

# Contabilidade e gestão da saúde pública

Denise de Queiroz Ferreira\*

## RESUMO

O Brasil passa por um visível processo de mudanças na área pública em que fica clara a necessidade de melhoria da gestão nos diversos âmbitos e setores e, atrelada a esta, a transparência e divulgação das informações relativas à aplicabilidade dos recursos e alcance dos resultados tem sua importância ressaltada, entre outros motivos, pela realização da prestação de contas. O setor de Saúde Pública, dentro desse contexto, passou por mudanças significativas, destacando-se o processo de municipalização dos serviços iniciado em 1988.

A eficiência na gestão, para ser alcançada, deve ter como suporte a informação, imprescindível para a tomada de decisão. Estas informações devem ser relevantes, tempestivas e devem estar oportunamente disponíveis.

Considerando a Ciência Contábil um sistema que tem como objetivo fornecer informações aos seus usuários, esta deve ser eficiente e proporcionar aos gestores instrumentos para a tomada de decisões e, aos cidadãos, demonstrativos que retratem a execução das metas e objetivos estabelecidos durante o processo orçamentário.

**Palavras-chave:** Saúde pública - Brasil; Contabilidade - Sistemas de informação.

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde pública no Brasil tem passado desde 1988 por mudanças significativas. A baixa qualidade dos serviços prestados à população, caracterizada pela insuficiência de leitos, médicos e auxiliares, pelos altos custos dos tratamentos continuados e dos medicamentos, pelas filas à espera de atendimento, entre outros fatores, fez com que se tornasse necessária uma reformulação do sistema de saúde vigente até fins dos anos 80.

A Constituição Federal de 1988 instituiu o processo de municipalização dos serviços do setor saúde. Com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS – a responsabilidade pela prestação de serviços

---

Sistema de Bolsas – Ciências Contábeis

na área ficou a cargo do município, cabendo aos estados e à União auxiliar a administração do setor. Ao município cabe a gestão dos recursos e a promoção de políticas que atendam as demandas locais.

Com a implantação do processo de municipalização, ocorreram mudanças significativas na gestão do setor de saúde. A busca pela eficiente aplicação dos recursos públicos tornou-se fundamental para o alcance de melhores níveis de qualidade do sistema público. Para auxiliar a condução do processo de descentralização, foram elaboradas ao longo dos anos, normas operacionais que têm como objetivo também orientar a gestão dos recursos financeiros e humanos envolvidos com o desenvolvimento do setor.

É importante salientar que essas normas operacionais, além dos aspectos financeiro e de procedimentos médico-hospitalares, prevêm a criação de comissões e a realização de conferências onde a participação popular é garantida e é vista como uma maneira de se conhecer as necessidades da população local e utilizar essas informações para a melhoria da gestão municipal.

Porém, para que os dirigentes trabalhem com o objetivo de realmente atender as demandas locais, é necessário que eles conheçam a realidade municipal. Isto só é possível se houver a busca e o uso de informações. A informação, para que seja útil à gestão, deve conter características como veracidade, tempestividade e confiabilidade, essenciais para a sua qualificação.

O levantamento e a organização das informações possibilitam aos gestores conhecer a realidade municipal e formular indicadores de qualidade de vida e da prestação de serviços públicos. O uso de indicadores locais é um importante instrumento para a formulação das políticas públicas. A elaboração do orçamento anual, se baseada nas informações, pode fazer com que este se torne um plano onde devem vir estabelecidos os objetivos e metas a serem alcançados em determinado período.

O levantamento de informações, sua análise e agrupamento possibilitam o conhecimento da realidade e demandas locais. Mas, para isso, as fontes para a sua obtenção devem ser fidedignas, já que a formulação das políticas públicas e a aplicação dos recursos devem ter como base informações trabalhadas tanto em aspectos econômico-financeiros como sociais.

No setor saúde, um gerenciamento eficiente só é possível se tiver a informação como elemento básico para a formulação de suas ações. Além disso, a gestão do setor deve proporcionar espaço para a participação dos vários atores envolvidos no processo – dirigentes, corpo médico e usuários do sistema de saúde.

Dentro desse contexto, onde a informação pode ser considerada a base para a formulação das ações e políticas a serem implementadas, a Ciência Contábil, vista como um sistema de informações, torna-se uma fonte e instrumento fundamentais para o alcance de uma gestão local eficiente. Se devidamente trabalhada, a contabilidade pode vir a fornecer informações as mais diversificadas, atendendo aos interesses de todos os seus usuários.

Assim, este trabalho teve como material para análise demonstrativos contábeis fornecidos pela Fundação Municipal de Saúde de Sete Lagoas/MG. É importante salientar que a análise efetuada tem como finalidade conhecer a realidade de uma parte do setor de saúde do município, não retratando-a como um todo.

Além dessa introdução e da conclusão, o trabalho é composto por mais três capítulos. No primeiro, são levantados aspectos relativos à criação do Sistema Único de Saúde – SUS – abrangendo, no primeiro momento, os processos de descentralização e conseqüente municipalização do sistema de saúde e, após, as normas operacionais de orientação para a implantação e gestão do SUS.

No segundo capítulo, trata-se da informação e de sua importância para a tomada de decisões, bem como do uso de indicadores para a formulação de planos e estratégias de gestão.

No terceiro capítulo, aborda-se a Ciência Contábil como um sistema capaz de oferecer informações, demonstrativos e relatórios que retratem a realidade local e ressaltem os pontos a serem melhor trabalhados em busca do desenvolvimento das potencialidades do município.

## **2 SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL**

### **SUS - Descentralização e Municipalização**

Em 1988, o Brasil iniciou um processo de descentralização na área da saúde, instituído formalmente na Constituição Federal - CF/88 através da criação do SUS — Sistema Único de Saúde — que, entre outros aspectos, transfere para a esfera municipal grande parte da responsabilidade pela gestão dos serviços de saúde.

