

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES E SISTEMAS  
PÚBLICOS

VIRGINIA RIBEIRO BARBOSA RAMOS

**O VALOR ECONÔMICO AGREGADO À SOCIEDADE (VEAS) PELO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DA UFSCAR NO ANO DE 2017**

São Carlos  
2019

VIRGINIA RIBEIRO BARBOSA RAMOS

**O VALOR ECONÔMICO AGREGADO À SOCIEDADE (VEAS) PELO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DA UFSCAR NO ANO DE 2017**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações e Sistemas Públicos da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos do curso de Mestrado Profissional, para obtenção do título de Mestre em Gestão de Organizações e Sistemas Públicos.

Orientador: Prof. Dr. Andrei Aparecido de Albuquerque

São Carlos  
2019



## UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Educação e Ciências Humanas  
Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações e Sistemas Públicos

---

### Folha de Aprovação

---

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Virginia Ribeiro Barbosa Ramos, realizada em 20/02/2019:

---

Prof. Dr. Andrei Aparecido de Albuquerque  
UFSCar

---

Profa. Dra. Lísia de Melo Queiroz  
UFU

---

Profa. Dra. Flávia Gomes Pieggi Gonçalves  
UFSCar

Certifico que a defesa realizou-se com a participação à distância do(s) membro(s) Lísia de Melo Queiroz e, depois das arguições e deliberações realizadas, o(s) participante(s) à distância está(ao) de acordo com o conteúdo do parecer da banca examinadora redigido neste relatório de defesa.

---

Prof. Dr. Andrei Aparecido de Albuquerque

Dedico a DEUS, que me permitiu mais este aprendizado.

Ao meu esposo Matheus, que é meu alicerce.

Aos meus queridos filhos, Olívia e Raul, por me ensinarem a verdade sobre o amor.

Aos meus pais, Kátia e Orlando, e minha avó 'Niña', pelo exemplo de vida.

Aos meus irmãos, eternos companheiros.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, minha gratidão eterna.

Agradeço ao meu esposo, Matheus, e aos meus filhos, Olívia e Raul, pelo verdadeiro amor, que é paciente e bondoso, tudo desculpa, tudo crê, tudo espera, tudo suporta e que permanece para sempre.

Muito obrigada aos meus pais, minha avó, meus irmãos e a toda minha família abençoada.

Um agradecimento especial ao meu orientador, Prof. Andrei Aparecido de Albuquerque, pelo aprendizado, pela confiança e gentileza em dispor de seu tempo e compartilhar de forma tão generosa o seu conhecimento.

Aos professores Lísia de Melo Queiróz e Silvio Eduardo Alvarez Candido, pela disposição e pelas contribuições dadas a este trabalho, agradeço a oportunidade de conhecê-los e por dividirem a sabedoria de vocês comigo.

Aos colegas de mestrado, uma turma incrível. Um agradecimento muito especial à Kátia, grande companheira de estudos, que me ajudou a permanecer firme durante esse caminho, e à Vilma, por me ajudar em momentos tão difíceis.

Agradeço a atenção dispensada pela equipe do HU-UFSCar, Profa. Dra. Flávia Gomes Pileggi Gonçalves, gerente de ensino e pesquisa, Profa. Dra. Meliza Goi Roscani, chefe da Divisão de Gestão do Cuidado, Tony Humberto Lopes Pinto, chefe da Divisão Administrativo-Financeira, Guilherme Canesin, chefe da Divisão de Gestão de Pessoas, Bruno Dantas Yamashita, chefe do Setor de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente e, em especial, à Jaqueline da Fonseca, chefe da Unidade de Processamento das Informações Assistenciais, Monitoramento e Avaliação, pela paciência e gentileza.

Ao Sr. Marcelo Wilson Guará, gerente de faturamento e auditoria da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Carlos e ao Sr. André Mascaro, do Departamento de Ensino, um agradecimento especial, pela contribuição tão generosa a esta pesquisa.

Aos docentes do PPGGOSP, especialmente à Profa. Dra. Andréa Eloísa Bueno Pimentel, e aos estagiários do programa, pela dedicação e empenho.

Aos meus colegas do Departamento de Medicina, muito obrigada pela motivação e pelos momentos inesquecíveis.

Enfim, agradeço a todos que de alguma forma colaboraram para a construção deste trabalho, uma etapa tão importante em minha vida.

## RESUMO

RAMOS, Virginia Ribeiro Barbosa. **O Valor Econômico Agregado à Sociedade (VEAS) pelo Hospital Universitário da UFSCar no ano de 2017**. 2019. 132f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Organizações e Sistemas Públicos) – Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações e Sistemas Públicos (PPGGOSP), Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). São Carlos, 2019.

No atual cenário da Saúde Pública no Brasil, o qual se depara com grandes restrições orçamentárias, uma das medidas encontradas pelo Estado para enfrentá-las é o incentivo dado a entidades com objetivos sociais. Neste contexto, entende-se a necessidade de refletir sobre a eficiência e a eficácia na aplicação dos recursos financeiros oferecidos pelo Estado às entidades assistenciais, como um Hospital Universitário Federal (HUF) que, além de oferecer assistência médica, realiza atividades de ensino e pesquisa e é considerado referência em equipamentos de tecnologia de ponta. Este estudo procurou demonstrar se o investimento do governo federal no Hospital Universitário “Prof. Dr. Horácio Panepucci” da Universidade Federal de São Carlos (HU-UFSCar), no ano de 2017, agregou valor econômico à sociedade depois que a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) assumiu integralmente a gerência da instituição. Para isso, realizou-se um estudo de caso na instituição, onde foram obtidas as informações sobre todos os procedimentos ambulatoriais e de internação hospitalar, com posterior conversão de valores SUS em valores de mercado, bem como a identificação de todos os custos diretos e indiretos e os investimentos realizados pelo Estado na entidade. Os resultados do Valor Econômico de Curto Prazo (VECP) e do Valor Econômico Agregado à Sociedade (VEAS) apresentaram-se positivos no período estudado, comprovando a eficiência da entidade na utilização do capital investido pelo Estado e confirmando sua aptidão em oferecer serviços assistências de saúde à comunidade, bem como sua capacidade em remunerar o custo de oportunidade do valor que lhe foi confiado. Este estudo identificou ainda, uma significativa diferença entre os valores do SUS e os valores praticados pelo mercado e possibilitou constatar que, caso o HU-UFSCar não existisse, a sociedade pagaria à iniciativa privada um valor em média 9,74 vezes maior pelos serviços hospitalares. Além disso, esses resultados são de extrema importância para a gestão pública, pois demonstram, por meio do Resultado Econômico Operacional positivo, que os gestores da entidade administraram de forma eficiente os recursos públicos, devolvendo ao contribuinte um serviço de saúde a um custo menor que o preço praticado pelo mercado, com um potencial para a prestação de serviços que agreguem valor. A análise dos resultados apresentados nessa pesquisa comprova a importância de utilizar a governança pública como instrumento de gerência capaz de proporcionar à sociedade a transparência na gestão pública, por isso, o uso de ferramentas de avaliação de desempenho deve ser exigido pela sociedade para que se obtenha a real informação sobre a utilização dos investimentos realizados pelo Estado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Gestão Pública. Hospital Universitário Federal. Gestão Baseada em Valor (GBV). Valor Econômico Agregado (EVA<sup>®</sup>). Governança Pública. Financiamento da Saúde.

## **ABSTRACT**

RAMOS, Virginia Ribeiro Barbosa. **The Economic Value Added to the Society by UFSCar University Hospital in the year of 2017**. 2019. 132p. Dissertation (Master's Degree in Organization Management and Public Systems) = Organization Management and Public Systems Graduate Program (PPGGOSP), Federal University of São Carlos (UFSCar). São Carlos, 2019.

In the current scenario of Brazil's Public Health, which presents many budgetary restrictions, one of the measures found by the State in order to face them is the incentive given to entities with social objectives. This context indicates the need to reflect upon the efficiency and effectiveness in the application of financial resources offered by the State to assistance institutions such as a Federal University Hospital (FUH) that, besides offering medical assistance, carries out teaching and research activities and it is considered a reference in state-of-the-art technology equipment. The present study aimed at demonstrating if the federal government investment in the University Hospital "Prof. Dr. Horácio Panepucci" of the Federal University of São Carlos (UH – UFSCar), in the year of 2017, added economic value to the society after the Brazilian Company of Hospital Services (EBSERH) has taken over the institution management. In order to do that, a case study was carried out at the institution, in which information about all the ambulatory procedures and hospitalizations was obtained, with subsequent SUS value conversions into market values, as well as the identification of all the direct and indirect costs and State investments in the entity. The results of the Economic Value Added Short Term (VECP) and the Economic Value Added to the Society (VEAS) have been positive in the considered period, which demonstrates the institution's efficiency in using the capital invested by the State and confirming its aptitude in offering health assistance services to the community, as well as its capacity to remunerate the value opportunity cost that was entrusted to it. This study has also identified a significant difference between SUS values and market values and this led to the conclusion that, if UH – UFSCar did not exist, the society would have to pay private initiative on average 9,74 times more for hospital services. Furthermore, these results are extremely important for public management because they demonstrate, through the positive Operational Economic Result, that the institution managers have administrated public resources in an efficient way, returning the taxpayers a lower cost compared to the market, with potential to provide services that add value. The results analysis presented in this research prove the importance of using public governance as a management tool able to provide public management transparency. For these reasons, the performance assessment tools must be required by the society to obtain real information on the uses of investments made by the State.

**KEYWORDS:** Public Management. Federal University Hospital. Value Based Management (VBM). Economic Value Added (EVA<sup>®</sup>). Public Governance. Health Financing.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Características de Órgãos, Serviços e Agentes Públicos .....	44
Quadro 2 - Princípios Constitucionais da Administração Pública .....	46
Quadro 3 - Medidas de cálculo do valor agregado para a entidade pública .....	75
Quadro 4 - Resumo dos estudos anteriores sobre Mensuração do Resultado Econômico em Entidades Públicas.....	77
Quadro 5 - Despesas/Saídas – HU/UFSCar: Exercício 2017 .....	89



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Cálculo para ‘Cultura de Bactérias p/ identificação’ (período janeiro a setembro de 2017).....	85
Tabela 2 - Cálculo para ‘Cultura de Bactérias p/ identificação’ (período outubro a dezembro de 2017).....	85
Tabela 3 - Apresentação de valores SUS .....	99
Tabela 4 - Apresentação de valores Mercado.....	99
Tabela 5 - Atendimento Ambulatorial: Conversão de Valores SUS para Valores de Mercado .....	100
Tabela 6 - Internação Hospitalar: Conversão de Valores SUS para Valores de Mercado .....	101
Tabela 7 - Total de procedimentos 2017: Conversão de Valores SUS para Valores de Mercado .....	102
Tabela 8 - Resultado Econômico Operacional .....	102
Tabela 9 - Custo de Oportunidade do Capital do Estado, para cálculo do VECP.....	104
Tabela 10 - Custo de Oportunidade para a Sociedade, para o cálculo do VEAS .....	104
Tabela 11 - Cálculo do Valor Econômico Agregado de Curto Prazo (VECP).....	105
Tabela 12 - Cálculo do Valor Econômico Agregado à Sociedade (VEAS) .....	106

## LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar  
AMB – Associação Médica Brasileira  
ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados  
ANS – Agência Nacional de Saúde  
APS – Atenção Primária à Saúde  
BOVESPA – Bolsa de Valores do Estado de São Paulo  
CBHPM – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos  
CEME – Centro de Especialidades Médicas  
CFM – Conselho Federal de Medicina  
CGU – Controladoria Geral da União  
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho  
CMPC – Custo Médio Ponderado do Capital  
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
CNS – Confederação Nacional de Saúde  
Comgás – Companhia de Gás de São Paulo  
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
COPISS – Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar  
CVM – Comissão de Valores Mobiliários  
DAS – Diretoria de Atenção à Saúde  
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde  
DC – Demonstração Contábil  
DRE – Demonstração do Resultado do Exercício  
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares  
EVA<sup>®</sup> – *Economic Value Added*  
FENAM – Federação Nacional dos Médicos  
FNS – Fundo Nacional de Saúde  
GBV – Gestão Baseada em Valor  
HCFMRP – USP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo  
HE – Hospital Ensino  
HEM – Hospital Escola Municipal  
HU – Hospital Universitário  
HUF – Hospital Universitário Federal  
HU – UFSCar – Hospital Universitário “Prof. Dr. Horácio Carlos Panepucci” da Universidade Federal de São Carlos  
IFPA – Instituto Federal do Pará  
IBGC – Instituto Brasileiro de Governança Corporativa  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IES – Instituição de Ensino Superior  
INV – Investimento Total  
LOP – Lucro Operacional  
MEC – Ministério da Educação  
MP – Medida Provisória  
MPF – Ministério Público Federal  
MPOG – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
MS – Ministério da Saúde  
MVA<sup>®</sup> – *Market Value Added*  
NAP – Nova Administração Pública

NOB/SUS – Normas Operacionais Básica do SUS  
NOPAT – *Net Operating Profit After Taxes*  
NSP – Novo Serviço Público  
OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
OSS – Orçamento da Seguridade Social  
PDE – Plano Diretor Estratégico  
PIB – Produto Interno Bruto  
PL – Patrimônio Líquido  
PNHOSP – Política Nacional de Atenção Hospitalar  
RAS – Rede de Atenção à Saúde  
REHUF – Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais  
RJU – Regime Jurídico Único  
ROA – Retorno sobre o Ativo  
ROE – Retorno sobre o Patrimônio Líquido  
ROI – Retorno sobre o Investimento  
SAHUDES – Sociedade de Apoio, Humanização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde  
SAMHPS – Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social  
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SELIC – Sistema Especial de Liquidação e de Custódia  
SIAFI – Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal  
SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e Órteses Próteses e Materiais do SUS  
SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCU – Tribunal de Contas da União  
TUSS – Terminologia Unificada da Saúde Suplementar  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UFSCar – Universidade Federal de São Carlos  
UPA – Unidade de Pronto Atendimento  
USF – Unidade de Saúde da Família  
VBM – *Value Based Management*  
VECP – Valor Econômico Agregado à Curto Prazo  
VEAS – Valor Econômico Agregado à Sociedade  
WACC – *Weighted Average Cost of Capital*

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
1.1 Contextualização do tema.....	13
1.2 Problema da pesquisa .....	17
1.3 Objetivos da pesquisa .....	18
1.3.1 Objetivo geral .....	18
1.3.2 Objetivos específicos.....	18
1.4 Justificativa.....	19
1.5 Estrutura do Trabalho .....	21
<b>2. A SAÚDE NO BRASIL.....</b>	<b>23</b>
2.1. Políticas Públicas em Saúde .....	23
2.1.1. A reforma no setor de saúde brasileiro.....	24
2.1.2. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) .....	26
2.1.3. O financiamento do SUS .....	27
2.2. O SUS e o sistema hospitalar brasileiro .....	30
2.2.1. A importância dos Hospitais Universitários para o sistema hospitalar brasileiro .....	33
2.2.2. Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) .....	35
2.3. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH.....	38
2.3.1. O financiamento dos Hospitais Universitários Federais por meio da EBSEH .....	40
2.3.2. A adesão dos Hospitais Universitários Federais à EBSEH .....	42
<b>3. ADMINISTRAÇÃO E GOVERNANÇA PÚBLICA .....</b>	<b>43</b>
3.1. Administração Pública.....	43
3.2. Princípios básicos que regem a Administração Pública .....	45
3.3. Governança Corporativa e Governança Pública.....	46
3.3.1. Governança Corporativa.....	46
3.3.2. Governança Pública.....	50
3.4 Avaliadores de Desempenho .....	54
3.5 Gestão Baseada em Valor.....	57
3.5.1 Valor Econômico Agregado .....	60
3.5.2 Conceito de Custo de Oportunidade .....	62
3.5.3 Cálculo do EVA <sup>®</sup> .....	64
3.5.4 Benefícios da utilização do EVA <sup>®</sup> .....	66
3.6 Gestão Baseada em Valor em Entidades Públicas.....	67
3.6.1. O lucro nas organizações públicas .....	70
3.6.2 O Valor Econômico Agregado aplicado às entidades públicas.....	72
3.6.3 Estudos anteriores sobre Mensuração do Resultado Econômico em Entidades Públicas .....	76
<b>4. METODOLOGIA DE PESQUISA .....</b>	<b>79</b>
4.1. Especificação da Pesquisa .....	79
4.2. Período e variáveis da análise.....	81
4.2.1 Cálculo dos procedimentos ambulatoriais.....	82
4.2.2 Cálculo das internações hospitalares .....	86
4.2.3 Identificação dos custos diretos e indiretos .....	88
4.2.4 Identificação dos Investimentos .....	90
4.2.5 Custo de oportunidade, uso da Taxa SELIC .....	91
<b>5. ESTUDO DE CASO: O CÁLCULO DO VALOR ECONÔMICO AGREGADO À SOCIEDADE PELO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL DA UFSCAR.....</b>	<b>92</b>

5.1. O Hospital Universitário da UFSCar.....	92
5.1.1. Contextualização .....	92
5.1.2 Serviços oferecidos.....	94
5.1.3 O contrato de gestão do HU-UFSCar com a EBSE RH .....	95
5.1.4 Estrutura organizacional .....	96
5.1.5 Dimensionamento de pessoal .....	96
5.1.6 Contratualização .....	97
5.2. Aplicação dos dados encontrados para o cálculo do VECP e VEAS.....	98
5.2.1 Cálculo do Resultado Econômico Operacional .....	98
5.2.2 Cálculo do Custo de Oportunidade do Capital .....	103
5.2.3 Cálculo do VECP e VEAS .....	104
<b>6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>107</b>
6.1 Comparativo SUS x Mercado.....	109
6.2 Delimitações da pesquisa.....	110
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>113</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>116</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>127</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>129</b>

## **1. INTRODUÇÃO**

Em um cenário, em que a Saúde Pública brasileira se depara com grandes restrições orçamentárias, em razão da crise na economia brasileira, marcada pela aprovação da Emenda Constitucional 95, que institui um Novo Regime Fiscal e congela as despesas primárias da União por 20 anos, entende-se que “medidas de austeridade fiscal que estabelecem a redução do gasto com programas de proteção social agravam os efeitos da crise sobre a situação de saúde em particular, e as condições sociais de forma mais geral” (VIEIRA; BENEVIDES, 2016, p. 21).

É neste contexto que se compreende a importância de refletir sobre a eficiência e a eficácia na aplicação dos recursos financeiros oferecidos pelo governo federal a entidades com objetivos sociais, principalmente porque os cidadãos exigem cada vez mais das instituições públicas melhores níveis de desempenho.

Para Dagnino (2004, p. 95) a Constituição Brasileira de 1988 “consagrou o princípio de participação da sociedade civil” e institucionalizou a saúde como bem público. Pessoas até então excluídas do direito à saúde e à educação foram incorporadas e passaram a fazer parte do processo de universalização da saúde e da educação, isso permitiu ao cidadão brasileiro contribuir mais ativamente nos processos de decisão das políticas públicas sociais.

Considerando que o sistema público de saúde no Brasil deve apresentar melhores níveis de desempenho, frente aos direitos universais garantidos pela Constituição de 1988 e pela crescente exigência em se prestar contas à sociedade sobre o uso da verba pública, procurou-se verificar quanto dos investimentos do Estado em um hospital universitário federal estão retornando em benefício dos cidadãos.

### **1.1 Contextualização do tema**

A Constituição de 1988 foi um marco para a área de saúde, criou o Sistema Único de Saúde (SUS) e lhe conferiu a execução e coordenação das políticas de promoção e proteção à saúde no Brasil, conforme previsto nos artigos de 198 a 200 (BRASIL, 1988).

Em 1990, com o propósito de concretizar a atuação do SUS, foi criada a Lei Orgânica da Saúde n.º 8080/90, cuja finalidade era fazer cumprir o que estava previsto na Constituição

e promover melhor qualidade de vida aos cidadãos brasileiros e levar a democracia para a saúde (BRASIL, 1990).

A Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000, surge para estabelecer a garantia de recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, sendo: 15% da arrecadação para os Municípios e 12% para os Estados. No entanto, não fica estabelecido um percentual mínimo de recursos aplicados pela União, o valor passa a ser estabelecido a partir do gasto no ano anterior, acrescido do percentual da variação do Produto Interno Bruto (PIB) no mesmo período (BRASIL, 2000).

Embora a Emenda Constitucional n.º 29/2000 estabelecesse um aumento gradual de recursos para a saúde, essas expectativas não se concretizaram e, por isso, nos dias de hoje o subfinanciamento do SUS permanece um assunto em pauta. Ocorre que, embora os recursos tenham sido constitucionalizados, ainda são considerados deficientes para efetivação dos conceitos estabelecidos pelo SUS (SILVA; ROTTA, 2012).

Para Catão (2011, p. 24) é preciso colocar em prática “um sistema de saúde que alcance a universalização da assistência em todos os níveis de atenção”. Segundo o autor, para que isso ocorra, as políticas econômicas e sociais devem se interligar, principalmente com as políticas de saúde e educação, visto que uma política de saúde sozinha não consegue responder às necessidades sociais básicas.

Diante do exposto, destaca-se a importância dos hospitais de ensino, sobretudo os Hospitais Universitários (HU's), como espaços voltados à produção do conhecimento e práticas médicas. Segundo Catão (2011), o Hospital Universitário (HU) é um espaço que, dentro dos atuais sistemas de saúde, faz com que a prática médica se torne legítima.

No Brasil, os HU's estão diretamente ligados a duas importantes políticas sociais: a Educação e a Saúde. Para Machado e Kuchenbecker (2007), é no ambiente dos HU's que se notam muitas das tensões que estão ligadas às dificuldades de articulação sofridas por essas políticas. Neste ambiente, além da assistência médica, são realizadas atividades de ensino e pesquisa, estas entidades também são consideradas referência em equipamentos de tecnologia de ponta (DALLORA; FORSTER, 2008).

Segundo Machado e Kuchenbecker (2007), para que os HU's se estabeleçam é necessário que consigam contribuir para uma melhor compreensão e envolvimento entre as políticas públicas para a saúde e educação. “O futuro e a afirmação dos HU's dependerá sempre da capacidade dos mesmos em contribuir efetivamente para ações criativas e integradoras no âmbito das políticas de Estado para a saúde e educação” (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007, p. 876).

É preciso refletir ainda, conforme apresentado por Blanski (2015), que o gasto com saúde no Brasil é considerando um dos mais baixos do mundo, principalmente quando se leva em conta um sistema de saúde tão amplo. De acordo com Trivelato *et al.* (2015), dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), demonstram que o Brasil destina à saúde 8% do PIB, abaixo da média mundial de 11,7%, enquanto em outros países, esse repasse chega a 20%.

Com o baixo investimento em saúde no Brasil é possível constatar que há anos vem sendo observada uma diminuição na atuação dos hospitais privados conveniados ao SUS. O MAPA<sup>1</sup> (2006 apud BONACIM; ARAÚJO, 2009, p. 421), publicado pela Gazeta Mercantil, há mais de dez anos já sinalizava uma queda na participação de hospitais privados conveniados ao SUS, com consequente aumento na participação dos hospitais públicos, em especial os universitários. Para Santos, Santos e Borges (2013, p.87), houve uma “substituição parcial dos leitos privados SUS por leitos públicos, com saldo de queda de leitos”. A publicação ‘Observatório 2017’, da Associação Nacional de Hospitais Privados - ANAHP (2017), destacou que as receitas provenientes do SUS para hospitais privados diminuíram de 3,7% (2014) para 3,1% (2015) e, finalmente, para 2,7% (2016). De acordo com a publicação, o problema deve-se ao subfinanciamento dos gastos públicos em saúde.

Segundo Bonacim e Araújo (2009) os hospitais privados alegam que investimentos oriundos do Estado não são suficientes para cobrir seus custos, por isso, estão encerrando seus contratos com o SUS, consequentemente, hospitais públicos passaram a absorver a demanda rejeitada pelos hospitais particulares.

Refletindo a lei de teto dos gastos, que trata da redução nos investimentos do governo federal com a saúde e a educação para os próximos 20 anos e, considerando a queda da participação de hospitais privados no atendimento à saúde pública, conforme apresentado por Bonacim (2009), há uma necessidade de contribuir e se aprofundar em melhorar as práticas de gestão em uma entidade hospitalar, principalmente quando o assunto é a relação ‘custo benefício’ do investimento público.

Para Mendes (2013), o SUS instituiu a maior política de inclusão social na história do Brasil e, por isso, trouxe inúmeros benefícios para a população. O SUS realiza programas que são considerados referência em outros países, mesmo os desenvolvidos, como: Sistema Nacional de Imunizações, o Programa de Controle de HIV/Aids e o Sistema Nacional de Transplantes de Órgãos (com a maior realização de transplantes em sistemas públicos de saúde no mundo), além destes, o programa de atenção primária, considerado um modelo para

---

<sup>1</sup> O MAPA dos hospitais: empreendimentos privados perdem espaço. **Gazeta Mercantil**. São Paulo, p. A10, 27 jun. 2006.



outros países, por sua cobertura e extensão alcançados. Vale ressaltar que tais processos, têm colaborado para fazer com que o SUS melhore consideravelmente os níveis sanitários dos brasileiros (MENDES, 2013). Diante de tantos benefícios, compreende-se a importância do desenvolvimento de uma gestão melhorada, capaz de equilibrar o crescimento da demanda por serviços e a pouca disponibilidade de recursos.

Blanski (2015) acredita que a maioria dos problemas vividos pelos cidadãos usuários do SUS poderia ser solucionada com boas práticas de gestão, isso faria com que a sociedade percebesse as organizações públicas como entidades mais responsáveis e conscientes sobre o uso da verba pública. No entanto, ainda faltam procedimentos específicos para se avaliar o desempenho das políticas públicas aplicadas aos hospitais universitários e poucos mecanismos de prestação de contas à população (BARBOSA, 1996). É possível afirmar que “a ineficiente gestão financeira dos hospitais, associada à defasada remuneração do Sistema Único de Saúde (SUS), acentua o problema para todos os tipos de organizações hospitalares” (SOUZA *et al.*, 2013, p. 94).

Para Machado e Kuchenbecker (2007, p. 876) “a sustentabilidade organizacional dos HU é conceito-chave no exercício de sua missão e compromisso social”, por essa razão é tão importante considerar a diminuição dos custos com saúde, é justamente isso que expõe a fragilidade dos hospitais de ensino: o fato de serem mais onerosos e apresentarem dificuldades na relação financeira entre receitas e custos (MEDICI, 2001; DALLORA; FORSTER, 2008; SANTOS; BORGERT; BORGERT, 2017).

Neste contexto, Dallora e Forster (2008) apresentam a questão da avaliação econômica da saúde como assunto de destaque, pois se tratam de recursos que devem ser utilizados da maneira mais racional possível. Ao mesmo tempo em que obriga os gestores a enfrentar continuamente os desafios pela eficiência e eficácia nas atividades desenvolvidas, associados à utilização ética e racional do uso dos recursos públicos na saúde.

Outro fator a ser considerado é a quantidade de recursos concedidos pela sociedade, mediante os tributos arrecadados pelo governo. Isso reforça a importância destas pesquisas, pois são necessárias “formas de evidenciação que contribuam para a melhoria da informação produzida pela administração pública, no que se refere à prestação de serviços e consumo de recursos” (SLOMSKI *et al.*, 2010, p. 935). Para Slomski (2001), quando se propõe o debate sobre os custos no setor público é necessário refletir o artigo n.º 37 da Constituição Federal de 1988, que obriga a Administração Pública a obedecer ao princípio da eficiência e transparência de seus atos.

Segundo Bonacim (2006) os cidadãos devem ser comparados aos acionistas ou proprietários de empresas privadas, por isso, a sociedade pode exigir dos órgãos públicos uma prática semelhante a das entidades privadas, quanto ao uso dos recursos públicos, e exigir que o investimento público seja utilizado de maneira mais eficiente, eficaz e transparente.

Para se alcançar resultados que demonstrem a relação ‘custo benefício’ dos investimentos públicos em uma entidade como um hospital universitário federal, foram analisados os dados financeiros do Hospital Universitário “Prof. Dr. Horácio Carlos Panepucci” da Universidade Federal de São Carlos (HU-UFSCar), gerido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). O estudo foi conduzido com base no modelo da pesquisa realizada por Bonacim e Araújo (2009) no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), sobre gestão de custos aplicada a hospitais universitários públicos.

O estudo desenvolvido por Bonacim e Araújo (2009) investigou as possibilidades de calcular o Valor Econômico Agregado para Sociedade (VEAS) por Hospitais Universitários Públicos, numa proposta que combinou a Teoria da Gestão Baseada em Valor (GBV) com entidades públicas, possibilitando o desenvolvimento de uma ferramenta que permitisse a avaliação de empresas públicas, no modelo de empresas privadas.

De acordo com Martins (2002, p.94), quando se desenvolve um modelo de resultados em serviços hospitalares, baseado na comparação entre receitas e custos, é possível “implantar ações de melhoria, eficiência e eficácia – melhor aproveitamento do tempo e melhoria da qualidade”.

## **1.2 Problema da pesquisa**

É possível constatar que a administração pública hospitalar está entre os setores mais ultrapassados, no uso de ferramentas de gestão (RAIMUNDINI *et al.*, 2006). Segundo Barbosa (1996) e Trivelato *et al.* (2015), ainda faltam informações sobre eficiência e custos da atenção hospitalar, e estes estão entre os principais obstáculos para a elaboração de ações que promovam aperfeiçoamento na eficiência e eficácia destas entidades.

É neste contexto, que este estudo procurou se debruçar para expandir as pesquisas sobre o retorno dos investimentos públicos em entidades com objetivos sociais. Assim como o trabalho elaborado por Bonacim e Araújo (2009) no HCFMRP-USP, que utilizou ferramentas

comuns à gestão de empresas privadas e promoveu ajustes às condições das entidades públicas, com a adaptação da Teoria de Gestão Baseada em Valor, almejou-se analisar o desempenho de entidades públicas, em especial hospitais universitários federais.

Portanto, para colaborar com processos de gestão de avaliação dos investimentos do governo federal em hospitais universitários que estão sob a sua responsabilidade. Este trabalho tencionou responder à seguinte questão norteadora da pesquisa: **Como demonstrar se o investimento do governo federal no Hospital Universitário “Prof. Dr. Horácio Carlos Panepucci” da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), no ano de 2017, agregou valor econômico à sociedade depois que a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) assumiu integralmente a gerência da entidade?**

### **1.3 Objetivos da pesquisa**

#### **1.3.1 Objetivo geral**

O cálculo do valor econômico agregado é um instrumento significativo na busca pela responsabilidade ética de entidades públicas, pois aumenta a transparência em suas ações, além disso, seus resultados podem contribuir para demonstrar a eficiência econômica das empresas (BONACIM, 2006).

Por isso, o objetivo geral do presente trabalho foi demonstrar como apurar se o investimento do governo federal em 2017 gerou valor econômico agregado à sociedade, depois que a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) assumiu integralmente a gestão do Hospital Universitário “Prof. Dr. Horácio Carlos Panepucci” da Universidade Federal de São Carlos (HU-UFSCar).

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

Para alcançar o objetivo geral, procurou-se atingir os seguintes objetivos específicos neste trabalho:

- 1) Mapear os dados contábeis do HU-UFSCar necessários para serem aplicados ao modelo desenvolvido por Bonacim e Araújo (2009) para o cálculo do Valor Econômico Agregado à Sociedade (VEAS).
- 2) Definir como é possível aplicar a metodologia de cálculo do Valor Econômico Agregado à Sociedade (VEAS), de Bonacim e Araújo (2009), no HU-UFSCar.
- 3) Analisar os resultados alcançados com o cálculo do Valor Econômico Agregado à Sociedade (VEAS) pelo HU-UFSCar.

#### **1.4 Justificativa**

O financiamento do sistema de saúde no Brasil tem-se constituído em uma permanente preocupação para os gestores e para todos que estão diretamente envolvidos neste processo. Embora o governo federal realize investimentos na área da saúde, entidades assistenciais ainda não conseguem suprir de maneira eficiente a demanda da população, além disso, essas organizações apresentam graves problemas financeiros. Diante de um cenário de restrições financeiras e orçamentárias, os gestores têm-se deparado com enormes dificuldades em assegurar a universalidade e integralidade de forma igualitária em um país tão grande como o Brasil e com tantas desigualdades sociais (BRASIL, 2011a).

Frente ao Sistema Único de Saúde (SUS), com garantias universais e abrangentes e altos custos que recaem sobre ele, Blanski (2015) destaca que a maior dificuldade da saúde pública no Brasil é justamente o seu financiamento. Para a autora, o SUS é uma grande contribuição do governo para a sociedade, no entanto, é desafiador conseguir uma gestão que esteja em constante aprimoramento e consiga lidar com o aumento da demanda de serviços e a limitação de recursos.

Além disso, a avaliação econômica das organizações públicas tem exigido dos gestores a busca pela eficiência e eficácia nos serviços prestados. De acordo com Slomski *et al.* (2010), a quantidade de recursos que a sociedade, mediante tributação, concede ao Estado, confirma a importância de estudos que contribuam para demonstrar a eficiência, eficácia e a transparência no uso dos recursos advindos do Estado, para a prestação de serviços públicos. Para os autores, a busca pela eficiência e pela qualidade precisa ser conduzida pelos novos

padrões de *accountability*<sup>2</sup> para o setor público, como forma de possibilitar aos cidadãos ter informações que permitam analisar a gestão pública.

Como nas instituições públicas não existe a pessoa do acionista, mas sim a sociedade e o governo, estes esperam que o investimento público seja convertido à comunidade e, embora não haja acionista, certamente deve existir o objetivo de maximizar o valor econômico para a sociedade (FREGONESI; SLOMSKI, 2007). A prestação de contas pelas entidades públicas deve incorporar, sempre que possível, “a demonstração do resultado econômico da entidade para que o cidadão/sócio da coisa pública possa compreender quão eficiente é a gestão em determinada gestão” (SLOMSKI *et al.*, 2010, p. 941).

As entidades públicas, segundo Slomski *et al.* (2010), devem prestar contas ao governo e aos cidadãos, da mesma maneira que empresas privadas devem prestar contas aos seus acionistas. Segundo o autor, o setor público deve potencializar ao máximo o retorno dos tributos arrecadados em benefício dos cidadãos do mesmo modo que a empresa privada para os investidores, que verificam a eficiência de uma empresa e avaliam a sua situação financeira por meio das informações econômicas e financeiras que são divulgadas. Para Slomski *et al.* (2010) isso justifica a razão para a sociedade (contribuinte) ter acesso às prestações de contas das entidades públicas.

Refletindo sobre a transparência na gestão pública e a participação da sociedade nos processos de que envolvem as Políticas Públicas em Saúde, pretende-se aplicar o modelo adaptado por Bonacim e Araújo (2009) na pesquisa aplicada no HCFMRP-USP. O trabalho é uma importante ferramenta para a avaliação da gestão de órgãos públicos, pois os autores objetivaram demonstrar a eficiência das entidades públicas no controle dos recursos concedidos pelo governo e pela sociedade, por meio do cálculo do Valor Econômico Agregado à Sociedade (VEAS).

O Cálculo do Valor Econômico Agregado à Sociedade (VEAS), adaptado por Bonacim e Araújo (2009) às entidades públicas, foi fundamentado nos preceitos da Teoria da Gestão Baseada em Valor (GBV) e apoiou-se no modelo conceitual de Slomski<sup>3</sup> (1996), para medir o resultado econômico em organizações públicas. O modelo de Slomski tem como pressupostos: a) o corpo contribuinte é composto pelos cidadãos, que são os responsáveis por manter a empresa pública, mediante suas contribuições; b) a missão da organização pública é prestar serviços que proporcionem o bem-estar e o desenvolvimento da sociedade; c) em um

---

<sup>2</sup> Prestação de contas

<sup>3</sup> SLOMSKI, V. **Mensuração do resultado econômico em entidades públicas: uma proposta**. 1996. 82 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis), Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

país capitalista, se não houvesse o serviço público, o indivíduo buscaria contratar os serviços que oferecessem o menor preço de mercado a vista (BONACIM, 2006).

Para oferecer mecanismos que demonstrem se entidades públicas, como Hospitais Universitários (HU's), estão cumprindo o que propuseram, o modelo apresentado por Bonacim e Araújo (2009), permitiu realizar uma avaliação econômica e verificar como os recursos concedidos pela sociedade e aplicados pelo Estado estão sendo aproveitados pelo HU-UFSCar.

