a Assistência Hospitalar e Ambulatorial, são as subfunções que agregam maior esforço público na área da saúde, quer seja financeiro ou operacional.

As Demais Subfunções, que agrupam recursos destinados à gestão administrativa e a previdência de funcionários estatutários, tiveram destaque em Joinville e Jaraguá do Sul. Diferente da pesquisa de Lara e Mendes (2015), onde não foram significativas.

Na Figura 3, percebe-se que o aumento dos custos em determinadas subfunções parece reduzir os custos em outras. Na literatura consultada não foi encontrado relato explícito de que isso ocorra em outras amostras, mas alguns estudos (Ayieko *et al.*, 2013; Bueno, 2016; Soares *et al.*, 2016), relevam indícios deste mesmo fato.

No Quênia, Ayieko *et al.* (2013) verificou que vacinas preventivas são efetivas, pois além de baratas, previnem doenças e reduzem os custos hospitalares. No Brasil, Bueno (2016) alerta que o custo para controlar hipertensão e diabetes em população idosa, atendida na Atenção Básica, é mais barato que o custo do atendimento hospitalar e ambulatorial de pacientes sem acompanhamento. Também no Brasil, Soares *et al.* (2016), conclui que o deslocamento dos pacientes dos municípios menores para grandes centros de atendimentos de média e alta complexidade, eleva os custos nestas subfunções de saúde, diminuindo estes custos nos municípios menores, que se dedicam mais à Atenção Básica. Assim, a relação entre as subfunções da saúde precisa ser aprofundada para auxiliar na decisão dos gestores.



Tabela 2. Correlação dos custos

	SAÚDE TOTAL	Atençã o Básica	Assistência Hospitalar e Ambulatori al	Suporte Profilático e Terapêuti co	Vigilânc ia Sanitári a	Vigilânci a Epidemio lógica	Demais Subfunçõ es	Custo por habitante
SAÚDE TOTAL	1							
Atenção Básica	0,19	1						
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	0,84	-0,07	1					
Suporte Profilático e Terapêutico	0,73	-0,03	0,58	1				
Vigilância Sanitária	0,26	0,26	0,23	0,50	1			
Vigilância Epidemiológica	-0,06	0,33	-0,26	-0,11	-0,25	1		
Demais Subfunções	0,75	-0,37	0,56	0,65	-0,05	-0,12	1	
Custo por habitante	0,53	0,29	0,53	0,08	0,10	-0,04	0,22	1

Nota. Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Observa-se na Tabela 2, que existe forte correlação entre o valor da Saúde Total e as subfunções de Assistência Hospitalar e Ambulatorial (0,84), Suporte Profilático e Terapêutico (0,73) e Demais Subfunções (0,75), indicando que quanto mais recursos são aplicados em saúde, maiores os custos registrados nessas subfunções específicas. De acordo com Vieira (2017) o custo por habitante teve ter relação com o aumento no total de saúde (0,53), já que aumentam os atendimentos, principalmente nos hospitalais.

Há forte correlação entre os custos do Suporte Profilático e Terapêutico e da Assistência Hospitalar e Ambulatorial (0,58), assim como, entre aquele e a Vigilância Sanitária (0,50), sugerindo que o aumento na prestação de serviços hospitalares e de Vigilância Sanitária eleva os custos com medicamentos na rede pública.

A relação inversa entre Assistência Hospitalar e Ambulatorial e a Atenção Básica, aparente em alguns municípios da Figura 3, não se confirmou tão forte na Tabela 2, onde foram analisados os dados em conjunto.

5 CONCLUSÕES

O objetivo desta pesquisa foi analisar a composição dos custos municipais com saúde pública, sob o aspecto da classificação funcional. Os resultados contribuem para o avanço no entendimento dos custos, possibilitando um melhor planejamento, com base na oscilação entre as subfunções, principalmente considerando as correlações inversas registradas.



Durante este estudo, observou-se uma deficiência teórica e prática em relação aos sistemas, métodos e análise de informações de custos públicos. Questões já resolvidas na área privada parecem estar em fase incipiente nos estudos de custos voltados ao setor público.