Várias são as discussões a respeito do significado e abrangência do termo 'descentralização', largamente utilizado nos materiais referentes à área da saúde pública. No caso deste trabalho, a definição que melhor se adapta aos seus interesses seria a de um "processo de transformação em que estão envolvidos a distribuição de poder e de recursos,

a redefinição dos papéis das três esferas de governo, a reorganização institucional, a reformulação das práticas, o estabelecimento de novas relações entre os níveis de governo e o controle social" (HORTALE, 1997).

Nas duas últimas décadas, a busca pela eficiência da administração e dos serviços públicos teve como características a tentativa de desburocratização e as reformas administrativas. A partir da constatação de que o governo, da forma como vinha conduzindo o país, não atendia mais aos anseios e às necessidades básicas da população, o uso de alternativas de gestão que otimizassem a aplicação dos recursos e, concomitantemente, aumentassem a efetividade das políticas públicas passou a ser uma saída para a solução dos problemas sociais prementes.

A descentralização no setor saúde, que teve início a partir da CF/88, trouxe consigo e proporcionou mudanças significativas direta e indiretamente ligadas à idéia central, que era aumentar o grau de efetividade das políticas sociais na área e, ao mesmo tempo, ampliar a autonomia de gestão dos dirigentes locais.

A CF/88, no que se refere ao processo de descentralização, trata da saúde como um direito social, assegurado pelo acesso universal e igualitário aos serviços do setor. Ela também contribuiu para a mudança na forma como o Estado se relacionava com a comunidade, na medida em que contempla a participação comunitária na formação das comissões de auxílio à gestão — Norma Operacional Básica — NOB 1/96).

*A tendência à descentralização setorial, mediante o processo de redistribuição de capacidade decisória e de recursos entre esferas de governo, é traduzida pela definição do município como o único ente federativo ao qual é atribuído a missão constitucional de prestar serviço de atendimento à saúde da população. À União e aos estados cabem prover a cooperação técnica e financeira necessária ao exercício desse encargo" (COSTA., 1999, p.36).*

Por ser considerado o ente federado mais próximo e de mais fácil acesso, bem como por conviver de perto com as necessidades da comunidade local, ao poder municipal cabe a gestão dos recursos e a promoção de políticas capazes de atender as demandas locais.

Após mais de dez anos de políticas de descentralização no setor saúde, pode-se perceber que a realidade está um pouco distante das premissas iniciais estabelecidas quando da criação do SUS. Um dos setores sempre relegados a segundo plano pelos governos, a gestão dos recursos destinados à saúde torna-se ainda mais complexa diante do

novo desafio imposto ao município: garantir, com recursos dos repasses federal e estadual, a atenção básica e/ou semiplena de acordo com o tamanho e a demanda locais.

*O município, a quem, na estrutura do SUS, cabe a responsabilidade pela assistência à saúde dos cidadãos, não dispõe de recursos para custeá-la. Fica, assim, dependente dos repasses da União, que os detêm, e da negociação com o Estado na 'Comissão Intergestores Bipartite', onde é definido o montante a que tem direito. Essa dicotomia entre financiamento centralizado e execução descentralizada constitui, senão um impasse, pelo menos, um grave constrangimento ao processo de descentralização" (ALVIM, 1999, p.56).*

Uma outra dificuldade encontrada no processo de descentralização é a falta de estrutura do município, que não estava preparado para gerir algo complexo e de tamanha importância e repercussão social.

Além disso, à exceção de alguns, a maioria dos municípios não dispõe de recursos humanos com capacitação para implantar a gestão básica ou semiplena. Contribuindo para o agravamento da situação, a gestão dos recursos está atrelada ainda à vontade política e aos pactos estabelecidos entre as diferentes esferas de governo no que concerne à distribuição de poder e competências (ALVIM, 1999, p.56).

### **Legislação - normatização e orientação**

A Constituição Federal de 1988 iniciou o processo de orientação para a descentralização no setor saúde, em busca da melhoria da qualidade da gestão pública na área. Em seu art. 198 ficou estabelecido que o sistema único de saúde seria organizado com as seguintes diretrizes: descentralização, com a direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e a participação da comunidade.

Com o início do processo de descentralização a partir de 1988, tornou-se necessária a regulamentação e orientação das condições gerais em que se deveria gerir o setor de saúde, tanto nas esferas estadual como municipal. Foram criadas então as NOB's 1/91, 1/93 e 1/96, com o objetivo de promover a integração entre as esferas de governo e fortalecer o processo de descentralização, onde os municípios seriam os principais responsáveis pela gestão dos recursos repassados e prestação de serviços de saúde.

De acordo com Costa, Silva e Ribeiro (1999) a NOB 1/91 introduziu o conceito de municípios e estados habilitados ao SUS, mediante comprometimento com a gestão dos serviços de forma direta. Prevvia ainda a criação de conselhos comunitários para viabilizar a participação da sociedade no processo.

A NOB 1/93 criou as Comissões Intergestoras Tripartites – CIT compostas por representantes das várias esferas do governo e as Comissões Intergestoras Bipartites — CIB nos estados, representada por integrantes do estado e dos municípios. Ela ainda classificou os níveis de gestão em que poderiam ser encontrados os municípios: gestão incipiente, parcial ou semiplena. Além disso, formatou um “processo de normalização das relações intragovernamentais, criando regras de transferências de recursos, mecanismos de controle e avaliação, e definição de etapas não-seqüenciais de transferência para a gestão local de serviços” (COSTA, SILVA; RIBEIRO, 1999, p.39).