Por isso, diante de tal panorama, dentre as justificativas para a realização deste trabalho destaca-se a atual situação das instituições hospitalares que, pelo senso comum, enfrentam muitas dificuldades em sua gestão: pela falta de recursos e, possivelmente pela falta de gestão desses recursos, ocasionando o uso inadequado destes investimentos que, conseqüentemente, resultam na degradação dos serviços assistenciais hospitalares. “A limitação dos recursos utilizados na prestação da atenção médica e a demanda crescente das necessidades de saúde justificam estudos e práticas nesta área” (DALLORA; FORSTER, 2008, p. 135).

Além disso, é importante analisar o aspecto da administração e da eficiência na gestão pública hospitalar, bem como estabelecer mecanismos para conduzir essas entidades a tomarem as melhores decisões em benefício dos cidadãos.

## **1.5 Estrutura do Trabalho**

O presente trabalho de pesquisa está estruturado em 6 capítulos, descritos brevemente a seguir:

O Capítulo 1, de caráter introdutório, apresenta uma contextualização do tema escolhido, bem como a problemática que o envolve. Nele são apresentados os objetivos do trabalho, a justificativa do tema a ser pesquisado e sua relevância para: 1) academia, pois amplia as discussões sobre a importância da *accountability* no setor público; 2) instituição, para ampliar o conhecimento na área de gestão financeira hospitalar e obter importantes informações para auxiliar a tomada de decisões nestas organizações; 3) gestão, uma vez que espera-se contribuir para uma visão integradora entre os cidadãos (contribuintes) e as entidades públicas hospitalares..

O Capítulo 2 apresenta uma revisão e contextualização da literatura sobre Políticas Públicas na área da Saúde, com a institucionalização do direito à saúde no Brasil e a criação do SUS. Nele foram apresentadas reflexões sobre a importância dos hospitais universitários federais e o processo de criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

O Capítulo 3 desenvolve uma revisão bibliográfica sobre Administração e Governança Pública. Foram abordadas a teoria de Gestão Baseada em Valor, a medida do Valor Econômico Agregado e a apresentação de estudos correlatos.

O Capítulo 4 apresenta a metodologia aplicada ao trabalho.

O Capítulo 5 discorre o estudo de caso realizado no Hospital Universitário da UFSCar (HU-UFSCar), com a contextualização do objeto de estudo e aplicação do modelo proposto para o cálculo do Valor Econômico Agregado à Sociedade, adaptado às entidades públicas.

O Capítulo 6 desenvolve uma análise e discussão dos resultados encontrados.

O Capítulo 7 apresenta as considerações finais do trabalho.

Ao final, estão relacionadas as referências utilizadas na pesquisa e os anexos contendo informações complementares sobre o trabalho realizado.

## **2. A SAÚDE NO BRASIL**

Com a intenção de demonstrar a importância dos hospitais universitários federais, o presente capítulo apresenta um panorama da saúde pública no Brasil, desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) até a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), atual responsável pela gestão da maioria dos hospitais universitários federais. Para tanto, é relevante apresentar uma visão sobre as transformações da saúde no Brasil, principalmente para entender o avanço na gestão de entidades públicas como essas.

### **2.1. Políticas Públicas em Saúde**

Conforme definição de Souza (2006, p. 24), “não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja política pública”. Para este trabalho, políticas públicas serão compreendidas como as orientações, decisões e/ou ações que o governo apresenta, determina e/ou impõe à sociedade. Para isso, inicialmente é preciso entender que “o sucesso de uma política pública [...] não é determinado apenas pela aplicação de leis e normas ou pelo desempenho técnico, ela depende também do envolvimento dos cidadãos nas tomadas de decisão (comportamento cooperativo)” (ANDION, 2012, p. 10). Portanto, é de suma importância que a sociedade (atores sociais) seja formada por indivíduos mais participativos e conscientes das decisões sobre o investimento público, sobretudo aquele destinado a promover mais qualidade de vida aos cidadãos.

Segundo Blanski (2015, p. 37), é nesse sentido que “as políticas públicas apresentam fontes de demanda de atores sociais, tais sejam grupos sociais ou indivíduos e a sociedade com suas instituições, que pressionam o governo para o atendimento de suas necessidades, desejos, interesses ou ideologias”.

Verifica-se de fato essa questão, conforme apresentado por Blanski (2015), na importante participação da sociedade para a criação de uma nova política pública de saúde no Brasil, que foi crucial para a promulgação da Constituição de 1988. Foram os intensos movimentos sociais que pressionaram o governo a realizar mudanças, e foram determinantes para a criação e os princípios de universalidade e igualdade que nortearam a nova constituição. Ainda com relação às políticas públicas, mas com enfoque na gestão, Souza (2006) destaca a existência de um novo modelo, com influência do “novo gerencialismo público” e do ajuste



fiscal, orientado pela busca da eficiência, contrariando as formas corriqueiras de políticas distributivas e redistributivas.

Vale destacar que em muitos países, principalmente os ocidentais, a assistência à saúde está ligada ao direito da cidadania, mais que a um direito constitucional (FARIAS *et al.*, 2011). Isso demonstra uma crescente responsabilidade do Estado, segundo os autores, e das entidades democráticas em uma sociedade pluralista, baseada em pactos políticos que deverão compor uma agenda de direitos que buscam a inclusão social e o fim das desigualdades, entre eles uma forma de garantir o acesso universal à saúde.

No Brasil, embora tenha havido mudanças com o processo de reforma sanitária e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) nota-se que os avanços, as evidências e as informações observadas demonstram a fragilidade dos mecanismos de regulação que foram pactuados (FARIAS *et al.*, 2011).

Para Farias *et al.* (2011) é por isso que a ação reguladora do Estado é fundamental para garantir a harmonia em um setor tão delicado como o da saúde, para evitar que o mercado se restrinja apenas aos consumidores capazes de pagar. Compreende-se, portanto, “que a regulação é imprescindível e sua finalidade é assegurar que se atinjam os grandes objetivos sociais do sistema de saúde, equilibrando as numerosas falhas de mercado e/ou falhas do governo que caracterizam o setor” (FARIAS *et al.*, p. 1045, 2011).

### **2.1.1. A reforma no setor de saúde brasileiro**

O empenho pela busca ao direito à saúde no Brasil, segundo Malta *et al.* (2016), é intrínseco à dedicação pela democracia e pelos direitos humanos garantidos pela constituição. Para esses mesmos autores, o SUS é o resultado de um movimento que reuniu uma série de forças políticas, cujo foco era defender a saúde como um patrimônio público, dessa mesma forma, o Estado brasileiro se articulou para promover as políticas públicas de saúde no país.

Antes da Reforma Sanitária, o Ministério da Saúde (MS), subfinanciado, e o sistema de assistência médica da previdência social formavam o sistema de saúde pública no Brasil. A “provisão de serviços se dava por meio de institutos de aposentadoria e pensões divididos por categoria ocupacional (p. ex., bancários, ferroviários etc.), cada um com diferentes serviços e níveis de cobertura” (PAIM *et al.*, 2011, p. 17). De acordo com esses mesmos autores, aqueles que tinham empregos temporários recebiam um inadequado atendimento de assistência

médica, que eram ofertados por serviços públicos, filantrópicos ou serviços particulares que eram pagos pelo próprio assistido.

Fleury (2009, p. 744) destaca que, até o fim da década de 1980, o sistema de proteção social no Brasil foi uma combinação de “modelo de seguro social na área previdenciária, incluindo a atenção à saúde, com um modelo assistencial para a população sem vínculos trabalhistas formais”.

A proposta de reforma no Brasil teve início em meados da década de 1970 e seguia na contramão das reformas difundidas no resto do mundo, que contestavam a manutenção do estado de bem-estar social (*Welfare State*). No Brasil houve um grande movimento social que lutava pela democratização, e reuniu diversos setores da sociedade (movimentos de base, população de classe média e sindicatos) (PAIM *et al.*, 2011).

Para Fleury (2009, p. 745) esse processo fortaleceu-se na década de 1980, com o surgimento de um importante tecido social emergente com a adesão de um “novo sindicalismo e dos movimentos reivindicatórios urbanos, da construção de uma frente partidária da oposição, e da organização de movimentos setoriais” aptos a elaborar projetos de reorganização institucional, tal qual o Movimento Sanitário.

Fleury (2009, p. 744) destaca que a concepção de um projeto de reforma sanitária brasileira fez parte das lutas em oposição à ditadura, com “seu modelo de privatização dos serviços de saúde da Previdência Social e pela construção de um Estado democrático social”. Na concepção da autora, a reforma democrática que se concretizou com a instituição desenhada na Constituição de 1988, foi afrontada duramente pela hegemonia encontrada no discurso liberal, no que se refere ao predomínio das definições econômicas frente à política e a própria ordem constitucional e, finalmente, a disseminada divulgação da reforma gerencial do Estado.

O movimento pela reforma sanitária tinha como concepção que a saúde não era uma questão apenas biológica, que deveria ser resolvida pela assistência médica, mas que se tratava de uma questão política e social, que deveria ser discutida em espaço público (PAIM *et al.*, 2011).

Para Fleury (2009), é inaugurado um novo período, em que o modelo de seguridade social passa a fazer parte da estrutura e organização do formato da proteção social brasileira, para alcançar a universalização da cidadania. Na opinião dessa mesma autora, esse modelo de seguridade social surge para romper com a ideia de cobertura voltada apenas aos que estão inseridos no mercado formal, promovendo meios mais solidários e equânimes. Segundo Fleury (2009), tais benefícios são convertidos mediante as necessidades dos indivíduos,

fundamentados nos princípios da justiça social, tornando obrigatória a ampliação da cobertura, que passa a integrar as estruturas governamentais.

### **2.1.2. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)**

A Constituição de 1988 estabelece os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, assegurando à população brasileira o direito à saúde, tornando-a um dever do Estado, que deveria garantir, segundo o artigo n.º 196, “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” e, em seu artigo 198 estabelece que “ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”, sendo que essas ações e serviços devem ser organizados de acordo com as diretrizes dispostas na Constituição (BRASIL, 1988).

Os princípios do SUS devem ser compreendidos como a sua base filosófica, cognitiva e ideológica, representam a escolha e os resultados da luta dos cidadãos brasileiros em legitimar e garantir esses valores. Quanto às diretrizes do SUS, devem ser entendidas como a forma, as estratégias e os meios para organizar o sistema, com a finalidade de concretizá-lo (MATTA, 2007).

De acordo com Mattos (2009), os princípios e as diretrizes que norteiam o SUS, devem ser compreendidos como aquilo no qual o sistema público se baseia, ou seja, seus preceitos, as linhas mestras que estão descritas no texto da constituição federal, sendo eles: a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização, a organização da rede de serviços de modo regionalizado e hierarquizado e a participação da população.

Esse mesmo autor ressalta que durante esse extenso processo de luta, os diversos princípios e diretrizes do SUS nem sempre tiveram pesos iguais, ao contrário, em cada conjuntura, uma dose de hierarquia de relevância se constituía entre eles “quer como reflexo da heterogeneidade dentro do movimento sanitário no que diz respeito à importância dada a este ou aquele princípio, quer em decorrência das opções estratégicas diante de determinados obstáculos políticos” (MATTOS, 2009, p. 772).

Mattos (2009, p. 771) recorda que “tais princípios e diretrizes foram forjados no interior de um processo de luta travada pelo movimento da Reforma Sanitária desde o final dos anos setenta”. Para o autor, o movimento pela Reforma Sanitária gerou um grande

consenso entre a população, principalmente no que se refere aos princípios que deveriam direcionar a atuação do Estado em relação à saúde, dentre os principais de que a saúde deveria ser um direito de todos e uma atribuição do Estado. Esse movimento foi o responsável por formular os princípios que direcionaram a construção do sistema público, sendo que estes elementos centrais são o que conhecemos por princípios e diretrizes do SUS.

Para Matta (2007) os princípios e diretrizes precisam ser compreendidos sob o ponto de vista histórico e epistemológico, como o resultado de um processo político capaz de demonstrar conceitos sobre saúde e doenças, direitos sociais, gestão, as ligações entre as esferas do governo brasileiro, entre outros.

O SUS, segundo Matta (2007), está estruturado primordialmente com base em três documentos, que demonstram os elementos básicos para estruturar e organizar o Sistema de Saúde Público, sendo eles:

- 1 - A Constituição Federal de 1988, na qual a saúde é um dos setores que estruturam a seguridade social, ao lado da previdência e da assistência social (BRASIL, 1988).
- 2 - A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, também conhecida como a Lei Orgânica da Saúde e que dispõe principalmente sobre a organização e regulação das ações e serviços de saúde em todo território nacional (BRASIL, 1990a).
- 3 - A Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que estabelece o formato da participação popular no SUS e dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990b).

### **2.1.3. O financiamento do SUS**

Entre os grandes desafios encarados pelo SUS, o financiamento merece destaque, sendo constante preocupação daqueles que estão comprometidos com o seu processo de construção. Afinal, assegurar a universalidade e a integralidade no atendimento, em um contexto em que se destacam as restrições orçamentárias e financeiras, tem sido um grande obstáculo (BRASIL, 2011a).

Nas palavras de Serra e Rodrigues (2007, p. 206) “um dos aspectos mais difíceis da implantação do SUS está relacionado ao seu financiamento”, seja pela herança dos antigos modelos de seguro social; pelo advento da política neoliberal; o endividamento público; crise financeira da previdência, entre outros, caracterizando o que ficou conhecido como “Sistema em crise permanente” (LEVCOVITZ, 1997, apud SERRA; RODRIGUES, 2007, p. 206).

O sistema de saúde no Brasil é financiado por meio dos impostos arrecadados pelo governo e por outras formas de obtenção de recursos. Esses recursos precisam ser

administrados de forma a obedecer aos princípios e diretrizes do SUS e às necessidades de saúde dos cidadãos brasileiros (MATTA, 2007).

De acordo com a Emenda Constitucional nº 29, aprovada em 13 de setembro de 2000, os três níveis de governo federal, estadual e municipal têm responsabilidade pelo financiamento do SUS (BRASIL, 2000).

O financiamento do SUS, de acordo com Paim *et al.* (2011, p. 20), ocorre via impostos gerais, contribuições sociais (impostos recolhidos por meio de programas sociais específicos), desembolso direto e os gastos dos empregados com a saúde “o financiamento do SUS tem como fontes as receitas e de contribuições sociais dos orçamentos federal, estadual e municipal. As demais fontes de financiamento são privadas – gastos por desembolso direto e aqueles realizados por empregadores”.

De acordo com Serra e Rodrigues (2007), está determinado na Constituição Federal que o SUS deve ser financiado com recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes, conforme artigo n.º 198, parágrafo único.

Vale ressaltar que a seguridade social compreende: direitos, políticas e serviços ligados à saúde, à previdência social e à assistência social (SERRA; RODRIGUES, 2007). Ao SUS são atribuídas as funções de: “ações de promoção de saúde, vigilância em saúde, controle de vetores e educação sanitária, além de assegurar a continuidade do cuidado nos níveis primários, ambulatorial especializado e hospitalar” (PAIM *et al.*, p. 20, 2011).

Para Matta (2007, p. 67), além da prestação direta de serviços é preciso organizar a gestão e todas as funções de “coordenação, planejamento, monitoramento, tratamento e armazenamento de informações, comunicação e educação para a saúde, que são objeto de políticas e financiamento por parte do Estado, entre outras”.

Com a aprovação da Lei n.º 8.080/90, que especificava as atribuições e a organização do SUS, teve início de fato a implantação do sistema público. A referida Lei definiu os critérios de transferência aos estados e aos municípios, com base no perfil demográfico e epidemiológico da região, as características quantitativas e qualitativas das redes, desempenho técnico, econômico e financeiro (PAIM *et al.*, 2011).

Conforme disposto na lei n.º 8.080/90 (BRASIL, 1990a), em seu artigo n.º 7, alguns princípios que tratam a questão do financiamento se destacam, sendo:

VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;  
[...]

XI – conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; [...]

Com isso, entende-se que a distribuição de recursos financeiros deverá ocorrer de acordo com critérios epidemiológicos. Em outras palavras, devem ser consideradas as necessidades de saúde, comprovadas por critérios científicos (SERRA; RODRIGUES, 2007). Entretanto, segundo os autores, até os dias de hoje o que está disposto no inciso VII não tem sido atendido de forma efetiva.

Em 2000, houve a regulamentação da Emenda Constitucional nº. 29/2000, mediante a Lei Complementar nº. 141/2012. O projeto, que tramitou por 12 anos na Câmara dos Deputados foi aprovado em janeiro de 2012, definia quanto estados e municípios deveriam destinar de suas receitas à saúde, sendo: 12% para os estados e 15% para os municípios. No entanto, não definiu os 10% das receitas da União para a saúde, de acordo com o que havia sido recomendado na proposta de emenda constitucional (BRASIL, 2012).

A Lei Complementar nº. 141/2012 surgiu, portanto, para trazer mais clareza quanto à definição dos gastos públicos com ações e serviços de saúde, tendo como diretrizes:

- I sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;
- II estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e
- III sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população (BRASIL, 2012).

No entanto, segundo Paim *et al.* (2011), o financiamento para o sistema público de saúde não tem sido suficiente de forma a garantir recursos financeiros estáveis e adequados, em razão das contribuições sociais serem superiores aos recursos que provém de impostos (divididos entre governo federal, estadual e municipal), consequentemente, o SUS tem sido subfinanciado.

Na opinião do autor, o sistema público desfruta cada vez menos de um volume menor de recursos públicos para atender às necessidades da população, em relação ao que estava previsto quando o SUS foi criado e tinha como objetivo, com o financiamento público, tornar-se universal e igualitário. Os autores recordam que o período em que foi proclamada a Constituição de 1988, foi marcado por uma grande instabilidade econômica, nessa época, empresas de saúde se reestruturavam para atender as necessidades de novos clientes, o sistema vinha sendo progressivamente privatizado, no entanto, com a implantação do SUS

houve um aumento do acesso ao cuidado com a saúde para um número significativo de brasileiros (PAIM *et al.*, 2011).

Para Mendes e Funcia (2016), embora tenha ocorrido um expressivo avanço com a criação do SUS, o Brasil ainda está longe de empenhar a mesma dedicação à saúde pública que outros países com um sistema de saúde público e universal, como Alemanha, Espanha, França, Reino Unido e Suécia. Conforme dados apresentados pelos autores, em 2014 o SUS gastou 3,9% do Produto Interno Bruto (PIB), enquanto a média dos países europeus com sistemas universais foi aproximadamente 8,0% do PIB. Com isso, fica evidente a dificuldade enfrentada pelo SUS em promover ações e serviços adequados.

## **2.2. O SUS e o sistema hospitalar brasileiro**

No conceito de Martin *et al.* (2005, p. 38) “a saúde é um dos temas de discussão que apresenta maior repercussão no ambiente político e econômico brasileiro, em função de sua abrangência e relevância”. Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2017 o país tinha 207.660.929 habitantes (BRASIL, 2017b). Em outubro de 2017, de acordo com os números da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), os clientes de planos de saúde eram 47.399.495 (BRASIL, 2017c), ou seja, os demais 160.267.434 de brasileiros devem recorrer unicamente ao SUS.

Diante de tão grande impacto sobre a sociedade brasileira, é possível constatar que diariamente o SUS é destaque nos noticiários, em geral, são reclamações e denúncias sobre o mau funcionamento do sistema de saúde (CINTRA *et al.*, 2012). Percebe-se que, em três décadas, na maioria dos casos, o SUS ainda têm questionada a qualidade, a eficácia e a eficiência dos serviços prestados.

Para Farias *et al.*(2011), a proposta inicial do SUS era universalizar a saúde, sua prioridade era ampliar a cobertura do atendimento ao conjunto da assistência para todos os cidadãos. No entanto, segundo esses mesmos autores, dados adquiridos junto ao Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) demonstram que isso não ocorreu nacionalmente. Uma pesquisa de Assistência Médico-Sanitária demonstrou que houve avanço na oferta de serviços de saúde, entretanto, é possível notar que no SUS há uma grande oferta se serviços de assistência médica-hospitalar do setor privado complementar conveniado/contratado, bem

como ausência ou fragilidade dos contratos formais e debilidade dos mecanismos de regulação da assistência à saúde no Brasil (FARIAS *et al.*, 2011).

Atualmente, segundo a Confederação Nacional de Saúde (CNS), existem 6.805 hospitais nas diversas regiões do Brasil, dos quais 30% são públicos, e destes, 1% federais. O total de leitos hospitalares é de 492.505, sendo 332.686 do SUS (CNS, 2018).

Ressalta-se, que o foco aqui é mostrar sucintamente a relação entre os níveis de atenção no SUS e demonstrar que essa relação é voltada para a deficiência de entendimento de que, com a descentralização do SUS e diante dos problemas para realização de procedimentos de alta complexidade por grande parte dos municípios brasileiros, ocorre que, na maioria das vezes, a rede municipal se expandiu sem articulação regional, sem que fossem observadas as prioridades da população, tornando-se custosa financeiramente (BLANSKI, 2015).

O destaque é a Rede de Atenção à Saúde (RAS), considerada uma resposta satisfatória à atual situação da saúde no Brasil. Ela organiza, sob a coordenação da Atenção Primária à Saúde (APS), de forma integrada os pontos de atenção ambulatoriais e hospitalares secundários e terciários, os sistemas de apoio (assistência farmacêutica, entre outros), sistemas logísticos e o sistema de governança (MENDES, 2013).

Conforme explanado por Mendes (2011), o sistema público brasileiro de atenção à saúde está organizado de acordo com suas normativas em: atenção básica, atenção média e alta complexidades. Ocorre que essa visão provoca grandes problemas operacionais, pois se fundamenta em um conceito equivocado de complexidade, ao determinar que a atenção primária seria menos complexa que os níveis secundário e terciário. Para o autor, esse conceito deturpado de complexidade ocasiona uma banalização da atenção primária e uma supervalorização de práticas que requerem maior capacidade tecnológica, como a que é exercida nos níveis secundário e terciário.

Sistemas integrados, de acordo com Wan *et al.* (2002), mostram-se com maior potencial em promover um contínuo de cuidados organizado e maior eficiência no setor hospitalar. Para os autores, a alta eficiência no atendimento hospitalar pode ser alcançada empregando-se estratégias de integração adequadas. Mendes (2011, p. 63) acredita que os motivos são “a integração de processos e serviços, estrutura de governança, o trabalho multidisciplinar, a coordenação do cuidado, a integração clínica e os sistemas integrados de informação”.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde diz que a atenção básica deve ser entendida “como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS (contato preferencial dos



usuários), que se orienta por todos os princípios do sistema, inclusive a integralidade, mas emprega tecnologia de baixa densidade” (CONASS, 2007, p. 16). Para Solla e Chioro (2008) a Atenção básica deve ser compreendida, em níveis de hierarquização, como: Unidades Básicas de Saúde e Estratégia de Saúde da Família, responsável por resolver mais de 80% dos problemas de saúde.

É preciso ressaltar que o acesso à RAS deve ocorrer via serviços de nível primário de atenção, que devem ser qualificados, com a finalidade de atender e resolver os problemas básicos que demandam atendimento de saúde. Os serviços que não puderem ser resolvidos neste nível de atenção deverão ser referenciados para os demais níveis especializados ambulatorial ou hospitalar (SOLLA; CHIORO, 2008).

Quanto à regulação ambulatorial de média e alta complexidades, está definida por meio da portaria nº. 1.268, de 14 de novembro de 2013 (BRASIL, 2013a), sendo:

§1º Define-se como REGULAÇÃO AMBULATORIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE o serviço de regulação do acesso às consultas, exames, terapias e cirurgias ambulatoriais de média complexidade, executados em estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, de acordo com fluxos estabelecidos no âmbito federal, estadual e municipal.

§2º Define-se como REGULAÇÃO AMBULATORIAL DE ALTA COMPLEXIDADE o serviço de regulação do acesso às consultas, exames e procedimentos vinculados à alta complexidade, executados em estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, de acordo com fluxos estabelecidos no âmbito federal, estadual e municipal.

Para Sola e Chioro (2008) o Nível secundário de atenção compreende os centros de especialidades e serviços de apoio diagnóstico terapêutico, com capacidade para resolver cerca de 15% dos motivos que leva alguém a procurar por serviços de saúde. Para Erdmann *et al.* (2013) a atenção secundária é formada por serviços em capacidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, atende serviços em nível ambulatorial e hospitalar. Para esses autores, historicamente são entendidas como os procedimentos de média complexidade, compreendendo os serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência.

Nas palavras de Sola e Chioro (2008), o Nível terciário de atenção deve ser entendido como a atenção hospitalar, responsável por resolver cerca de 5% dos problemas de saúde. O material ‘SUS de A a Z’, elaborado pelo Ministério da Saúde, define como “conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade)” (BRASIL, 2009, p. 32).

É necessário ressaltar, conforme apresentado por Erdmann *et al.* (2013), que a reestruturação do SUS, sob o ponto de vista da RAS é uma estratégia de superar o modo

fragmentado de operar a assistência e a gestão em saúde. Além disso, o modelo de atenção à saúde, no Brasil, tem sido constantemente ajustado para realizar o atendimento integral do usuário, com a inclusão e ampliação dos serviços oferecidos.

Faz-se necessário também, lembrar que frequentemente os serviços de especialidades e da atenção hospitalar de média complexidade transformam-se em uma grande porta de entrada do sistema, que deveria ter sua demanda recebida por meio da rede básica. Ocorre que muitas vezes os serviços de média complexidade atendem diretamente esta demanda e, conseqüentemente, perde-se a qualidade no atendimento primário e no acesso da população aos tratamentos especializados, quando estes são realmente necessários. Sem contar que isso ocasiona um aumento desnecessário de gastos para o SUS (CONASS, 2007, p. 20).

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde nº. 3.390, de 30 de dezembro de 2013, trata a missão e o perfil assistencial de um hospital em sua instituição como ambiente de atenção na RAS (BRASIL, 2013b). Ficam definidos alguns critérios: “(i) perfil epidemiológico da população; (ii) desenho da RAS loco-regional; (iii) vinculação da população com base territorial definida; (iv) a regulação do acesso; (v) a definição do atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea” (BLANSKI, 2015, p. 53).

Para que haja melhor desenvolvimento da RAS procura-se a horizontalidade nas relações entre os pontos de atenção, que se ligam, tanto para promover a recuperação do paciente quanto para promover medidas preventivas (ERDMANN *et al.*, 2013). De acordo com esses autores, o ingresso de ações e a qualidade oferecida à comunidade são princípios do sistema público de saúde que refletem as práticas desempenhadas. Boas práticas fazem parte de um conjunto de técnicas, processos e atividades, compreendidas com as ideais para promover uma determinada tarefa, em harmonia com os valores, objetivos, evidências da promoção da saúde e a compreensão do local onde a prática se desenvolve.

### **2.2.1. A importância dos Hospitais Universitários para o sistema hospitalar brasileiro**

Os hospitais são espaços caracterizados por promover saúde à população. Em 1957 a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu que o hospital é parte de um sistema coordenado de saúde. Este conceito permanece até os dias de hoje, reforçando a importância em se manter a integralidade da assistência à saúde (BLANSKI, 2015).

No cenário da saúde pública brasileira estão os hospitais universitários (HU's), considerados centros de formação de recursos humanos e promoção e desenvolvimento de tecnologia ao setor da saúde (CINTRA *et al.*, 2012)

De acordo com Medici (2001), a obrigatoriedade na ligação e dependência dos Hospitais Universitários às Faculdades de Medicina, a maioria mantida por verbas públicas, ocorreu a partir do século 20.

A Legislação Brasileira, por meio da Portaria Interministerial n. 285, de 24 de março de 2015, que redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE's), estabelece que os hospitais de ensino são “estabelecimentos de saúde que pertencem ou são conveniados a uma Instituição de Ensino Superior (IES), pública ou privada, que sirvam de campo para a prática de atividades de ensino na área da saúde” (BRASIL, 2015).

Segundo Bittar (2002) HE's são importantes para a saúde pública em qualquer país, pois cabe a estes estabelecimentos a responsabilidade na formação dos profissionais de saúde. O autor apresenta as seguintes definições para os hospitais de ensino:

Por Hospital de Ensino (HE) entende-se Hospital Universitário de propriedade ou gestão de universidade pública ou privada, ou a elas vinculado por regime de comodato ou cessão de uso, devidamente formalizados; Hospital-Escola, de propriedade ou gestão das escolas médicas isoladas públicas ou privadas, ou a elas vinculadas por regime de comodato ou cessão de uso devidamente formalizados; Hospital Auxiliar de Ensino, aquele que não sendo propriedade ou gestão de universidade ou escola médica isolada, que devolvem programas de treinamento em serviço, de curso de graduação ou pós-graduação na área de saúde, devidamente conveniado com uma instituição de ensino superior, conforme classificação adotada pelo MEC (BITTAR, 2002, p.10).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os Hospitais Universitários (HU's) são importantes nos serviços de assistência de alta complexidade, possuem extenso envolvimento com as atividades de ensino e pesquisa, além de possuírem uma alta concentração de recursos de saúde, em termos físicos, humanos e financeiros (LOBO *et al.*, 2010).

Outrossim, os HU's são considerados modelos para os procedimentos de maior complexidade (densidade tecnológica), são importantes centros de formação, ensino e pesquisa e têm papel de grande importância na promoção de especialidades de saúde, também participam dos processos de inovação assistencial e incorporação tecnológica em saúde (DALLORA; FORSTER, 2008).

Segundo Dallora e Forster (2008), o Ministério da Educação (MEC) define os hospitais universitários como espaços únicos em determinadas regiões, responsáveis por fornecer serviços de alta complexidade à população. Além disso, são espaços que fornecem

suporte técnico aos diversos programas realizados por Centros de Referência e suporte técnico necessário para a gestão de sistemas de saúde pública.

Considerando que “no Brasil os Hospitais são o centro do sistema de saúde, sendo responsáveis por dois terços dos gastos no setor” (TRIVELATO *et al.*, 2015, p. 63) e que os recursos destinados a eles são insuficientes, a atual conjuntura é motivo de preocupação para o setor, por isso, é crucial “que as organizações hospitalares sejam administradas de forma eficiente, focando em bons resultados” (TRIVELATO *et al.*, 2015, p. 64).

O equilíbrio entre o entendimento gerencial e as práticas médicas da instituição hospitalar é o atual contexto no qual está inserido o hospital, portanto, a redução dos custos em hospitais é tarefa árdua, em razão da própria natureza dos serviços prestados. Apesar das dificuldades, “o gerenciamento de custos hospitalares, com vistas à otimização dos recursos, é necessário e importante fator para o tão almejado equilíbrio financeiro e o aumento da qualidade de atenção prestada” (DALLORA; FORSTER, 2008, p.138).

O arranjo eficiente e eficaz dos recursos financeiros, humanos e tecnológicos destas instituições demanda dos gestores ideias inovadoras, como “implementação do sistema de custos, estabelecer convênios que agregam receitas e uma experiência profissional para garantir uma gerência eficaz e eficiente” (TRIVELATO *et al.*, 2015, p. 75).

### **2.2.2. Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF)**

O Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) foi instituído em 2010, por meio do Decreto nº. 7.082, de 27 de janeiro de 2010. O programa foi destinado à reestruturação e revitalização dos hospitais universitários federais, integrados ao Sistema Único de Saúde. Trata a questão do financiamento compartilhado entre as áreas de educação e saúde e disciplina o regime de pactuação global com os hospitais (BRASIL, 2010). Segundo o referido decreto, O REHUF é conduzido pelas seguintes diretrizes aos hospitais universitários federais:

- I - instituição de mecanismos adequados de financiamento, compartilhados entre as áreas da educação e da saúde;
- II - melhoria dos processos de gestão;
- III - adequação da estrutura física;
- IV - recuperação e modernização do parque tecnológico;
- V - reestruturação do quadro de recursos humanos dos hospitais universitários federais; e

VI - aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde, com base em avaliação permanente e incorporação de novas tecnologias em saúde.

O artigo 2º., § 1º. deste mesmo decreto, estabelece que os HU's exercem “[...] funções de local ensino-aprendizagem e treinamento em serviço, formação de pessoas, inovação tecnológica e desenvolvimento de novas abordagens que aproximem as áreas acadêmica e de serviço no campo da saúde [...]” e, para exercer tais funções, é preciso cumprir os seguintes objetivos:

- I – Atender às necessidades do ensino de graduação na área da saúde;
- II – Desenvolver programas de pós-graduação *strictu sensu* e *lato sensu*, voltados à formação de docentes e pesquisadores em saúde;
- III – Definir a oferta anual de vagas dos programas de residência médica, de modo a favorecer a formação de médicos especialistas nas áreas prioritárias para o SUS;
- IV – Implementar a residência multiprofissional nas áreas estratégicas para o SUS, estimulando o trabalho em equipe e contribuindo para a qualificação dos recursos especializados, de forma a garantir assistência integral à saúde;
- V - Estimular o desenvolvimento de linhas de pesquisa de interesse do SUS, em conformidade com o perfil epidemiológico local e regional e as diretrizes nacionais para pesquisa em saúde com foco na busca de novas tecnologias para o cuidado e a gestão em saúde (BRASIL, 2010).

Conforme apresentado no artigo 2º., § 2º. deste Decreto, os hospitais universitários são considerados centros de referência de média e alta complexidade, incorporados na rede pública de saúde, tendo como objetivos:

- I - ofertar serviços de atenção de média e alta complexidade, observada a integralidade da atenção à saúde, com acesso regulado, mantendo as atividades integradas à rede de urgência e emergência;
- II - garantir oferta da totalidade da capacidade instalada ao SUS;
- III - avaliar novas tecnologias em saúde, com vistas a subsidiar sua incorporação ao SUS;
- IV - desenvolver atividades de educação permanente para a rede de serviços do SUS, com vistas à qualificação de recursos humanos para o sistema; e
- V - desenvolver ações de telessaúde, utilizando as metodologias e ferramentas propostas pelos Ministérios da Saúde e da Educação.

O REHUF foi a solução encontrada para resolver um problema mostrado pelo Tribunal de Contas da União (TCU). Os Hospitais Universitários Federais (HUF's) vinham sendo pressionados pelos organismos de controle social brasileiros – TCU, CGU (Controladoria Geral da União) e MPF (Ministério Público Federal) – para que regularizassem a questão do quadro funcional mediante concursos públicos. No entanto, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) estavam resistindo aos concursos, sob a justificativa de déficit financeiro (SODRÉ *et al.*, 2013).

Aqui, cabe destacar, conforme apresentado por Ribeiro<sup>4</sup>, 2010 apud Sodré *et al.*, 2013, o déficit do quadro funcional e a falta de profissionais nos HUF's é resultado de uma junção de diversos fatores, entre eles: a falta de recursos do MEC; a falta de incumbência do MS pelos recursos humanos assistenciais desses hospitais; a discrepância dos salários oferecidos, ocasionando a busca dos profissionais por outros vínculos com salários mais atrativos; além da própria pressão de órgãos de controle sociais, impedindo a contratação direta pelos hospitais e a falta de planejamento do próprio governo.

Segundo Oliveira (2014), os problemas dos hospitais universitários vinham sendo observados desde 2006 pelos órgãos de controle social. Por isso, o TCU elaborou em 2009 um acórdão que debateu a importância em se construir um modelo institucional que pudesse atender e dar suporte as carências dos HUF's. Nota-se, com esse acórdão de 2009, que o TCU se mostrou bastante alinhado com a reforma gerencial, pois apresentava vários apontamentos, como: planos de metas, busca por resultados com a máxima eficiência, *benchmarking*<sup>5</sup>, responsabilização dos servidores, mão de obra terceirizada e, principalmente, da importância da observação da Emenda Constitucional n. 19 – que dispõe sobre normas da Administração Pública, controle de despesas e finanças públicas (BRASIL, 1998). Vale destacar que, conforme apresentado por Oliveira (2014), o REHUF oferece propostas de cunho gerencial, sendo possível observá-las, principalmente pelo enfoque voltado para a necessidade de apresentar resultados.

Ao final desse acórdão, o TCU estabeleceu um prazo de 180 dias para que tais observações fossem cumpridas, observando as competências de cada ministério (OLIVEIRA, 2014).

Vale ressaltar que os Hospitais Universitários são entidades de grande relevância para o SUS, pois nesses locais há a formação de profissionais, o desenvolvimento de importantes tecnologias e, não bastasse, têm grande importância para as comunidades onde estão inseridos (OLIVEIRA, 2014). De acordo com Sodré *et al.* (2013, p. 365) os Hospitais Universitários Federais (HUF's) “são instituições cuja gestão está subordinada à Universidade Federal da qual corresponde, ao Ministério da Educação (MEC) por sua frente de ensino, e ao Ministério da Saúde (MS) pela vinculação ao sistema de saúde pública”.