Foi detectada uma confusão teórica específica da saúde, no que diz respeito ao termo Atenção Básica. Na judicialização de medicamentos o termo é utilizado para se referir a um princípio básico da Constituição Brasileira, enquanto em estudos sobre gestão de custos, o termo corresponde a um procedimento de saúde. São conceitos distintos, mas que estão sendo associados erroneamente para justificar a elevada judicialização de medicamentos, pelo aumento dos custos com atenção básica de saúde.

A contabilidade deve registrar os medicamentos na subfunção que melhor represente o seu uso. Assim, se for utilizado para uma intervenção cirúrgica deve ser registrado na subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial, no entanto, se for um medicamento preventivo ou de tratamento deve ser registrado na subfunção Controle Profilático e Terapêutico. Não há impedimento para registro em outra classificação contábil, desde que melhor representem o objetivo de uso.

A contribuição da contabilidade para o melhor gerenciamento das contas públicas tem sido tema de várias pesquisas recentes. O campo é vasto e ainda precisa ser desbravado em muitos aspectos. Apenas transpor técnicas privadas para o setor público, ou se ater às nomenclaturas distintas entre campos de pesquisa, não atende a expectativa dos gestores. O conhecimento dos profissionais contábeis, deste campo, precisa ser resgatado na academia. A lacuna de pesquisa na área de custos do setor público está na ligação entre a identificação do custo e o desenvolvimento de novas ferramenta e métodos. Para isso, conhecer a composição e como se comportam os custos, é fundamental para o avanço teórico.



REFERÊNCIAS

Arredondo, R. (2014). Why revisit your cost-accounting strategy. *Healthcare Financial Management*, 68(7), 68-73.

Bien, D.R., Danner, M., Vennedey, V., Civello, D., Evers, S.M., & Hiligsmann, M. (2017). Patients' preferences for outcome, process and cost attributes in cancer treatment: a systematic review of discrete choice experiments. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*, 10(5), 553-565. doi.org/10.1007/s40271-017-0235-y

Bonacim, C.A.G., & Araujo, A.M.P. (2010). *Gestão de custos aplicada a hospitais universitários públicos: a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP*. *Revista de Administração Pública*, 44(4), 903-931. doi.org/10.1590/S0034-76122010000400007

Bousmaha, M.Q., Ventelou, B., & Abu-Zaineh, M. (2016). Medicine and democracy: The importance of institutional quality in the relationship between health expenditure and health outcomes in the MENA region. *Health Policy*. 120(8), 928-935. doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.06.005

Cartilha indicadores SIOPS. (2014). Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

Bueno, D. R. (2016). *Custos de procedimentos de saúde e associação com nível de atividade física e estado nutricional de idosos hipertensos e diabéticos*. Tese (Doutorado). São Paulo: Universidade de São Paulo. doi.org/10.11606/T.6.2016.tde-15032016-143749

Costa, J.S.D., Pattussi, M.P., Morimoto, T., Arruda, J.S., Bratkowski, G.R., Sopelsa, M., Fritzen, J.S., Canto, V.A.F., & Marques, M.C. (2016). Tendência das internações por condição sensível à atenção primária e fatores associados em Porto Alegre, RS, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(4), 1289-1296. doi.org/10.1590/1413-81232015214.15042015

Fabre, V.V., Schlup, D., & Pandini, J. (2017). Aplicação de recursos públicos no ensino fundamental: será que o gasto interfere no desempenho? *Revista Catarinense da Ciência Contábil*, 16(47), 42-50. doi.org/10.16930/2237-7662/rccc.v16n47p42-50

Haines, T., O'Brien, L., McDermont, F., Markham, D. Mitchell, d. Watterson, D., & Skinner, E. (2014). A novel research design can aid disinvestment from existing health technologies with uncertain effectiveness, cost-effectiveness, and/or safety. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67(2), 144-148. doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.08.014

Halici-Tülüce, N.S., Dogan, I., & Dumrul, C. (2016). Is income relevant for health expenditure and economic growth nexus? *Int J Health EconManag*, 16(1), 23-49. doi.org/10.1007/s10754-015-9179-8

Holmes, S., & Sunstein, C.R. (1999). *The cost of rights: Why liberty depends on taxes*. New York: W.W. Norton & Company.