Com a criação da NOB 1/96, o processo de descentralização iniciado pela NOB 1/93 sofreu alterações, já que a nova orientação seria ampliar a responsabilidade dos gestores estadual e municipal, tendo como foco a atenção básica à saúde e as ações de prevenção coletiva de doenças. Com a NOB 1/96, as condições de habilitação se reduziram a duas modalidades: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. De acordo com Costa, Silva e Ribeiro (1999), os principais objetivos desta nova norma operacional básica eram:

- a) promover e consolidar a função municipal na gestão do poder público na atenção à saúde e redefinir as responsabilidades de Estados, Distrito Federal e União;
- b) estabelecer um novo pacto federativo em relação à responsabilidade sanitária;
- c) reorganizar o modelo assistencial, dando ao município a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica à saúde;
- d) assegurar que as transferências intragovernamentais sejam fundo a fundo, reduzindo as transferências para remuneração de serviços produzidos;
- e) fortalecer a gestão compartilhada entre os níveis de governo através das CIT e CIB;
- f) estabelecer a direção única em cada nível de governo;
- g) fortalecer a função gestora das secretarias estaduais, com redefinição de responsabilidades para a coordenação do SUS em âmbito estadual;

- h) regulamentar as relações entre os sistemas municipais e destes com as instâncias estaduais e federais, destacando-se, como principal instrumento das relações entre governos, a Programação Pactuada e Integrada — PPI.

A Programação Pactuada e Integrada tem como objetivo reorganizar o modelo de atenção e gestão do SUS, onde são destacadas as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no próprio município, quer pelo encaminhamento a outros municípios, sempre por intermédio de relações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual. A PPI, que é coordenada e acompanhada pela Secretaria de Estado da Saúde, envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças .

Um aspecto importante a ser ressaltado é a tímida participação popular na gestão da saúde. Segundo Costa, Silva e Ribeiro (1999) isto se dá porque a administração pública está mais voltada para o controle de procedimentos e não de resultados, e é pouco sensível ao julgamento dos usuários sobre a qualidade dos serviços prestados.

Essa participação da população e a avaliação da qualidade da prestação dos serviços de saúde só é possível se ela tiver domínio da real situação em que o município se encontra. A disponibilização de informações, elaboradas e fornecidas através de relatórios consistentes e em linguagem acessível é essencial para a efetiva participação da sociedade em todas as etapas do processo de gestão do setor de saúde.

### 3 INFORMAÇÃO E GERENCIAMENTO

#### Importância da informação – indicadores

Um conjunto de dados capaz de alimentar as decisões dos gestores é fundamental. A informação, organizada de forma que atenda as necessidades dos usuários, deve conter características como veracidade, tempestividade e confiabilidade, essenciais para a sua qualificação.

O setor saúde, após o processo de descentralização iniciado em 1988, convive com uma série de dificuldades no que tange à sua gestão. O município passou a ser o responsável direto pelo fornecimento de serviços médico-hospitalares. São inúmeras as dificuldades de se organizar os sistemas de informação municipais, isso quando não são inexistentes. O fato de cada um dos mais de cinco mil municípios serem administrados por pessoas – prefeitos – diferentes (o que seria menor no caso dos estados – vinte e sete governadores) e de cada um estar em

um nível no processo de implantação do SUS, questões geográficas, econômico-financeiras e suas conseqüências sociais também fazem com que cada município enfrente dificuldades específicas e, com isso, utilize uma maneira particular de se enquadrar ao SUS.

O estudo das condições locais é fator primordial para a eficiente aplicação dos recursos públicos. Somente baseados nas informações locais é que os dirigentes poderão trabalhar objetivando atender as necessidades da sociedade.

No município escolhido para estudo deste trabalho – Sete Lagoas/MG – em visita à Secretaria de Saúde e à Fundação Municipal de Saúde, pôde-se constatar que até então (julho/2001) não existia um plano ou projetos para serem implantados no setor. Os recursos são aplicados na medida em que alguma unidade – hospital/clinica/posto de saúde – requisita determinado material ou obra. Os dirigentes e assessores da área não partem de nenhum planejamento periódico que contenha a destinação das verbas públicas, configurando-se um uso de recursos sem objetivos preestabelecidos.

O levantamento e a organização de informações possibilita ao município conhecer os seus indicadores. Essa prática pode proporcionar subsídios essenciais para a realização de um planejamento orçamentário condizente com a situação sócio-econômica local. O uso da informação como instrumento viabilizador de práticas sociais mais equânimes passa a atender então a preceitos muito mais amplos: torna possível, de forma indireta, a melhoria das condições de vida da comunidade na medida em que conhece e atende as suas reais necessidades.

A maneira como esses indicadores podem ser obtidos fica a cargo de cada localidade, principalmente pelo fato de cada uma ter condições particulares e recursos diferenciados para isso. De qualquer forma, vale ressaltar que o importante é que todo trabalho na área da saúde seja realizado tendo como base as informações, devidamente trabalhadas, sobre o perfil dos 'clientes' que serão atendidos por seus serviços.

Assim, são necessários vários indicadores que, relacionados, possibilitem estabelecer os perfis dos usuários do SUS municipal. Dentre outros, alguns exemplos de indicadores que podem ser utilizados:

- a) rendas *per capita* e familiar/PIB/PNB;
- b) IDH – Índice de Desenvolvimento Humano;
- c) taxas de analfabetismo/níveis de escolaridade;
- d) oferta e acesso aos serviços sanitários;
- e) estrutura urbanística.



Os indicadores podem ser divididos em três grupos principais, fornecendo informações que possibilitam definir os perfis dos usuários dos serviços de saúde.

Os indicadores demográficos – faixa etária, sexo, local de moradia (urbana/rural) etc. – são importantes na medida em que fornecem informações sobre as condições de infraestrutura relacionadas à população analisada e, visto de forma mais ampla, além de ajudar na formulação do orçamento na área da saúde, essas informações obtidas também podem e devem ser utilizadas nas outras áreas do orçamento (investimentos em obras do sistema viário, aumento de vagas na educação escolar, programas habitacionais, etc.).