No entanto, conforme apresentado por Sodré *et al.* (2013), tem ocorrido uma diminuição do financiamento por meio do governo federal. Como resultado os HUF's tem

---

<sup>4</sup> RIBEIRO, D. B. *et al.* Reflexões sobre demandas atendidas pelo serviço social no Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador. In: ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 5., Anais..., 2010, Vitória: PPGPS, 2010. [CD-Anais, Mundo do Trabalho, Daniela Borges Ribeiro 2.]

<sup>5</sup> É a busca das empresas privadas por práticas que elevem seu desempenho.

buscado mais verba mediante o SUS, assumindo metas difíceis de serem cumpridas, como consequência, isso acaba comprometendo a qualidade dos serviços prestados pela entidade, além do ensino, pesquisa e extensão.

O MEC assinala que “os HUFs acumulam um déficit total de R\$ 30 milhões/ano (diferença entre o produzido e o pago), resultante dos valores defasados da tabela SUS, levando a uma dívida acumulada de R\$ 425 milhões. (SODRÉ *et al.*, 2013, p. 368).

### **2.3. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH**

Considerando que, com o REHUF, espera-se obter melhorias dos processos de gestão, adequação da estrutura física e reestruturação do quadro de recursos humanos, em 15 de dezembro de 2011 foi criada a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH). A empresa passa a ser o órgão responsável pela gestão do REHUF, por meio da Lei Federal n.12.550/2011, é um órgão vinculado ao MEC e seu objetivo é atuar em parceria com as universidades federais para realizar a gestão dos hospitais. O programa é executado juntamente com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b).

A EBSEH tem por finalidade prestar serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada, nos termos do art. 207 da Constituição Federal, a autonomia universitária (BRASIL, 1988). A empresa funciona com recursos exclusivamente públicos e mantém toda a prestação de serviços à saúde da população exclusivamente por meio do SUS.

A criação da EBSEH, desde a sua concepção, foi motivo de polêmicas e desavenças. Dentre elas, destaca-se que o texto da Lei 12.550/2011, estava em desacordo com o texto da Medida Provisória (MP) nº. 520/2010. A lei que instituiu a EBSEH retirou da MP a denominação de sociedade anônima e classificou-a como empresa pública unipessoal, ou seja, uma empresa com personalidade jurídica de direito privado, com patrimônio próprio (ANDREAZZI, 2013). No caso da EBSEH a gestão é pública, é uma entidade estatal integrante da administração direta, mas seu regime jurídico passa a ser híbrido, (SODRÉ *et al.*, 2013).

Vale ressaltar ainda, conforme apresentado por Andreazzi (2013, p.276) que a referida lei foi promulgada dez dias após o encerramento da 14ª. Conferência Nacional de Saúde, órgão considerado máximo nas decisões que se referem às políticas públicas de saúde no Brasil. Durante a conferência, foi decidido por ampla maioria de votos “a não concordância com todas as formas de terceirização da gestão de serviços de saúde do Estado para empresas, fundações privadas e organizações sociais, inclusive a própria EBSEH”

Dentre as principais mudanças ocorridas com a implementação da EBSEH, Andreazzi (2013) destaca algumas que trazem grandes mudanças nas políticas públicas de saúde e no modo de gerenciar os hospitais universitários, além de transformar as atividades de ensino, pesquisa e assistência em atividade econômica. Dentre essas mudanças estão: o financiamento, o ressarcimento ao SUS, a necessidade de estabelecer contrato de prestação de serviços com as universidades, cessão de servidores, controle social, pessoal da EBSEH, processo formal de decisão e os impactos sobre o ensino médico.

A efetivação da EBSEH gera uma profunda discussão e reflexão no universo sanitário em razão da conjuntura de saúde implantada no Brasil, pois o papel exercido pelos HUF's é estratégico, visto que exercem um tripé científico (ensino, pesquisa e extensão), além disso, são importantes escolas de formação de quadro de profissionais que deverão pensar e exercer a clínica médica, pois este é o local em que serão desenvolvidas pesquisas na área biomédica. Não bastasse, sua administração é extremamente complexa, pois estão ligados a dois ministérios, da Educação e da Saúde, já que HUF's fazem parte do quadro que compõe o Sistema Único de Saúde (SODRÉ *et al.*, 2013).

Para esse mesmo autor, a EBSEH é uma empresa estatal que faz parte da administração indireta e sua criação não pode ser entendida como uma privatização, pela lógica técnica e jurídica do termo, “porque não implica delegação de serviços, tampouco a descontinuação da natureza dos serviços do SUS prestados em suas dependências. Na EBSEH mantém-se a vinculação orgânica do ente estatal com o poder público” (SODRÉ *et al.*, 2013, p. 374).

De acordo com Cunha (2014) o governo justifica que a EBSEH é parte de um projeto nacional de Estado, público e republicano, pois é uma empresa de total responsabilidade da União, por isso, é um órgão que não participará da especulação de ações no mercado financeiro e deverá atuar gratuitamente em hospitais públicos vinculados ao SUS.

Para Andreazzi (2013) os motivos que caracterizam o projeto de criação da EBSEH se resumem em três, sendo: (a) a necessidade de solucionar o problema precarização e dos contratos irregulares da força de trabalho, mediante regime celetista, da Consolidação das



Leis do Trabalho (CLT), ou seja, sem o comprometimento com a realização de concursos públicos, por meio do Regime Jurídico Único (RJU); (b) o rótulo de empresa pública permite autonomia financeira, além da adoção de normas e métodos próprios para compras e realização de contratos e; (c) possibilidade de captar recursos próprios mediante realização de serviços.

O fato é que “a EBSEERH traz um modo de operar hospitais universitários completamente diferente do atual” (ANDREAZZI, (2013, p. 279), sendo que os discursos do Ministério da Educação e da Saúde demonstram que a dimensão dessa reestruturação exige mudanças significativas nas instituições, tais como: alteração no parque tecnológico, na estrutura física, no quadro de pessoal, no processo de avaliação e no envolvimento de pessoas externas à entidade (SODRÉ *et al.*, 2013).

Para os mesmos autores, o REHUF demonstra uma mudança e uma discussão sobre quem é o dono do HUF's, ao estabelecer a partilha entre os dois ministérios. O governo indica para um modelo de hospital escola, com um aumento da assistência, enquanto diminui o papel da formação, do ensino e da pesquisa, mas o que se sabe realmente é que há um redesenho dos HUF's, sobretudo no aspecto financeiro, ficando evidente que não haverá aumento de recursos para esses hospitais, já que para o governo os problemas de ordem financeira se resumem basicamente a má gestão (OLIVEIRA, 2014).

### **2.3.1. O financiamento dos Hospitais Universitários Federais por meio da EBSEERH**

Quanto às finanças da EBSEERH, órgão que deverá realizar a administração dos HUF's em conjunto com a Instituição Federal de Ensino Superior (IES), tem o direito de gerar lucro mediante a oferta de serviços, sendo que este lucro deverá ser investido em “atendimento do objeto social da própria empresa, com o desenvolvimento do capital humano e da estrutura técnica do hospital tanto na questão dos serviços quanto no ensino ofertado à comunidade externa e interna” (CUNHA, 2014, p. 101).

Com a EBSEERH o financiamento dos HUF's se mantém por meio da União, do MEC e de convênios com o SUS, podem ainda ser somadas a integração de qualquer espécie de bens e direitos propensos de avaliação em dinheiro, como por exemplo: venda de cursos, aluguel de instalações (como enfermarias) para instituições de ensino privadas na área de saúde (ANDREAZZI, 2013).

De acordo com Sodré *et al.* (2013) o financiamento dos hospitais de ensino recebeu destaque no Decreto nº. 7.082/2017, que instituiu o REHUF. Nele está estabelecida a partilha igualitária entre os Ministérios da Saúde (MS) e da Educação, no que se refere às despesas com os HUF's, sendo que são consideradas despesas, o valor das despesas correntes destinadas a esses hospitais, bem como os valores destinados a sua reestruturação e modernização, desse valor estão excluídos os custos com inativos e aposentados (BRASIL, 2010).

Sodré *et al.* (2013) ressalta que há, nesta partilha entre os dois ministérios, a intenção do MEC em diminuir sua participação no orçamento dos HUF's, conseqüentemente, deverá ocorrer uma ampliação da receita proveniente do MS. Está subentendido aqui o interesse de escapar das responsabilidades financeiras, pensando na lógica do governo de que tanto educação quanto a saúde são deveras dispendiosas para o governo.

Segundo Andreazzi (2013), com a EBSEH o que se modifica é a lógica da alocação de recursos, já que são as necessidades do mercado que determinam a oferta de serviços prestados pela empresa e não uma lógica qualquer “de necessidades de saúde, de formação de profissionais de saúde e de pesquisa de acordo com prioridades políticas nacionais”.

Andreazzi (2013, p. 280) destaca ainda, uma terceira fonte de recursos, os dividendos, conhecidos como as obrigações pagas aos acionistas pelos lucros obtidos. De acordo com a autora, é permitido à EBSEH ser sócia em empresas lucrativas, como laboratórios farmacêuticos, por exemplo. O que se observa é a implementação do “princípio do plano de negócios definindo o perfil da empresa, o que, numa conjuntura prolongada de ajuste fiscal, significará a incessante busca de recursos privados, com o discurso da sobrevivência de uma empresa ‘estatal’”.

Há outra forma de obter recurso, por meio do ressarcimento ao SUS dos serviços prestados a clientes de planos de saúde. De acordo com Andreazzi (2013), a questão é conflitante com as Leis 9.656/9.824 e 9.661/0025, que orientam os planos de saúde privados e que responsabiliza a Agência Nacional de Saúde (ANS) quanto à operacionalização desse reembolso, que é um procedimento realizado por meio do cruzamento de banco de dados.

### 2.3.2. A adesão dos Hospitais Universitários Federais à EBSEH

Nas palavras de Sodré *et al.* (2013, p. 371) “a EBSEH foi apontada pelo governo brasileiro como ‘única’ solução” para a superar a ineficiência na gestão e no alto custo dos HUF’s. Por isso, vem ganhando espaço e adesão das universidades federais. Segundo o sítio eletrônico da EBSEH<sup>6</sup>, há no Brasil, atualmente um total de 50 hospitais universitários federais, destes, 40 já possuem contratos estabelecidos com a empresa.

Andreazzi (2013) esclarece que tais hospitais constituem uma mistura de políticas públicas direcionadas tanto para saúde quanto para a educação. A autora ressalta que no campo da educação destacam-se a formação e a pesquisa, com as atividades de ensino e com as trocas de experiências entre docentes e estudantes, além disso, cabe ao MEC arcar com as despesas do quadro de pessoal dessas entidades. Ao MS cabe a responsabilidade pelo repasse dos recursos financeiros, conforme pactuação das metas estabelecidas (quantitativas e qualitativas), em acordo com o pacto federativo firmado com o SUS.

Para Cunha (2014) é dessa forma que os HUF’s devem incorporar-se a EBSEH, pois conforme a lógica do governo, aqueles que não obedecerem, correm o risco de entrar em desacordo com o Acórdão do TCU, que exige a superação desse cenário e que se regularize a situação de mais de 50% dos servidores do quadro da EBSEH.

É no contexto apresentado que se visualiza os impactos da crise econômica no SUS e se compreende a importância de refletir sobre a eficiência e a eficácia na aplicação dos recursos financeiros oferecidos pelo Estado às entidades assistenciais, como um Hospital Universitário Federal (HUF). Razão pela qual compreende-se o dever de discorrer sobre a governança pública, principalmente quanto à gestão de recursos para a área de saúde e pelo desafio de uma gestão que deve ser constantemente aprimorada.

---

<sup>6</sup> Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/>. Acesso em: 4 dez. 2018.

### 3. ADMINISTRAÇÃO E GOVERNANÇA PÚBLICA

Neste capítulo foi realizada uma revisão bibliográfica sobre Administração e Governança Pública, abordando a teoria da Gestão Baseada em Valor, com foco na medida do Valor Econômico Agregado, e sua adaptação às entidades públicas.

#### 3.1. Administração Pública

Essencial para conduzir a sociedade moderna, a administração não é um fim para si mesma, mas uma maneira para realizar as coisas da melhor forma possível, com o custo mais baixo e com maior eficiência e eficácia (CHIAVENATO, 2014). Além disso, a administração é influenciada pela vontade humana, por isso, não deve ser considerada uma ciência exata (BLANSKI, 2015).

Ao longo dos anos, o significado de administração sofreu algumas transformações.

A tarefa da administração passou a ser a de definir os objetivos da organização e transformá-los em ação organizacional por meio de planejamento, organização, direção e controle de esforços realizados em todas as áreas e em todos os níveis da organização, a fim de alcançar tais objetivos da maneira mais adequada à situação e garantir a competitividade em um mundo de negócios altamente concorrencial e complexo (CHIAVENATO, 2014, p. 11).

Para Meirelles (2013), administrar é conduzir interesses, conforme a lei, a moral e a finalidade dos bens. Se os interesses e os bens administrados são pessoais, a administração é particular, mas se representam os interesses da coletividade, a administração é pública. “A administração pública, portanto, é a gestão de bens e interesses qualificados da comunidade no âmbito federal, estadual ou municipal, segundo os preceitos do Direito e da Moral, visando ao bem comum” (MEIRELLES, 2013, p.86).

Salm e Menegasso (2009, p.103) definem administração pública como “um conjunto de conhecimentos e de estratégias em ação para prover os serviços públicos – bem comum – para o ser humano, considerando em suas múltiplas dimensões e como cidadão partícipe de uma sociedade multicêntrica articulada politicamente”.

A administração pública, de acordo com Di Pietro (2011), no sentido objetivo, contempla uma atividade funcional do Estado, por meio de pessoas jurídicas, órgãos e agentes responsáveis por acolher os interesses coletivos e subordinados ao ordenamento jurídico em vigor. Ainda segundo o autor, no sentido subjetivo, a administração pública diz respeito à

função administrativa realizada pelos entes (pessoas jurídicas, órgãos ou agentes públicos). “No Direito Público [...] a Administração Pública tanto designa pessoas e órgãos governamentais como a atividade administrativa em si mesma” (MEIRELLES, 2013, p.86).

Blanski (2015) afirma que a administração pública é, portanto, responsável por acolher os interesses da coletividade, baseada na legalidade, por meio dos serviços públicos prestados pelos agentes em seus órgãos. No Quadro 1, a autora sintetiza algumas definições, para melhor entendimento.

Quadro 1 – Características de Órgãos, Serviços e Agentes Públicos

<b>ÓRGÃOS</b>	Instituídos por lei para o desempenho das funções estatais. Não se trata de uma pessoa jurídica. Sua vontade é imputada à respectiva pessoa jurídica a que pertence. Fazem parte da estrutura da administração direta ou indireta da União, Estados e Municípios.
<b>SERVIÇOS PÚBLICOS</b>	Toda atividade que é exercida pela administração pública para a coletividade. Regime Jurídico predominantemente público. Podem ser realizados por pessoas jurídicas de direito público ou privado de forma direta (administração direta) ou indireta (administração indireta). São de competência do Estado, diretamente ou por meio de concessões e permissões.
<b>AGENTES PÚBLICOS</b>	Todas as pessoas físicas que prestam serviços ao Estado e às entidades da administração indireta, inclusive as de direito privado.
<b>SERVIDORES PÚBLICOS</b>	Todas as pessoas físicas que prestam serviços ao Estado e às entidades da administração indireta, com vínculo empregatício. Exclui os que prestam serviços às entidades com personalidade jurídica de direito privado.

Fonte: Blanski (2015, p. 28).

O Quadro 1 apresenta como está organizada a prática dos serviços públicos. Além disso, com os avanços promovidos pela Constituição de 1988 e o aumento da participação social surgiu o interesse no diálogo entre os campos da administração pública e da ciência política e, conseqüentemente, maior preocupação da sociedade em definir as agendas políticas e obter controle social. Com isso, o Estado passou a ser vislumbrado como espaço de lutas entre as diferentes classes sociais (ANDION, 2012).

Frente às transformações ocorridas, houve um aumento no interesse do Estado e das entidades públicas em buscar novos mecanismos de gestão, que fossem voltados à execução de processos de melhoria contínua, planejamento, avaliação e prestação de contas dos serviços prestados (BONACIM, 2006). “Ao mesmo tempo em que ocorre a abertura democrática e as primeiras experiências formais e informais de uma gestão pública mais participativa nos anos 1990 [...], começam a chegar ao país as propostas da Nova Administração Pública (NAP)” (ANDION, 2012, p. 7).

Segundo Andion (2012), o objetivo das propostas da NAP era renovar o campo da administração, tentando aplicar às entidades públicas a lógica do mercado e os princípios

empresariais. O Movimento caracterizou-se por ser normativo, com abordagens teóricas que se completam, além disso, é composto por um conjunto de valores e princípios que representam vários modelos de gestão (que buscam a excelência, a eficiência e a descentralização no serviço público). O modelo da NAP surge para promover uma real ruptura no campo da administração pública.

Mais recentemente, emergem novas correntes de pensamento, cujo foco é revitalizar a ação do Estado e dos gestores públicos. O objetivo é assistir melhor à sociedade e aos cidadãos, não importando apenas a melhoria do desempenho do Estado ao prestar um serviço. Surge, nesse contexto, a proposta do Novo Serviço Público (NSP), cujo objetivo é servir aos interesses da sociedade (ANDION, 2012).

De acordo com Andion (2012), o modelo do NSP apresenta diferentes abordagens teóricas, com novos princípios normativos e descritivos para o campo, constitui-se em um modelo baseado em teorias democráticas e de cidadania, nos modelos de comunidade e sociedade civil, somado ao humanismo organizacional e à teoria do discurso. Para a autora, o movimento do NSP surge para uma nova compreensão do que é atualmente a ação pública. Nessa perspectiva, o cidadão transforma-se em protagonista na promoção social e na prestação do serviço público.

### **3.2. Princípios básicos que regem a Administração Pública**

A Constituição Federal de 1988, em seu art. 37, consagra os cinco princípios básicos da administração (BRASIL, 1988). Essa norma rege a Administração Pública, que deve obedecer aos princípios da: legalidade, moralidade, impessoalidade ou finalidade, publicidade e eficiência, este último acrescentado pela Emenda Constitucional n. 19/1998 (BRASIL, 1998).

O Quadro 2, elaborado por Blanski (2015) apresenta essas definições, para melhor compreensão:

Quadro 2 - Princípios Constitucionais da Administração Pública

LEGALIDADE	O administrador público está sujeito aos mandamentos da lei e às exigências do bem comum, deles não podendo se afastar ou desviar, sob pena de praticar ato inválido e expor-se a responsabilidade disciplinar, civil e criminal.
MORALIDADE	Haverá ofensa ao princípio da moralidade administrativa sempre que, em matéria administrativa, se verificar que o comportamento da administração ou do administrado, embora em consonância com a lei, ofende a moral, os bons costumes, as regras de boa administração, os princípios de justiça e a ideia comum de honestidade.
IMPESSOALIDADE	A atividade pública deve ser destinada, indistintamente, a todos os cidadãos. Esse princípio estaria ligado ao da finalidade pública, o que significa que a administração não pode atuar com vistas a prejudicar ou beneficiar pessoas determinadas, uma vez que é sempre o interesse público que tem que nortear o seu comportamento.
PUBLICIDADE	A obrigação da clareza dos atos da administração e sua acessibilidade, visibilidade e entendimento pela sociedade.
EFICIÊNCIA	Prima pela melhor utilização possível dos recursos públicos, de maneira a se evitarem desperdícios e garantir uma maior rentabilidade social.

Fonte: Blanski, (2015, p. 32).

Entende-se, portanto, segundo apresentado no Quadro 2, que todo órgão ou agente que esteja exercendo uma função pública, para a administração pública direta e indireta, de qualquer um dos poderes (União, Estados, Distrito Federal ou Municípios) deverá orientar-se por esses cinco princípios básicos constitucionais.

### 3.3. Governança Corporativa e Governança Pública

#### 3.3.1. Governança Corporativa

O progresso social, a partir da revolução industrial, segundo Bianchi (2005), estimulou as mudanças ocorridas na gestão das organizações. De acordo com a autora, a chegada das novas condições tecnológicas e de mercado proporcionou vantagens aos produtores de bens e serviços, assim como estimulou outras variáveis do empreendedorismo individual. Com isso, melhoraram as condições de crescimento das organizações e, conseqüentemente, houve a necessidade de aperfeiçoar a maneira de administrar essas empresas, sobretudo em sua forma de compartilhamento do poder organizacional.

A governança corporativa, de acordo com Monks e Minow (2004), deve ser compreendida com um arranjo de normas que buscam garantir os direitos dos proprietários das empresas, de forma a assegurar-lhes o acesso às informações que contribuam para o acompanhamento das decisões gerenciais, analisando quanto destas decisões impactam em

seus direitos de acionistas. Além disso, a governança corporativa promove a boa relação entre acionistas, conselho e diretoria executiva.

Na concepção de Blair (1998) governança corporativa deve ser entendida como a forma utilizada pelas organizações para determinar como serão equilibrados os conflitos entre acionistas e os altos executivos das organizações. De Benedicto *et al.* (2013, p. 286) ressalta que, com o surgimento de “um novo modelo de desenvolvimento político, social e econômico e um mercado cada vez mais consciente e exigente, muitas organizações do setor privado têm aderido às práticas de governança corporativa”.

Segundo Wieland (2001) a governança corporativa trata de uma temática complexa, não somente por sua função financeira e contábil, mas também pela incorporação de condições e requisitos morais na gestão, governança e estruturas de controle de uma empresa. Para Wu (2006), a governança corporativa envolve questões éticas, tais como a honestidade e a autodisciplina dos altos gerentes, que visam evitar fraudes nas empresas.

É percebida por Shleifer e Vishny (1997) como as formas pelas quais os acionistas se asseguram de obter retorno de seus investimentos. Para os autores, essa é uma área da administração que versa sobre a relação entre a direção da empresa, os conselhos de administração, os investidores e outras partes interessadas. Além disso, determina os meios para garantir o retorno dos investimentos aos acionistas. Bianchi (2005) reforça, afirmando que esse modo de gestão serve para supervisionar o desempenho das empresas, numa tentativa de equiparar os objetivos da alta administração com os interesses dos investidores.

Na concepção de Babic (2003), a governança corporativa tornou-se um assunto de debate político mundial, por tratar questões que envolvem o poder e as responsabilidades dos conselhos administrativos, o papel e a influência dos investidores e a remuneração dos principais executivos a frente das grandes corporações. Para a autora, essa é uma área complexa, de natureza interdisciplinar que trata questões ligadas à técnica de intervenção nas decisões estratégicas, às formas de se exercitar a liderança e aos métodos que consigam atender aos interesses acordados.

Babic (2003) ressalta ainda que, sem a boa governança corporativa as empresas não conseguem cumprir suas principais missões: gerar lucro e contribuir para o bem-estar social, e afirma que empresas não operam com sucesso sem que existam regras adequadas de governança corporativa. A autora completa, afirmando que é necessário haver aceitação da cultura de governança corporativa pelos gerentes, proprietários e demais partes interessadas, bem como, é preciso que todos os atores envolvidos entendam seus papéis.



A governança deve ser compreendida com um conjunto de normas que conduzem a correlação entre ambientes internos e externos às empresas. Bianchi (2005, p. 66) esclarece que a elaboração de um código de boas práticas de governança corporativa foi uma maneira de “solucionar problemas do tipo: como institucionalizar a governança corporativa nas empresas, verificando com isso como tornar as boas práticas uma parte permanente da cultura das empresas”.

De acordo com Bianchi (2005), o primeiro Código das Melhores Práticas de Governança Corporativa foi criado pelo Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC) em 1999 e contou com o apoio da BOVESPA<sup>7</sup>. O IBCG é reconhecido nacional e internacionalmente como um dos principais encarregados pela incorporação do conceito de governança corporativa no Brasil.

Dentre os mecanismos internos de governança corporativa mais importantes, segundo o IBGC (2015), está o conselho de administração e o conselho fiscal. O conselho de administração é o órgão central dentro desse sistema e o conselho fiscal é responsável, por meio da transparência e da prestação de contas, por auxiliar no desenvolvimento da empresa.

Outro mecanismo de governança, segundo o IBGC (2015), é a remuneração dos gestores. Para o instituto, a remuneração dos diretores faz parte dos incentivos gerenciais, por isso, o IBGC sustenta a proposta de uma remuneração variável, subordinada aos resultados da empresa, cujas metas são estipuladas no curto e longo prazos.

Além disso, o Código das Melhores Práticas de Governança Corporativa (IBGC, 2015) descreve como princípios básicos da Governança Corporativa: (i) transparência, quando a comunicação é clara, há um clima de confiança entre os membros; (ii) equidade, para que haja tratamento justo entre os envolvidos; (iii) prestação de contas (*accountability*), sendo que todos devem prestar contas de sua atuação, e; (iv) responsabilidade corporativa, em que todos devem zelar pela organização.

A Comissão de Valores Mobiliários (CVM), segundo Borges e Serrão (2005, p. 113), define a Governança Corporativa como “um conjunto de práticas que tem por finalidade otimizar o desempenho de uma companhia ao proteger todas as partes interessadas, tais como investidores, empregados e credores, facilitando o acesso ao capital”.

Um dos temas que configura uma das questões fundamentais da governança corporativa são os problemas de agência, segundo Jensen e Meckling (1976). Na concepção

---

<sup>7</sup> Bolsa de Valores do Estado de São Paulo.

dos autores, os problemas de agência surgem pelo conflito de interesses dos envolvidos e existem em todos os negócios em que há colaboração entre os indivíduos.

O conflito de interesse, de acordo com Bianchi (2005, p. 16), entre patrão e empregado deu “origem aos estudos na área da administração que culminaram no desenvolvimento da Teoria da Agência”.

Para Borges e Serrão (2005, p. 113), a governança corporativa apareceu em razão dos problemas de agência, das disputas de interesse entre os acionistas (donos do capital) e os que controlam as empresas, por isso, é conhecida como um conjunto de normas que visam diminuir os problemas de agência. “O problema aparece quando o bem-estar de uma parte depende das decisões tomadas por outra parte”. Para os autores, com o aparecimento de organizações modernas (em que há divisão entre o controle e a gestão) a governança corporativa ganha destaque.

De acordo com Borges e Serrão (2005), o antigo problema da Teoria da Agência, cujo maior impasse era a disputa entre administradores e acionistas, teve origem nos trabalhos de Berle e Means<sup>8</sup> (1932), e exigia que fossem adotados mecanismos que obrigassem os administradores a resguardar os interesses dos acionistas. No entanto, ocorre que na maioria dos países, o modelo predominante é o da empresa com um acionista majoritário com o controle da organização, por isso, a boa governança passa a adotar a escolha por medidas que protejam os acionistas minoritários das ações dos controladores (BORGES; SERRÃO, 2005).

A Teoria da Agência foi concebida por Jensen e Meckling (1976) e determina uma forma de compensação, quando o sujeito principal (proprietários e acionistas) determina um contrato que estimula o agente (gestores contratados) a tomar decisões em conformidade com os interesses do sujeito principal. É preciso levar em conta que nas grandes empresas sempre há a possibilidade da empresa se dissolver em um grande número de acionistas, com essa dissociação, o controle da empresa fica com efeito nas mãos de quem administra a empresa.

Segundo as observações de Jensen e Meckling (1976), o choque de agência surge quando há a chance de discordância entre os administradores e os proprietários, ou seja, quando um procura levar vantagem sobre o outro diante de um mesmo cenário, buscando sua própria maximização e interesses pessoais.

A teoria da agência, segundo Eisenhardt (1989), empenha-se em resolver dois problemas ligados às relações entre o principal e o agente. O primeiro problema surge quando: desejos e objetivos dos acionistas e dos agentes entram em conflito e fica difícil e oneroso aos

---

<sup>8</sup> BERLE, A.; MEANS, G. The modern corporation and private property. New York: MacMillan, 1932.

investidores aferir o que de fato os agentes estão realizando, neste caso, os proprietários não conseguem verificar se o agente teve um comportamento adequado com a sua função de gestor. O outro problema refere-se a partilha de riscos, ou seja, quando o acionista e o agente preferem tomar ações diferentes em relação aos riscos que surgem. Para o autor, no geral, a teoria da agência envolve relacionamentos que espelham a estrutura de agência básica de um principal (proprietário) e um agente (gestor) que estão envolvidos em comportamento cooperativo, mas têm objetivos e posturas diferentes em relação ao risco.

Além disso, para Eisenhardt (1989) é preciso haver equilíbrio na relação entre proprietários e gestores, mas para que isso ocorra é necessário que haja um compromisso de ambas as partes. O equilíbrio das informações e dos riscos irá refletir de forma positiva e eficiente na empresa.

O custo de agência, conforme apresentado por Bianchi (2005), está ligado à ineficiência das relações entre acionistas e administradores, isso significa um custo de transação de grande relevância na análise de estruturas empresariais. Segundo Jensen e Meckling (1976) custos de agência estão ligados pelo motivo de o proprietário considerar que o agente deva comportar-se em conformidade com os seus objetivos.

Vale ressaltar ainda, que a governança corporativa é responsável por agregar valor, contudo, separadamente não é capaz de criá-lo. Para que isso ocorra, juntamente com a boa governança é preciso ter um negócio lucrativo, bem administrado e de qualidade, só assim a boa governança conseguirá alcançar um melhor desempenho que beneficiará os acionistas e as partes interessadas (*stakeholders*) (MARQUES, 2007).

### **3.3.2. Governança Pública**

Governança pública, segundo Kissler e Heidemann (2006), não pode ser definida em apenas um conceito. Antes, refere-se a uma série de pontos de partida diferentes para uma estruturação nova das relações entre Estado, com suas entidades (nos níveis federal, estadual e municipal), e as instituições privadas (com e sem fins lucrativos), assim como com os demais atores envolvidos (sociedade civil).

O termo era comumente utilizado para tratar de questões políticas de desenvolvimento que se guiavam por certos propósitos sobre elementos tidos como base: “gestão,

responsabilidades, transparência e legalidade do setor público - considerados necessários ao desenvolvimento de todas as sociedades” (KISSLER; HEIDEMANN, 2006, p. 481).

Secchi (2009) constata que a governança pública pode ser traduzida em um modelo relacional, pois apresenta uma abordagem distinta de ligação entre o sistema governamental e o ambiente que rodeia o governo. O autor explica que as áreas para a prática da boa governança pública são aquelas associadas à “melhoria da eficiência administrativa, da *accountability* democrática, e de combate à corrupção” (SECCHI, 2009, p. 358).

Kissler e Heidemann (2006) observam que sob o ponto de vista da ciência política a governança pública está relacionada a uma alteração na gestão política, ou seja, discorre sobre uma tendência em valer-se cada vez mais da autogestão nas esferas: social, econômica e política e de uma outra maneira de compor as formas de gestão que daí decorrem.

Na análise de Secchi (2009) a governança pública dispõe de plataformas organizacionais que possam contribuir para atingir objetivos como envolver os cidadãos na construção de políticas, utilizando meios de democracia deliberativa e rede de políticas públicas.

Para o autor, a experiência da democracia deliberativa vem sendo utilizada no âmbito governamental, com a intenção de aprimorar a relação entre os atores públicos e privados, de forma a promover a solução de problemas coletivos e reduzir ligações na cadeia de *accountability*. Como exemplos dessa ferramenta estão: a consolidação da comunidade para gerir o patrimônio público; orçamentos participativos, conselhos deliberativos em diferentes esferas das políticas públicas.

Bryson, Crosby e Bloomberg (2014), destacam que esse novo movimento vai além dos valores da eficiência e da eficácia, nele o governo tem papel especial a desempenhar, pois deve garantir os valores públicos, além disso, cidadãos, empresas e entidades sem fins lucrativos também são importantes na solução de problemas públicos.

Secchi (2009) completa, esclarecendo que os cidadãos e outras entidades sociais são denominados de parceiros ou *stakeholders*, com os quais o setor público tenta edificar um modelo horizontal de relacionamento e coordenação. Na concepção de Zahra (2014), a governança pública é capaz de fornecer uma estrutura essencial que demonstre expectativas e normas da sociedade. Essa estrutura, por sua vez, é capaz de orientar a alocação dos recursos e proteger os interesses e direitos dos cidadãos.

Zahra (2014) argumenta que sistemas de governança pública estão baseados na história e na cultura de um país. De acordo com o autor, esses sistemas possuem regras

abrangentes, com base jurídica, que determinam a cooperação e a participação entre setores público e privado.

Há um consenso de que as instituições públicas, assim como as organizações privadas, devem adotar práticas de governança (DE BENEDICTO *et al.*, 2013). Em um ambiente repleto de transformações o Estado comprova a importância de se apresentar como ente capaz de apoiar, estimular, promover intervenções e regulações no mercado. Frente a esse cenário, governantes têm buscado adotar ações inovadoras na gestão pública (MATIAS-PEREIRA, 2010).

O setor público brasileiro, segundo Matias-Pereira (2010), já está em processo de transformação, embora ainda persistam muitos desafios, como elevadas despesas públicas, baixo nível de eficiência, insatisfação dos cidadãos com a qualidade dos serviços prestados por entidades públicas, corrupção e falta de transparência nas ações públicas administrativas. Este cenário exige que o Estado apresente-se com:

um perfil inteligente-mediador-indutor, o que exige instituições democráticas sólidas, orientado para eficiência, eficácia e efetividade; busca pela excelência; criação de valor público; flexibilidade e inovação; abordagem gerencial; ethos no serviço público e competência em recursos humanos, entre outras (MATIAS-PEREIRA, 2010, p.111).

Matias-Pereira (2010) entende que as transformações percebidas nestas últimas décadas permitiram a inserção de novas formas de administração e gerenciamento, ligados a conceitos como: eficiência, qualidade, valorização do cliente, transparência, entre outros. Segundo o autor, tais conceitos não se restringem às organizações privadas e influenciam diretamente a administração pública.

Partindo da concepção de governança corporativa como modelo para o setor público, é preciso entender que embora o setor público e o privado apresentem características individuais, as funções básicas da governança permanecem as mesmas (DE BENEDICTO *et al.*, 2013). Dessa forma, pode-se afirmar que a qualidade dos serviços oferecidos pela administração pública devem ser avaliados por critérios mais técnicos, como: ética, eficiência, eficácia, transparência e a possibilidade de oferecer melhor qualidade de vida, dentre outras, e muito menos por preceitos políticos (MATIAS-PEREIRA, 2010; DE BENEDICTO *et al.*, 2013).

Vale destacar que administradores públicos têm sido cada vez mais pressionados a obter melhores resultados econômicos e isso os têm colocado diante de decisões morais, que os obrigam a considerar o aspecto social em ambientes com fortes influências políticas (DE

BENEDICTO *et al.*, 2013). Para esses mesmos autores, é isso que tem valorizado ainda mais a postura ética e transparente do administrador público.

Marques (2007) ressalta que uma das maneiras de viabilizar a supervisão e manter o governo responsável pela gestão e atividades, é por meio de auditorias e relatórios. Com isso, um dos elementos da governança pública inclui sistemas de prestação de contas (*accountability*). Essa mesma autora enfatiza os seis passos essenciais, a serem seguidos por organizações públicas, para se alcançar uma efetiva governança corporativa: liderança, compromisso, integridade (três qualidades pessoais de todos na organização) e responsabilidade (prestação de contas), transparência e integração, estes últimos três elementos estão relacionados ao produto das estratégias e processos estabelecidos (MARQUES, 2007).

De Benedicto *et al.* (2013) esclarecem que o aumento da conscientização dos cidadãos tem motivado demandas cada vez mais complexas, bem como, o crescimento de expectativas que se desenvolvem na mesma proporção. Para o autor, isso justifica a importância de ser implementado pelo governo uma política de gestão que tenha como objetivos: (i) otimizar a eficiência da ação estatal enquanto reguladora das empresas estatais; (ii) tornar as orientações realizadas para as empresas estatais mais transparentes para os cidadãos, e; (iii) qualificar os técnicos da Administração Pública e transformá-los em multiplicadores das políticas de governança para órgãos estatais federais.