Garcia, M.M., Guerra, A.A., & Acúrcio, F.A. (2017). Avaliação econômica dos Programas Rede Farmácia de Minas do SUS versus Farmácia Popular do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(1), 221-233. doi.org/10.1590/1413-81232017221.15912015

Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística [IBGE]. (2018). *Dados dos Municípios*. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/panorama>

Lara, N.C., & Mendes, A. (2015). A regionalização e o financiamento do SUS na região Metropolitana da baixada santista do estado de São Paulo. *Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba*, 17(1), 37-42. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/21962>

Liu, X., & Mills, A. (2012). Financing reforms of public health services in China: lessons for other nations. *Social Science & Medicine*, 54(11), 1691-1698. [doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00337-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00337-9)

Koller, C. F., & Khullar, D. (2017). Primary care spending rate - a lever for encouraging investment in primary care. *New England Journal of Medicine*, 377(18), 1709-1711. doi.org/10.1056/NEJMp1709538

Mladenovic, I., Milovancevic, M., Mladenovic, S.S., Marjanovic, V., & Petkovic, B. (2016). Analyzing and management of healthcare expenditure and gross domestic product (GDP) growth rate by adaptive neuro-fuzzy technique. *Computers in Human Behavior*, 64(1), 524-530. doi.org/10.1016/j.chb.2016.07.052

Morais, L.M., Vicente, E.F.R., & Souza, G.P. (2016). Efeitos da lei de responsabilidade fiscal sobre a tendência de despesas públicas de Santa Catarina: evidências no período 1995-2010 segundo critérios da OCDE. *Rev. da CGU*, 8(12), 311-350.

Moraz, G., Garcez, A.S., Assis, E.M., Santos, J.P., Barcellos, N.T., & Kroeff, L.R. (2015). Cost-effectiveness in health in Brazil: a systematic review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3211-3229. doi.org/10.1590/1413-812320152010.00962015

Prade, A., & Fabre, V.V. (2018). Poder Legislativo Municipal: análise dos gastos com pessoal nas capitais brasileiras. *Revista Brasileira De Contabilidade*, 229(1), 84-93.

Rascka, S., Dempster, L., & Bryce, E. (2013). Health economic evaluation of an infection prevention and control program: Are quality and patient safety programs worth the investment? *American Journal of Infection Control*, 41(9), 773-777. doi.org/10.1016/j.ajic.2012.10.026
Rede Interagencial de Informações da Saúde (RIPSA). (2018). Informações da Saúde Santa

Catarina. Disponível em: <http://www.sc.ripsa.org.br/php/index.php?lang=pt>

Rossi, P. & Dweck, E. (2016). Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. *Cad. Saúde Pública*, 32(12), 1-5. doi.org/10.1590/0102-311X00194316

Santos, F.A.S., Gurgel, G.D., Pacheco, H.F., & Martelli, P.J.L. (2015a). A regionalização e financiamento da saúde: um estudo de caso. *Cadernos Saúde Coletiva*, 23(4), 402-408. <https://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201500040126>



Santos, S.M., Amorim, F., Ferreira, I.A., Coelho, G.E., Itria, A., Siqueira, J.B., & Toscano, C.M. (2015b). Estimativa de custos diretos do programa municipal de controle da dengue Goiânia-GO. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 4(4), 661-670. doi.org/10.5123/S1679-49742015000400008

Soares, R.F., Clemente, A., Freire, F.S., & Scarpin, J.E. (2016). Centralidade municipal e interação estratégica na decisão de gastos públicos em saúde. *Revista de Administração Pública*, 50(4), 563-586. doi.org/10.1590/0034-7612145797

Teles, A.S., Coelho, T.C.B., Ferreira, M.P.S., & Scatena, J.H.G. (2017). Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Estado da Bahia: subfinanciamento e desigualdade regional. *Cadernos Saúde Coletiva*, 25(1), 51-57. doi.org/10.1590/1414-462x201700010188

Vieira, F.S. (2017). *Produção de informação de custos para a tomada de decisão no SUS*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

Worrall, E., Rietveld, A., & Delacollette, C. (2004). The Burden of Malaria epidemics and cost-effectiveness of interventions in epidemic situations in Africa. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 71(2), 136-140.