Os indicadores sociais – acesso à escola, grau de escolaridade, acesso ao sistema de saúde, participação em associações comunitárias, poder aquisitivo familiar (rendas *per capita* e familiar), entre outros – fornecem a exata dimensão do desenvolvimento humano local. Essas informações são essenciais na formulação das políticas públicas e de acesso aos serviços educacionais e de saúde, bem como nos locais onde o estímulo à participação social na definição de prioridades (municípios que implantaram o Orçamento Participativo) se faz presente.

Dentre os indicadores sociais, há que se levar em conta um, fundamental para a manutenção da saúde tanto física como psicológica e, extensivamente, social. Segundo Inojosa (2000), o desemprego gera uma série de dificuldades e contribui para o agravamento do quadro geral da saúde da população:

*"[...] a exclusão é um agravo à saúde da sociedade, causa e expressão dos danos sociais gerados pela acumulação e apropriação desigual das riquezas existentes em determinado momento histórico" (p. 106)*

Os indicadores sanitários formam o terceiro grupo e estão diretamente ligados às condições de saúde dos municípios. São eles a coleta domiciliar de lixo, abastecimento e tratamento de água, rede de esgoto, trabalhos de conscientização e prevenção de epidemias, enfim, o acesso a condições razoáveis de habitação e políticas de saúde e sanitário.

Esses indicadores acima exemplificados serviriam para a execução de um levantamento das condições sociais da população e posterior formulação de políticas públicas na área da saúde para sanar as dificuldades existentes.

O levantamento de dados, sua análise e agrupamento possibilitam conhecer a realidade e as necessidades dos usuários a serem atendidos. Para isso, fontes fidedignas de informações devem ser buscadas

para que a formulação e aplicação das políticas públicas na área da saúde alcancem os reais objetivos a que se propõem.

## Gerenciamento do Setor Saúde

A busca pela eficiente aplicação dos recursos públicos visando atender as demandas dos cidadãos é constante e vem se tornando foco de discussões e estudos na área de gestão pública. Não só no Brasil como em outros países, principalmente nos pobres, o desafio está em aumentar o grau de eficácia na aplicação dos recursos, relacionando-os aos serviços e às necessidades da comunidade, ou seja, trabalhar para "tentar eliminar os desequilíbrios geográficos (colocar os serviços onde estão as necessidades), numéricos (excesso de médicos, falta de enfermeiros), organizacionais (falta de serviços básicos, abundância de serviços hospitalares)" (DUSSAULT, 1992, p. 9). A busca, portanto, consiste no uso racional dos recursos, levando em consideração as especificidades de cada localidade, bem como as particularidades que dizem respeito à gestão do sistema de saúde pública.

Assim, de acordo com Dussault (1992), o tipo de gestão que seria mais adequado ao Sistema de Saúde seria a gestão consensual, colegiada, participativa. Os gestores seriam agentes ativos tanto na formulação dos objetivos quanto na avaliação dos resultados, cabendo a eles a responsabilidade pela criação de um ambiente favorável à integração dos vários atores envolvidos no processo - administradores públicos, corpo médico, usuários, etc. Nas palavras de Dussault, (1992)

*[...] a gestão de serviços públicos exige uma ética que privilegie o bem-estar dos usuários e da comunidade, que considere os recursos disponíveis como um bem coletivo a ser usado eficientemente e com equidade.*

Com a crise de legitimidade vivida pelo Estado, a busca de alternativas de gestão que otimizem o uso dos recursos públicos tornou-se uma saída para a recuperação da credibilidade das instituições públicas.

A CF/88, com a criação do SUS, regulamentou o processo de descentralização dos níveis federal e estadual para o municipal propiciando, de forma lenta mas gradual, a democratização dos processos relacionados ao Setor Saúde, na medida em que a participação da sociedade teve seu espaço ampliado na formação de Conselhos/Conferências e na maior proximidade que o município obteve com o governo local.

A essa parceria, Mariho, Coutinho e Giudice dão o nome de gestão social, que objetiva promover a busca de soluções para os proble-

mas sociais aliando os trabalhos governamental e comunitário, procurando atender as necessidades sociais locais.

De acordo com Junqueira e Inojosa, (1992) esse é considerado o novo desafio da gerência pública: aliar criatividade e participação aos processos já existentes. Criatividade porque não basta ao gestor racionalidade na aplicação dos recursos. O Setor de Saúde exige uma dinâmica e flexibilidade características de sua realidade, que convive com mudanças constantes em seu perfil (epidemias, êxodo populacional, incidentes naturais, etc.).

*É necessário mudar a lógica, deixar o planejamento normativo, que pensa o indivíduo como o seguidor de um caderno de regras e a organização atada a um plano que congela anualmente a realidade.*

A participação de todos os atores envolvidos no processo - corpo médico, dirigentes, cidadãos - pode ser também uma alternativa para a solução das dificuldades na área. Cada um dos grupos envolvidos tem a oportunidade de expor suas demandas e assim se chegar a um consenso.

*É preciso que se alcance uma racionalidade comunicativa (...) com livre fluxo da informação, (...) que aposte nos consensos, no entendimento discursivo, no diálogo. Essa perspectiva colabora para a evolução da cidadania, para que de fora e de dentro das organizações públicas sejam expostos e repelidos os vícios que o Estado tem alimentado: o desperdício do dinheiro público, a ineficácia e o descompromisso com o usuário" (JUNQUEIRA; INOJOSA, 1992).*

A aproximação e o estreitamento da relação da sociedade com o Estado revelam ainda outras facetas, pois a saúde pública é influenciada por todas as outras áreas das políticas públicas. Há que se pensar em saúde numa dimensão muito maior que o atendimento médico/hospitalar. Fatores exógenos ao concebido Sistema de Saúde afetam-no diretamente. Um bom exemplo é o desemprego. Inojosa (2000) tece comentários sobre uma pesquisa feita em São Paulo com as cartas de trabalhadores participantes das frentes de trabalho do governo.