Administrações públicas, segundo Kissler e Heidemann (2006), tornaram-se mais empresariais e menos onerosas, contudo, raramente vistas com bons olhos pelos cidadãos. De acordo com os autores, as delimitações entre entidades públicas e sociedade, entre instituições públicas e privadas receberam de fato um novo rumo, baseada na privatização e terceirização, no entanto, essas novas bases não se mostraram mais benéficas aos cidadãos.

No Brasil, ganha destaque a necessidade do Estado em controlar os investimentos realizados e eficiência no uso de recursos destinados ao setor de saúde “a opinião pública, os movimentos sociais, as lideranças políticas e sindicais vêm pressionando o Estado para que ‘o governo’ ‘avalie o desempenho’ do sistema de saúde e ‘tome as medidas necessárias para melhorar as coisas’” (CARNUT; NARVAI, 2016, p. 292). Segundo os autores, essa função de controle do Estado resulta em computar o funcionamento das atividades organizacionais das entidades que constituem o sistema de saúde.

Na opinião de Klazinga (2010), não basta apurar os resultados e atribuí-los como o real desempenho dos serviços de saúde, é preciso relacioná-los a medidas que promovam iniciativas políticas, como por exemplo: o financiamento (distribuição de recursos por

desempenho dos resultados) e programas de melhoria no setor. O autor apresenta três razões para avaliar a gestão do sistema de saúde: 1) a responsabilidade, relacionada à transparência da agenda, além de permitir aos governos justificarem os recursos destinados à saúde; 2) a decisão estratégica, relacionado aos países cujos problemas de desempenho são identificados e, por isso, é necessária uma atenção específica, como por exemplo, programas de combate ao câncer, em que dados comparativos contribuem para identificar áreas sujeitas às melhorias; 3) Aprender/Melhorar, quando os dois primeiros objetivos estão alinhados, o *benchmarking*<sup>9</sup> e a aprendizagem mútua tornam-se um objetivo da gestão.

Para Klazinga (2010) essa é uma maneira de explorar como as atividades de avaliação de resultados estão ligadas à gestão dessas entidades, para dar origem à base da gestão do desempenho dos sistemas de saúde. É por isso que a sociedade espera uma boa Governança Corporativa das autoridades públicas, por meio de uma aceitável prestação de contas do poder público.

É nesse cenário, orientado para a busca por melhores resultados na administração pública, que se destaca o conceito de *accountability*, compreendido como um conjunto de ações e procedimentos capazes de direcionar os agentes públicos a prestar contas de suas decisões aos cidadãos de forma mais transparente.

### 3.4 Avaliadores de Desempenho

Conforme apresentado por De Aguiar *et al.* (2011), ao longo do tempo, as organizações têm utilizado diferentes abordagens para medir o retorno do investimento, bem como seu valor adicionado.

Alguns indicadores tradicionais, segundo Assaf Neto (2012), como os de rentabilidade, visam mensurar e avaliar os resultados alcançados por uma organização em relação a determinados processos que revelem melhor suas dimensões. Para o autor, tais indicadores costumam influenciar significativamente as decisões sobre a empresa.

Os números contábeis tradicionais, de acordo com Albuquerque e Valle (2015), apoiam-se nos custos explícitos de capital, isto é, no custo da dívida ou custo de capital de terceiros. Os autores consideram de grande valia identificar o custo de capital do acionista ou

---

<sup>9</sup> Avaliação comparativa

o custo de capital próprio, uma vez que tem sido dado enorme destaque à criação de valor para os provedores de capital.

Segundo Freire, Rocha e De Moura (2003), modelos de avaliação de desempenho tradicionais são aqueles que utilizam apenas dados contábeis, não considerando a exigência mínima de rentabilidade sobre o capital investido pelos acionistas. Esses indicadores dão pouca ou nenhuma importância aos riscos associados à incerteza dos resultados futuros.

Dentre os indicadores de Rentabilidade está o Retorno sobre o Ativo (ROA), uma medida capaz de revelar “o retorno produzido pelo total das aplicações realizadas por uma empresa em seus ativos” (ASSAF NETO, 2012, p. 118). Para o autor, o ROA pode ser entendido como o custo financeiro máximo que a organização poderia incidir em suas captações de fundos. Segundo Krauter (2006), é medido pelo quociente entre lucro operacional e o ativo total e demonstra como os administradores estão utilizando os ativos. Para De Aguiar *et al.* (201, p. 96) “no ROA, o retorno sobre o investimento é medido pela comparação do lucro operacional com o ativo, portanto inclui o total de capital de terceiros mais o total de capital próprio”.

Outro indicador conhecido é o Retorno sobre o Investimento (ROI), é o quociente entre o lucro e o investimento (Krauter, 2006). Ele é capaz de avaliar o retorno realizado pelo total dos recursos investidos pelos acionistas e credores nos negócios. Ao passo que os ativos agregam todos os bens e direitos mantidos pela empresa, o investimento corresponde aos recursos que propositalmente foram levantados pela empresa e aplicados em seus negócios (ASSAF NETO, 2012). O retorno é mesurado pela comparação do lucro operacional, sendo assim, anterior ao resultado financeiro, com o investimento efetuado – passivo financeiro e capital próprio (De Aguiar *et al.* 2011).

Segundo Assaf Neto (2012), há o Retorno sobre o Patrimônio Líquido (ROE), que é um indicador de investimento capaz de mensurar o retorno dos recursos aplicados pelos proprietários na empresa. É mesurado quanto os acionistas ganham de lucro para cada unidade monetária de recursos próprios (patrimônio líquido) investidos na organização. É o quociente entre o lucro líquido e o patrimônio líquido, e mede a rentabilidade sobre os recursos investidos pelos proprietários (KRAUTER, 2006). Para De Aguiar *et al.* (2011) ele é calculado comparando lucro líquido somente com o capital próprio.

É preciso lembrar que as medidas de desempenho tradicionais se baseiam em fatos contábeis e têm como vantagem o acesso às informações, que ficam disponíveis nos relatórios financeiros da empresa. No entanto, devem ser levados em conta alguns fatores ao escolher uma medida de desempenho, que não devem ser influenciadas por métodos contábeis, sendo



necessário pesar também os resultados futuros e os riscos (PETERSON; PETERSON<sup>10</sup>, 1996 apud KRAUTER, 2006).

Ao utilizar as medidas tradicionais surgem problemas do tipo: o lucro contábil não é o mesmo que fluxo de caixa; números contábeis não reproduzem o risco das operações, além disso, números contábeis não levam em consideração o custo de oportunidade do capital próprio e tão pouco o valor do dinheiro no tempo (MARTIN; PETTY, 2004). Nas palavras de Krauter (2006, p. 03), “as práticas contábeis variam de uma empresa para outra, influenciando os lucros relatados. Como consequência, os lucros são um indicador insuficiente de criação de valor”.

Visando um estudo mais eficiente sobre o funcionamento da organização, é relevante que os indicadores sejam comparados historicamente com os dados coletados na mesma empresa em períodos anteriores. Esses dados devem ser comparados com os modelos definidos pelos gestores e com indicadores de organizações do mesmo setor de negócios, bem como padrões do ramo de atividade e da economia em geral (ASSAF NETO, 2012).

Para Copeland, Koller e Murrin (2002) o valor é a mais aconselhável medida de retorno, visto que demanda completa informação sobre a organização. Para De Aguiar *et al.* (2011) o aspecto diferenciador mais importante do conceito de valor é que a organização tem o retorno depois da recompensa por todo capital investido, incluindo o custo de capital.

O conceito de criação de valor considera “variáveis importantes como o custo monetário do capital aplicado, risco do negócio e valor do dinheiro do tempo” (FREIRE; ROCHA; DE MOURA, 2003, p. 03). Dentre os indicadores de desempenho que fazem parte desse modelo estão o Valor Econômico Adicionado (*Economic Value Added* – EVA<sup>®11</sup>) e Valor de Mercado Adicionado (*Market Value Added* – MVA<sup>®12</sup>).

Com a crescente necessidade de esclarecer aos seus acionistas quanto de valor foi produzido no exercício financeiro, bem como a importância de captar mais recursos de terceiros, as grandes empresas vêm aumentando a utilização do EVA<sup>®</sup> e do MVA<sup>®</sup> (FREIRE; ROCHA; DE MOURA, 2003).

O Valor de Mercado Adicionado (MVA<sup>®</sup>) “é calculado pela multiplicação das cotações ordinárias e preferenciais da data do último pregão do ano (ou mais próximo), pelas respectivas quantidades de cada uma das ações emitidas pela companhia” (PEREZ; FAMÁ, 2015, p. 109), é utilizado para mensurar o valor promovido pela gestão de uma organização, a

---

<sup>10</sup> PETERSON, P. P.; PETERSON, D. R. Performance de empresas e medidas de valor adicionado. Virgínia: Fundação de Pesquisa do Instituto de Analistas Financeiros Certificados, 1996.

<sup>11</sup> *Economic Value Added* (EVA), em inglês. Marca registrada de propriedade da Stern & Stewart

<sup>12</sup> *Market Value Added* (MVA), em inglês. Marca registrada de propriedade da Stern & Stewart

fim de verificar quanto uma empresa adicionou ao capital investido na própria empresa. Para calcular o MVA<sup>®</sup> é preciso obter o valor de mercado das ações da empresa e adicioná-lo ao valor de seus passivos. Da soma desses dois valores é subtraído o valor do capital total investido (MARTIN; PETTY, 2004). “O MVA tem outra interpretação, onde assumimos que o valor de mercado da empresa é igual ao valor presente descontado dos fluxos de caixa futuros da empresa” (MARTIN; PETTY, 2004, p. 165).

Nas palavras de Assaf Neto (2012, p. 175) a medida de MVA<sup>®</sup> “reflete a expressão monetária da riqueza gerada aos proprietários de capital determinada pela capacidade operacional da empresa em produzir resultados superiores a seu custo de oportunidade”. Segundo o mesmo autor, essa medida demonstra o valor da organização adicionalmente ao que se consumiria para ressarcir todos os seus ativos ao preço de mercado.

A medida é calculada baseada nas perspectivas do mercado em relação à capacidade apresentada pelo empreendimento em criar valor, ou seja, é uma avaliação futura. Sob essa expectativa, o MVA<sup>®</sup> pode ser calculado por meio da “diferença entre o valor total de mercado da empresa e o montante de capital investido pelos acionistas e credores (investimento total)” (ASSAF NETO, 2012, p. 175).

O conceito de Gestão Baseada em Valor envolve o cálculo do EVA<sup>®</sup> que, segundo Assaf Neto (2012) é a principal referência para mensurar o desempenho de uma empresa. O auto considera como “o principal direcionador de riqueza da empresa no mercado globalizado. Revela se a companhia está sendo competente em gerar um retorno que mensure as expectativas de ganhos de seus proprietários” (ASSAF NETO, 2012, p. 187).

### **3.5 Gestão Baseada em Valor**

A atual conjuntura mundial, em que a competitividade destaca-se entre as organizações, tem feito com que um número cada vez mais crescente de empresas assuma filosofias de gestão com foco na criação de valor. Frente às exigências de um mundo globalizado, surge a Gestão Baseada em Valor (GBV) ou *Value Based Management* (VBM), conhecida como um processo que conduz uma organização para a tomada de decisão, tendo como foco a criação de valor. (CABELLO; PARISI, 2008). De acordo com Copeland, Koller e Murrin (2002) uma empresa cria valor para os acionistas quando investe o capital a taxas de retorno que superem o custo de seu capital.

Para Martin e Petty (2004, p. 6), o princípio essencial “sobre o qual os sistemas VBM são baseados é que para sustentar o processo de criação de valor, o desempenho da gestão deve ser medido e recompensado utilizando-se métricas que podem ser ligadas diretamente à geração de valor para o acionista”.

Para que haja a criação de valor para o acionista, esse processo precisa ser reconhecido em todos os níveis hierárquicos da organização e requer uma mudança comportamental de todos os envolvidos, que devem ser orientados para que todas as decisões na organização levem em conta os direcionadores de valor (*value drivers*), aqueles que interferem no valor da empresa (CABELLO; PARISI, 2008).

Copeland, Koller e Murrin (2002) ressaltam que o objetivo da GBV é contribuir para o processo durante a tomada de decisões estratégicas e operacionais da empresa, destacando os principais direcionadores de valor da organização. Vale salientar que, para os autores, direcionadores de valor são os elementos que têm mais peso no valor da empresa. De acordo com Bonacim (2006) *value drivers* e cenários permitem que a GBV se fundamente em fatos, pois associam as ações gerenciais a seus efeitos sobre o valor da empresa.

É importante entender quais componentes têm mais influência sobre o valor e, segundo Assaf Neto (2012), é necessário estar atento às mudanças externas e internas da empresa, que também têm efeito nestes direcionadores. De Aguiar *et al.* (2011) ressaltam que identificar os *value drivers* mais significativos da empresa possibilita aos gestores aprimorar constantemente as tarefas que agregam valor. Para os autores, isso permite compreender melhor as escolhas estratégicas que predominam no setor.

Assaf Neto, Araújo e Fregonesi (2006) consideram que o mercado deve valer-se das oportunidades que acrescentem valor econômico à sua atividade operacional, com o objetivo de suscitar os investidores. Portanto, mais do que cobrir os custos, é necessário reconhecer e se apropriar de oportunidades externas à empresa para gerar fortuna.

Dentre as necessidades de criar valor em uma empresa estão: (1) manter os investimentos dos sócios; (2) obter recursos; (3) gerar crescimento na empresa; (4) proporcionar crescimento aos empregados, resumindo, permitir a continuidade da empresa (CABELLO; PARISI, 2008).

A Teoria da GBV, de acordo com Assaf Neto, Araújo e Fregonesi (2006, p. 106), tem como finalidade para a empresa potencializar valor para o investidor, ou seja, aumentar o valor econômico agregado ao acionista. Segundo os autores, a teoria foi desenvolvida para mensurar o ativo intangível e ajustar o valor do patrimônio das empresas. “Mais do que

calcular o lucro, muitas vezes enviesado pelas normas contábeis, era preciso mensurar a riqueza do acionista e mostrá-la aos proprietários do capital”.

Cabello e Parisi (2008) esclarecem que as empresas que produzirem informações de valor que possam contribuir para as decisões, possibilitarão que seus administradores criem valor para os acionistas por meio de empresas mais saudáveis, padrões de vida superiores e melhores oportunidades de carreira e de negócios aos indivíduos.

Além disso, segundo Bonacim (2006), a Gestão Baseada em Valor não se restringe ao cálculo do valor econômico agregado, ou a calcular o valor da empresa, constitui-se em um sistema de gestão em que todos os elementos integrantes da organização estão concentrados na busca pelo aumento do valor da empresa.

Os acionistas, conforme apresentado por Cabello e Parisi (2008), têm a perspectiva de que os resultados da empresa gerem retorno acima dos custos dos recursos por eles investidos, com uma conseqüente valorização da empresa em seu valor de mercado, ou seja, no que refere ao aumento de riqueza. Os mesmos autores ressaltam que a riqueza, por outro lado, está ligada ao valor de mercado, que se forma baseado no que é esperado por aqueles que investem em ações.

Assaf Neto, Araújo e Fregonesi (2006) entendem que gerar valor para a organização vai além do objetivo de cobrir os custos diretos reconhecidos nas vendas. Os autores explicam que deve ser incorporado o entendimento e o cálculo dos vencimentos dos custos de oportunidade e do capital investido, ou seja, dos custos implícitos, não considerados na contabilidade tradicional, quando se apura as demonstrações de resultado e, por conseqüência, na avaliação da riqueza dos acionistas.

É nesse contexto, que as empresas vêm se aproveitando as diversas abordagens para medir o retorno dos investimentos realizados ou o valor agregado, e constantemente buscado a melhor forma de refletir o valor criado pelo investimento realizado (DE AGUIAR *et al.*, 2011).

Uma organização governada, segundo Assaf Neto (2012), está voltada, sobretudo, para a tomada de decisões eficazes, que identifiquem com o maior número de novas estratégias possível e acrescentem remuneração ao desempenho da riqueza, é por isso, que a governança corporativa é essencial na definição de políticas e estratégias que procurem, em conjunto, criar valor para os acionistas de uma organização.

Nesse sentido, entende-se que a estruturação de um sistema financeiro orientado para a gestão eficiente, capaz de avaliar e transmitir para seus acionistas o conhecimento sobre a

criação ou destruição da riqueza que é essencial para que as novas corporações atuem em um ambiente de mercado mais competitivo (ASSAF NETO, 2012).

### 3.5.1 Valor Econômico Agregado

Na concepção de Young (1999) o conceito de lucro residual, foi largamente ignorado até a década de 1990. Nessa época houve uma forte pressão sobre os gerentes corporativos, para que criassem valor para o acionista, fazendo com que profissionais da área de finanças buscassem indicadores de desempenho de curto prazo que pudessem captar a geração de valor gerada pelos lucros contábeis tradicionais. Segundo o autor, o lucro residual foi redescoberto e reconfigurado em Valor Econômico Agregado, ou EVA<sup>®</sup>.

O EVA<sup>®</sup> é colocado como uma medida de desempenho de curto prazo, originária das demonstrações financeiras de uma empresa, que serve para representar o valor criado pelas divisões operacionais dentro da empresa (YOUNG, 1999).

Em 1991, a empresa de consultoria em gestão Stern Stewart & Co., sediada em Nova York, forjou e popularizou o conceito de EVA<sup>®</sup>, alegando que uma variante de receita residual deve ser usada, ao invés de ganhos ou caixa de operações, como uma medida de desempenho interno e externo. O EVA<sup>®</sup>, segundo a empresa, trata-se do desempenho financeiro que reflete com mais precisão o lucro real da empresa (SHAH; HALDAR; HAO, 2015).

A empresa Stern Stewart & Co. defende que ganhos, lucros por ação e crescimento de lucros são medidas equivocadas de desempenho, por isso, o EVA<sup>®</sup> é a melhor medida, pois é a que mais se aproxima da possibilidade de apurar se o verdadeiro lucro econômico de uma empresa está diretamente ligada à criação de riqueza para os acionistas em longo prazo (SHAH; HALDAR; HAO, 2015). Martin e Petty (2004, p. 112) resumem o conceito da seguinte forma:

O EVA se baseia no conceito de lucro residual. Para o responsável pela contabilidade financeira, não há custo pelo capital próprio. Porém, para o economista financeiro e para o gestor contábil, há um custo associado ao uso do capital próprio – o custo de oportunidade destes fundos. Após considerar esse custo, obtemos o lucro residual. Mas o EVA é mais que o lucro residual; ele tem também a intenção de eliminar as ‘distorções’ criadas pela contabilidade tradicional, que não fazem nenhum sentido econômico.

O que diferencia o EVA<sup>®</sup> é que ele considera o lucro econômico e o capital econômico para conhecer o valor criado ou destruído por uma organização durante um determinado

período. O lucro econômico e o capital econômico são calculados mediante certos ajustes nos lucros contábeis (SHAH; HALDAR; HAO, 2015).

Considerando que medidas de desempenho tradicionais não incorporam o custo do capital empregado e, por isso, não são adequadas o suficiente para medir o desempenho financeiro de uma empresa, Young (1999) conclui que o EVA<sup>®</sup> está mais próximo dos fluxos de caixa e, portanto, menos sujeito a distorções, eliminando, com isso, a distinção arbitrária entre investimentos em ativos tangíveis, que são capitalizados, e ativos intangíveis, que tendem a ser baixados quando incorridos, a contabilizar dívida fora do balanço patrimonial e corrigir vieses causados pela depreciação contábil.

O EVA<sup>®</sup> é uma maneira de mensurar o verdadeiro lucro de uma operação ou empreendimento. O que difere o das demais formas de medir o desempenho de uma entidade é que nenhuma leva em consideração o custo total do capital da operação. (WERNKE; LEMBECK e BORNIA, 2000). Segundo Jung e Da Silva (2005, p. 125), “é uma medida de desempenho empresarial que difere das demais ao incluir uma cobrança sobre o lucro pelo custo de todo o capital que uma empresa utiliza”.

De acordo com Albuquerque e Valle (2015), o EVA<sup>®</sup> considera o custo de capital de terceiros mais o custo de capital próprio, ou seja, preza pelo custo total de capital e, por isso, se diferencia das outras medidas contábeis tradicionais. Vale lembrar, conforme apresentado por Damodaran (2004) que o custo de capital próprio deve ser compreendido como a taxa de retorno que o acionista requer para empreender um investimento patrimonial em uma organização.

Torquato (2012) define o EVA<sup>®</sup> como uma outra opção para realizar a avaliação de desempenho das empresas. De acordo com a autora, muitos teóricos sustentam que essa é a medida mais segura e fiel no que se refere à realidade econômico-financeira da organização, pois as medidas tradicionais baseiam-se apenas em dados contábeis, sem considerar a real geração de riqueza da organização.

Um dos conceitos apresentados por Torquato (2012) é de que a utilização do EVA<sup>®</sup> excede a questão da avaliação de desempenho, pois esse é um indicador capaz de coordenar uma extensa e completa gestão financeira, conduzindo às decisões que deverão ser deliberadas pela organização.

Jung e Da Silva (2005, p.126) corroboram a informação quanto afirmam que o EVA<sup>®</sup> “é muito mais do que uma simples medida de desempenho”. Para os autores, esse é um parâmetro empresarial que se diferencia dos demais, pois inclui uma cobrança sobre o lucro pelo custo de todo o capital utilizado por uma organização. Nas palavras de Assaf Neto (2012,

p. 171), o EVA<sup>®</sup> “pode ser entendido como o resultado apurado pela sociedade que excede à remuneração mínima exigida pelos proprietários do capital (credores e acionistas)”.

Para Iung e Da Silva (2005) o EVA<sup>®</sup> é uma medida de lucros reais que tem demonstrado eficácia em quase todos os lugares, por ser uma abordagem correta para todas as organizações, independente do ambiente e do período analisado. Os autores ressaltam que para realizar seu cálculo é utilizado o lucro operacional (após o pagamento de encargos e impostos que recaem sobre o capital), sendo pertinente tanto para o endividamento quanto para o capital dos acionistas.

Iung e Da Silva (2005) destacam que o encargo de capital do EVA<sup>®</sup> é o que os acionistas reconhecem como custo de oportunidade. O termo refere-se ao “retorno que os investidores podem realizar ao colocarem seu dinheiro numa carteira de outras ações e títulos de risco comparável e do qual abrem mão por reterem os títulos da empresa em questão” (IUNG; DA SILVA, 2005, p. 126). É um negócio que necessita produzir o mínimo de retorno competitivo em relação ao capital que foi nele investido.

### 3.5.2 Conceito de Custo de Oportunidade

Segundo Burch e Henry<sup>13</sup> apud Beuren (1993), o conceito de custo de oportunidade surgiu com Frederich Von Wieser (1851-1926). A autora explica que esse conceito foi utilizado para o estabelecimento do valor dos fatores de produção. Beuren (1993, p. 1) completa, informando que Burch e Henry determinaram “o valor de um fator de produção em qualquer situação como o seu custo de oportunidade, sendo tal custo de oportunidade definido como ‘a renda líquida gerada pelo fator em seu melhor uso alternativo’”.

Considerando o Custo de Oportunidade como “o valor do recurso no seu melhor uso alternativo” (PEREIRA *et al.*, 1990, p. 3), os autores, explicam que custo de oportunidade deve ser entendido como uma opção viável e, portanto, existente ao empresário e para o cliente. O conceito pressupõe ainda, uma decisão concreta que, sendo tomada, ocasiona um sacrifício/abandono de outra decisão que não foi tomada.

---

<sup>13</sup> BURCH, E. E.; HENRY, M. R. Opportunity and Incremental cost: attempt to define in systems terms: a commery. *The Accounting Review*, 49(1): 118-123, January, 1974, p.119.

Os economistas, segundo Iung e Da Silva (2005), chamam de custo de oportunidade o encargo de capital do EVA<sup>®</sup>. Para os autores, o investimento deve produzir um mínimo de retorno, competitivo em relação ao capital que foi nele investido.

Segundo Pereira *et al.* (1990) é o mesmo que um determinado cliente optar por destinar parte de sua renda para adquirir o produto “A”, deixando de investir em outros bens ou serviços, ou seja, propostas que foram sacrificadas/abandonadas. Dentre as opções, adquirir ou sacrificar/abandonar uma proposta, a que lhe proporcionaria a maior satisfação seria o custo de oportunidade de ter escolhido pelo produto “A”.

Beuren (1993) assente quando diz que um aspecto essencial é que a escolha por uma alternativa incorre no abandono/sacrifício da opção não escolhida. Para a autora, “o custo de oportunidade da alternativa escolhida é o custo da alternativa abandonada que lhe proporciona maior satisfação” (BEUREN, 1993, p. 2).

No mundo dos negócios, quando pessoas decidem investir seus recursos em determinados negócios, o fazem por acreditar no retorno sobre o investimento, conseqüentemente, considerando o valor que recai sobre este capital, quando optou por uma determinada alternativa em prejuízo das outras (WERNKE; LEMBECK; BORNIA, 2000).

Torquato (2012) argumenta que frequentemente os custos de oportunidade são conceituados por meio de dois distintos pontos de vista: (i) uma abordagem econômica e (ii) uma abordagem contábil/financeira.

A doutrina que o economicista reconhece, segundo Pereira *et al.* (1990), é a dos custos alternativos ou de oportunidades, quando se menciona os custos de produção. Segundo os autores, “nem nos textos econômicos a expressão ‘Custo de Oportunidade’ aparece de forma explícita. Por vezes os autores utilizam uma expressão sinônima: ‘Custos Alternativos’” (PEREIRA *et al.*, 1990, p. 3).

Segundo os autores, o entendimento de custo de oportunidade para os economistas está ligado à transferência dos fatores de produção de uma atividade para outra, não acontecendo ao simples acaso. Esse fator de produção é o valor que foi efetivamente atribuído para ser possível consumi-lo. Nas palavras dos autores, “se um valor é custo de oportunidade nesta negociação é porque foi valor de um custo praticado ‘há pouco’ e o valor de um custo praticado ‘agora’ será o custo de oportunidade da ‘próxima negociação’” (PEREIRA *et al.*, 1990, p. 4).

Em textos de administração financeira e contabilidade gerencial, assim como no material de contabilidade de custos, o conceito de custo de oportunidade surge com frequência. Para Pereira *et al.* (1990), o possível conselho que provém daqueles que exaltam o



uso do custo de oportunidade, é o de que para quase toda decisão a ser tomada existem possíveis alternativas que devem ser devidamente consideradas antes de se tomar uma decisão definitiva. Feito isso, provavelmente se estaria tomando a melhor decisão e, conseqüentemente, estaria se utilizando o conceito de custo de oportunidade.

Tanto o conceito de custo de oportunidade em Economia, quanto em Contabilidade e em Finanças, tem como base a questão da decisão entre alternativas de como utilizar recursos disponíveis. No entanto, o custo de oportunidade só é compreendido claramente quando as alternativas são identificadas e mensuradas (PEREIRA *et al.*, 1990).

Da mesma forma que é preciso compreender que qualquer indivíduo que empregue seus recursos em um investimento específico espera que haja um retorno sobre o valor aplicado, faz-se necessário entender que custo de oportunidade demonstra o quanto uma pessoa sacrifica de remuneração por ter escolhido aplicar em determinado investimento alternativo, com um risco similar.

Assaf Neto (2012) reforça a definição de que o conceito de custo de oportunidade não deve ser compreendido como de valor absoluto, mas deve ser aprimorado mediante comparação do retorno previsto de uma decisão com o que seria alcançado de uma proposta de investimento melhor (proposta rejeitada).

Nesse contexto, Assaf Neto (2012, p. 161), ressalta que a “criação de valor é entendida quando o preço de mercado da empresa apresentar uma valorização decorrente de sua capacidade em melhor remunerar o custo de oportunidade de seus proprietários”.

### **3.5.3 Cálculo do EVA<sup>®</sup>**

Considerando que o lucro, segundo os criadores do EVA<sup>®</sup>, conforme apuração pela contabilidade tradicional, distorce seriamente os reais dados econômicos da organização, a principal crítica percebida diz respeito a não consideração, pela contabilidade, do retorno exigido pelos acionistas sobre o capital próprio, isto é, não levar em conta a remuneração que eles devem demandar da empresa (BONACIM, 2006).

Nas palavras de Assaf Neto (2012, p. 173) “o principal direcionador de valor de uma empresa é a medida do valor econômico agregado”. É uma forma de indicar se a organização está criando ou destruindo valor, por meio de um cálculo baseado no desempenho operacional da empresa.

De acordo com Young (1999) o EVA<sup>®</sup> é calculado subtraindo o encargo de capital do lucro operacional menos impostos (NOPAT<sup>14</sup>) e o custo de capital, que normalmente são refletidos no custo médio ponderado de capital (WACC<sup>15</sup>), multiplicado pelo capital investido (ou capital empregado), para estimar o capital, encargos, ou seja, tais encargos são subtraídos do NOPAT para derivar o EVA.

Assaf Neto (2012, p. 162) explica que o cálculo do EVA<sup>®</sup> demanda conhecer “o custo total de capital da empresa, o qual é determinado pelo custo de cada fonte de financiamento (própria e de terceiros) ponderado pela participação do respectivo capital no total do investimento realizado (fixo e de giro)”. Para o autor, isso representa o custo de oportunidade do valor investido por acionistas e credores, como uma maneira de equilibrar o risco que foi assumido no negócio.

Uma das formas de mensurar o valor econômico agregado aos acionistas mais utilizadas é, segundo Assaf Neto (2012, p. 188), por meio da expressão:

$$\boxed{\text{EVA}^{\text{®}} = \text{Resultado Operacional Líquido} - [\text{WACC} \times \text{Investimento Total}]}$$

O cálculo do EVA<sup>®</sup> “pode ser determinado a partir do resultado operacional da empresa. Para tanto, do lucro operacional líquido do Imposto de Renda subtrai-se o custo total do capital, calculado pelo produto do WACC pelo investimento total feito na empresa (fixo e de giro)” (ASSAF NETO, 2012, p. 337).

Young (1999) afirma que o EVA<sup>®</sup> é essencialmente o mesmo que renda residual, que normalmente é expressa como receita líquida menos a despesa pelo custo do capital próprio. Wernke, Lembeck e Bornia (2000) ressaltam que para calcular do EVA<sup>®</sup>, é necessário saber o custo do capital (de terceiros e de acionistas). De acordo com os autores, o custo do capital investido pelos acionistas também deve ser considerado em bases reais, trata-se do quanto os investidores ganhariam se depositassem seus recursos em empresas com o mesmo nível de risco que a sua organização (custo de oportunidade) (WERNKE; LEMBECK; BORNIA, 2000).

Desse modo, o custo de oportunidade do capital investido retrata o valor do capital aplicado pelos investidores (credores e acionistas) como uma maneira de compensar o risco assumido com o negócio (WERNKE; LEMBECK; BORNIA, 2000).

<sup>14</sup> Net Operating Profit After Taxes, em inglês.

<sup>15</sup> Weighted Average Cost of Capital, em inglês.

Sendo o: Resultado Operacional Líquido: lucro operacional da entidade; WACC: custo médio ponderado de capital da empresa, definido como o retorno mínimo exigido por credores e acionistas; Investimento Total: capital total aplicado na empresa (fixo e de giro).

Freire, Rocha e De Moura (2003) propõem analisar algumas situações no que se refere ao resultado do EVA<sup>®</sup>, sendo:

I) **Variação Positiva do EVA<sup>®</sup>** entre dois períodos, significa que a empresa apresenta um excelente desempenho operacional;

II) **EVA<sup>®</sup> com resultado Positivo**, mas com **variação negativa** entre dois períodos financeiros: demonstra que embora tenha ocorrido criação de valor, o acionista deve estar atento ao que é realizado pela organização e averiguar o que está causando o baixo desempenho;

III) **EVA<sup>®</sup> com resultado Negativo** atesta uma destruição de valor, no entanto, se houver uma **evolução positiva** entre um exercício financeiro e outro, pode significar que tem ocorrido esforço da empresa em resgatar e agregar valor. Pode significar uma fase de maturação e evolução pela qual a empresa pode estar passando;

IV) **EVA<sup>®</sup> com resultado Negativo**, com **evolução negativa** de um ano para outro, significa que houve destruição da riqueza. Os acionistas devem verificar se as estratégias e ações adotadas pela organização para tentar reverter o cenário.

Quanto maior o valor do EVA<sup>®</sup>, mais elevada é a riqueza produzida pela organização no período, conseqüentemente, isso refletirá a valorização do preço da empresa no mercado (ASSAF NETO, 2012).

Deve-se entender, portanto, que uma gestão baseada em valor é resultado de um posicionamento mais competitivo do negócio, em que os gestores e toda a equipe organizacional tenham as mesmas expectativas dos investidores/acionistas. Além disso, decisões financeiras não devem ser tomadas tendo como base apenas os resultados contábeis tradicionais, que desconsideram o custo de oportunidade do capital próprio, devem ser avaliadas por meio do valor econômico que agregam à organização.

### 3.5.4 Benefícios da utilização do EVA<sup>®</sup>

A utilização do EVA<sup>®</sup>, segundo Wernke, Lembeck e Bornia (2000), proporciona melhor conscientização a respeito do capital administrado pelos gestores da organização.

Quando a gestão de uma empresa é mais empreendedora, permite que o EVA<sup>®</sup> seja distribuído em indicadores de gestão de unidades de negócio e isso propicia a análise do ganho potencial de cada melhoria que será realizada e, conseqüentemente, seu impacto no resultado ao final (WERNKE; LEMBECK; BORNIA, 2000).

Percebe-se que dentre as vantagens na utilização do EVA<sup>®</sup>, Backes (2002) destaca a facilidade na compreensão e aplicação dos conceitos, mesmo para os menos experientes em finanças. Segundo o autor, outro benefício está em sua capacidade de medi-lo em organizações de todos níveis e, como resultado, a possibilidade de traduzir o conceito em ações para os diferentes níveis organizacionais.

De acordo com Wernke, Lembeck e Bornia (2000) o cálculo do EVA<sup>®</sup> permite à administração da entidade o exato conhecimento sobre criar ou destruir a riqueza dos investidores, isso porque todo empreendimento que se queira realizar deve gerar um resultado econômico que proporcione a apuração de um EVA<sup>®</sup> positivo.

Assaf Neto (2012) esclarece que é muito importante compreender que nem todas as decisões que proporcionam lucro à empresa são capazes de criar valor para os acionistas. Para o autor, algumas aplicações de recursos, utilizadas para incrementar o volume das vendas e os resultados operacionais da organização, se não produzirem retorno suficiente para recompensar o custo de oportunidade dos acionistas, destruirão seu valor no mercado e, nesses casos, quando houver a distribuição de dividendos baseada no lucro contábil, esta aumentará e criará uma falsa impressão de que o desempenho da empresa melhorou.

Refletindo esse contexto, no qual se vislumbra a relação entre Estado, sociedade e economia, e diante de um cenário repleto de grandes transformações, com a economia globalizada e a exigência de reestruturação das organizações públicas, inclusive do setor de saúde, percebe-se, conforme apresentado por Copeland, Koller e Murrin (2002), que a GBV com base na geração de valor, é capaz de proporcionar uma esfera perfeita, com a formação de organizações mais saudáveis e economias mais fortalecidas e, portanto, uma ferramenta perfeitamente capaz de contribuir para melhor administração de entidades públicas.

### **3.6 Gestão Baseada em Valor em Entidades Públicas**

No que se refere à gestão pública, segundo Carnut e Narvai (2016) a nova administração pública está se fortalecendo no Brasil e no exterior, com isso, há um crescente

aumento na importância de utilizar a avaliação de desempenho como instrumento primordial ao exercício do papel de controle por parte das organizações do Estado. É por isso que gestores públicos precisam contar com as ferramentas baseadas nos princípios da GBV e tecer objetivos com foco na geração de valor para a sociedade.

No caso de entidades públicas, os gestores devem traçar estratégias e objetivos pensando na geração de valor à sociedade. Para tanto, tais gestores devem contar com ferramentas, com base nos preceitos da GBV, mas adaptadas à realidade do setor público. (BONACIM, 2006).

A administração pública, embora não vise o lucro, a ao longo das últimas décadas, vem tentando ajustar para si as formas de gestão originadas na iniciativa privada. Para Slomski (2001, p. 18), “é certamente na administração pública onde mais deve estar presente o princípio de *accountability*, pois ao eleger seus representantes, a sociedade espera que os mesmos ajam em seu nome de forma correta e que prestem contas de seus atos”.

Embora nas organizações públicas não exista a pessoa do acionista e, nem a perspectiva de retorno financeiro dos investimentos, espera-se, que o investimento realizado pelo governo e pela sociedade (acionistas) seja maximizado, gerando retorno à comunidade (FREGONESI; SLOMSKI, 2007). Em outras palavras, “a sociedade que doa recursos às instituições sem fins lucrativos representa o acionista nestas entidades: investe recursos e espera retorno em ações sociais” (FREGONESI; ARAÚJO, 2006, p. 279).

De acordo com Fregonesi e Slomski (2007), em uma empresa, independente da atividade, é preciso obter lucro para não comprometer o futuro da organização. Em instituições públicas, isso não deve ser diferente: “Se o ganho for menor que o gasto da instituição, será necessário consumir parte do ativo para suprir esta diferença, isto é, o patrimônio da entidade diminuir” (FREGONESI; SLOMSKI, 2007, p. 3).

Nas palavras de Slomski (2001, p. 19), “cabe ao Estado, através de seus controles internos e externos, mensurar e demonstrar a eficácia no serviço público como forma de justificar a cobrança de impostos”. O autor acredita que o melhor indicador de eficácia de uma entidade pública é o resultado econômico (ou lucro).

Slomski (2001) realizou um estudo cujo objetivo era criar um novo modelo conceitual para medir o resultado econômico de organizações públicas. O modelo proposto por Slomski buscou contribuir para que as ações fossem centradas na avaliação de desempenho dos serviços prestados pelas instituições públicas, dessa forma propôs um novo modelo de gestão para essas instituições.

Para tirar o máximo de proveito do resultado econômico gerado pelos serviços públicos, o gestor deve compreender a diferença entre a receita de oportunidade econômica e a somatória dos custos diretos e indiretos identificáveis para cada tipo de serviço prestado (MAUSS; DIEHL; BLEIL, 2015). Os autores esclarecem que dessa forma é possível contemplar o que está previsto nos artigos 83 e 85 da Lei Federal n. 4.320/64, de 1964, que trata a guarda e disponibilização de informações dos serviços de contabilidade prestados por entidades públicas (BRASIL, 1964), ou seja, a Lei n. 4.320/64 contribui para que seja disponibilizado aos responsáveis pela fiscalização de órgãos públicos e à própria sociedade o resultado econômico das entidades estatais.

Para obter a eficácia empresarial, Slomski (2001) acredita que são necessários diversos fatores considerados fundamentais, que em nada diferem em uma instituição pública, sendo: produtividade (otimização em relação ao volume de bens/serviços, de acordo com a capacidade instalada); eficiência (relacionado com o ótimo consumo de recursos, no que diz respeito a demanda apresentada pelo mercado), satisfação (está relacionada ao atendimento das necessidades de todos os envolvidos no processo); adaptabilidade (capacidade de adaptação ao ambiente que vive em profundas e constantes mudanças) e desenvolvimento (busca constante por melhorias, novas técnicas, novas tecnologias, capacitação dos colaboradores).

Mauss, Diehl e Bleil (2015) ressaltam ainda a economicidade, que também está ligada diretamente às adequadas informações sobre custos. Para os autores, sem informações apropriadas não é possível compreender quais insumos estão afetando os resultados esperados.

Considerando a Gestão Baseada em Valor (GBV) capaz de responder à carência de técnicas para a gestão de organizações estatais, Fregonesi e Araújo (2006) acreditam que o aprimoramento dessas técnicas possa contribuir para um controle mais eficaz dos recursos que nessas entidades, na maioria das vezes, são muito escassos. Para as autoras, a GBV além de mensurar o valor da organização, busca uma forma de conduzir a empresa para a criação de valor.

Aplicada às entidades públicas a GBV vai de encontro dos interesses dos gestores dessas entidades, que diariamente estão diante de importantes decisões, que envolvem optar por continuar prestando um serviço diretamente, terceirizá-lo ou até mesmo eliminá-lo. É por isso que, para tomar essas decisões, tais gestores devem saber entender o significado social para a população dos resultados econômicos gerados pela instituição.

Especificamente na área da saúde, é preciso compreender que construir uma forma de avaliar o desempenho dos sistemas de saúde não é algo simples, pois deve absorver tanto

noções administrativas, quanto políticas, por isso, de acordo com Klazinga (2010), é necessário pensar em quadros de desempenho que se baseiem em processos que incluam os principais interessados.

Para este autor, na indústria a mensuração do desempenho é possível uma vez que há um produto, derivado de um processo de trabalho. Neste caso, a avaliação é feita basicamente sob duas circunstâncias: quando a produção de uma determinada empresa é orientada pelo produto ou quando há um processo de produção de um determinado bem, que está isolado dos demais processos. Neste tipo de processo o desempenho pode ser definido por indicadores, pois os produtos são uniformes e os ambientes estáveis (KLAZINGA, 2010).

Comparada às condições industriais, os aspectos relativos à saúde são evidentemente um tema complexo, pois são organizações que lidam com usuários, com a produção de múltiplos produtos. Além disso, os produtos dos sistemas de saúde são entrelaçados e de causalidades desconhecidas, sendo difícil definir padrões de qualidade nos indicadores de desempenho. (KLAZINGA, 2010).

Carnut e Narvai (2011) afirmam que a prática dos sistemas de saúde precisa ser compreendida como um sistema de ação organizado e, como tal, esse sistema de saúde está localizado em um contexto tangível em um momento já estabelecido. É por isso que, para os autores:

avaliar o desempenho de sistemas de saúde requer um modelo conceitual claro, no qual se explicita o que se considera desempenho do sistema de saúde, que se disponha de bancos de dados que disponibilizem os dados necessários à construção dos indicadores e de uma política e um sistema de gestão que use constantemente as informações produzidas nas avaliações, nas tomadas de decisões. (CARNUT; NARVAI, 2016, p. 292).

### **3.6.1. O lucro nas organizações públicas**

Nas organizações públicas e privadas o lucro líquido deve ser compreendido de forma distinta. Enquanto em uma empresa privada, quanto maior o lucro, melhor o desempenho financeiro, nas entidades públicas “o resultado líquido deve situar-se somente em torno de um pequeno valor acima de zero” (ANTHONY; GOVINDARAJAN, 2006, p. 813).

Anthony e Govindarajan (2006) afirmam que em entidades públicas quando há um resultado líquido grande, significa que a entidade não está prestando os serviços esperados pela sociedade ou àqueles que contribuíram com os recursos e isso pode significar ineficiência nessas instituições.

Nas empresas privadas o lucro é um dos principais indicadores de sucesso da companhia. Em entidades sociais, o lucro excessivo não é visto como um bom sinal, pois lucros muito altos podem demonstrar ineficiência dessas entidades, considerando que o excedente deveria ser reinvestido no próprio serviço prestado à sociedade. “O ideal seria a entidade conseguir manter um lucro apenas suficiente para manter o capital circulante líquido, proveniente das operações” (FREGONESI; SLOMSKI, 2007, p. 3).

Ressalta-se que não é permitido à organização pública distribuir seus ativos ou lucros, em prol de executivos, diretores e demais membros, mas apenas remunerá-los pelos serviços prestados. Anthony e Govindarajan (2006) destacam que, embora tais empresas estejam proibidas de distribuir seus lucros, por definição da lei, essas entidades não estão proibidas de ter lucro. Conforme definido pelos mesmos autores (p.812), essas entidades necessitam “ter um lucro modesto, em média, para ter fundos de capital de giro para possíveis ‘dias amargos’”.

Além disso, de acordo com Slomski (2005), não é possível comparar superávit com lucro e, tampouco, déficit com prejuízo, pois cada um deles tem seu próprio significado. Enquanto lucro significa a eficácia da organização privada, o superávit indica economia de recursos nas instituições públicas.

A Contabilidade Pública brasileira é uma contabilidade orçamentária e os resultados apresentados são déficits ou superávits, evidenciando, dessa forma, como foram consumidos os recursos disponibilizados pelo Principal ao Estado durante o exercício financeiro. Se houver excesso de consumo, apresenta-se déficit; se houver consumo inferior à disponibilização de recursos, apresenta-se superávit. (SLOMSKI, 2005, p. 99)

Nas entidades públicas o desempenho financeiro não é o foco principal da organização, no entanto, é um objetivo necessário a ser alcançado, pois para que uma organização sobreviva, suas receitas devem ser superiores às suas despesas. Fregonesi e Slomski (2007, p.03) definem isso como a matemática da contabilidade: “os ganhos devem ser maiores que os gastos, caso contrário, consomem-se um pedaço do patrimônio da organização”. Para os autores, se isso ocorrer há uma grande probabilidade de se consumir todo o ativo e, por consequência, ocorrer descontinuidade dos serviços sociais prestados à comunidade.



### 3.6.2 O Valor Econômico Agregado aplicado às entidades públicas

O Valor Econômico Agregado (EVA<sup>®</sup>), segundo Assaf Neto e Lima (2011), é uma ferramenta de avaliação de desempenho sedimentada nas empresas privadas, capaz de indicar se uma empresa consegue cobrir todos os seus custos e despesas, incluindo o custo do capital próprio e, conseqüentemente gerando riqueza aos acionistas. Em um mercado competitivo, para que empresas eficientes permaneçam ativas devem demonstrar a capacidade de criar valor, e “a melhor medida do sucesso empresarial é a criação de valor aos acionistas” (ASSAF NETO; LIMA, 2011, p. 317).

Uma empresa, segundo os autores, agrega valor aos acionistas e investidores quando é capaz de produzir lucro econômico, ou seja, quando produz um resultado superior ao custo de oportunidade do capital investido. Para ser considerada ‘criadora de valor’, uma empresa deve ser capaz de conceder aos donos do capital (acionistas e credores) um retorno superior às suas expectativas mínimas de rendimento (ASSAF NETO; LIMA, 2011).

No Brasil, com o surgimento de uma sociedade civil ativa, pautada na cidadania e no aprofundamento democrático, cujo marco é a Constituição de 1988, muitas mudanças ocorridas nessa época impulsionaram o Estado brasileiro e as organizações públicas a buscarem novos mecanismos de gestão direcionados, inclusive, à prestação de contas pelos serviços realizados. “Desde a década de 1990, a gestão pública no Brasil está passando por grandes mudanças incentivadas por reivindicações sociais, que pedem maior eficiência, transparência e eficácia na aplicação dos recursos públicos” (BONACIM; ARAÚJO, 2009, p.420).

Pautados nisso, Bonacim e Araújo (2009) realizaram uma adaptação da metodologia do cálculo do Valor Econômico Agregado (EVA<sup>®</sup>), para demonstrar a eficiência da organização pública na gestão de recursos que foram conferidos pelo governo e pela sociedade. O trabalho considera que “o lucro residual abordado no modelo do EVA<sup>®</sup> significa que a riqueza de uma companhia só começa a existir a partir do momento em que a empresa remunerou o capital nela investido” (Bonacim e Araújo, 2009, p. 423).

De acordo com Bonacim (2006), quando o resultado encontrado por uma empresa ultrapassa o custo de capital dos credores e dos acionistas há geração de valor, no entanto, quando o retorno dos investimentos está abaixo do custo de capital (custo de oportunidade do capital investido, ou seja, custos associados às oportunidades que são deixadas de lado, caso não invista seus recursos na opção de maior valor) a empresa possivelmente estará destruindo

valor. “Em outras palavras, a empresa gera valor quando desenvolve projetos cujo retorno sobre o capital investido seja maior que o custo de capital, caso contrário, a entidade destrói valor econômico” (Bonacim, 2006, p. 27).

Conforme Bonacim e Araújo (2009, p. 423), a expressão para mensuração do Valor Econômico Agregado à Sociedade pode ser expressa como:

$$\text{EVA}^{\text{®}} = \text{LOP} - (\text{CMPC} \times \text{INV})$$

Sendo que, para instituições públicas, o LOP (Lucro operacional) é o resultado produzido pela atividade fim, definido pela diferença entre a receita pública (quantidade de serviços prestados multiplicados pelo menor preço, com qualidade similar oferecido mercado) e os custos e despesas incorridos para oferecer os serviços aos cidadãos (BONACIM; ARAÚJO, 2009); o CMPC (Custo Médio Ponderado de Capital) é média ponderada do custo de capital próprio e do capital de terceiros da empresa (FREGONESI; SLOMSKI, 2007), é baseado no conceito de Custo de Oportunidade, deve ser observado como o Estado investiria o recurso se não o destinasse para a entidade pública prestadora do serviço. O conceito de custo de oportunidade, no estudo realizado por Bonacim e Araújo (2009), sugere o uso da taxa básica de juros da economia brasileira, estabelecida pelo Sistema Especial de Liquidação e de Custódia (SELIC); e INV (Investimento Total) ou o investimento de capital no empreendimento. (FREGONESI; SLOMSKI, 2007).

Os estudos de Bonacim (2006) e Bonacim e Araújo (2009) analisaram isoladamente cada um dos fatores que compõe a expressão usada para calcular o EVA<sup>®</sup>, para adaptá-los às entidades públicas. De acordo com os autores, o ‘LOP’ (Lucro Operacional), no caso de empresas privadas, seria o resultado das decisões de investimento da empresa, ou a diferença entre as receitas e as despesas operacionais. No caso de uma entidade pública, trata-se da diferença entre a receita pública e os custos (e despesas) operacionais na prestação do serviço público. Aplicando-se aos hospitais públicos, como no estudo conduzido pelos autores, pode ser definido como a diferença entre a receita econômica (quantidade de serviços prestados, multiplicado pelos respectivos valores da tabela do Sistema Único de Saúde e da Associação Médica Brasileira) e os custos (e despesas) incorridos para disponibilizar o serviço aos cidadãos/usuários. O ‘CMPC’ (Custo Médio Ponderado do Capital) é baseado no conceito de custo de oportunidade, deve-se compreender como o Estado investiria o recurso se não o destinasse a uma determinada entidade pública. No caso dos hospitais públicos, Bonacim e Araújo (2009, p. 424) adotam “a premissa de que a taxa SELIC representa o custo de Capital

para o Estado de forma pertinente”. O ‘INV’ (Valor do Investimento) é a soma do patrimônio líquido com o passivo oneroso da instituição, segundo a teoria da Gestão Baseada em Valor (GBV). No contexto de uma entidade pública, mais especificamente em um hospital público, o patrimônio social acumula o investimento do Estado realizado diretamente no ativo permanente da organização e o superávit/déficit acumulado.

Vale ressaltar que o custo é empregado como base para comparar os preços de mercado, ele é a premissa para gerar informação para que a gestão possa compor indicadores quantitativos, que são necessários para avaliar, controlar os resultados e demonstrar o elo entre eficácia administrativa e cada indivíduo (MAUSS; DIEHL; BLEIL, 2015).

As informações sobre custos podem ter várias utilidades gerenciais, como: verificar o desempenho e a eficiência dos setores, planejar e orçar com mais solidez e verificar o retorno dos investimentos realizados, por isso o custo deve se tornar a principal base para o planejamento e gerenciamento público (MAUSS; DIEHL; BLEIL, 2015).

Outro fator que deve ser considerado refere-se à Receita Pública, que são os impostos recebidos e transferidos para a entidade, independente da contraprestação de serviços ou entrega de produtos pelas entidades públicas, ou seja, para a entidade são confiados os valores recolhidos dos impostos pagos pelos cidadãos (SLOMSKI, 2001)

Slomski (2001) conceitua a receita econômica como a multiplicação do custo de oportunidade (aquele que o cidadão desprezou por utilizar o serviço público) pelo número de serviços prestados pela entidade que os executou, menos os custos diretos e indiretos identificáveis aos serviços prestados, ou seja, os custos que não fazem parte da unidade de serviços prestados, mas sem eles seria impossível controlá-los, tais como o pessoal administrativo, limpeza, etc.

O custo de oportunidade na gestão pública deve ser compreendido como “o menor preço de mercado à vista atribuído ao serviço prestado ao cidadão com similar qualidade, oportunidade e tempestividade daquele desprezado por ele ao utilizar o serviço público” (SLOMSKI, 2001, p.54). Em outras palavras, a definição de Slomski (2001) para receita econômica deve ser entendida como o valor que o mercado deixou de ganhar, em razão do cidadão optar por utilizar o serviço público ao invés do privado.

A proposta apresentada por Bonacim e Araújo (2009) adota duas possibilidades capazes de gerar valor, sendo a primeira entendida como: o gasto do Estado no período ou Valor Econômico Agregado de Curto Prazo (VECP), que significa o “quanto a sociedade ganha (ou perde) no período por ‘terceirizar’ (delegar uma obrigação do Estado para terceiros) a prestação de um serviço para uma entidade isolada” (BONACIM; ARAUJO, 2009, p. 425).

Para os autores, há uma segunda possibilidade entendida como: Valor Econômico Agregado para a Sociedade (VEAS), que significa o valor que retorna à sociedade se ela optar por deixar o capital investido naquela instituição.

As medidas de valor apresentadas no Quadro 3, mostram o entendimento estabelecido por Bonacim e Araújo (2009), que reforçam que a diferença conceitual entre VECP e VEAS reside no custo de oportunidade para a sociedade.

Quadro 3 - Medidas de cálculo do valor agregado para a entidade pública

<b>MEDIDA DE VALOR</b>	<b>METODOLOGIA DE CÁLCULO</b>
Valor Econômico Agregado de Curto Prazo (VECP)	Receita Econômica (-) Custos Operacionais (-) Despesas Operacionais (=) Resultado Econômico Operacional ↓ Taxa SELIC (X) Investimento feito pelo governo na entidade no período (=) Custo de oportunidade do capital do Estado ↓ Resultado Econômico Operacional (-) Custo de Oportunidade do capital do Estado (=) Valor Econômico Agregado de Curto Prazo (VECP)
Valor Econômico Agregado para a Sociedade (VEAS)	Receita Econômica (-) Custos Operacionais (-) Despesas Operacionais (=) Resultado Econômico Operacional ↓ Taxa SELIC (X) Investimento total feito na entidade (Passivo Oneroso + PL) (=) Custo de oportunidade para a Sociedade ↓ Resultado Econômico Operacional (-) Custo de Oportunidade para a Sociedade (=) Valor Econômico Agregado para a Sociedade (VEAS)

Fonte: BONACIM e ARAÚJO (2009, p. 425).

O Quadro 3 demonstra como é possível obter os valores do VECP e do VEAS, no caso dos HU's, a receita econômica de um determinado período significa o preço mais baixo que um paciente estaria disposto a pagar para adquirir os serviços oferecidos, naquele mesmo

período. Ao observar a realidade do setor de saúde, o serviço com preço mais baixo e com a mesma qualidade é o ofertado pelos planos de saúde (BONACIM, 2006).

Os estudos conduzidos por Bonacim (2006) e Bonacim e Araújo (2009) confirmam, portanto, a possibilidade de adaptar o ‘EVA<sup>®</sup>’ para entidades públicas. As medidas de valor desenvolvidas e apresentadas no trabalho de Bonacim (2006, p. 520) “representam uma importante contribuição enquanto ferramentas de avaliação de desempenho pelo fato de incorporarem o conceito de custo de oportunidade”, pois permitem uma verificação mais garantida do “quanto” do investimento público retorna à população.

### **3.6.3 Estudos anteriores sobre Mensuração do Resultado Econômico em Entidades Públicas**

Com a finalidade de estabelecer um conhecimento prévio e possibilitar melhor entendimento e compreensão sobre a temática, realizou-se consulta a outros trabalhos acadêmicos relacionados ao tema desta pesquisa. Para tanto, sucedeu-se um levantamento de trabalhos que tinham como objetivo mensurar a criação de valor social por uma entidade pública.

Desse levantamento foram selecionados seis trabalhos que se aproximaram desse objetivo, sendo que cinco deles tinham como objeto de estudo entidades públicas como: escolas, hospitais universitários e prefeituras, e um deles uma concessionária de gás canalizado que oferece um serviço de utilidade pública.

Nota-se que, nos estudos que abordaram a temática sobre o valor agregado às entidades públicas, o EVA<sup>®</sup> é apontado como um indicador eficaz de criação de valor e uma medida efetiva dentre os demais indicadores de valor. No caso da companhia de gás, o EVA<sup>®</sup> é apontado como uma forma de contribuir para o aperfeiçoamento da regulação do setor.

O Quadro 4 sintetiza cinco dos seis estudos analisados, visto que estes utilizaram o modelo proposto por Slomski (1996), para a mensuração do resultado econômico em entidades públicas.

Quadro 4 - Resumo dos estudos anteriores sobre Mensuração do Resultado Econômico em Entidades Públicas

<b>Autor(es)/Ano de Publicação</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Síntese dos Resultados</b>	<b>Considerações</b>
FREGONESI, M. S. F. A.; SLOMSKI, V. (2007)	Calcular o Valor Econômico Agregado em uma entidade pública, especificamente em uma escola municipal de ensino fundamental e médio.	A entidade foi capaz de prestar o serviço de educação à comunidade gerando valor suficiente para pagar o custo de oportunidade do capital investido pelo governo. Notou-se que a sociedade perderia se o Estado deixasse de oferecer o serviço de educação pela escola municipal analisada.	Os princípios de governança corporativa aplicados em entidades públicas colaboram para atender aos princípios de transparência e prestação de contas, pois evidenciam os gastos da entidade, compara-os com o investimento realizado na entidade e facilita a exibição destes relatórios à sociedade.
BONACIM, C. A. G.; ARAÚJO, A. M. P. (2009)	Demonstrar como pode ser calculado o valor econômico agregado à sociedade por Hospitais Universitários Públicos.	O Valor Econômico Agregado demonstrou a eficiência da entidade em prestar o serviço público. A longo prazo, a sociedade está aproveitando a condição de maturidade dos investimentos feitos no HU Público investigado.	Os autores acreditam que a academia tem muito a colaborar, sobretudo quanto às ferramentas de avaliação de desempenho que consigam aproximar a gestão pública e a sociedade.
CORRÊA, D. C. G.; CORRÊA, A. C.; LEITE, A. S.; MONTEIRO, Y. R. S. (2012)	Avaliar o Resultado econômico do Instituto Federal do Pará (IFPA) Campus Abaetetuba, no exercício de 2010, por meio do modelo conceitual de Resultado Econômico proposto por Slomski (1996).	A demonstração do Resultado Econômico do IFPA Campus Abaetetuba demonstrou lucro econômico durante o período analisado. O que indica que o desenvolvimento da atividade de ensino utiliza eficazmente os recursos, isto gera benefícios à sociedade a um custo menor que o preço de mercado.	A avaliação de desempenho baseado em valor econômico no setor público pode ser considerado como um instrumento de governança em entidades no setor público.
SILVA, W. A. C.; PEREIRA, M. G.; ARAÚJO, E. A. T. (2014)	Analisar se houve criação de valor econômico e transparência na disponibilização de informações contábeis em um órgão público municipal, utilizando-se do modelo de Slomski (1996).	A Demonstração do Resultado Econômico demonstrou superávit, isso sugere que o órgão foi gerenciado eficientemente. O Valor Agregado de Curto Prazo (VECP) e o Valor Econômico Agregado à Sociedade (VEAS) indicaram que o órgão gera economia de escala e retorno superior ao custo de oportunidade do capital investido, proporcionando o bem-estar social.	A pesquisa confirma a efetividade do modelo de Slomski (1996), para a identificação da criação ou destruição de valor. Para dar transparência ao Resultado Econômico na administração pública, as entidades públicas precisam instituir mecanismos de avaliação de desempenho.
EVANGELISTA, V. B.; RODRIGUES, A. A. D. O. N. (2015)	Identificar os fatores que contribuem para a criação de valor social pelas prefeituras do interior paulista, utilizando como medida de desempenho o modelo conceitual de mensuração do resultado econômico em entidades públicas.	Os valores encontrados confirmam que essas entidades, por meio dos serviços oferecidos, agregam valor social à população. Com isso, as instituições foram capazes de remunerar o custo de oportunidade social assumido pelos cidadãos ao praticarem o investimento público devido às transferências correntes federais e estaduais que contribuem para a criação de valor econômico agregado à sociedade.	Com a aplicação do modelo de mensuração do valor econômico agregado à sociedade, foi possível constatar que as entidades analisadas foram capazes quanto à prestação de serviços, de tal modo que o retorno mínimo exigido pelos cidadãos foi remunerado. Cabe, portanto, à sociedade cobrar dos gestores públicos um maior nível de transparência.

Fonte: Elaboração própria.

Dentre os trabalhos apresentados no Quadro 4, foi possível observar que todos tiveram como propósito verificar se os resultados encontrados demonstram eficiência e eficácia na prestação do serviço público. Além disso, foi possível observar que todos destacaram a importância da participação da sociedade em exigir dos gestores públicos maior transparência e prestação de contas pelos serviços prestados. Vale ressaltar que, todas as entidades estudadas alcançaram resultados positivos e demonstraram ser capazes de criar valor econômico à sociedade.

O sexto trabalho analisado, empreendido por Saito, Saviota e Angelo (2011), cuja síntese não aparece no Quadro 4, pois não avalia uma entidade pública, mas sim uma empresa prestadora de um serviço público, a Companhia de Gás de São Paulo (Comgás), que detém a concessão de gás canalizado no estado de São Paulo, teve como objetivo mensurar os custos econômicos, mediante de uma abordagem exploratória com a utilização do EVA<sup>®</sup>, dos serviços de distribuição de gás encanado realizado pela Comgás, concessionária responsável pela a distribuição de gás canalizado na área leste do Estado de São Paulo. Os resultados apresentaram sinais de que a companhia está em uma situação de deseconomia de escala e, embora o nível de atividade da entidade analisada tenha registrado crescimento, assim como o seu EVA<sup>®</sup>, os custos econômicos totais se ampliaram mais do que o número de usuários, de maneira que os custos médios cresceram no período analisado. Para essa pesquisa, o trabalho se destaca pela importância do órgão regulador (entidade pública) usufruir do resultado do cálculo do EVA<sup>®</sup> para avaliar como foram os investimentos realizados pela companhia em favor do cidadão.

Nota-se, com a identificação desses estudos, que as pesquisas que buscam identificar a criação ou destruição de valor em uma entidade pública vêm sendo expandidas e cada vez mais aceitas no meio acadêmico como método de avaliação dos serviços oferecidos à sociedade.

## **4. METODOLOGIA DE PESQUISA**

A metodologia demonstra a trajetória percorrida pelo pesquisador para andamento da pesquisa científica e as técnicas empregadas neste processo, por isso, o presente capítulo apresenta a metodologia utilizada neste trabalho. Inicialmente, faz-se a classificação da pesquisa quanto a sua natureza, às abordagens metodológicas e aos procedimentos adotados, em seguida é realizado um detalhamento de como procedeu-se para a realização do estudo de caso.

### **4.1. Especificação da Pesquisa**

A pesquisa é um “processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico. O objetivo fundamental da pesquisa é descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos” (GIL, 2008, p. 42).

Para alcançar o objetivo geral da pesquisa, que é demonstrar como apurar se o investimento do governo federal em 2017 gerou valor econômico agregado à sociedade, depois que a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) assumiu plenamente a gestão do HU-UFSCar, e configurar o trabalho a ser implementado, foi realizada uma pesquisa qualitativa, com objetivos exploratórios, por meio de um estudo de caso, revisão bibliográfica e análise documental da entidade, objeto deste estudo.

Para Silva (2005) quando a abordagem do problema se caracteriza como qualitativa, tem como particularidades: a) a relação entre a realidade e o objeto de estudo é dinâmica; b) a atribuição de significados e a compreensão dos fenômenos são básicas; c) não requer o uso de técnicas e métodos estatísticos; d) o pesquisador é considerado um instrumento-chave e o âmbito da pesquisa é a fonte direta para coletar os dados; e) os dados são coletados de forma indutiva pelo pesquisador.

A pesquisa qualitativa, segundo Yin (2015), tem como particularidade tentar entender os significados e as características situacionais percorridas pelos entrevistados. Na pesquisa qualitativa, o objeto de estudo não é reduzido à variável única, mas estudado em sua complexidade e totalidade, em seu contexto diário.

Assim, este estudo se enquadra como pesquisa qualitativa visto que sua estratégia é investigar a qualidade do investimento realizado pelo HU-UFSCar. Para isso, serão utilizados



dados financeiros da instituição para descrever e analisar como esse investimento vem sendo aproveitado pela instituição e se ele tem sido devolvido em benefício da sociedade.

Para aplicar o método desenvolvido por Bonacim e Araújo (2009) para o cálculo do Valor Econômico Agregado às entidades públicas realizou-se um estudo exploratório, para melhor compreensão do problema e entendimento mais apurado dos casos, em que os conceitos de empresas de capital aberto são aplicados ao setor público. Para isso, foram abordados os conceitos teóricos de Gestão Baseada em Valor (GBV), Governança Corporativa e Governança Pública. A ideia, aqui, é investigar teorias que possam sustentar a parte prática do trabalho para unir teoria e realidade e possibilitar a familiarização com o problema apresentado, além de encontrar padrões que possibilitem o cálculo do VEAS por outras instituições públicas.

De acordo com Gil (2008, p. 41) “o estudo exploratório tem o objetivo de promover maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses”. Selltiz, Wrightsman e Cook (1987) reafirmam a proposta, para eles a peculiaridade do estudo exploratório é justamente tentar se habituar ao fenômeno para obter dele um novo entendimento.

Do ponto de vista dos procedimentos técnicos, foi aplicado um estudo de caso. A técnica tem sido muito utilizada na Administração, principalmente nos casos que se destinam a descrever práticas de organizações ou aqueles que esperam contribuir para melhorias do conhecimento na área. (ROESCH, 2012)

Para Roesch (2012) o estudo de caso pode ser exploratório quando, por meio de informações qualitativas, busca levantar teorias e questões para novos estudos. A pesquisa de estudo de caso é uma das várias maneiras de realizar uma pesquisa nas ciências sociais. [...] um estudo de caso investiga um fenômeno contemporâneo (o “caso”) em seu contexto real, especialmente quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto puderem não estar claramente evidentes (YIN, 2015, p. 2).

O método, de acordo com Yin (2015), permite uma investigação que busca manter as características do fenômeno, em sua totalidade. Ele ressalta que a técnica é usada para examinar acontecimentos da atualidade, e afirma que a grande diferença do estudo é a forma como lida com a extensa variedade de fatos: documentos, entrevistas e observações e destaca a presença de duas fontes que não são incluídas entre as evidências do historiador: a observação direta e a série sistemática de entrevistas.

A condução de um estudo de caso vai ao encontro desta proposta de trabalho em razão da complexidade do fenômeno a ser estudado.

Considerando que a referência teórica está inserida dentro da problemática do estudo, e seu papel é justamente produzir ideias, orientar a pesquisa e conduzir a interpretações das técnicas que serão utilizadas, a pesquisa caracteriza-se pela revisão da literatura existente, com análise do que já foi publicado sobre o tema. Também será utilizada a técnica de análise bibliográfica e documental, uma vez que serão analisados documentos publicados pela entidade.

#### **4.2. Período e variáveis da análise**

Para realizar o cálculo do Valor Econômico a Curto Prazo (VECP) e do Valor Econômico Agregado à Sociedade (VEAS) foram realizados os seguintes passos: a) foram identificados todos os procedimentos hospitalares realizados por essa entidade (ambulatoriais e internações hospitalares); b) levantados todos os custos diretos e indiretos da entidade; c) identificados todos os valores repassados no ano de 2017, para o caso do VECP; d) definido o investimento total, ou seja, a soma do Passivo Oneroso com o Patrimônio Líquido (PL), para o caso do VEAS.

O período de coleta e análise das informações ocorreu de julho até outubro de 2018, tomando como período-base de estudo o ano de 2017. Vale ressaltar que não foi considerado um período anterior a esse em razão da possibilidade de divergências nas informações, uma vez que o contrato com a empresa que compartilhava a gestão do HU-UFSCar com a EBSERH, a Sociedade de Apoio, Humanização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde (SAHUDES) foi interrompido de forma inesperada em outubro de 2016, conforme apresentado adiante. O ano 2018 também não pode ser computado em virtude do fechamento anual dos balanços consolidados pela instituição.

Os dados relativos aos procedimentos hospitalares foram coletados na Unidade de Processamento da Informação Assistencial, Monitoramento e Avaliação, do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde; os dados relativos aos custos diretos e indiretos, bem como os valores dos investimentos foram coletados na Divisão Administrativo-Financeira; os dados referentes à Folha de Pagamento da equipe da entidade foram conseguidos por meio da Divisão de Gestão de Pessoas.

Inicialmente foi realizado contato com a chefe da Divisão de Gestão de Cuidado, que indicou o contato do chefe do Setor de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente, este

agendou uma reunião e realizou uma apresentação da entidade, bem como tomou conhecimento do projeto, afim de indicar os setores responsáveis por fornecer as informações necessárias para o andamento da pesquisa. De posse das informações sobre quais setores poderiam melhor auxiliar o estudo, foram realizados contatos com: o Chefe da Divisão Administrativo-Financeira e, posteriormente agendada reunião para apresentação do projeto; e a Chefe da Unidade de Processamento das Informações Assistenciais, Monitoramento e Avaliação, além de reunião para apresentação do projeto e explicação das informações necessárias para dar prosseguimento ao projeto.

Da reunião com o Chefe da Divisão Administrativo-Financeira, foram obtidas as informações referentes aos Custos e Despesas da Entidade, bem como valores de investimento, custeio e contratualização. Além destas informações, foram disponibilizados pelo setor os seguintes documentos: Balanço Patrimonial, Balanço Financeiro, Balanço Orçamentário e a Demonstração das Variações Patrimoniais. Destes documentos foram extraídas as informações para obter os valores dos ‘Custos Diretos e Indiretos’, os valores de ‘Investimento no Período’ e o valor do ‘Investimento Total’.

Com a Chefe da Unidade de Processamento das Informações Assistenciais, Monitoramento e Avaliação, foram obtidas as informações para alcançar o valor da ‘Receita Econômica’ da entidade. A Unidade foi a responsável por fornecer os dados sobre o número de atendimentos ambulatoriais e as internações hospitalares. Foram realizadas três reuniões com a chefe da unidade para que houvesse melhor compreensão das informações necessárias para a realização da pesquisa. Com base nas informações repassadas pela Unidade elaborou-se uma planilha mensal com todos os procedimentos realizados pela entidade, a planilha apresentada pela entidade continha apenas os nomes dos procedimentos, os códigos do Sistema de Gerenciamento da Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e Órteses Próteses e Materiais do SUS (SIGTAP) e a quantidade de procedimentos realizados, por essa razão foi necessário adequar a planilha, completando com informações para dar prosseguimento ao cálculo para valor de mercado.

#### **4.2.1 Cálculo dos procedimentos ambulatoriais**

Inicialmente realizou-se um levantamento de todos os procedimentos ambulatoriais praticados pelo hospital no período de janeiro a dezembro de 2017, bem como a quantidade

de ocorrências de cada procedimento. Esses dados foram coletados junto ao Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, por meio das informações disponíveis no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), tendo sido identificados 272 tipos de procedimentos ambulatoriais realizados pela entidade, no ano de 2017.

Na sequência foram identificados os códigos de todos os procedimentos, por meio do SIGTAP, disponível no sítio do Ministério da Saúde, Portal da Saúde<sup>16</sup>, que dispõe de todos os procedimentos que permitem processar a produção ambulatorial e de internação hospitalar pelos prestadores e gestores do SUS.

Identificados os códigos e valor de cada procedimento por meio do SIGTAP, foi multiplicado o valor do procedimento pelo número de ocorrências no período. Com isso, obteve-se o valor de Tabela SUS dos procedimentos ambulatoriais realizados pelo hospital.

Segundo Slomski (2001), para obter a receita econômica da entidade pública é preciso utilizar o conceito de receita da entidade privada, esse resultado é obtido pelo produto da multiplicação dos serviços executados pelo custo de oportunidade. Para encontrar o valor de mercado dos procedimentos realizados pelo HU-UFSCar, optou-se pela utilização da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM).

A CBHPM foi editada pela primeira vez em 2003, em razão da necessidade de unificar os códigos dos procedimentos das operadoras dos Planos de Saúde. Ocorre que, por um longo período, cada operadora criava sua própria tabela de códigos e procedimentos, seguindo seus interesses específicos, sem critérios claramente definidos e sem a ideia de hierarquização. “Após duros embates, que contaram sempre com a participação e a união das principais entidades médicas (AMB, CFM, FENAM), representantes médicas estaduais e as Sociedades de Especialidades, foi construída a CBHPM” (CBHPM, 2016, p.5).