O programa das frentes de trabalho foi criado em 1999 para atender a desempregados, de acordo com algumas características específicas (idade, tempo de desemprego, qualificação). Foram abertas 50.000 vagas e houve 462.000 inscritos, para receber por esse trabalho (seis horas diárias) uma bolsa-auxílio na faixa de um salário mínimo e uma cesta básica, mensais.

Quando da análise, conseguiu-se identificar o quão fundamental é o trabalho para a saúde da população. Nas palavras de Inojosa (2000):

*A exclusão do mundo do trabalho é uma dimensão crítica dessa dialética inclusão/exclusão, pois gera perda de autonomia e da possibilidade de autoprovimento de condições básicas de vida e promove o rompimento de outros laços da rede social de cada pessoa — família, amizades, relações comunitárias — ampliando as vulnerabilidades de cada indivíduo e do grupo social*

O aspecto psicológico analisado no trabalho de Inojosa (2000) leva à reflexão e reconhecimento das várias dimensões da saúde pública, que não se prende somente no aspecto do atendimento médico-hospitalar, mas alcança horizontes muito mais amplos, onde deve-se levar em conta não só a saúde física mas, e principalmente, a mental.

Trabalhando dentro desse ambiente complexo, há um instrumento fundamental para uma eficiente gestão do Setor Saúde: a informação.

Essencial para a tomada de decisões, a informação é um suporte para os gestores e deve ser apresentada tendo como base um adequado sistema de informações, isto é, um sistema que permita a seleção de grupos de informação, que seja flexível e inteligente na formulação de relatórios e que esteja com as informações sempre disponíveis ou passíveis de recuperação.

Na área da Saúde, de acordo com Eduardo (1990)

*devem compor obrigatoriamente os sistemas gerenciais em saúde, de um lado, os sistemas informativos da condição do doente, de sua vida e inserção no meio ambiente, e, de outro, os referentes às condições que dizem respeito à atuação dos próprios serviços de saúde.*

Esse sistema de informações, para atingir um nível ideal, precisa de investimentos e pessoas qualificadas trabalhando para sua realização, tamanha a sua importância.

A reunião de informações dos usuários (histórico de doenças familiares e do paciente, condições sócio-econômicas, etc.) permite aos gestores conhecer o seu público que deveria ser o alvo das políticas de saúde. Somente conhecendo as reais condições de vida dos munícipes é que ocorrerá a adequação das formas de atendimento a estes. Além disso, essas informações agrupadas permitem traçar um perfil muito mais completo dos cidadãos e suas condições de vida.

Essa reunião de informações já está prevista nas Normas Operacionais Básicas que orientam a gestão do SUS. O cartão do usuário é uma maneira inteligente de disponibilizar essas informações e facilitar o atendimento do paciente.

Aqui, há que se lembrar da importância da padronização dos sistemas de leitura desses cartões. O ideal é que as leitoras sejam capazes de 'ler' qualquer cartão, que seria como o Cadastro de Pessoa Física — CPF, um cartão padronizado, de validade nacional, possibilitando o atendimento do usuário em qualquer cidade apta para tal.

Além desse aspecto, um eficiente sistema de informações possibilita a avaliação da atuação de todos aqueles envolvidos no processo, levantando aspectos relevantes em relação à "atividade clínica e a qualidade da conduta profissional realizada" (EDUARDO: 1990, p. 71).

Porém, na prática o que se tem é uma gestão desvinculada de objetivos, onde as

*"[...] informações não são usadas para a tomada de decisão. As decisões que deveriam ser tomadas levando em conta os interesses da população, seu perfil epidemiológico, albergam interesses políticos e ideológicos diversos. Os gerentes não decidem em função dos objetivos da organização, dos interesses da população que deveriam atender, mas dos grupos que lhes conferem poder para o exercício dessa gerência" (EDUARDO, 1990, p. 72).*

Praticamente, esta foi a realidade encontrada no município objeto de estudo do trabalho. Em entrevista realizada com profissionais da área, confirmou-se a inexistência de planejamentos, sendo os recursos empregados de acordo com a 'necessidade e solicitação' de cada unidade (postos, clínicas e hospitais). O trabalho de medicina preventiva e orientação comunitária (programa de orientação a gestantes, puericultura, combate a epidemias, etc.) é bastante tímido, geralmente obedecendo a determinações federais para a sua execução, não se tomando iniciativas próprias para a busca da melhoria das condições de vida e de saúde da população.

Dentro desse contexto em que o uso de indicadores e da informação são ressaltados como instrumentos fundamentais para orientação, implantação e avaliação de políticas públicas eficientes, não só na área da Saúde como em todas as outras, há que se destacar o papel da Ciência Contábil como uma fonte que, se devidamente trabalhada, pode vir a fornecer informações diversificadas, atendendo a interesses de todos os atores participantes do Setor Saúde, sejam os gestores, o corpo clínico ou os usuários do SUS.

## 4 CONTABILIDADE E GESTÃO

### Contabilidade - sistema de informação

A Ciência Contábil tem como objetivos principais identificar, mensurar e comunicar informações econômicas, financeiras, físicas e sociais a seus usuários, sendo uma fonte de informações essencial à sobrevivência das entidades.

Na área pública, a informação não deve ater-se somente às exigências legais e prestação de contas, fornecendo relatórios necessários aos órgãos fiscalizadores. Além desses usuários, temos outros e, dentre eles, os cidadãos. A prestação de contas a estes possibilita um maior controle social sobre a aplicação dos recursos e o cumprimento de metas estabelecidas, ocasionando uma real avaliação da efetividade das políticas públicas municipais.

Para que as necessidades desses usuários sejam plenamente atendidas, a informação deve possuir alguns atributos que a torne qualificada para os fins a que se destina. Primeiro, ela deve ser útil, ou seja, deve atender a algum objetivo. Além disso, é necessário que ela venha de fontes confiáveis e no tempo hábil.

A compreensão das informações, segundo Iudicibus (1997) "implica o conhecimento dos tipos de informação necessária para cada principal usuário da informação contábil e a avaliação da habilidade dos usuários em interpretar a informação adequadamente".