Atualmente este trabalho é aceito pelo sistema de Saúde Suplementar Brasileiro, e ainda vem sendo introduzido gradativamente pelas mais importantes operadoras de planos de saúde. É necessário ressaltar que a cada dois anos são incorporados novos procedimentos na CBHPM, sendo que anualmente ocorre o reajuste dos valores pelo INPC/IBGE<sup>17</sup> do período para a correção nos valores referenciais dos serviços médicos (CBHPM, 2016).

Com a identificação dos códigos da Tabela SIGTAP, foi realizada a conversão em códigos da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS), que utiliza como base a CBHPM. Conforme apresentado pelo Ministério da Saúde, em Nota Informativa – CGSI/DRAC/SAS/MS, o trabalho de mapeamento ‘TUSS X SIGTAP’ foi conduzido pela

---

<sup>16</sup> Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>. Acesso em: 4 dez.2018.

<sup>17</sup> INPC/IBGE: Índice Nacional de Preços ao Consumidor/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Associação Médica Brasileira (AMB) e o Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar (COPISS), com o objetivo de facilitar a compreensão a respeito das denominações utilizadas na saúde suplementar para os procedimentos e eventos em saúde. Esse trabalho de mapeamento ocorreu no período de janeiro de 2015 a janeiro de 2017, foi baseado no mapeamento realizado pelo Hospital Sírio-Libanês para o projeto *Metodologia e Ferramentas para Aplicação do Modelo de ‘Grupo de Diagnósticos Relacionados’ para a área Hospitalar na Saúde Suplementar Brasileira*, e foi realizado de acordo com a ISO/TR 12300:2014 – *Health Informatics – Principles of Mapping Between Terminological Systems*, tendo sido utilizadas as seguintes equivalências: 1 – Equivalência de significado, tanto léxico quanto conceitual; 2 – Equivalência de significado, mas com sinonímia; 3 – TUSS (Conceito fonte) tem significado menos específico que a SIGTAP; 4 – TUSS (Conceito Fonte) tem significado mais específico que a SIGTAP; 5 – Não foi possível mapeamento. A Nota Informativa destaca que o mapeamento pode se dar de um ou mais códigos TUSS para um ou mais códigos SIGTAP ou pode ainda não haver mapeamento possível, sendo que nesta primeira fase foram publicados os procedimentos com equivalência 1 e 2 entre TUSS e SIGTAP, correspondendo a um total de 977 procedimentos, esta Tabela de Compatibilização entre TUSS x SIGTAP encontra-se acessível no sítio da ANS<sup>18</sup>.

Dando prosseguimento, para obter os valores de mercado dos procedimentos realizados pelo HU-UFSCar foi utilizada a edição 2016 da CBHPM. Nela os procedimentos estão agrupados em 14 portes, cada qual em três subportes (A, B e C) – conforme sua complexidade técnica, tempo de execução, atenção requerida e grau de treinamento necessário para capacitação do profissional que o realiza. Assim, na categoria de ‘Exames Laboratoriais’, por exemplo, os procedimentos estão classificados como frações do porte 1A, sendo que alguns exames podem ser inseridos em outras categorias que possuem variação no porte. Além disso, é preciso ressaltar que foi adotada para o cálculo dos custos (onde se incorpora a depreciação de equipamentos, manutenção, mobiliário, imóvel, aluguéis e outras despesas relacionadas aos procedimentos) a Unidade de Custo Operacional (UCO).

A CBHPM divulga todos os anos, no mês de outubro um Comunicado Oficial com o reajuste dos valores pelo INPC/IBGE do período para a correção nos valores referenciais dos serviços médicos. Para esse trabalho foram utilizadas duas tabelas, uma publicada pela

---

<sup>18</sup> Disponível em: <http://www.ans.gov.br/prestadores/tiss-troca-de-informacao-de-saude-suplementar/padrao-tiss-tabelas-relacionadas>. Acesso em: 4 dez. 2018.

entidade em outubro de 2016<sup>19</sup>, para o cálculo dos valores referentes aos meses de janeiro a setembro de 2017 e outra tabela publicada em outubro de 2017<sup>20</sup>, para os valores de outubro a dezembro de 2017.

Para obter o preço sugerido pela CBHPM para cada procedimento, realizou-se o cálculo, conforme apresentado nas Tabelas 01 e 02. Para exemplificação, foi utilizado o procedimento ‘Cultura de Bactérias p/ identificação’.

Tabela 1 - Cálculo para ‘Cultura de Bactérias p/ identificação’ (período janeiro a setembro de 2017)

Procedimento SIGTAP	Cultura de Bactérias p/ identificação
Código SIGTAP	02.02.08.008-0
Valor do procedimento pela tabela SUS	R\$ 5,62
Localização na CBHPM	Cultura bacteriana (em diversos materiais biológicos)
Código TUSS	4.03.10.12-4
Porte	0,10 de 1A
Valor do subporte 1A (jan. a set. 2017)	R\$ 17,38
Custo Operacional do procedimento	2,214
UCO (jan. a set. 2017)	R\$ 19,36
Cálculo do Porte	0,10 X R\$ 17,38 = R\$ 1,74
Cálculo do Custo Operacional	2,214 X 19,36 = R\$ 42,86
Valor Final (Porte + Custo Operacional)	R\$ 44,60

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 2 - Cálculo para ‘Cultura de Bactérias p/ identificação’ (período outubro a dezembro de 2017)

Procedimento SIGTAP	Cultura de Bactérias p/ identificação
Código SIGTAP	02.02.08.008-0
Valor do procedimento pela tabela SUS	R\$ 5,62
Localização na CBHPM	Cultura bacteriana (em diversos materiais biológicos)
Código TUSS	4.03.10.12-4
Porte	0,10 de 1A
Valor do subporte 1A (out. a dez. 2017)	R\$ 17,66
Custo Operacional do procedimento	2,214
UCO (out. a dez. 2017)	R\$ 19,69
Cálculo do Porte	0,10 X R\$ 17,66 = R\$ 1,76
Cálculo do Custo Operacional	2,214 X 19,69 = R\$ 43,59
Valor Final (Porte + Custo Operacional)	R\$ 45,35

Fonte: Elaboração própria.

<sup>19</sup> Disponível em: [http://www.spp.org.br/wp-content/uploads/2016/11/COMUNICADO-CBHPM-2016\\_2017.pdf](http://www.spp.org.br/wp-content/uploads/2016/11/COMUNICADO-CBHPM-2016_2017.pdf). Acesso em: 4 dez. 2018.

<sup>20</sup> Disponível em: [https://cbr.org.br/wp-content/uploads/2017/11/COMUNICADO-CBHPM-2017\\_2018.pdf](https://cbr.org.br/wp-content/uploads/2017/11/COMUNICADO-CBHPM-2017_2018.pdf). Acesso em: 4 dez. 2018.

Dos 272 procedimentos ambulatoriais realizados na entidade, dez não puderam ser identificados, em razão de: três deles não existirem na Tabela TUSS, quatro ainda não terem sido mapeados e outros três, embora mapeados, ainda não constam na CBHPM edição 2016. Para dar prosseguimento à pesquisa e encontrar o valor de mercado destes 10 procedimentos, adotou-se a média dos demais 262 procedimentos encontrados, ou seja, a diferença dos valores da Tabela SUS para os valores utilizados como referência pela CBHPM de 9,74 vezes maior. Por essa razão, realizou-se a multiplicação dos valores da Tabela SUS, para esses procedimentos não identificados, por 9,74.

#### **4.2.2 Cálculo das internações hospitalares**

Os dados dos procedimentos provenientes de internações hospitalares, realizados pelo hospital em 2017, foram disponibilizados pelo Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, por meio das informações disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), utilizando-se como ferramenta de tabulação o programa TABWIN, desenvolvido pelo DATASUS/Ministério da Saúde.

Cabe destacar que o SIH/SUS é um sistema informatizado empregado para registrar as internações hospitalares no âmbito do SUS e criado para realizar o pagamento das internações, além de operacionalizar as ações de controle e auditoria (CARVALHO, 2007). O SIH/SUS foi estabelecido a partir do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), utilizando a mesma lógica de processamento, ou seja, realizando o pagamento da remuneração fixa dos procedimentos médico-hospitalares, que consiste em diárias, taxas e medicamentos (GONÇALVES; FERREIRA; ALEMÃO, 2014).

Ocorre que, para o cálculo dos procedimentos de internações hospitalares, há algumas limitações, sobretudo quanto à análise dos valores apurados para a remuneração aos prestadores do SUS. De acordo com Gonçalves, Ferreira e Alemão (2014, p. 142), “a remuneração por procedimento, como atualmente estabelecida pelo sistema SIGTAP, é um mecanismo de pagamento prospectivo, baseado em um pacote de serviços e tempo de permanência pré-definidos”. Segundo tais autores, esse “pacote” refere-se a um valor pré-estabelecido na Tabela SUS e, para a remuneração dos procedimentos, são considerados quatro importantes componentes, que acrescentam valor ao atendimento: o repasse relativo ao procedimento principal, o valor repassado pelos procedimentos secundários, além dos incrementos e incentivos.

O processamento das informações hospitalares, segundo KOS *et al.* (2015, p. 1) é centralizado pelo DATASUS, de forma que o sistema público utiliza a tabela de preços definida pelo Ministério da Saúde, ou seja, “independente do tempo de internação ou dos custos reais incorridos com os pacientes, o valor repassado pelo SUS aos hospitais segue a tabela única para cada procedimento”. Vale ressaltar que estão embutidos no valor total repassado pelo SUS, para cada procedimento realizado, outros valores como: taxa de acompanhante, taxa de permanência e valores de exames realizados.

Além disso, alguns procedimentos não apresentam descrição na Tabela SIGTAP, provocando dificuldade na definição de padrões sobre o que está efetivamente incluído no referido procedimento, como é o caso do “Parto Normal”. Esse exemplo demonstra a complexidade em definir os procedimentos assistenciais, sobretudo aqueles que são considerados de média e alta complexidade e que são a maioria dos procedimentos da Tabela. Ocorre que, a divergência entre os valores dos procedimentos definidos na Tabela do SUS e o valor da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) demonstra que é possível realizar um procedimento principal e diversos procedimentos secundários, que podem ser complementares ao procedimento primário (aquele que abre a AIH) ou outros procedimentos que foram realizados por consequência de outras patologias, como: doenças de base, intercorrências ou outras complicações (GONÇALVES; FERREIRA; ALEMÃO, 2014).

Gonçalves, Ferreira e Alemão (2014) explicam que um procedimento primário é normalmente um procedimento mais relevante ou mais complexo que um secundário, que é complementar ao procedimento principal. Contudo, não se deve deixar de considerar que um procedimento secundário em determinado atendimento, pode ser considerado primário em uma determinada AIH. Para exemplificar, um procedimento de traqueostomia (código SIGTAP: 04.04.01.037-7) é primário, contudo, pode ser considerado secundário como parte de um ‘atendimento de urgência em médio e grande queimado’ (código SIGTAP: 04.13.01.001-5). Segundo os autores, é essa especificidade em determinados procedimentos que prejudica a obtenção dos custos, ou seja, uma AIH contém o valor do procedimento principal, bem como dos secundários.

Atualmente, não se consegue traçar o perfil epidemiológico brasileiro tendo como base as AIH, devido à possibilidade de emissão de mais de uma AIH por paciente e por não estarem as mesmas devidamente vinculadas. Esse fato fragiliza a adoção do sistema de informação como base de referência de custos e repasses de recursos, dificultando o controle tanto pelo SUS como por todos os gestores e para as pesquisas. Não se tem a sequência do que acontece com o atendimento, de forma sistematizada (GONÇALVES; FERREIRA; ALEMÃO, 2014, p. 146).



Essa mesma dificuldade em analisar o custo de um procedimento hospitalar dificulta a análise do repasse pelo SUS e, portanto, a conversão de valores da tabela SUS em tabela da CBHPM, pois ocorre que as informações fornecidas pelo HU-UFSCar, disponíveis no SIH/SUS do DATASUS, quanto aos procedimentos de internação hospitalar, registram somente os valores que seriam efetivamente remunerados pelo SUS, caso o HU-UFSCar não operasse por meio de contratualização, sem discriminar os procedimentos secundários ligados ao procedimento primário.

Exemplificando, dentre os 60 diferentes procedimentos de internações hospitalares realizados pelo HU-UFSCar no ano de 2017, para o procedimento ‘Tratamento de Choque Cardiogenico’, código SIGTAP: 03.03.06.006-9 (valor na tabela SUS: R\$ 330,80), no mês de janeiro/2017, o hospital receberia como ressarcimento R\$ 2.083,26, caso não houvesse a contratualização. Ocorre que, a planilha gerada por meio do programa TABWIN não caracteriza a quantidade de procedimentos ‘Tratamento de Choque Cardiogenico’ que abriram a AIH e nem tampouco há uma discriminação dos procedimentos secundários que foram somados ao procedimento principal, inviabilizando a compatibilização dos procedimentos hospitalares com a tabela TUSS.

Considerando a dificuldade em identificar quais procedimentos foram efetivamente realizados com as internações hospitalares, visto que as informações coletadas contém apenas os valores “fechados” dos procedimentos que abriram a AIH, sem os valores embutidos e, para dar continuidade à pesquisa, obter os valores de mercado dos 60 diferentes procedimentos de internações hospitalares realizados pelo HU-UFSCar, optou-se por repetir a mesma média dos demais 262 procedimentos ambulatoriais identificados, ou seja, a diferença dos valores da Tabela SUS para os valores utilizados como referência pela CBHPM, superior a 9,74 vezes. Realizou-se, portanto, a multiplicação dos valores da Tabela de Internação Hospitalar pela média encontrada de 9,74.

#### **4.2.3 Identificação dos custos diretos e indiretos**

A exemplo de Corrêa *et al.* (2012), Silva, Pereira e Araújo (2014) e Evangelista e Rodrigues (2015), para a classificação de custos foi utilizado o modelo de Slomski (2001). Para obtenção dos custos diretos e indiretos foram considerados os elementos compostos por:

1 - Pessoal Civil; 2 - Material de Consumo, 3 - Serviços de Terceiros e Encargos e 4 - Depreciação de Bens Móveis e Imóveis.

Os dados referentes à Pessoal Civil foram concedidos pela Divisão de Gestão de Pessoas da entidade. De acordo com Corrêa *et al.* (2012), para apurar os custos diretos e indiretos com Pessoal Civil foi alcançado o Vencimento Líquido e os Encargos Sociais, tendo sido necessário ajustar o custo da folha de pagamento, subtraindo do Vencimento Bruto o Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF). Segundo Slomski (2009, p. 71), “nas entidades de administração direta e indireta, face ao dispositivo constitucional, o valor retido sob rubrica de Imposto de Renda na folha de pagamento do servidor passa a ser receita do ente público”, ou seja, o custo será menor pois o valor retorna aos cofres públicos no momento de sua retenção.

Para alcançar os dados relativos aos custos diretos e indiretos com Material de Consumo, Serviços de Terceiros, Concessionárias e Prestadoras Diversas, houve a consolidação dos gastos disponibilizados pela Divisão Administrativo-Financeira do HU-UFSCar, disponível no sítio da EBSEH <sup>21</sup>. No Quadro 5, estão identificadas as Despesas/Saídas do HU-UFSCar, para o exercício de 2017.

Quadro 5 - Despesas/Saídas – HU/UFSCar: Exercício 2017

<b>MATERIAIS</b>	<b>SERVIÇOS</b>	<b>CONCESSIONÁRIAS E PRESTADORAS DIVERSAS</b>
Material Farmacológico	Fornecimento de Refeições	Água
Material Hospitalar	Lavanderia	Energia Elétrica
Materiais de Expediente	Dosimetria	Telefonia Fixa
Gêneros Alimentícios	Gases	
Materiais de Copa e Cozinha	Serviços de Desinsetização e desratização	
Materiais de Limpeza, Higiene e Segurança	Fornecimento e Transp. de Hemocomponentes	
	Laboratório	
	Pães	
	Locação Impressoras de Etiquetas e Pulseiras	
	Coleta de Resíduos Químicos	
	Apoio Administrativo	
	Locação de Central Telefônica	
	Vigilância Desarmada	
	Limpeza Hospitalar	
	Copeiragem e Rouparia	

Fonte: Elaboração própria.

<sup>21</sup> Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/hu-ufscar/receitas-e-despesas/despesas>. Acesso em: 10 dez. 2018.

Para obter o valor de Depreciação dos Bens Móveis e Imóveis utilizou-se o Balanço Patrimonial da entidade, apresentado pela Divisão Administrativo-Financeira do HU-UFSCar e acessível no Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal<sup>22</sup> (SIAFI).

#### 4.2.4 Identificação dos Investimentos

Para alcançar os valores dos investimentos durante o ano de 2017 e obter o VECP, foi feito um levantamento dos valores destinados ao HU-UFSCar. Cabe salientar que,

A sustentabilidade do HU-UFSCar, do ponto de vista do custeio de suas atividades, depende essencialmente dos seguintes componentes: 1) folha de pagamento dos empregados, custeada diretamente pelo MEC; 2) faturamento da produção, por meio do mecanismo de orçamentação global pelo FNS/MS, com anuência do gestor local; 3) recursos de custeio do Programa REHUF, alocados pelo MEC e MS por meio de uma matriz para todos os HUFs (BRASIL, 2016b, p.36).

Em relação aos serviços oferecidos pelo SUS, desde o início de funcionamento do hospital, quando ainda estava sob gestão municipal, foi pactuado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) um repasse mensal, a título de orçamentação global para operacionalizar os serviços hospitalares. “Em 2012, por meio do contrato n.º 166/12, firmado com a SAHUDES, o valor desses repasses foi pactuado em R\$700.000,00/mês, provenientes do teto previsto para o município pelo Fundo Nacional de Saúde” (BRASIL, 2016b, p. 37). Com a transferência da gestão municipal para a UFSCar, ficou estabelecido que a SMS manteria os repasses das parcelas estabelecidas anteriormente.

Aqui, cabe ressaltar que, a receita do HU-UFSCar não é proveniente da tabela SUS, por produção, mas há um valor fixo, a entidade não recebe diretamente do sistema único de saúde, mas mantém a gestão de seu faturamento, para manter o controle de sua produção.

Os dados relativos aos investimentos realizados na entidade foram disponibilizados pela Divisão Administrativo-Financeira do HU-UFSCar e podem ser acessados no sítio da EBSEH<sup>23</sup>. Foram computados os valores disponibilizados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) do MS, bem como os recursos do Programa REHUF, alocados pelo MEC e MS.

Para o cálculo do VEAS foram obtidos os valores dos investimentos fixos ou de longo prazo realizado na entidade. Para isso foram utilizados os Demonstrativos Contábeis da instituição, como: Balanço Patrimonial, Balanço Financeiro, Balanço Orçamentário e

<sup>22</sup> Disponível em: <http://www.stn.fazenda.gov.br/SIAFI>. Acesso em: 02 mar. 2019.

<sup>23</sup> Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/hu-ufscar/receitas-e-despesas/receitas>. Acesso em: 10 dez. 2018.

Demonstrações das Variações Patrimoniais, acessível por meio do SIAFI e disponibilizado pela Divisão Administrativo-Financeira do HU-UFSCar.

O investimento fixo efetivo realizado pelo governo no período é estabelecido pela soma do Passivo Oneroso, formado pelos restos a pagar e a dívida fundada interna, com o Patrimônio Líquido do Balanço Patrimonial, conforme apresentado por Bonacim e Araújo (2009) e Silva, Pereira e Araújo (2014).

#### **4.2.5 Custo de oportunidade, uso da Taxa SELIC**

Segundo Bonacim, Araújo e Miranda (2008), a taxa do Sistema Especial de Liquidação e Custódia (SELIC) foi utilizada para o cálculo do custo de oportunidade à sociedade, pois provoca efeito direto no custo de capital que foi destinado pela sociedade ao governo. Entende-se que, quando o governo amplia a taxa básica de juros da economia, cresce o custo de capital que foi confiado pela sociedade, com isso, exige-se maior eficiência operacional dos órgãos públicos (BONACIM, ARAÚJO, MIRANDA, 2008).

Portanto, para alcançar o custo de oportunidade é necessário multiplicar o investimento realizado pelo governo pelo seu custo de oportunidade que, segundo apurado por Fregonesi e Slomski (2007) e Bonacim e Araújo (2009) e corroborado por Silva, Pereira e Araújo (2014) e Evangelista e Rodrigues (2015), é dado pela taxa básica de juros da economia brasileira, a SELIC.

Para esta pesquisa, a exemplo de Fregonesi e Slomski (2007) e Bonacim e Araújo (2009), foi adotada a média da taxa real SELIC, a qual em 2017 foi de 10,30%, conforme é possível constatar no sítio do Banco Central do Brasil<sup>24</sup>. Optou-se ainda por elaborar uma planilha com a apresentação dos valores mensais, em razão da grande variação da taxa SELIC ao longo de 2017, afim de observar o comportamento desses valores, os quais estão apresentados nos Apêndices A (VECP) e B (VEAS).

O capítulo seguinte apresenta uma caracterização da entidade estudada e a exibição dos cálculos realizados para verificação do Valor Econômico a Curto Prazo (VECP) e Valor Econômico Agregado à Sociedade (VEAS).

---

<sup>24</sup> Disponível em: <https://www.bcb.gov.br/controleinflacao/historicotaxasjuros>. Acesso em: 28 jan. 2019.

## **5. ESTUDO DE CASO: O CÁLCULO DO VALOR ECONÔMICO AGREGADO À SOCIEDADE PELO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL DA UFSCAR**

### **5.1. O Hospital Universitário da UFSCar**

#### **5.1.1. Contextualização**

Conforme descrito no ‘Relatório de Gestão - 2016’, publicado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), foi em 2004 que teve início o processo de concretização do projeto de implantação de um hospital de ensino na cidade de São Carlos, com a doação do projeto arquitetônico pelo arquiteto João da Gama Filgueira, o ‘Lelé’. Neste mesmo ano foi lançada a pedra fundamental do Hospital Escola Municipal “Prof. Dr. Horácio Carlos Panepucci”, como foi inicialmente denominado. Segundo consta no Relatório, o projeto inicial previa “um hospital de 250 leitos de média e alta complexidade com 22 mil metros quadrados de área construída” (BRASIL, 2017a, p. 3).

Para tornar viável a gestão do hospital, foi criada em maio de 2007 a organização social Sociedade de Apoio, Humanização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde (SAHUDES), uma associação civil planejada com objetivos específicos de atuação no atendimento da população na área de saúde, especificamente para atuar no gerenciamento, manutenção e operacionalização do Hospital Escola Municipal (HEM) (BRASIL, 2017a).

Esse mesmo relatório de gestão, descreve que em 03 de novembro de 2007 foi inaugurado o primeiro módulo do Hospital Escola, que passou a integrar a Rede Escola de Cuidado à Saúde do Município de São Carlos, que oferecia serviço de emergência com a porta regulada e 21 leitos de observação, com uma pequena estrutura de exames de imagem (BRASIL, 2017a).

Em 2011, com a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH pelo Ministério da Educação permitiu que se vislumbrasse uma alternativa para o funcionamento do Hospital Escola por meio da sua federalização. Com a perspectiva de se obter novas fontes de custeio e investimento, por meio do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Federais – REHUF, e sobretudo a possibilidade de contratação de pessoal diretamente pela empresa, a universidade entendeu que esta seria a oportunidade de garantir que dispusesse de um hospital cuja gestão se alinhasse às suas necessidades acadêmicas (BRASIL, 2007a, p. 4).

Em março de 2014, foi encaminhado à Câmara Municipal o Projeto de Lei n. 66/2014, autorizando o município a transferir, mediante doação, o HEM à UFSCar, como alternativa

para o funcionamento do Hospital Escola por meio de sua federalização e com a perspectiva de se obter novas fontes de custeio e de investimento. Em julho do mesmo ano foi publicada a Lei Municipal nº 17.193, autorizando a gestão administrativa do HEM compartilhada pela Universidade Federal de São Carlos e pelo Município, objetivando a transição progressiva e harmônica de titularidade do Hospital para a UFSCar (BRASIL, 2017a).

Após a transferência, o hospital tornou-se uma unidade acadêmica da UFSCar e teve sua razão social alterada para: Hospital Universitário “Prof. Dr. Horácio Carlos Panepucci” da Universidade Federal de São Carlos – HU-UFSCar (BRASIL, 2017a).

A EBSERH, UFSCar e a SAHUDES assumiram a gestão compartilhada do HU-UFSCar em abril de 2015 e, com isso, tem início a implantação do Plano de Reestruturação da Unidade Hospitalar. Somente em julho de 2015, com a realização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) que se altera a denominação do Hospital Escola “Prof. Dr. Horário Carlos Panepucci” para Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos (HU-UFSCar), mantendo a homenagem ao Prof. Dr. Horário Carlos Panepucci. A mantenedora passa a ser oficialmente a Fundação Universidade Federal de São Carlos (BRASIL, 2017a).

Segundo apresentado pelo ‘Plano Diretor Estratégico 2017-2018 do Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos: desafios e oportunidades’ (PDE 2017-2018), publicado ao final de 2016, foi no início de 2015 que os primeiros editais de concurso público para preenchimento de vagas nas áreas médicas, assistencial e administrativa foram lançados, como parte do plano de reestruturação, que incluía a recomposição do quadro de pessoal (BRASIL, 2016b).

Em agosto de 2015 iniciaram as primeiras convocações dos aprovados nos concursos públicos lançados pela EBSERH, entretanto, como não foi possível o preenchimento de todas as vagas para os cargos de médicos, em abril de 2016, foi necessária uma prorrogação do convênio com a SAHUDES até dezembro do mesmo ano (BRASIL, 2016b).

Com equipe administrativa própria, a EBSERH assumiu a gestão de todos os contratos de serviços continuados e de aquisição dos insumos e medicamentos. Ocorreu que, em outubro de 2016, ao avaliar a prestação de contas que havia sido solicitada à SAHUDES, conforme previsto no convênio, a UFSCar detectou inconsistências que não foram sanadas, levando a um conflito crescente, que culminou em uma ruptura unilateral do convênio pela UFSCar e, com isso, a saída de todos os médicos contratados pela SAHUDES, por isso, somente em novembro de 2016, com a necessidade de implementação de um plano de gestão de crise, que a EBSERH assumiu integralmente a gestão do HU-UFSCar (BRASIL, 2016b).

### 5.1.2 Serviços oferecidos

Com o início da gestão plena da EBSEHR realizou-se uma alteração no perfil do hospital. Com a suspensão das consultas de pronto atendimento, o HU-UFSCar passou a atender somente por demanda referenciada (BRASIL, 2017a).

O hospital está integrado à Rede de Atenção à Saúde (RAS) e recebe demandas de atendimento de urgências e emergências: demanda referenciada das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de acordo com a regulação da gestão do município. Há também demanda do Centro de Especialidades Médicas (CEME), das Unidades Básicas de Saúde (UBS's) e das Unidades de Saúde da Família (USF's) (BRASIL, 2016b).

O HU-UFSCar abrange serviços de pronto-atendimento referenciado: clínica médica adulto e pediátrico e sua porta de entrada de urgência oferece atendimento ininterrupto nas 24 horas do dia, em todos os dias da semana. Ressalta-se que o hospital ainda não dispõe de serviços de UTI e Centro Cirúrgico (BRASIL, 2016b).

Atualmente, o HU-UFSCar é considerado um hospital de pequeno porte, que presta serviços de baixa e média complexidade, com foco na atenção de urgência e emergência. Sua baixa resolutividade limita seu envolvimento com outros focos de atenção, por isso, o 'Plano Diretor' enfatiza a importância em ampliar o número de leitos e a necessidade em implantar novos serviços (BRASIL, 2016b).

Conforme descrito no PDE 2017-2018, de acordo com o Protocolo de Urgência e Emergência de São Carlos, pacientes com demandas de emergência mais complexas, como politrauma; infarto agudo do miocárdio; parto; entre outros, serão referenciados para a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Carlos e não para o HU-UFSCar. Por isso, em relação à atenção hospitalar, a maioria dos atendimentos de alta complexidade da região concentra-se na Santa Casa (BRASIL, 2016b).

Vale ressaltar ainda que, muitos serviços ainda não estão disponíveis no município em razão do déficit crônico de leitos de terapia intensiva, para dar sustentação aos procedimentos mais complexos na região. "Do total de leitos da região, 484 (74%) estão no município de São Carlos e, desses, 241 (50%) são Leitos SUS e 243 (50%) Leitos Não SUS". Ocorre que, para tentar identificar a necessidade de leitos de uma região é necessário realizar uma análise conjuntural mais profunda em relação às condições de saúde e dos equipamentos que estão

disponíveis aos diferentes níveis de atenção, uma vez que a relação leito/habitante não é mais estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (BRASIL, 2016b, p. 29).

A questão de recursos humanos na área médica é outro fator essencial para que o HU-UFSCar altere seu patamar de produtividade e resolutividade assistencial. De acordo com dados fornecidos pela Divisão de Gestão de Pessoas do HU-UFSCar, atualmente o corpo clínico da instituição é constituído por 45 médicos que atuam nas áreas de: pediatria (15), clínica médica (5), ecocardiografia (1), cardiologia/ergometria (1), cardiologia (1), infectologista hospitalar (1), radiologia e diagnóstico por imagem (3), endoscopia digestiva (1), endoscopia respiratória (1), endocrinologia e metabologia (1), psiquiatria (2), medicina de urgência (2), medicina intensiva (1), nefrologia (4), cirurgia geral (2), diagnóstico por imagem/ultrassonografia geral (1), anestesiologia (2), hematologia e hemoterapia (1).

Vale ressaltar que, para a cobertura dos serviços prestados pelo HU-UFSCar foi dimensionado a contratação, via EBSEERH, de um total de 59 médicos. Diante do exposto, é possível constatar que a maior dificuldade enfrentada pelo hospital em relação ao quadro de pessoal, assim como acontece com outros HUF's em todo país, é a captação e fixação de médicos (BRASIL, 2016b).

### **5.1.3 O contrato de gestão do HU-UFSCar com a EBSEERH**

De acordo com o PDE 2017-2018, o contrato da UFSCar com a EBSEERH foi assinado em 14 de outubro de 2014, para a realização de uma gestão gratuita do Hospital Universitário recém adquirido. A EBSEERH, uma empresa pública de direito privado, criada pelo Ministério da Educação, tem como objetivos:

Prestar serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, inseridas integral e exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), observando as diretrizes e políticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde; e prestar às instituições federais de ensino superior – IFES serviços de apoio ao ensino, à pesquisa, à extensão e a formação de pessoas no campo da saúde pública, conforme políticas educacionais do Ministério da Educação (BRASIL, 2016b, p. 37).

O contrato entre a EBSEERH e a UFSCar, além das normas previstas em seu corpo, similar às demais normas para todas as universidades federais, integra um conjunto de anexos que caracterizam o Plano de Reestruturação do HU-UFSCar. Tal Plano, concebido em conjunto entre a equipe técnica da EBSEERH e a equipe gestora do hospital, no momento da



assinatura, abrangia a realização de obras e investimentos, cujo objetivo era revitalizar a infraestrutura física e tecnológica, bem como a contratação de força de trabalho própria, mediante efetivação de concursos públicos, fundamentados no dimensionamento de pessoal, realizado com base no diagnóstico situacional dos serviços ofertados e aqueles com previsão de abertura (BRASIL, 2016b).

#### **5.1.4 Estrutura organizacional**

O HU-UFSCar adotou o mesmo modelo de estrutura dos hospitais que estão sob a gestão da EBSE RH, mas com adequações ao tamanho e perfil assistencial. A EBSE RH, para construir um modelo organizacional aos hospitais universitários federais por ela geridos, considerou a necessidade de fortalecimento do núcleo operacional, que condiz com o bloco em que acontecem os processos de trabalho finalísticos, realizam e apresentam os resultados finais do serviço produzido. O núcleo operacional é constituído por ‘setores’ e ‘unidades’; na linha intermediária estão as ‘divisões’, responsáveis por interligar horizontalmente os processos finalísticos com os de suporte e, verticalmente, interligar níveis operacionais e de suporte à cúpula. A cúpula do órgão é formada pela ‘superintendência’ e as ‘gerências’ que, atuam em conjunto com os demais órgãos da estrutura de governança, para deliberar assuntos do hospital (BRASIL, 2016b).

Segundo o PDE 2017-2018, este modelo organizacional apresentado pela EBSE RH apresenta alguns problemas, pois “o desenho verticalizado pouco contribui para o desenvolvimento de uma gestão matricial e participativa e, ao ser aplicado a um hospital tão pequeno como o atual estágio do HUUFSCar, acaba se transformando numa estrutura aparentemente inchada” (BRASIL, 2016b, p. 42).

#### **5.1.5 Dimensionamento de pessoal**

Para definir o quantitativo de pessoal necessário a ser contratado, conforme previsto no Plano de Reestruturação, a EBSE RH utilizou a metodologia de dimensionamento de pessoal de elaborada pela Diretoria de Gestão de Pessoas. Para esse trabalho foram utilizados dois conjuntos de informações: 1) Dados de Produção: com base no levantamento feito pela

Diretoria de Atenção à Saúde (DAS) e a equipe técnica do HU-UFSCar. Para isso, apoiaram-se na quantidade de leitos existentes em funcionamento e foram consideradas as futuras ampliações. Portanto, para fins de dimensionamento, utilizou-se a previsão de abertura de 66 novos leitos, conforme previsto no Plano de Reestruturação, diferente dos 21 leitos em operação; 2) Foram considerados também o quantitativo mínimo de profissionais determinado nas regulamentações e legislações de Saúde; estrutura física do hospital; linhas de cuidados já existentes e as que foram propostas; as condições epidemiológicas; e o relacionamento com os gestores locais (BRASIL, 2016b).

Concluiu-se, portanto, com este trabalho que, para o funcionamento do HU-UFSCar, seriam necessárias 392 vagas de pessoal. Esse dimensionamento, contribuiu para a reposição da força de trabalho e determinou a abertura de concurso público para o hospital, que foi realizado pela EBSEH em 2015 (BRASIL, 2016b).

### **5.1.6 Contratualização**

O HU-UFSCar é considerado um hospital de pequeno porte, que disponibiliza serviços de baixa e média complexidade, com foco na atenção de urgências e emergências clínicas. Por isso, para uma introdução significativa do hospital na RAS é estratégica a “a ampliação do número de leitos e a estruturação de novos serviços de apoio e diagnóstico e terapêutico, visando aumentar a resolutividade” (BRASIL, 2016b, p. 20).

No que se refere à Contratualização com o gestor do SUS, uma minuta contratual foi estabelecida em conjunto, entre o HU-UFSCar e a Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos, com “o estabelecimento de metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e de gestão hospitalar e monitoramento por meio de indicadores” (BRASIL, 2016b, p. 34).

Um Plano de Ação Regional prevê a ampliação de novos leitos de internação no HU-UFSCar e, embora tenham sido implementadas muitas melhorias, sua produção é muito baixa e pouco resolutiva, por isso, espera-se que, com solução de problemas de infraestrutura e de gestão, o hospital possa mudar seu patamar de produção e ganhar novo fôlego na articulação com os gestores do SUS para uma repactuação de contrato (BRASIL, 2016b).

## **5.2. Aplicação dos dados encontrados para o cálculo do VECP e VEAS**

Este tópico aplica os princípios de gestão de valor econômico abordados na revisão bibliográfica, no item 3.6, à entidade escolhida como objeto de estudo desta pesquisa. No geral, o tratamento dos dados coletados com a pesquisa documental, nas informações concedidas pela equipe da entidade e nos relatórios disponibilizados pelo sítio da EBSEH, constituiu a tarefa da pesquisa de análise e descrição dos registros formais do órgão, sendo que tais documentos foram a base para a comparação e análise dos resultados obtidos.

Os dados passaram pelas fases de preparação e tabulação para facilitar a análise do conteúdo encontrado.

### **5.2.1 Cálculo do Resultado Econômico Operacional**

Slomski (2001) propõe que, para o cálculo do resultado econômico da entidade pública, seja utilizando o mesmo conceito de receita da entidade privada. Para o autor, o resultado econômico da entidade é “a diferença entre a receita econômica e a soma dos custos diretos e indiretos identificáveis à área de responsabilidade que a produziu” (SLOMSKI, 2001, p. 36).

Inicialmente foram levantados os valores para o cálculo da Receita Econômica. De acordo com Slomski (2001, p. 53) “a Receita Econômica nas entidades públicas, é o produto da multiplicação do custo de oportunidade que o cidadão desprezou ao utilizar o serviço público, pelos serviços que ele tenha efetivamente executado”. Lembrando que, de acordo com o autor, “deve-se entender por custo de oportunidade o menor preço de mercado à vista atribuído ao serviço prestado ao cidadão com similar qualidade, oportunidade e tempestividade daquele desprezado por ele ao utilizar o serviço público” (SLOMSKI, 2001, p. 54).

A exemplo da pesquisa de Bonacim e Araújo (2009), considera-se para o caso do HU-UFSCar, o serviço de menor preço aquele que é oferecido pelos planos de saúde. Considerando que as mais importantes operadoras de planos de saúde vêm gradativamente introduzindo o trabalho produzido pelas principais entidades médicas (AMB, CFM, FENAM) que é a CBHPM, e que este é um trabalho aceito pelo sistema de Saúde Suplementar

Brasileiro, ela é a referência para esta pesquisa, para a realização do cálculo da receita econômica.

A seguir são demonstradas as receitas provenientes das atividades assistenciais (consultas, internações, exames). Inicialmente o cálculo foi avaliado pelo valor de reembolso do SUS, embora o HU-UFSCar trabalhe mediante contratualização e tenha estabelecido com a Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos um repasse mensal no valor de R\$ 700.000,00/mês com a pactuação de metas a serem cumpridas e, portanto, não receba o reembolso do SUS, e posteriormente em valores praticados pelo mercado.

Para realização do cálculo da receita econômica da entidade, conforme apresentado anteriormente, é necessário multiplicar a quantidade de serviços prestados pelos valores da tabela CBHPM. Lembrando que, conforme descrito no item 4.2.1, inicialmente foi realizada a conversão em códigos da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS).

Para realizar a conversão dos valores do SUS para valores de mercado, dos serviços operacionalizados pela entidade, utilizou-se os dados dos procedimentos disponibilizados pelo Setor de Regulação e Avaliação em Saúde do HU-UFSCar.

Para fins de entendimento, apresenta-se a Tabela 03, elaborada a partir de informações repassadas pela instituição, com o cálculo de três procedimentos realizados em janeiro de 2017. Para melhor compreensão de como se obteve o valor de mercado dos procedimentos executados pelo HU-UFSCar no ano de 2017 elaborou-se a Tabela 4, com base nas informações da CBHPM, edição 2016.

Tabela 3 - Apresentação de valores SUS

<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>CÓDIGO SIGTAP (SUS)</b>	<b>QUANT.</b>	<b>VL UN. (SUS)</b>	<b>TOTAL (SUS)</b>
ELETRCARDIOGRAMA	211020036	25	5,15	R\$ 128,75
ELETRCENEFALOGRAMA	211050024	49	11,34	R\$ 555,66
ESPIROMETRIA	211080055	49	6,36	R\$ 311,64

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 4 - Apresentação de valores Mercado

<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>CÓDIGO TUSS</b>	<b>QUANT.</b>	<b>VL. UN. (CBHPM)</b>	<b>TOTAL (CBHPM)</b>
ECG convencional de até 12 variações	40101010	25	49,27	R\$ 1.231,75
Eletroencefalograma em vigília, e sono espontâneo ou induzido	40103234	49	169,09	R\$ 8.285,41
Prova de função pulmonar completa (ou espirometria)	40105075	49	169,09	R\$ 8.285,41

Fonte: Elaboração própria.

Os valores expressos na Tabela 03 são aqueles praticados pelo SUS e os valores apresentados na Tabela 04 são os praticados pelo mercado, por isso, o trabalho apresentado nas Tabelas 03 e 04 foi desenvolvido nas demais planilhas apresentadas pelo HU-UFSCar, para o período de janeiro a dezembro de 2017, para os procedimentos ambulatoriais, para se obter o total de valores de mercado.

Vale lembrar, que foram identificados 272 diferentes tipos de procedimentos ambulatoriais realizados no ano de 2017, com uma média de 7.645 atendimentos ambulatoriais ao mês. A Tabela 05 apresenta a conversão dos valores ambulatoriais SUS em valores de mercado, a partir das tabelas fornecidas pelo HU-UFSCar e na conversão de valores pela CBHPM/2016.

Tabela 5 - Atendimento Ambulatorial: Conversão de Valores SUS para Valores de Mercado

<b>2017</b>	<b>SUS (AMB)</b>	<b>MERCADO (AMB)</b>
Janeiro	R\$ 41.507,09	R\$ 308.110,88
Fevereiro	R\$ 57.043,14	R\$ 413.517,77
Março	R\$ 49.996,22	R\$ 372.339,55
Abril	R\$ 53.516,75	R\$ 357.970,31
Maiο	R\$ 87.235,97	R\$ 592.332,40
Junho	R\$ 63.581,29	R\$ 445.639,89
Julho	R\$ 52.841,08	R\$ 368.511,10
Agosto	R\$ 58.841,68	R\$ 423.257,61
Setembro	R\$ 61.793,16	R\$ 437.914,17
Outubro	R\$ 60.685,70	R\$ 411.915,24
Novembro	R\$ 45.248,93	R\$ 325.391,54
Dezembro	R\$ 47.135,84	R\$ 341.225,31
Fisioterapia	R\$ 26.978,15	R\$ 414.716,25
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 706.405,00</b>	<b>R\$ 5.212.842,02</b>

Fonte: Elaboração própria.

A Tabela 05 apresenta a conversão dos valores SUS de todos os procedimentos ambulatoriais realizados pelo HU-UFSCar no ano de 2017 em valores de mercado.

Para o cálculo dos procedimentos de internação hospitalar, uma das limitações da pesquisa está na inexistência de compatibilização dos códigos TUSS X SIGTAP, bem como o fato de não estarem discriminadas as quantidades de operações realizadas no período, conforme apresentado anteriormente no item 4.2.2. Para solucionar o problema, foi calculada a média dos valores dos procedimentos disponíveis para a obtenção dos substitutos de custo de oportunidade, por isso, os valores de internação hospitalar foram todos multiplicados por 9,74, para se obter o valor de mercado. A Tabela 06 apresenta os valores para internação e a conversão para valores de mercado.

Tabela 6 - Internação Hospitalar: Conversão de Valores SUS para Valores de Mercado

<b>2017</b>	<b>SUS (INT.)</b>	<b>MERCADO (INT)</b>
Janeiro	R\$ 56.153,35	R\$ 546.933,63
Fevereiro	R\$ 42.332,37	R\$ 412.317,28
Março	R\$ 42.273,97	R\$ 411.748,47
Abril	R\$ 35.225,03	R\$ 343.091,79
Maiο	R\$ 39.752,33	R\$ 387.187,69
Junho	R\$ 52.112,20	R\$ 507.572,83
Julho	R\$ 54.724,74	R\$ 533.018,97
Agosto	R\$ 53.187,46	R\$ 518.045,86
Setembro	R\$ 62.100,56	R\$ 604.859,45
Outubro	R\$ 56.588,46	R\$ 551.171,60
Novembro	R\$ 61.022,27	R\$ 594.356,91
Dezembro	R\$ 50.258,52	R\$ 489.517,98
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 605.731,26</b>	<b>R\$ 5.899.822,47</b>

Fonte: Elaboração própria.

A Tabela 06 apresenta a conversão dos valores SUS de todos os procedimentos de internação hospitalar realizados pelo HU-UFSCar no ano de 2017 em valores de mercado.

De acordo com Slomski (2001), a receita econômica deve ser compreendida como o valor que o mercado deixou de ganhar, em razão do cidadão utilizar o serviço público ao invés do privado. Para Bonacim e Araújo (2009, p. 424), “observando a realidade do setor, o menor preço com qualidade similar seria o oferecido pelos planos de saúde”, por isso, a Tabela 07 apresenta a conversão dos valores do total de procedimentos (ambulatoriais e de internação hospitalar) realizados pelo HU-UFSCar em 2017. Nota-se, portanto, que inicialmente são apresentados os ‘Valores SUS’, ou seja, o quanto o HU receberia de reembolso pelo serviço público prestado e, finalmente, em ‘Valores de Mercado’, demonstrando, portanto, quanto a entidade receberia caso prestasse um serviço particular.

Tabela 7 - Total de procedimentos 2017: Conversão de Valores SUS para Valores de Mercado

<b>2017</b>	<b>VALORES SUS</b>	<b>VALORES MERCADO</b>
Janeiro	R\$ 97.660,44	R\$ 855.044,51
Fevereiro	R\$ 99.375,51	R\$ 825.835,05
Março	R\$ 92.270,19	R\$ 784.088,02
Abril	R\$ 88.741,78	R\$ 701.062,10
Maiο	R\$ 126.988,30	R\$ 979.520,09
Junho	R\$ 115.693,49	R\$ 953.212,72
Julho	R\$ 107.565,82	R\$ 901.530,07
Agosto	R\$ 112.029,14	R\$ 941.303,47
Setembro	R\$ 123.893,72	R\$ 1.042.773,62
Outubro	R\$ 117.274,16	R\$ 963.086,84
Novembro	R\$ 106.271,20	R\$ 919.748,45
Dezembro	R\$ 97.394,36	R\$ 830.743,29
Fisioterapia	R\$ 26.978,15	R\$ 414.716,25
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 1.312.136,26</b>	<b>R\$ 11.112.664,49</b>

Fonte: Elaboração própria.

Para calcular o Resultado Econômico Operacional ou Lucro Operacional (LOP) da entidade, os custos utilizados foram precisamente os valores fornecidos pela Divisão Administrativo-Financeira do HU-UFSCar e que estão disponibilizados no sítio da entidade<sup>25</sup> e, assim como o trabalho desenvolvido por Bonacim e Araújo (2009), optou-se por não retirar dos custos operacionais o efeito incremental relativo à atividade de ensino. Com isso, a Tabela 08 apresenta o Resultado Econômico Operacional da entidade para o ano de 2017.

Tabela 8 - Resultado Econômico Operacional

RECEITA ECONÔMICA	R\$ 11.112.664,49
(-) CUSTOS DIRETOS E INDIRETOS IDENTIFICÁVEIS	R\$ 9.503.671,27
<b>(=) RESULTADO ECONÔMICO OPERACIONAL</b>	<b>R\$ 1.608.993,22</b>

Fonte: Elaboração própria.

O resultado expresso na Tabela 08 demonstra um Resultado Econômico Operacional positivo da entidade.

<sup>25</sup> Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hu-ufscar/inicio>. Acesso em: 06 de mar. 2019.

## 5.2.2 Cálculo do Custo de Oportunidade do Capital

Para o cálculo do custo de oportunidade do capital investido pelo Estado, de curto prazo, foi realizado um levantamento de todas as subvenções recebidas pelo hospital, no ano de 2017. Para isso, recorreu-se aos demonstrativos publicados pela entidade no sítio da EBSEH e aos relatórios apresentados pela Divisão Administrativo-Financeira do HU-UFSCar. Foram identificados os valores dos investimentos de curto prazo (associados ao custeio das atividades, ao ciclo operacional) e dos investimentos de longo prazo (estruturais).

Na prática, multiplica-se o investimento feito pelo governo no período pelo seu respectivo custo, representado aqui pela taxa SELIC, conforme tratado no item 4.2.5. Em seguida, tem-se o Custo de Oportunidade do capital do Estado. Com isso, o Valor Econômico Agregado de Curto Prazo (VECP) reflete o que a sociedade pagaria se tivesse que utilizar o setor privado, caso o HU-UFSCar não existisse.

Para obter o Valor Econômico Agregado à Sociedade (VEAS) que representa, segundo Bonacim e Araújo (2009), o valor devolvido à sociedade por deixar o capital investido no HU-UFSCar, é necessário obter o valor do Investimento Total na entidade que é calculado em função dos investimentos fixos ou de longo prazo, para isso considera-se como Investimento Total o Passivo Oneroso, formado pelos restos a pagar mais a dívida fundada interna, mais a soma do Patrimônio Líquido (PL), que é o resultado patrimonial do exercício, e isso representa o Investimento Fixo efetivo realizado pelo governo.

Portando, deve ser considerado que todo investimento feito pelo governo tem um custo, do mesmo modo que ocorre em empresas privadas com seus investimentos, no caso do Custo Médio Ponderado do Capital (CMPC, para o cálculo do EVA<sup>®</sup>). Em relação aos custos dos investimentos realizados pelo governo (contratualização SUS, investimentos para custeio e investimento total), optou-se pelo uso da taxa SELIC, pois é aceita como a taxa de juros livre de risco no Brasil, uma vez que envolve títulos públicos, nos mesmos moldes de Fregonesi e Slomski (2007) e Bonacim e Araújo (2009) e corroborado por Silva, Pereira e Araújo (2014) e Evangelista e Rodrigues (2015).

A Tabela 09 apresenta os investimentos de curto prazo, para o cálculo do VECP, feito pelo governo no HU-UFSCar no período, tais investimentos estão ligados geralmente ao custeio das atividades, ao ciclo operacional, e seus resultados indicam o quanto a sociedade ganha ou perde por delegar uma obrigação do Estado para terceiros. Para o cálculo do VEAS, a Tabela 10 utiliza como base de cálculo os investimentos de longo prazo (estruturais), e não



mais os investimentos da contratualização e custeio, são valores associados ao que representa o valor que é devolvido à sociedade por ela deixar o capital investido no HU-UFSCar.

Vale lembrar que foi adotada a média da taxa real da SELIC para o ano de 2017, de 10,30%, a exemplo de Fregonesi e Slomski (2007) e Bonacim e Araújo (2009). Além disso, optou-se por elaborar uma planilha com a apresentação dos valores mensais, conforme apresentado nos Apêndices A (VECP) e B (VEAS), em razão da grande variação da taxa SELIC ao longo de 2017, tendo oscilado entre 7,4% e 13,65%.

Tabela 9 - Custo de Oportunidade do Capital do Estado, para cálculo do VECP

Contratualização + Custeio (INV.)	R\$ 13.325.646,21
(x) Taxa SELIC	10,30%
<b>Custo de Oportunidade do Capital do Estado</b>	<b>R\$ 1.372.541,56</b>

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 10 - Custo de Oportunidade para a Sociedade, para o cálculo do VEAS

Passivo Oneroso + PL (INV. TOTAL)	R\$ 3.411.945,72
(x) Taxa SELIC	10,30%
<b>Custo de Oportunidade para a Sociedade</b>	<b>R\$ 351.430,41</b>

Fonte: Elaboração própria.

A Tabela 09 apresenta o Custo de Oportunidade do Capital do Estado, para o cálculo do Valor Econômico Agregado de Curto Prazo (VECP) e reflete o que a sociedade pagaria se tivesse que utilizar o setor privado, caso o HU-UFSCar não existisse. Enquanto a Tabela 10 apresenta o Custo de Oportunidade para a Sociedade, para o cálculo do Valor Econômico Agregado à Sociedade (VEAS), ou seja, o valor devolvido à sociedade por deixar o capital investido no HU-UFSCar.

### 5.2.3 Cálculo do VECP e VEAS

Para realizar o cálculo do valor econômico agregado, a partir do modelo de Bonacim e Araújo (2009), foram obtidos os valores de mercado dos procedimentos realizados pelo HU-UFSCar, sugerindo quando a sociedade pagaria caso não tivesse os serviços oferecidos pelo hospital universitário.

O total de serviços prestados pelo HU-UFSCar, em 2017, multiplicado pelo valor de mercado, seria de R\$ 11.112.664,49, ou seja, o valor que a sociedade pagaria a um hospital particular na inexistência do HU. Nota-se que existe uma significativa diferença entre os valores do Estado, por meio do SUS e os valores praticados pelo mercado. Caso o HU-

UFSCar não existisse, a sociedade pagaria um valor superior a nove vezes pelos mesmos serviços. Ocorre que, para verificar se de fato foi realizada economia para a sociedade, é necessário considerar o valor do custo de oportunidade do capital investido pelo Estado, por isso, multiplica-se o investimento realizado pelo governo pela taxa real SELIC que teve uma média anual de 10,30% no ano de 2017.

A Tabela 11 indica o VECP, o quanto a sociedade pagaria se recorresse ao setor privado (REO) caso o HU-UFSCar inexistisse, deste valor é deduzido o Custo de Oportunidade.

Tabela 11 - Cálculo do Valor Econômico Agregado de Curto Prazo (VECP)

RECEITA ECONÔMICA	R\$ 11.112.664,49
(-) CUSTOS DIRETOS E INDIRETOS	(R\$ 9.503.671,27)
(=) RESULTADO ECONÔMICO OPERACIONAL (REO)	<b>R\$ 1.608.993,22</b>
INVESTIMENTO TOTAL NO PERÍODO	R\$ 13.325.646,21
(x) Taxa SELIC	10,30%
(=) CUSTO DE OPORTUNIDADE DO CAPITAL DO ESTADO	<b>R\$ 1.372.541,56</b>
RESULTADO ECONÔMICO OPERACIONAL	R\$ 1.608.993,22
(-) CUSTO DE OPORTUNIDADE	(R\$ 1.357.541,56)
(=) <b>VECP</b>	<b>R\$ 251.451,66</b>

Fonte: Elaboração própria.

O VECP (Tabela 11) é obtido da diferença entre o Resultado Econômico Operacional e o Custo de Oportunidade do Capital do Estado e demonstra quanto a sociedade ganha ou perde por terceirizar a prestação do serviço à entidade privada.

A Tabela 12 demonstra o cálculo do VEAS, que é a diferença entre Resultado Econômico Operacional e o custo de oportunidade para a sociedade no período. Para realização deste cálculo, utiliza-se o mesmo valor do Resultado Econômico Operacional do VECP, sendo que a diferença está no custo de oportunidade, que agora é calculado com base nos investimentos fixos e não mais nos investimentos em custeio. Aqui, considera-se como Investimento Total, o Passivo Oneroso (Passivo) e o PL, que demonstra o investimento Fixo real praticado pelo governo no período (BONACIM e ARAÚJO, 2009).

Tabela 12 - Cálculo do Valor Econômico Agregado à Sociedade (VEAS)

RECEITA ECONÔMICA	R\$ 11.112.664,49
(-) CUSTOS DIRETOS E INDIRETOS	(R\$ 9.503.671,27)
(=) RESULTADO ECONÔMICO OPERACIONAL (REO)	<b>R\$ 1.608.993,22</b>
INVESTIMENTO TOTAL (Passivo Oneroso + PL)	R\$ 3.411.945,72
(x) Taxa SELIC	10,30%
(=) CUSTO DE OPORTUNIDADE PARA A SOCIEDADE	<b>R\$ 351.430,41</b>
RESULTADO ECONÔMICO OPERACIONAL	R\$ 1.608.993,22
(-) CUSTO DE OPORTUNIDADE	(R\$ 351.430,41)
(=) <b>VEAS</b>	<b>R\$ 1.257.562,81</b>

Fonte: Elaboração própria.

Segundo Bonacim e Araújo (2009), o VEAS (Tabela 12) demonstra o valor devolvido para a sociedade por manter o capital investido na entidade pública. Nota-se, portanto, que ao utilizar a metodologia desenvolvida por esses autores, o HU-UFSCar está agregando valor econômico à sociedade.

## 6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O Valor Econômico Agregado à Sociedade, um indicador de valor econômico adaptado às entidades públicas, demonstra, assim como acontece em empresas privadas, se a utilização do capital investido pelo Estado foi capaz de exceder o custo de oportunidade do investimento.

Para obtenção dos resultados dessa pesquisa, inicialmente, foram alcançados os valores da Receita Econômica da entidade. Para isso, foi utilizado o mesmo conceito de receita da entidade privada, conforme modelo proposto por Slomski (2001), tendo sido utilizados os dados dos procedimentos ambulatoriais e de internação hospitalar, que são os serviços que o HU-UFSCar presta à sociedade. Tal abordagem toma como parâmetro os menores preços de mercado à vista, por isso, para esta pesquisa adotou-se os valores propostos pela CBHPM, aceita pelas principais entidades médicas brasileiras.

Para mensurar a receita econômica, multiplicou-se o número dos procedimentos realizados pela entidade, conforme descrito nas Tabelas 03 e 04, pelos valores de mercado. A Tabela 07 apresenta o valor total dos procedimentos (ambulatoriais e de internação hospitalar) realizados no ano de 2017, que seria R\$ 11.112.664,49, ou seja, o valor que a sociedade pagaria na inexistência do HU-UFSCar, e que representa a conversão de valores SUS em valores de mercado. Nota-se que existe uma significativa diferença entre os valores praticados pelo SUS e os valores sugeridos pela CBHPM e, caso o HU-UFSCar não existisse, a sociedade pagaria à iniciativa privada um valor em média 9,74 vezes maior pelos serviços hospitalares.

O Resultado Econômico Operacional, conforme apresentado na Tabela 08, é obtido deduzindo da Receita Econômica, os Custos Diretos e Indiretos identificáveis à área que produziu tal receita, ou seja, os custos e despesas incorridos para oferecer o serviço ao cidadão. O Resultado Econômico apresentado pelo HU-UFSCar, no exercício de 2017, foi positivo, demonstrado por um lucro econômico de R\$ 1.608.993,22 durante o ano. Isso demonstra que os gestores da entidade administraram de forma eficiente os recursos públicos, devolvendo ao contribuinte um serviço de saúde a um custo menor que o preço praticado pelo mercado.

Para o cálculo do Custo de Oportunidade do Capital Investido pelo Estado, foram realizados os levantamentos de todas as subvenções recebidas pelo HU-UFSCar no ano de 2017. Para o cálculo dos investimentos de curto prazo, foram identificados os valores

associados ao custeio das atividades, ligados ao ciclo operacional da entidade e, para obtenção dos investimentos de longo prazo, realizou-se a soma do Patrimônio Líquido com o Passivo Oneroso.

As Tabelas 09 e 10 apresentam o cálculo do Custo Médio Ponderado do Capital (CMPC), que demonstra como o Estado investiria o recurso se não o destinasse ao HU-UFSCar, baseia-se no custo de oportunidade que, a exemplo de Fregonesi e Solomski (2007) e Bonacim e Araújo (2009), propõe o uso da taxa básica de juros da economia brasileira, definida pela SELIC.

O resultado do VECP, demonstrado na Tabela 11, é obtido pela diferença entre o Resultado Econômico Operacional e o Custo de Oportunidade no período, que representa o quanto a sociedade pagaria se recorresse ao setor privado.

O cálculo do VEAS, apresentado na Tabela 12, é alcançado deduzindo do Resultado Econômico Operacional o Custo de Oportunidade (obtido agora em função dos investimentos fixos ou de longo prazo). O resultado positivo demonstra o valor devolvido para a sociedade por manter o capital investido na entidade.

Considerando, portanto, que o hospital demonstrou eficiência, gerando valor positivo, o HU-UFSCar mostra-se apto a oferecer os serviços assistenciais de saúde à população, gerando um valor que paga o custo de oportunidade do investimento realizado pelo Estado.

Em relação aos princípios de governança corporativa empregados a instituições públicas, cabe observar, conforme apresentado por Slomski (2005), contribuem para atender aos princípios de transparência e prestação de contas, pois demonstram os gastos públicos com a entidade, comparando-os com os investimentos nela realizados, além de possibilitar a apresentação de resultados à sociedade. Por esse motivo, torna-se relevante que todas as entidades públicas publiquem o resultado econômico das atividades prestadas à população, de maneira que lhe permita uma comparação da eficiência e o retorno no uso dos recursos públicos.

Outras pesquisas na área de Administração Pública demonstram a efetividade do modelo de Slomski (2001), de mensuração do resultado econômico em entidades públicas, que auxiliam na identificação da criação ou destruição de valor. Nota-se que o resultado positivo apresentado pelo HU-UFSCar está em linha com outras investigações da literatura, que sugerem que as entidades públicas sejam capazes de criar valor econômico para a sociedade, como: o estudo conduzido por Fregonesi e Slomski (2007), que verificou o Valor Econômico Agregado e mostrou eficiência na prestação do serviço de educação em uma escola municipal de ensino fundamental e médio de Ribeirão Preto; o trabalho de Bonacim e

Araújo (2009) que alcançou um resultado positivo no estudo realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP); Corrêa *et al.* (2012), cuja pesquisa constatou resultado econômico positivo ao analisar o valor gerado pela atividade de educação no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará, campus Abaetetuba; Silva, Pereira e Araújo (2014), que obtiveram resultado positivo, por meio da aplicação do modelo de Slomski (2001), no Bloco da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Patos de Minas; e Evangelista e Rodrigues (2015), que analisaram as demonstrações financeiras de três prefeituras do interior do estado de São Paulo e comprovaram que essas entidades agregam valor social à população.

## 6.1 Comparativo SUS x Mercado

Para o cálculo da Receita Econômica, utiliza-se a iniciativa privada como parâmetro de comparação, por isso, um aspecto importante deve ser analisado dos resultados deste cálculo, o comparativo entre os valores SUS e os de Mercado. Verificou-se que, dentre os 332 diferentes procedimentos identificados (ambulatoriais e de internação hospitalar), 262 foram devidamente mapeados e tiveram sua compatibilização SIGTAP x TUSS realizadas, a diferença entre os valores praticados pelo mercado (CBHPM) e os valores da tabela SUS é bastante significativo e, de acordo com os dados coletados, se o HU-UFSCar não existisse, a sociedade pagaria à iniciativa privada um valor em média 9,74 vezes maior.

Cabe aqui, algumas reflexões quanto a discrepância entre os valores encontrados, principalmente, quando se tratam dos custos efetivamente incorridos para a prestação dos serviços assistências hospitalares. Algumas pesquisas apontam para o risco operacional dos hospitais financiados pelo SUS, como o trabalho de Gonçalves, Ferreira e Alemão (2014), que foca a relação entre os gastos de um hospital público em contraponto aos recursos financeiros repassados pelo SUS.

Outros trabalhos relatam a falta de ajustes periódicos na tabela SUS, como o de Santos, Borgert e Borgert (2017), com a insuficiência de recursos públicos para cobrir seus custos. Há trabalhos, como de Kos *et al.* (2015), que apresentam resultados de uma pesquisa que demonstra que o valor repassado pelo SUS é superior ao custo médio dos procedimentos realizados em um hospital público.

Embora o resultado apresentado evidencie a discrepância entre os valores de mercado e os valores repassados pelo SUS, este não o objetivo deste estudo, mas sim evidenciar quanto a sociedade pagaria às instituições privadas, caso o Estado deixasse de repassar seus recursos à entidade analisada.

## **6.2 Delimitações da pesquisa**

O objetivo desta pesquisa foi analisar o valor econômico gerado pelos serviços assistenciais de saúde prestados pelo HU-UFSCar, no exercício de 2017, tendo apresentado, contudo, algumas limitações.

A primeira dificuldade está relacionada ao cálculo do custo de oportunidade dos procedimentos de internação hospitalar, disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), haja vista que o detalhamento de todos os procedimentos realmente realizados nesta categoria não foi disponibilizado pelo hospital. Ocorre que, os dados levantados por meio do TABWIN (sistema de prestação de contas do SUS, disponibilizado na plataforma eletrônica do DATASUS), não registra todos os procedimentos realizados ao longo da internação de um paciente, pois considera somente o primeiro procedimento realizado, para fins de faturamento, e isso gera valores inconsistentes com os da tabela SUS.

Outra limitação refere-se à compatibilização da Tabela SIGTAP x TUSS que ainda encontra-se em processo de construção, bem como a própria Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM). Para sanar essa limitação foi calculada a média dos valores disponíveis para a obtenção dos substitutos de custo de oportunidade para os procedimentos de internação hospitalar.

Nota-se ainda, segundo Bonacim e Araújo (2009), que no setor público, a prestação de contas é observada mediante informações disponíveis em Demonstrações Contábeis (DC's) tradicionais, como: Balanço Patrimonial, Demonstração das Variações Patrimoniais, Balanço Financeiro e Balanço Orçamentário, documentos que foram disponibilizados pela Divisão Administrativo-Financeira do HU-UFSCar. Ao analisar essas DC's percebeu-se a necessidade de instituições públicas evidenciarem a eficiência no uso dos recursos públicos por meio da Demonstração do Resultado do Exercício (DRE), que “é a apresentação em forma reduzida, das operações realizadas pela empresa, durante o exercício social, demonstrada de forma a destacar o resultado líquido no período” (SLOMSKI, 2005, p. 95). Essa demonstração, que é

de elaboração facultativa aos órgãos públicos, permitiria ao cidadão avaliar a entidade pelo que produz e não apenas pelo que consome. Compreende-se, portanto, que entidades públicas que quiserem demonstrar transparência na Administração Pública precisam buscar novos instrumentos de avaliação de desempenho como a DRE e o cálculo do VEAS.

Outra limitação do trabalho, refere-se aos custos operacionais acrescentados pelas atividades de ensino do HU-UFSCar. Sabe-se que, de acordo com Medici (2001) e Bonacim e Araújo (2009), hospitais universitários são mais dispendiosos, visto que das atividades de ensino diversos fatores impactam nos custos dos HU`s. Uma pesquisa conduzida por Sloan, Feldman e Steinwald (1983), concluiu que os efeitos do ensino em custos hospitalares são 20% (vinte por cento) mais altos do que hospitais unicamente assistenciais. Entretanto, para esta pesquisa, optou-se por manter os custos ligados às atividades de ensino do HU-UFSCar, assim como no trabalho realizado por Bonacim e Araújo (2009).

Uma importante consideração a ser feita sobre a dificuldade em realizar uma análise da gestão do HU-UFSCar no ano de 2017, deve-se a não publicação do ‘Relatório de Gestão 2017’ pela entidade, durante o período de coleta e análise dos dados, realizado entre julho e outubro de 2018. A falta de acesso ao documento limitou a pesquisa no que se refere à comparação das informações sobre a evolução do atendimento à população. Segundo o Plano Diretor Estratégico (PDE) 2017-2018 da instituição, publicado ao final de 2016, destacava-se uma série de ampliações em termos de leitos de internação hospitalar e, embora o funcionamento de 33 novos leitos tenha iniciado em outubro de 2017, segundo publicado no sítio da EBESERH<sup>26</sup>, não foi possível realizar um comparativo para avaliar o impacto dos atendimentos à sociedade com a ampliação da capacidade do hospital.

Vale destacar que, nos Apêndices A e B nota-se que em alguns meses o VECP e VEAS aparecem negativos. Destaque para o mês de abril, ocasião em que houve uma despesa muito alta com a manutenção de um tomógrafo, bem como uma queda nas internações hospitalares no referido mês. Além disso, nota-se que houve um resultado positivo significativo no VEAS e VECP do mês de setembro, ocasião em que houve um aumento da receita e não houve repasse referente à contratualização. Ao verificar os resultados do VECP e VEAS mês a mês, pode-se constatar que, por não haver um repasse regular do valor de contratualização, os resultados alcançados sofrem uma significativa variação de um mês para outro, exigindo do gestor mais atenção quanto ao equilíbrio financeiro da instituição.

---

<sup>26</sup> Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/hu-ufscar>. Acesso em: 20 dez. 2018.



Cabe salientar ainda, que os resultados desta pesquisa refletem apenas a realidade do HU-UFSCar para o ano de 2017, não sendo possível realizar uma análise temporal da entidade. Além disso, suas conclusões não podem ser estendidas aos demais hospitais universitários, uma vez que se encontra fundamentado somente no contexto abordado, por isso, torna-se necessário realizar novos estudos que contemplem a forma como os recursos públicos estão sendo investidos nos demais HU's.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa procurou demonstrar como calcular o valor econômico agregado por um hospital universitário gerido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Para isso, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o assunto e calculado o valor econômico, nos moldes da pesquisa realizada por Bonacim e Araújo (2009). A entidade pública estudada, o Hospital Universitário “Prof. Dr. Horário Carlos Panepucci” da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), demonstrou eficiência no uso dos recursos públicos para a prestação de serviços assistenciais de saúde.

O resultado dessa pesquisa é muito importante para a gestão pública, pois apresenta o potencial das entidades públicas na prestação de serviços que agreguem valor. Além disso, deve-se considerar a atual crise econômica vivida pelo país, em que surgem duas linhas antagônicas que tratam a questão do fornecimento de serviços sociais pelo Estado. Uma delas defendendo um Estado responsável pela oferta de tais serviços (*Welfare State*) e a outra justificando que o Estado deve somente regulamentar os serviços oferecidos pelo mercado (Estado Mínimo). Com este estudo, percebe-se o quanto a sociedade estaria perdendo se o Estado deixasse de prover o serviço de saúde por este hospital universitário, visto que o retorno gerado pelo HU-UFSCar é superior a remuneração básica do mercado para o capital nele investido.

Dimensionar e compreender os repasses financeiros do governo às entidades públicas hospitalares, em contraponto aos seus gastos, é fundamental para perceber se tais entidades estão sendo administradas de maneira eficiente e contribuindo para o bem-estar da sociedade. Quando se vislumbra uma política de saúde pública no Brasil, que tenha como principal condutor a inclusão social universal, é correto afirmar que a dependência de recursos financeiros torna-se cada vez maior. Por isso, a busca pela sustentabilidade na assistência médico-hospitalar pública deve ser alcançada por meio de instrumentos que proporcionem aumento da receita e redução dos custos.

Diante deste cenário, espera-se que os resultados desta pesquisa contribuam para demonstrar a importância da transparência e da avaliação de desempenho de entidades públicas, sobretudo hospitais universitários, em razão da prestação de contas à sociedade quanto ao uso dos recursos públicos. Cabe aqui destacar a importância em alterar a forma como as entidades públicas apresentam seus resultados econômicos, por exemplo, a ausência da DRE, cuja elaboração é facultativa aos órgãos públicos, dificultando a análise do que é

‘produzido’ pela entidade pública. Caso a entidade tivesse esse tipo de DC publicada, permitiria uma análise mais transparente do desempenho na Administração Pública, pois possibilitaria analisar a entidade não apenas pelo que ela consome.

Outro fator a ser considerado é a utilização da taxa SELIC para o cálculo do custo de oportunidade. Deve-se avaliar a possibilidade do desenvolvimento de outras formas para apurar esse resultado e buscar uma taxa capaz de representar mais adequadamente o custo de oportunidade para os hospitais.

Além disso, ao realizar o trabalho de conversão dos valores SUS em valores de mercado, percebe-se uma lacuna no que diz respeito ao trabalho de compatibilização das tabelas SIGTAP x TUSS, assim como o próprio processo de conversão desses valores, visto que não existe um mecanismo que realize esse processo automaticamente. Ademais, ao constatar a significativa diferença entre valores SUS e mercado, surgem questionamentos sobre os motivos para essa dissonância entre esses valores, trabalhos futuros poderiam investigar essa discrepância entre Plano de Saúde e SUS. Assim, há duas possibilidades para explicá-la: uma delas que trata da suficiência ou insuficiência dos recursos repassados pelo SUS e outra que buscaria entender como são calculados e construídos os valores das tabelas de mercado.

Outras possibilidades de ampliação das pesquisas referem-se aos custos operacionais acrescentados pelas atividades de ensino e pesquisa, bem como o valor da formação dos profissionais de saúde para os hospitais universitários públicos. Vale lembrar que o cálculo do VECP e do VEAS leva em consideração somente o atendimento assistencial do HU-UFSCar, ou seja, é necessário verificar a possibilidade de avaliar se a entidade também é capaz de gerar valor por meio de suas atividades de ensino e pesquisa.

É sugerido à entidade que seja dada continuidade à pesquisa, uma vez que o cálculo do VECP e do VEAS considerou somente o primeiro ano de atividade do HU-UFSCar sob a gerência da EBSEH. Sabe-se que o projeto inicial do hospital prevê um total de 250 leitos, sendo que em outubro de 2017 foram inaugurados 33 novos leitos e que atualmente há um total de 64 leitos, ou seja, há uma perspectiva de grandes mudanças na estrutura física e operacional da entidade e, portanto, a possibilidade de significativas alterações nos valores apresentados neste estudo. Acredita-se que a utilização desta ferramenta possa contribuir apresentação à sociedade dos resultados alcançados pela entidade.

Espera-se que as discussões e análises desta pesquisa estejam longe de serem esgotadas, visto que surgem outros questionamentos e possibilidades de pesquisa para a

academia, como sugestão, verificar se diante da criação de valor há qualidade na prestação dos serviços oferecidos pelo HU-UFSCar à população.