No Setor Saúde, assim como em outras áreas da administração pública, a baixa efetividade das tecnologias da informação se faz presente. Dentre outros, um dos fatores mais preocupantes para a gestão das informações é a não padronização mínima necessária à integração dos sistemas.

*Ainda hoje, somos muitas vezes vítimas de processos que resultaram em ilhas de automação. Estas ilhas são visíveis, por exemplo, dentro de organizações hospitalares que adotam algum grau de informática em seus processos administrativos. Nestas, os diversos subsistemas informáticos que dão suporte às atividades do hospital são, em geral, bastante desintegrados. São muito freqüentes, assim, os sistemas hospitalares nos quais os diversos módulos que o compõem não trocam informações adequadamente, resultando em processos paralelos, duplicação de esforços e redundância de dados. Este tipo de problema é ainda mais comum nos casos em que são adotados módulos de siste-*

*mas hospitalares de fabricantes distintos, que sabemos muitas vezes não adotar padrões que possibilitariam a integração de seus sistemas. Dessa forma, são muito freqüentes os casos em que o desenvolvimento das soluções é orientado para a solução do problema departamental (a farmácia, o laboratório, o agendamento, o faturamento), não resultando ao final em um sistema integrado que reflita as atividades da organização como um todo" (CARVALHO, 1998, p. 198).*

A dificuldade em se padronizar os sistemas na área da saúde é latente, já que nem os formulários de preenchimento nos hospitais são padronizados. Além disso, cada sistema tem um alvo distinto. Alguns atendem as necessidades da gerência, outros às prioridades do SUS, etc. Este quadro se configura principalmente pela variedade e complexidade das informações geradas no Setor Saúde.

Outro fator que contribui fortemente para a manutenção desse quadro é a falta de interesse e vontade política pela questão da informação e informatização do Setor Saúde. Não há uma preocupação em se implantar sistemas integrados que possam gerar informações úteis para os diversos setores da administração pública.

A construção de um sistema de informação capaz de auxiliar os gestores de forma eficiente deve ter em mente as necessidades informacionais de todos os usuários, inclusive e principalmente o paciente atendido pelo SUS.

As possibilidades de melhoria na gestão da saúde pública com a implantação de um sistema de informação inteligente são grandes. O Setor de Saúde reúne informações possíveis de serem usadas para se traçar os perfis dos clientes do SUS, e, a partir daí, desenvolver uma série de estudos das necessidades e potencialidades do município, elaborar projetos que visem alcançar boa qualidade na prestação de serviços, conhecer a realidade local e, assim, utilizar os recursos de uma maneira realmente eficiente.

Para que isto se torne realidade, vontade política e participação comunitária são fundamentais. A distância entre dirigentes/representantes e municípios deve ser cada vez menor, o diálogo e a criação de fóruns de discussão abrem espaço para o estabelecimento de novas perspectivas na relação Estado-sociedade.

A gradual informatização dos setores administrativos, bem como dos demais setores da área de saúde deve ocorrer de uma maneira que possibilite o máximo aproveitamento das tecnologias implantadas. Trabalhar a mentalidade de todos aqueles envolvidos no processo de forma

a ressaltar os benefícios da nova prática é fator fundamental para o bom desempenho das atividades. Sem pessoas mobilizadas e comprometidas a atingir determinado objetivo, e que este objetivo seja comum, as barreiras a serem enfrentadas tornam-se intransponíveis.

*O desafio é enxergar o computador de novas maneiras, buscando na informática em saúde um fator chave para a melhoria do atendimento aos pacientes e à comunidade. Para isto, é necessário convergir para um diálogo franco e aberto entre os profissionais técnicos da área de informática e os profissionais de saúde. Somente este diálogo pode possibilitar aos técnicos entenderem quais os rumos e as necessidades do Setor Saúde e, assim, desenvolverem e implantarem as soluções baseadas em TI (Tecnologias de Informação) que atendam às reais necessidades dos profissionais de saúde e dos usuários dos seus serviços" (CARVALHO, 1998, p. 200).*

Ainda, de acordo com Carvalho (1998, p. 201) os benefícios possíveis com o uso inteligente da TI, entre outros, seriam "a maior certeza da informação para a tomada de decisão, o menor tempo necessário para a recuperação da informação, a possibilidade de informação disponível no momento e no local desejado e o uso das bases de dados para avaliação da efetividade de serviços de saúde".

O papel da contabilidade, dentro desse contexto está justamente na sua base operacional: o plano de contas. A criação de um plano de contas que contemple todos os processos, todas as atividades do setor saúde, transformando-os em dados para a tomada de decisão (gerencial e clínica), em relatórios para a prestação de contas e em indicadores (de queda ou melhoria) da qualidade da prestação dos serviços para os usuários, dados estes todos lançados em sistemas de informação integrados e flexíveis abrem inúmeros espaços de trabalho para a melhoria da administração pública em todos os âmbitos: financeiro, social, de relacionamento com a sociedade, entre outros.

Mas, para que esses benefícios sejam alcançados satisfatoriamente,

*é preciso que a informação revelada seja por ele (usuário) compreendida, pois se falseadas, incompletas ou mal entendidas, podem ocasionar defeitos de raciocínio que resultam na formação de opiniões baseadas em fatos manifestamente implausíveis, podendo comprometer a tomada de decisão (FORTES, 1996, p. 49).*



É importante a adaptação da informação a cada usuário. Ela deve estar disponível em linguagem acessível aos padrões de entendimento e compreensão destes. Somente dominando a realidade municipal é que se torna possível qualquer tipo de planejamento e implementação de políticas eficientes e eficazes que visem minimizar as dificuldades e desenvolver as potencialidades do município.

### **Demonstrativos e relatórios**

No Brasil, somente com o advento da Lei 4320/64 é que se estabeleceu um padrão para a elaboração dos demonstrativos da prestação de contas – balanços e orçamentos – para as três esferas de governo.