Diante do exposto, este estudo demonstra a importância de utilizar a governança pública como um instrumento de gerência capaz de proporcionar informações que demonstrem à sociedade a transparência na gestão pública. Ocorre que, muitas vezes, por interesses desconhecidos o bom desempenho no serviço público não é devidamente apresentado, por isso, o uso de ferramentas de avaliação de desempenho deve ser exigido pela sociedade para que se obtenha a real informação sobre os investimentos realizados pelo Estado.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, A. A.; VALLE, M. R. *Capacity of future earnings 'prediction of EVA® in the Brazilian public companies*. **International Business Research**, v. 8, n. 1, p. 38-49, 2015.
- ANDION, C. Por uma nova interpretação das mudanças de paradigma na administração pública. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, mar. 2012.
- ANDREAZZI, M. F. S. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: Inconsistências à Luz da Reforma do Estado. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 2, p. 275-284, 2013.
- ANTHONY, R. N.; GOVINDARAJAN, V. **Sistemas de controle gerencial**. São Paulo: Atlas, 2006.
- ASSAF NETO, A. **Finanças corporativas e valor**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2012.
- ASSAF NETO, A.; ARAÚJO, A. M. P.; FREGONESI, M. S. F.A. Gestão baseada em valor aplicada ao terceiro setor. **Revista Contabilidade & Finanças – USP**, vol. 17, pp. 105-118, 2006.
- ASSAF NETO, A.; LIMA, F. G. **Curso de administração financeira**. São Paulo: Atlas, 2011.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP). **Observatório 2017**, ed. 09, ANAHP, 2017.
- BABIC, V. *Corporate governance problems in transition economies*. Winstom-Salem: Wake Forest University, **Social Science Research Seminar**, 2003.
- BACKES, J. A. EVA® – Valor Econômico Agregado. **ConTexto**, Porto Alegre, v. 2, n. 3, 2 semestre, 2002.
- BARBOSA, P. R. Gestão de hospitais públicos: maior gerencial, melhor performance organizacional com apoio em contratos de gestão. **Revista do Serviço Público**, v. 120, n. 2, p. 67-97, 1996.
- BANCO CENTRAL DO BRASIL (BCB). **Histórico das taxas de juros**. 2017. Disponível em: <https://www.bcb.gov.br/pt-br/#!/c/COPOMJUROS/>. Acesso em: 18 ago. 2018.
- BEUREN, I. M. Conceituação e Contabilização do Custo de Oportunidade. **Caderno de Estudos da FIPECAFI**. FEA-USP, n. 08, São Paulo, abr. 1993.
- BIANCHI, M. **A controladoria como um mecanismo interno de governança corporativa e de redução dos conflitos de interesse entre principal e agente**. 2005. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis). Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2005.

BITTAR, O. J. N. V. Instrumentos gerenciais para tornar eficiente o financiamento dos hospitais de ensino. **Revista de Administração em Saúde (RAS)**, vol. 5, n.17, Out-Dez, 2002.

BLAIR, M. M. *For Whom should corporations be run? An economic rationale for stakeholder management*. **Long Range Planning**, vol. 31, n. 2, p. 195-200, 1998.

BLANSKI, M. B. S. **Gestão de custos como instrumento de governança pública: um modelo de custeio para hospitais públicos no Paraná**. 2015. Dissertação (Mestrado em Planejamento e Governança Pública) Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Governança Pública (PPGPGP), Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Curitiba, 2015.

BONACIM, C. A. **O Cálculo do valor econômico agregado à sociedade por Hospitais Universitários Públicos: Um Estudo de Caso no Hospital das Clínicas da FMRP-USP**. 2006. Dissertação (Mestrado em Controladoria e Contabilidade), Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2006.

BONACIM, C. A. G.; ARAÚJO, A. M. P. Valor Econômico Agregado por Hospitais Universitários Públicos. **Revista de Administração de Empresas (RAE)**, vol. 49, n. 4, p. 419-433, out./dez. 2009.

BONACIM, C. A. G.; ARAÚJO, A. M. P.; MIRANDA, C. S. Modelo Conceitual de mensuração do resultado econômico em entidades públicas. **ABCustos Associação Brasileira de Custos**, Brasília, v. 3, n. 2, p. 48-67, 2008.

BORGES, L. F. X.; SERRÃO, C. F. B. Aspectos de Governança Corporativa Moderna no Brasil. **Revista do BNDES**, Rio de Janeiro, v.12, n. 24, p. 111-148, dez. 2005.

BOTELHO, E. M. **Custeio baseado em Atividades - ABC: uma aplicação em uma organização hospitalar universitária**. 2006. Tese (Doutorado), Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2006.

BRASIL. **Lei Federal n. 4.320/1964**, de 197 de março de 1964. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos municípios e do Distrito Federal. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/14320.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/14320.htm). Acesso em: 29 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, p.1, 5 de out. 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm). Acesso em: 21 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei Federal n. 8.080/1990**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). Acesso em: 21 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei Federal n. 8.142/1990**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências

intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1900b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em: 12 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional n. 19/1998**, de 04 de junho de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, p. 1, 5 de jun. 1998. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm). Acesso em: 16 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional n. 29/2000**, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm). Acesso em: 10 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Coleção Progestores - Para Entender a Gestão do SUS. Vol. 9. Ed. CONASS. 248 p. Brasília. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde**. 3ª. ed., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_az\\_garantindo\\_saude\\_municipios\\_3ed\\_pl.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_pl.pdf). Acesso em: 16 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. **Decreto n. 7.082/2010**, de 27 de janeiro de 2010. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime de pactuação global com esses hospitais. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2010/decreto-7082-27-janeiro-2010-601491-normaatualizada-pe.html>. Acesso em: 17 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde**. Coleção Para Entender a Gestão do SUS. Vol. 2. Ed. CONASS. 124 p. Brasília. 2011a.

\_\_\_\_\_. **Lei Federal n. 12.550/2011**, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o poder executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal; e dá outras providências. 2011b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12550.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12550.htm). Acesso em: 21 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei Complementar n. 141/2012**. Regulamenta o § 3.º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga

dispositivos das Leis n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e n. 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm). Acesso em: 10 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.268**, de 14 de novembro de 2013. Redefine o cadastramento das Centrais de Regulação do Acesso no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). 2013a. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt1268\\_14\\_11\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt1268_14_11_2013.html). Acesso em: 16 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.390**, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). 2013b. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html). Acesso em: 15 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial n. 285**, de 24 de março de 2015. Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE). Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0285\\_24\\_03\\_2015.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0285_24_03_2015.html). Acesso em: 01 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional n. 95/2016**, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. 2016a. Disponível em:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Acesso em: 06 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. **Plano Diretor Estratégico 2017-2018 do Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos: desafios e oportunidades**. São Paulo, 2016b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Relatório Anual de Gestão 2016**. Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos. São Carlos - SP, 2017a.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE divulga as estimativas populacionais dos municípios para 2017**, de 31 de agosto de 2017. 2017b. Disponível em:  
<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/2013-agencia-de-noticias/releases/16131-ibge-divulga-as-estimativas-populacionais-dos-municipios-para-2017.html>. Acesso em: 14 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **ANS divulga números atualizados de beneficiários de planos de saúde**, de 17 de novembro de 2017. 2017c. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/4211-ans-divulga-numeros-atualizados-de-beneficiarios-de-planos-de-saude>. Acesso em: 14 abr. 2018.



BRYSON, J. M.; CROSBY, B. C.; BLOOMBERG, L. *Public Value Governance: Moving Beyond Traditional Public Administration and the New Public Management*. **Public Administration Review**, v. 74, n. 4, p. 445-456, 2014.

CABELLO, O. G.; PARISI, C. Análise das práticas de gestão baseada em valor: um estudo de caso em usina açucareira do Brasil. **Revista Contemporânea de Contabilidade**, Florianópolis, v. 5, n. 9, p.113-130, 2008.

CARNUT, L; NARVAI, P. C. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 290-305, jun. 2016.

CATÃO, M. O. **Genealogia do direito à saúde: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade** [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

CINTRA, R. F.; GONÇALVES, L. P.; DIAS, B. G.; VIEIRA, S. F. A.; PACAGNAN, M. N.; DALMAS, J. C. A satisfação dos Usuários sobre os Serviços do Sistema de Saúde Pública Brasileiro: um Estudo no Hospital Universitário Federal. *In: V Encontro da Divisão de Administração Pública da ANPAD. V Encontro de Administração Pública e Governo (EnAPG) 2012, Salvador, Anais...*, nov. 2012.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Dados do Setor**. Serviços de Saúde no Brasil cadastrados no Ministério da Saúde, jan. 2018. Disponível em: [http://www.cns.org.br/links/DADOS\\_DO\\_SETOR.htm](http://www.cns.org.br/links/DADOS_DO_SETOR.htm). Acesso em: 15 abr. 2018.

COPELAND, T.; KOLLER, T.; MURRIN, J. **Avaliação de Empresas – Valuation: Calculando e gerenciando o valor das empresas**. 3.ed. São Paulo: Pearson Makron Books, 2002.

CORRÊA, D. C. G.; CORRÊA, A. C.; LEITE, A. S.; MONTEIRO, Y. R. S. Valor econômico gerado por instituições públicas: avaliação do IFPA campus Abaetetuba. **Revista Contabilidade Vista & Revista**, Belo Horizonte, v. 23, n. 4, p. 45-71, out./dez. 2012.

CUNHA, J. R. A. **Avanços e retrocessos do direito à saúde no Brasil: uma esperança equilibrada**. 2014. Dissertação (Mestrado em Política Social). Universidade de Brasília, 2014.

DAGNINO, E. Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando? *In: Políticas de ciudadanía y sociedad civil em tiempos de globalización*. Caracas: **FACES, Universidad Central de Venezuela**, p. 95-110, 2004.

DALLORA, M. E. L. V.; FORSTER, A. C. A importância da gestão de custos em hospitais de ensino – considerações teóricas. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 41, n. 2, p. 135-142, abr./jun. 2008.

DAMODARAN, V. **Finanças corporativas: teoria e prática**. 2 ed. Porto Alegre, RS: Bookman, 2004.

DE AGUIAR, A. B.; PIMENTEL, R. C.; REZENDE, A. J.; CORRAR, L. J. Análise dos direcionadores de valor em empresas brasileiras. **Revista de Administração Mackenzie**, v. 12, n. 2, p. 90-112, 2011.

DE BENEDICTO, S. C.; GUIMARÃES JÚNIOR, E. S.; PEREIRA, J. R.; ANDRADE, G. H. N. Governança corporativa: uma análise da aplicabilidade dos seus conceitos na administração pública. **Organizações Rurais & Agroindustriais**, 15(2), p. 286-300, 2013.

DI PIETRO, M. S. Z. **Direito administrativo**. 24 ed. São Paulo: Atlas, 2011.

EISENHARDT, K. M. *Agency Theory: an assentment and review*. **The Academy of Management Review**, v. 14, n. 1, p. 57-74, jan. 1989.

ERDMANN, A. L.; ANDRADE, S. R.; DE MELLO, A. L. S. F.; DRAGO, L. C. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 21, jan. fev. 2013.

EVANGELISTA, V. B.; RODRIGUES, A. A. D. O. N. Um estudo empírico sobre os fatores que impactam a criação de valor social nas entidades públicas municipais do interior paulista. **Revista de Estudos Contábeis**, Londrina, v. 6, n. p. 23-39, jan./jun. 2015.

FARIAS, S. F.; GURGEL JR., G. D.; COSTA, A. M.; BRITO, R. L.; BUARQUE, R. R. A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 16, n. 1, pp. 1043-1053, mar. 2011.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 14, n. 3, pp. 743-752, jun. 2009.

FREGONESI, M. S. F. A.; ARAÚJO, A. M. P. Vantagens e desvantagens da Gestão Baseada em Valor aplicada a entidades filantrópicas: Um estudo empírico. **FACEF Pesquisa**, v.9, n. 3, p. 275-290, 2006.

FREGONESI, M. S. F. A.; SLOMSKI, V. Valor Econômico Agregado à sociedade por entidades públicas. *In*: CONGRESSO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO DE CONTROLADORIA E CONTABILIDADE, 7., 2007, São Paulo. **Anais...** São Paulo: USP, 2007.

FREIRE, F. S.; ROCHA, E. S.; DE MOURA, A. M. T. Avaliação de desempenho de empresas brasileiras com ações na NYSE: Um estudo de correlação entre EVA<sup>®</sup> E MVA<sup>®</sup>. *In*: VIII CONGRESSO INTERNACIONAL DE CUSTO – CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO URUGUAI DE CUSTOS, 2003, Uruguai. **Anais...** Uruguai, nov./2003.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa Social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, M. A.; FERREIRA, B. P.; ALEMÃO, M. M. Risco operacional no setor saúde: financiamento pelo SUS paralelo aos gastos na fundação hospitalar do Estado de Minas Gerais. **Rev. Gestão Tecnol.**, v. 14, n. 1, p. 126-150, 2014.

IBCG – Instituto Brasileiro de Governança Corporativa. **Código das melhores práticas de governança corporativa**. 5.ed./Instituto Brasileiro de Governança Corporativa. – São Paulo, SP: IBCG, 2015.

IUNG, G.; DA SILVA, T. M. Valor Econômico Agregado. **Revista Eletrônica de Contabilidade**, v. 1, n. 2, dez./2004-fev./2005.

JENSEN, M. C.; MECKLING, W. H. *Theory of the firm: managerial behavior, agency costs and ownership structure*. **Journal of Financial Economics**, v. 3, n. 4, 1976.

KLAZINGA, N. *Health system performance management: quality for better or for worse*. **Eurohealth**, London, v. 16, n. 3, p. 26-28, 2010.

KRAUTER, E. Medidas de Avaliação de Desempenho Financeiro e Criação de Valor: Um Estudo com Empresas Industriais. *In: III SEGeT-Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia*, 2006, Rezende/RJ. **Anais...**, 2006.

KISSLER, L.; HEIDEMANN, F. G. Governança Pública: novo modelo regulatório para as relações entre Estado, mercado e sociedade? **Revista da Administração Pública**, v. 40, n. 3, p. 479-499, maio/jun. 2006.

KOS, S. R.; SANTOS, N. P.; KLEIN, L.; SCARPIN, J. E. Repasse do SUS VS custo dos procedimentos hospitalares: É possível cobrir os custos com o repasse do SUS? *In: XXII CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS – Foz do Iguaçu*, **Anais...** Foz do Iguaçu, 2015.

LOBO, M.S.C.; LINS, M.P.E.; SILVA, A.C.M.; FISZMAN, R. Avaliação de desempenho e integração docente-assistencial nos hospitais universitários, **Revista da Saúde Pública**, p. 581-590, 2010.

MACHADO, S; KUCHENBERCKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 871-877, 2007.

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L.; DA SILVA, M. M. A.; ROCHA, D.; DE CASTRO, A. M.; DOS REIS, A. A. C.; AKERMAN, M. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1683-1694, 2016.

MARQUES, M. C. C. Aplicação dos princípios da governança corporativa ao sector público. **Rev. Adm. Contemp.**, Curitiba, v. 11, n. 2, p. 11-26, jun. 2007.

MARTIN, D. M. L.; WAKAMATSU, A.; OLIVEIRA, E.; NAKAMURA, W. T. Análise da Relação entre a Criação de Valor e os Direcionadores de Valor no Setor de Saúde no Brasil (2002-2003). **Revista Contemporânea de Economia e Gestão**. v. 3, n. 2, pp. 37-46, jul./dez. 2005.

MARTIN, J. D.; PETTY, J. W. **Gestão baseada em valor: a resposta das empresas à revolução dos acionistas**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004.

MARTINS, V. F. **Desenvolvimento de Modelo de resultados em serviços hospitalares com base na comparação entre receitas e custos das atividades associadas aos serviços**. 2012. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

MATIAS-PEREIRA, J. A governança corporativa aplicada no setor público brasileiro. **APGS**, Viçosa, v. 2, n. 1, pp. 109-134, jan./mar. 2010.

MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do sistema único de saúde. *In: Matta G. C. Políticas de Saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p. 61-80, 2007.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface** (Botucatu), v.13, supl. 1, pp. 771-780, 2009.

MAUSS, C. V.; DIEHL, C. A.; BLEIL, C. A gestão de custos como instrumento da eficiência pública no Brasil e em outros países. **Revista Eletrônica de Administração e Turismo**, v.6, n.3, p.595-609. 2015.

MEDICI, A. C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 47, n. 2, p. 149-156, 2001.

MEIRELLES, H. L. **Direito administrativo brasileiro**. 39.ed. São Paulo: Malheiros, 2013.

MENDES, A.; FUNCIA, F. R. O SUS e seu financiamento. *In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C.; Organizadores. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento*. v. 1. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Economia da Saúde; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; Organização Pan-Americana da Saúde/OMS no Brasil; p. 139-168, 2016.

MENDES, E. V. **Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 549p., 2011.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estud. Av.** São Paulo, v. 27, n. 78, pp. 27-34, 2013.

MONKS, R. A. G.; MINOW, N. **Corporate governance**. 3. Ed. Oxford: Black-well, 2004.

NISHIJIMA, M.; BIASOTO-JUNIOR, G. Análise de eficiência técnica em saúde entre 1999 e 2006. **Planejamento e Políticas Públicas**, DF, v. 40, p. 45-65, 2013.

OLIVEIRA, G. A. **A compatibilidade dos princípios e modelo de Estado que subjazem ao SUS e a EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares)**. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais), Faculdade de Filosofia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2014.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, Saúde no Brasil, pp.11-31, maio/2011.

PEREIRA, A. C.; DE SOUZA, B. F.; REDAELLI, D. R.; IMONIANA, J. O. Custo de Oportunidade: Conceitos e Contabilização. **Caderno de Estudos da FIECAFI**. FEA-USP, n. 02, p. 01-24, São Paulo, abr. 1990.

PEREZ, M. M.; FAMÁ, R. Características estratégicas dos ativos intangíveis e o desempenho econômico da empresa. **UNISANTA Law and Social Science**, v. 4, n.2, p. 107-123, 2015.

RAIMUNDINI, S. L.; DE SOUZA, A. A.; STRUETT, M. A. M.; BOTELHO, E. M. Aplicabilidade do custeio baseado em atividades e análise de custos em hospitais públicos. **Revista de Administração da Universidade de São Paulo**, v. 41, n. 4, p. 453-465, 2006.

ROESCH, S. M. A. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração**: guia para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudos de caso. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2012.

SAITO, A. T.; SAVOIA, J. R. F.; ANGELO, C. F. Mensuração dos custos econômicos do setor de distribuição de gás canalizado do Estado de São Paulo com o emprego do EVA<sup>®</sup>: o caso da Comgás. **Revista de Administração Pública**, v. 45, n. 4, p. 1.055-1.067, jul./ago. 2011.

SALM, J. F.; MENEGASSO, M. E. Os Modelos de Administração Pública como Estratégias Complementares para a Coprodução do Bem Público. **Revista de Ciências da Administração**, v. 11, n. 25, p. 97-120, set./dez. 2009.

SANTOS, I. S.; SANTOS, M. A. B.; BORGES, D. C. L. Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: realidade e futuro do SUS. Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial [online]**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da presidência da República, vol. 4, p.73-131, 2013.

SANTOS, V. S.; BORGERT, A.; BORGERT, E. A. Relação entre custos de um hospital universitário e o reembolso do Sistema Único de Saúde – SUS. *In: XXIV CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS*, 2017, Florianópolis, **Anais...** Florianópolis, 2017.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Revista da Administração Pública**, v. 43, n. 2, p. 347-369, mar./abr. 2009.

SELLTIZ, C.; WRIGHTSMAN, L. S.; COOK, S. W. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: EPU, 1987.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. O Financiamento da Saúde no Brasil. *In: Matta G. C. Políticas de Saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p. 195-225, 2007.

SHAH, R.; HALDAR, A.; HAO, S. V. D. N. *Economic Value Added: Corporate Performance Measurement Tool*. **Corporate Board**, v. 11, n. 1, p. 47-58, abr. 2015.

SHLEIFER, A.; VISHNY, R. W. *A survey of corporate governance*. **The Journal of Finance**, vol. 52, n. 2, p. 737-783, 1997.

SILVA, E. L. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. Florianópolis: UFSC, 2005. Disponível em: <http://soniaa.arq.prof.ufsc.br/roteirosmetodologicos/metpesq.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2018.

SILVA, C. L.; ROTTA, C. V. O dilema da universalidade e financiamento público do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 333-245, ago./dez. 2012.

SILVA, W. A. C.; PEREIRA, M. G.; ARAÚJO, E. A. T. Estudo da criação de valor econômico e transparência na Administração Pública. **Desenvolvimento em Questão**, v. 12, n. 26, p. 142-176, abr./jun. 2014.

SLOAN, F. A.; FELDMAN, R. D.; STEINWLAD, A. B. Effects of teaching on hospital costs. **Journal of Health Economics**, v. 2, n. 1, p. 1-28, 1983.

SLOMSKI, V. **Mensuração do resultado econômico nas entidades públicas: uma proposta**. Chapecó: Argos, 2001.

\_\_\_\_\_. **Controladoria e governança na gestão pública**. São Paulo: Atlas, 2005.

SLOMSKI, V.; CAMARGO, G. B.; AMARAL FILHO, A. C. C.; SLOMSKI, V. G. A demonstração do resultado econômico e sistemas de custeamento como instrumentos de evidenciação do cumprimento do princípio constitucional da eficiência, produção de governança e *accountability* no setor público: uma aplicação na Procuradoria-Geral do Município de São Paulo. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 933-937, jul./ago. 2010.

SODRÉ, F.; LITTIKE, D.; DRAGO, L. M. B.; PERIM, M. C. M. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n 114, p. 365-380, abr./jun. 2013.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. *In*: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I.; Organizadores. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Cebes, p. 627-665, 2008.

SOUZA, C. **Políticas Públicas: revisão da literatura**. Sociologias, Porto Alegre, ano 8, n. 16, 2006.

SOUZA, A. A.; AVELAR, E. A.; TORMIN, B. F.; SILVA E. A. Análise financeira de hospitais: um estudo sobre o hospital metropolitano de urgência e emergência. **Revista Evidenciação Contábil & Finanças**, v. 2, n. 1, p. 90-105, 2013.

TRIVELATO, P. V.; SOARES, M. B.; ROCHA, W. G.; FARIA, E. R. Avaliação da eficiência na alocação dos recursos econômicos financeiros no âmbito hospitalar. **Revista da Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**. p. 62-79. 2015.

TORQUATO, R. A. Criação de Valor em uma empresa Simulada: Uma medida alternativa de Avaliação de Desempenho. **Revista LAGOS – UFF**, Volta Redonda, v. 3, n. 1, maio/out. 2012.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Brasília: Ipea, 2016. (Nota Técnica n. 28)

- WAN, T.T.H.; LIN, B. Y. J; MA, A. Integration mechanisms and hospital efficiency in integrated health care delivery systems. **Journal of Medical Systems**, 26: 127-143, 2002.
- WERNKE, R.; LEMBECK, M.; BORNIA, A. C. Valor Econômico Adicionado (E.V.A.): uma ferramenta para mensuração da real lucratividade de uma operação ou empreendimento. **Revista de Ciências da Administração**. Ano 2, n. 3, abr./2000.
- WIELAND, J. *The Ethics of Governance*. **Business Ethics Quarterly**, 11 (1), p 72-87, 2001.
- WU, C. F. *The study of the relations among ethical considerations, family management and organizational performance in corporate governance*. **Journal of Business Ethics**, 68, p. 165-179, 2006.
- YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 5.ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.
- YOUNG, S. D. *Some reflections on accounting adjustments and economic value added*. **Journal of Financial Statement Analysis**, New York, v. 4, n. 2, p. 7-19, Winter 1999.
- ZAHRA, S. A. *Public and Corporate Governance and Young Global Entrepreneurial Firms*. **Corporate Governance: An International Review**, v. 22, n. 4, p. 77-83, mar. 2014.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Cálculo Mensal do Valor Econômico a Curto Prazo (VECP) para 2017

<b>1. SEMESTRE</b>	<b>jan/17</b>	<b>fev/17</b>	<b>mar/17</b>	<b>abr/17</b>	<b>mai/17</b>	<b>jun/17</b>
Receita Econômica	R\$ 889.604,20	R\$ 860.394,74	R\$ 818.647,71	R\$ 735.621,79	R\$ 1.014.079,78	R\$ 987.772,41
(-) Custos Diretos e Indiretos	R\$ 722.045,02	R\$ 633.400,46	R\$ 703.070,44	R\$ 917.120,76	R\$ 831.290,16	R\$ 825.141,31
<b>(=) Resultado Econômico</b>	<b>R\$ 167.559,18</b>	<b>R\$ 226.994,28</b>	<b>R\$ 115.577,27</b>	<b>-R\$ 181.498,97</b>	<b>R\$ 182.789,62</b>	<b>R\$ 162.631,10</b>

Taxa SELIC/PERÍODO	13,65	12,90	12,15	12,15	11,15	10,15
(x) Investimento no Período	R\$ 1.085.211,23	R\$ 550.762,04	R\$ 1.016.448,33	R\$ 745.482,46	R\$ 708.366,32	R\$ 1.418.884,77
<b>(=) Custo de Oportunidade</b>	<b>R\$ 148.131,33</b>	<b>R\$ 71.048,30</b>	<b>R\$ 123.498,47</b>	<b>R\$ 90.576,12</b>	<b>R\$ 78.982,84</b>	<b>R\$ 144.016,80</b>

Resultado Econômico	R\$ 167.559,18	R\$ 226.994,28	R\$ 115.577,27	-R\$ 181.498,97	R\$ 182.789,62	R\$ 162.631,10
(-) Custo de Oportunidade	R\$ 148.131,33	R\$ 71.048,30	R\$ 123.498,47	R\$ 90.576,12	R\$ 78.982,84	R\$ 144.016,80
<b>(=) VECP</b>	<b>R\$ 19.427,85</b>	<b>R\$ 155.945,98</b>	<b>-R\$ 7.921,20</b>	<b>272.075,09</b>	<b>R\$ 103.806,78</b>	<b>R\$ 18.614,30</b>

<b>2. SEMESTRE</b>	<b>jul/17</b>	<b>ago/17</b>	<b>set/17</b>	<b>out/17</b>	<b>nov/17</b>	<b>dez/17</b>
Receita Econômica	R\$ 936.089,76	R\$ 975.863,16	R\$ 1.077.333,31	R\$ 997.646,53	R\$ 954.308,14	R\$ 865.302,98
(-) Custos Diretos e Indiretos	R\$ 829.831,78	R\$ 785.784,93	R\$ 816.779,54	R\$ 845.844,09	R\$ 810.233,97	R\$ 783.128,87
<b>(=) Resultado Econômico</b>	<b>R\$ 106.257,98</b>	<b>R\$ 190.078,23</b>	<b>R\$ 260.553,77</b>	<b>R\$ 151.802,44</b>	<b>R\$ 144.074,17</b>	<b>R\$ 82.174,11</b>

Taxa SELIC/PERÍODO	10,15	9,15	9,15	8,15	7,40	7,40
(x) Investimento no Período	R\$ 885.337,32	R\$ 1.894.039,77	R\$ 606.756,89	R\$ 545.272,19	R\$ 3.041.788,76	R\$ 827.296,13
<b>(=) Custo de Oportunidade</b>	<b>R\$ 89.861,74</b>	<b>R\$ 173.304,64</b>	<b>R\$ 55.518,26</b>	<b>R\$ 44.439,68</b>	<b>R\$ 225.092,37</b>	<b>R\$ 61.219,91</b>

Resultado Econômico	R\$ 106.257,98	R\$ 190.078,23	R\$ 260.553,77	R\$ 151.802,44	R\$ 144.074,17	R\$ 82.174,11
(-) Custo de Oportunidade	R\$ 89.861,74	R\$ 173.304,64	R\$ 55.518,26	R\$ 44.439,68	R\$ 225.092,37	R\$ 61.219,91
<b>(=) VECP</b>	<b>R\$ 16.396,24</b>	<b>R\$ 16.773,59</b>	<b>R\$ 205.035,51</b>	<b>107.362,76</b>	<b>-R\$ 81.018,20</b>	<b>R\$ 20.954,20</b>

<b>VECP TOTAL</b>	<b>R\$ 303.302,71</b>
-------------------	-----------------------

Fonte: Elaboração própria.



## APÊNDICE B – Cálculo Mensal do Valor Econômico à Sociedade (VEAS) para 2017

<b>1. SEMESTRE</b>	<b>jan/17</b>	<b>fev/17</b>	<b>mar/17</b>	<b>abr/17</b>	<b>mai/17</b>	<b>jun/17</b>
Receita Econômica	R\$ 889.604,20	R\$ 860.394,74	R\$ 818.647,71	R\$ 735.621,79	R\$ 1.014.079,78	R\$ 987.772,41
(-) Custos Diretos e Indiretos	R\$ 722.045,02	R\$ 633.400,46	R\$ 703.070,44	R\$ 917.120,76	R\$ 831.290,16	R\$ 825.141,31
<b>(=) Resultado Econômico</b>	<b>R\$ 167.559,18</b>	<b>R\$ 226.994,28</b>	<b>R\$ 115.577,27</b>	<b>-R\$ 181.498,97</b>	<b>R\$ 182.789,62</b>	<b>R\$ 162.631,10</b>

Taxa SELIC/PERÍODO	13,65	12,90	12,15	12,15	11,15	10,15
(X) Investimento Total/Mês (Passivo Oneroso + PL)	R\$ 284.328,81	R\$ 284.328,81	R\$ 284.328,81	R\$ 284.328,81	R\$ 284.328,81	R\$ 284.328,81
<b>(=) Custo de Oportunidade</b>	<b>R\$ 38.810,88</b>	<b>R\$ 36.678,42</b>	<b>R\$ 34.545,95</b>	<b>R\$ 34.545,95</b>	<b>R\$ 31.702,66</b>	<b>R\$ 28.859,37</b>

Resultado Econômico	R\$ 167.559,18	R\$ 226.994,28	R\$ 115.577,27	-R\$ 181.498,97	R\$ 182.789,62	R\$ 162.631,10
(-) Custo de Oportunidade	R\$ 38.810,88	R\$ 36.678,42	R\$ 34.545,95	R\$ 34.545,95	R\$ 31.702,66	R\$ 28.859,37
<b>(=) VEAS</b>	<b>R\$ 128.748,30</b>	<b>R\$ 190.315,86</b>	<b>R\$ 81.031,32</b>	<b>-R\$ 216.044,92</b>	<b>R\$ 151.086,96</b>	<b>R\$ 133.771,73</b>

<b>2. SEMESTRE</b>	<b>jul/17</b>	<b>ago/17</b>	<b>set/17</b>	<b>out/17</b>	<b>nov/17</b>	<b>dez/17</b>
Receita Econômica	R\$ 936.089,76	R\$ 975.863,16	R\$ 1.077.333,31	R\$ 997.646,53	R\$ 954.308,14	R\$ 865.302,98
(-) Custos Diretos e Indiretos	R\$ 829.831,78	R\$ 785.784,93	R\$ 816.779,54	R\$ 845.844,09	R\$ 810.233,97	R\$ 783.128,87
<b>(=) Resultado Econômico</b>	<b>R\$ 106.257,98</b>	<b>R\$ 190.078,23</b>	<b>R\$ 260.553,77</b>	<b>R\$ 151.802,44</b>	<b>R\$ 144.074,17</b>	<b>R\$ 82.174,11</b>

Taxa SELIC/PERÍODO	10,15	9,15	9,15	8,15	7,40	7,40
(X) Investimento Total/Mês (Passivo Oneroso + PL)	R\$ 284.328,81	R\$ 284.328,81	R\$ 284.328,81	R\$ 284.328,81	R\$ 284.328,81	R\$ 284.328,81
<b>(=) Custo de Oportunidade</b>	<b>R\$ 28.859,37</b>	<b>R\$ 26.016,09</b>	<b>R\$ 26.016,09</b>	<b>R\$ 23.172,80</b>	<b>R\$ 21.040,33</b>	<b>R\$ 21.040,33</b>

Resultado Econômico	R\$ 106.257,98	R\$ 190.078,23	R\$ 260.553,77	R\$ 151.802,44	R\$ 144.074,17	R\$ 82.174,11
(-) Custo de Oportunidade	R\$ 28.859,37	R\$ 26.016,09	R\$ 26.016,09	R\$ 23.172,80	R\$ 21.040,33	R\$ 21.040,33
<b>(=) VEAS</b>	<b>R\$ 77.398,61</b>	<b>R\$ 164.062,14</b>	<b>R\$ 234.537,68</b>	<b>R\$ 128.629,64</b>	<b>R\$ 123.033,84</b>	<b>R\$ 61.133,78</b>

<b>VEAS TOTAL</b>	<b>R\$ 1.257.704,94</b>
-------------------	-------------------------

Fonte: Elaboração própria.

## ANEXOS

### Anexo 1. Carta ao HU-UFSCar para aprovação do Projeto de Pesquisa

São Carlos, 20 de fevereiro de 2018.

Ilma. Profa. Dra.  
**Flávia Gomes Pileggi Gonçalves**  
Gerente de Ensino e Pesquisa - HU/UFSCar

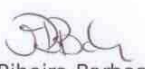
Prezada Professora,


Encaminhamos, em anexo, para apreciação o Projeto de Pesquisa "Estudo sobre o Valor Econômico Agregado à Sociedade pelo Hospital Universitário da UFSCar". A pesquisa refere-se à análise do resultado operacional do HU-UFSCar, por isso, gostaríamos do aval da Direção desta Instituição para a realização de tal projeto.

Nosso estudo pretende aplicar na instituição a metodologia desenvolvida pelo Prof. Dr. Carlos A. G. Bonacim, que em 2006 realizou pesquisa semelhante no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, através do cálculo do Valor Econômico Agregado à Sociedade (VEAS) adaptado às entidades públicas. Assim, o estudo proposto no HU-UFSCar pretende adaptar a metodologia desenvolvida e comparar os resultados com Bonacim (2006).

Sem mais para o momento, agradecemos a atenção e colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos,

Atenciosamente,

  
Virginia Ribeiro Barbosa Ramos  
Pesquisadora

  
Prof. Dr. Andrei A. de Albuquerque  
Pesquisador Orientador

## Anexo 2. Carta do HU-UFSCar com Aceite do Projeto de Pesquisa

**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

**Hospital  
Universitário**  
Prof. Dr. Horácio Carlos Panepucci  
Universidade Federal de São Carlos

Ministério da  
**Educação**

OFÍCIO Nº 012-2018/GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA/EBSERH/MEC

São Carlos, 13 de março de 2018

Ilmo. Sr.  
Prof. Dr. Andrei Aparecido de Albuquerque  
Orientador do Projeto

**PARECER DO PROJETO DE PESQUISA: "ESTUDO SOBRE O VALOR ECONÔMICO AGREGADO À SOCIEDADE PELO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFSCar"**

Prezado Prof. Dr.

Conforme parecer em anexo, seu projeto de pesquisa foi aprovado para ser desenvolvido no HU-UFSCar.

Solicitamos que a equipe que atuará diretamente na coleta de dados no HU, entre em contato com nossa Assistente Administrativo, Sra. Renata (3509-2461), para o cadastro e autorização do acesso ao Hospital.

Informações básicas sobre o HU também serão fornecidas à equipe de pesquisa;

Agradecemos o interesse em desenvolver seu projeto no HU-UFSCar.

Atenciosamente,

*Tania da Fátima Salvi*  
Chefe do Setor de Pesquisa e  
Inovação Tecnológica  
HU-UFSCar/EBSERH  
SIAPE 424014

*Tania da Fátima Salvi*

**Profa. Dra. Tania de Fátima Salvi**  
Chefe do Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica  
Gerência de Ensino e Pesquisa  
Hospital Universitário Prof. Doutor Horácio Carlos Panepucci - UFSCar

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
**EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES**  
Rua Luiz Vaz de Camões, 111, Vila Celina. CEP 13.566-448 – São Carlos/SP. Telefone: (16) 3362-5555

Em atenção ao Memo 22-2018/GEP/EBSERH/MEC, que trata sobre a viabilidade de um projeto de pesquisa sobre estudo de valor econômico agregado à sociedade por meio do HU-UFSCAR, segue abaixo algumas observações a saber:

É um projeto que será aplicado em uma das áreas mais sensíveis da população, que é a saúde pública.

É um projeto que tem como sustentação a "accountability" e a transparência dos gastos públicos.

O referido projeto visa por meio de seus instrumentos gerenciais a otimização dos recursos financeiros que já se encontram escassos.

Este estudo fornecerá informações que contribuirão para atingir o objeto que é a prestação de serviços hospitalares de excelência à população com maximização das receitas já existentes.

Nesse sentido, esta Divisão de Administração e Finanças nada tem a se opor quanto ao estudo a ser realizado nesta Instituição de saúde, e me coloco à disposição para dar subsídio para a execução do projeto de pesquisa ora proposto.