Já a Constituição de 1988 inova quando estabelece a necessidade de planejamento a médio e longo prazos, através da criação de instrumentos como o Plano Plurianual. Todo esse arcabouço legal deixa claro que é preciso planejar (a curto, médio e longo prazos) e estabelecer metas e objetivos a serem atingidos para que a administração pública justifique o seu papel, que deve ser o de gestora dos recursos em prol do bem-estar social.

Em 2000 a Lei de Responsabilidade Fiscal concentra o que de mais importante se deve ter em mente quando da gestão dos recursos públicos: a transparência dos atos da administração, que devem sempre ter um objetivo/meta já determinado nos planejamentos e a aplicação dos recursos de maneira econômica, eficaz e eficiente. Cabe ao gestor público orientar a aplicação dos recursos e apoiar projetos que visem o desenvolvimento municipal.

Dentro desse contexto, o principal instrumento a ser utilizado pela administração no planejamento de curto prazo é o Orçamento Anual. Além de ser uma exigência legal, ele pode e deve ser utilizado como um instrumento de planejamento onde devem conter, em detalhes, as metas para o exercício seguinte, sempre objetivando promover o crescimento e a melhoria das condições locais.

Porém, o que se pode observar é que ainda hoje existem municípios que elaboram seus orçamentos sem nenhum conhecimento da realidade em que estão inseridos. Um orçamento desconectado da realidade local e que somente é utilizado para atendimento das exigências legais. Diante dessa realidade torna-se difícil efetuar qualquer tipo de avaliação de desempenho, já que as bases de dados utilizadas na elaboração do orçamento não espelham a realidade e as necessidades reais do município.

## 5 CONCLUSÃO

O processo de descentralização do setor saúde teve seu início com a Constituição Federal de 1988. A busca pela qualidade na prestação serviços se caracterizou pela tentativa de desburocratização das instituições e pelas reformas administrativas.

Com a constatação da crise de legitimidade pela qual o Estado vem passando, tornou-se necessário o uso de alternativas de gestão que tratassem dos recursos públicos de maneira econômica, eficaz e eficiente e, conseqüentemente, aumentassem a efetividade das políticas públicas.

Com a descentralização, o município tornou-se o principal responsável pela gestão dos recursos destinados à área, bem como pela prestação dos serviços, cabendo aos estados e à União auxiliarem-no na condução do processo.

Porém, o que se pôde constatar é que o município não estava preparado para assumir tamanha responsabilidade, não dispondo de recursos físicos e humanos suficientes para gerir uma das áreas mais importantes da administração pública. São inúmeras as dificuldades enfrentadas pelos municípios na gestão do setor.

Desde então, foram elaboradas normas operacionais básicas objetivando esclarecer dúvidas recorrentes das administrações municipais e auxiliar na condução do processo de descentralização e melhoria da qualidade da prestação de serviços de saúde.

Porém, para que a prestação de serviços no Setor Saúde alcance níveis satisfatórios, há que se desenvolver trabalhos baseados em informações e indicadores relacionados ao município. O uso das informações no processo de gerenciamento possibilita a realização de um planejamento autêntico, conectado à realidade local, onde devem ser estabelecidos os objetivos e as metas a serem alcançados em determinado período.

A participação de todos aqueles envolvidos no processo de gestão da área de saúde, principalmente os usuários, propicia um conhecimento mais realista das necessidades a serem atendidas. Somente conhecendo a realidade municipal é que será possível desenvolver trabalhos e implementar políticas capazes de contribuir para o crescimento local e a melhoria da qualidade de vida dos munícipes.

Dentro desse contexto, destaca-se o papel da Contabilidade como um sistema capaz de gerar informações de todos os tipos e produzir relatórios que atendam as expectativas dos seus usuários. Assim, a elaboração de demonstrativos que retratem a realidade local, bem como

o uso de indicadores na formulação das políticas sociais são fundamentais para o alcance de bons níveis de gestão pública.

A análise realizada tendo como base demonstrativos da Fundação Municipal de Saúde de Sete Lagoas pôde constatar falhas comprometedoras na elaboração destes, levando-se em conta as particularidades já descritas no capítulo 4 deste trabalho.

O distanciamento existente entre a realidade municipal, os princípios básicos de gestão e a linguagem utilizada na elaboração dos demonstrativos nos levam a propor linhas para pesquisas futuras que, indiscutivelmente, irão colaborar para a melhoria da qualidade da administração pública, sendo elas:

a) a elaboração de um abrangente Plano de Contas, instrumento básico para subsidiar relatórios realmente úteis à gestão e aos cidadãos, que também devem ser informados da situação municipal, onde constariam além de informações quantitativas, outras que permitissem avaliar qualitativamente a gestão local;

b) a análise, reformulação e proposição de novos modelos de demonstrativos e relatórios da Contabilidade Pública que objetivem atender as necessidades de todos os seus usuários;

c) a inclusão de contas necessárias a uma boa gestão dos recursos, como por exemplo a provisão para 13º salário (que não consta no Demonstrativo de Despesas e gera inconvenientes todos os anos quando do seu pagamento), dos restos a pagar do exercício anterior, etc.;

d) a importância de novos instrumentos de gestão que contam com a participação popular na formulação dos planejamentos a curto, médio e longo prazos, bem como nas etapas de acompanhamento e avaliação das políticas públicas implementadas.

A pesquisa na área da Administração Pública nos leva a questionar as normas vigentes, que visam principalmente o atendimento da legislação e a prestação financeira de contas. No entanto, somente com uma visão mais abrangente das reais funções do poder público, entre as quais proporcionar aos cidadãos condições de vida saudáveis tanto física quanto mentalmente, é que se pode modificar a realidade que aí está: crises em todas as áreas da administração pública.

Há que se pensar em uma gestão realmente participativa e preocupada com o bem-estar social, onde os objetivos da administração devem estar bem claros e os meios para o alcance desse *status quo* sejam perseguidos a fim de se alcançar uma verdadeira república federativa democrática

## 6 REFERÊNCIAS

- AIRES, Ildimar Cruz; VENUTO, Adriana; BATISTA, Cláudia de Cássia B. O programa de implantação do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais: modalidade de atenção, participação dos usuários, acesso aos serviços de saúde e grau de satisfação. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 5-18, maio/jun. 1996.
- ALMEIDA, Célia. Saúde e equidade nas reformas contemporâneas. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 54, jan./abr. 2000.
- ALVIM, Lúcia Teixeira. Federalismo, descentralização e política de saúde. *Revista do Legislativo*, Belo Horizonte, n. 25, jan./mar. 1999.
- BRASIL. Congresso Nacional. Lei Complementar 101 de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br>
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília, Senado Federal, Centro Gráfico, 1988
- CAPORALI, Renato. Saúde e despesa com saúde. Belo Horizonte, *Revista de Economia da UNA*, n. 10, out. 1999.
- CARVALHO, André de Oliveira. Tecnologias da informação na gestão da saúde. Rio de Janeiro, *Revista da Administração Pública*, v. 32, n. 2, mar./abr. 1998.
- CHERCHIGLIA, Mariangela Leal; DALLARI, Sueli Gandolfi. A reforma do Estado e o setor público de saúde: governança e eficiência. *Revista da Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, set./out. 1999.
- CONTRANDRIOPOULOS, André Pierre. Reformar o sistema de saúde: uma utopia para sair de um *status quo* inaceitável. *Saúde em Debate*, Londrina, n. 49/50, Dez/1995 – Mar/1996.
- COSTA, Nilson do Rosário; SILVA, Pedro Luis Barros; RIBEIRO, José Mendes. A descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Revista do Serviço Público*, Rio de Janeiro, v. 50, n. 3, jul./set. 1999.
- DUSSAULT, Gilles. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Revista da Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 8-19, abr./jun. 1992.
- EDUARDO, Maria Bernadete de Paula. A informação em saúde no processo de tomada de decisão. *Revista da Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 70-77, ago./out. 1990.
- FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. Ética, cidadania e busca de qualidade na administração dos serviços de saúde. *Saúde em Debate*, Londrina, n. 49/50, dez./1995 – mar./1996.

GIOVANELLA, Lígia. Estado de bem-estar contemporâneo: políticas de contenção versus bases de sustentação. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 54, jan./abr. 2000.

HORTALE, Virginia Alonso. O conceito de descentralização aplicado aos serviços de saúde: dimensões, padrões e regularidades. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, maio/jun. 1997.

HORTALE, Virgínia Alonso. A descentralização e a autonomia na perspectiva das organizações. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, set./dez. 1999.

INOJOSA, Rose Marie. Saúde: esgarçamento e reconstituição da rede social. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p.105-116, nov./dez. 2000.

IUDÍCIBUS, Sérgio de. *Teoria da contabilidade*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1997.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates; INOJOSA, Rose Marie. Gestão dos serviços públicos de saúde: em busca de uma lógica da eficácia. *Revista da Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 20-31, abr./jun. 1992.

KOHAMA, Heilio. *Contabilidade pública: teoria e prática*. São Paulo: Atlas, 1995.

MACHADO, Edite Novais da Mata, FORTES, Fátima Beatriz Carneiro Teixeira P. Desequilíbrio na distribuição dos recursos federais para a saúde. Belo Horizonte: *Revista do Legislativo, Belo Horizonte*, n. 30, jan./abr. 2001

MACHADO JR, J. Teixeira; REIS, Heraldo da Costa. *A Lei 4320 comentada*. 30. ed. Rio de Janeiro: Ibam, 2001.

MARINHO, Aline; COUTINHO, Adriano; GIUDICE, Liriana Del. Gestão social e a saúde no Brasil. *Revista da Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.32, n. 4, p.228-230, jul./ago. 1998.

MARQUES, Eliseu Paes; BAPTISTA, Paulo Roberto Freire; MARANHÃO, Sonia Lucia Bastos. Planejamento descentralizado e ascendente do setor saúde na esfera municipal: uma experiência da prefeitura municipal de Belém. *Revista da Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p.27-38, abr. 1989.

MIRANDA FILHO, Aloysio Meireles de. A saúde pública e o seu financiamento. *Revista dos Tribunais*, São Paulo, v. 3, n. 12, jul./set. 1995.

PISCITELLI, Roberto Bocaccio, et. al. *Contabilidade pública: uma abordagem da administração financeira pública*. São Paulo: Atlas, 1995.

RODRIGUES NETO, Eleutério. SUS: quem são os verdadeiros vilões. *Saúde em Debate*, Londrina, n. 49/50, dez. 1995 – mar. 1996.

ROSO, Adriane; BUENO, Sandra Nora; GUARESCHI, Pedrinho. Planejamento na área da saúde: o poder em discussão. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 54, jan./abr. 2000.

SANTOS, Lenir. O poder regulamentador do Estado sobre as ações e os serviços de saúde. *Revista dos Tribunais*, São Paulo, v. 5, n. 20, jul./set. 1997.

SANTOS, Lenir. Consórcio Administrativo Intermunicipal: aspectos gerais – suas especificidades em relação ao Sistema Único de Saúde. *BDM – Boletim de Direito Municipal*, n.1, p.8, jan. 2001.

SILVA, Silvério Fernandes da. A construção do SUS a partir do município. *Saúde em Debate*, Londrina, v. 51, n. 98, jun. 1996.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. Descentralização nos serviços de saúde: dimensões analíticas. *Revista da Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p.78-99, fev./abr. 1990.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. Programa de estudos e pesquisas em reforma do Estado e governança; municipalização da saúde e poder local no Brasil: relatório de pesquisa. *Revista da Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n.3, p. 195-208, maio/jun. 1997