

FINANCIAMENTO E GESTÃO DE CUSTOS EM SAÚDE

Data de aceite: 21/01/2023

Rafael Marcelo Soder

Universidade Federal de Santa Maria –
UFSM/Campus Palmeira das Missões,
Palmeira das Missões, RS, Brasil

Luiz Anildo Anacleto da Silva

Universidade Federal de Santa Maria –
UFSM/Campus Palmeira das Missões,
Palmeira das Missões, RS, Brasil

Giovana Dorneles Callegaro Higashi

Universidade Federal de Santa Maria –
UFSM/Campus Palmeira das Missões,
Palmeira das Missões, RS, Brasil

Edenilson Freitas Rodrigues

Secretaria Estadual de Saúde do Rio
Grande do Sul – 14ª CRS/SES/RS e
Fundação Educacional Machado de Assis –
FEMA, Santa Rosa, RS, Brasil

Elisiane Bisognin

Fundação Municipal de Saúde de
Santa Rosa – FUMSSAR e Fundação
Educacional Machado de Assis – FEMA,
Santa Rosa, RS, Brasil

estratégicos na composição, estruturação e operacionalização do sistema de saúde, em especial, sob a perspectiva de novos arranjos organizacionais, a exemplo da rede de atenção à saúde (RAS), que se institui por meio da interlocução entre os diversos pontos de atenção, tais como a Atenção Primária à Saúde (APS), a rede hospitalar pública, filantrópica e privada, os quais integram o Sistema Único de Saúde (SUS).

Cada elemento que integra as partes do sistema de saúde detém mesmo nível de importância no contexto social e de cuidado para a população. A RAS é o conjunto da obra, nela estão inseridos todos os serviços que compõem o setor da saúde no Brasil e, quando bem planejada e organizada, serve de esteio para o sistema de saúde assistir os usuários com qualidade.

Nesse contexto, a APS é o segmento que absorve a maior fatia populacional, é a porta de entrada que coordena e ordena as ações em saúde em níveis crescentes de complexidade. Já a rede hospitalar é

INTRODUÇÃO

O financiamento em saúde e a gestão dos custos são elementos

entendida como a porta de entrada para os serviços de média e alta complexidade (MAC) em saúde, fazendo a interface com a APS e absorvendo as demandas encaminhadas ou não pela atenção básica devido às especificidades de cada serviço ou situação de saúde.

O capítulo está estruturado em três momentos distintos: o primeiro momento descreve os aspectos teóricos sobre o financiamento e a gestão dos custos em saúde; o segundo descreve o financiamento em saúde na APS; e o terceiro momento apresenta a importância da gestão dos custos hospitalares na saúde.

ASPECTOS TEÓRICOS QUE ENVOLVEM O FINANCIAMENTO EM SAÚDE E A GESTÃO DOS CUSTOS

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) se caracterizou como um importante marco histórico no cenário das políticas públicas brasileiras. Para implementar este novo modelo foi necessário reorganizar os serviços para todos os níveis de atenção à saúde a fim de garantir um sistema universal, equânime e integral, corroborando com as diretrizes e legislação vigente.¹

São notórios os desafios enfrentados pelas organizações para o exercício da gestão, principalmente em se tratando de custos e de financiamento dos serviços de saúde. O desenvolvimento de uma gestão ineficiente implicará diretamente em maior necessidade de investimentos de recursos.² No complexo, emergente e instável cenário contemporâneo, torna-se imperativa a abordagem acerca dos custos no âmbito do sistema de saúde, seja em uma instituição pública ou privada, tanto em países desenvolvidos ou para aqueles em desenvolvimento.³

Nas instituições públicas de saúde, muitas vezes, movido por uma questão cultural, existe o entendimento de que não é necessário se pensar em custos, pois a responsabilidade em mantê-los é do governo. Esse comportamento de outrora, ainda em vigência em alguns cenários, vem se modificando, de tal modo que a obtenção de conhecimento da composição dos custos pode nortear a adoção de novas medidas estratégicas, de planejamento, de controle e organização dos recursos para tornar os processos gerenciais e assistenciais mais resolutivos, efetivos e eficientes.

Nesse sentido, para fornecer subsídios para o fortalecimento da gestão de custos nas instituições de saúde que aderem ao SUS, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASENS) ressaltaram a necessidade de estimar os recursos financeiros para o custeio global do SUS, e, para isso, fomentaram a inclusão de novas metodologias, instrumentos e sistemas de informação em prol da apuração e provisão de custos nas instituições de saúde.³

Desse modo, para promover a gestão de custos no âmbito do SUS, foi criado o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC).⁴ Assim, define-se a gestão de custos em saúde como o uso de métodos de planejamento e ações para monitorar, avaliar e aprimorar o desempenho gerencial das unidades administrativas, organizações e do sistema nacional de saúde, amparado por informações reais e atuais acerca da utilização de recursos e dos custos nos serviços de saúde.^{4,5}

Nesse sentido, um estudo sobre a metodologia proposta pelo PNGC revelou que os processos de trabalho foram estabelecidos de forma inadequada e ineficiente, associando-se ao mau uso dos recursos públicos, com desorganização e desperdícios de materiais e insumos. Ainda, citou um exemplo de que ocorria o déficit de provisão e previsão dos estoques, os quais eram realizados apenas de forma visual, mesmo tendo à disposição um sistema informatizado para tal procedimento. Considerando a hipercomplexidade do cenário hospitalar e dos espaços da Atenção Primária à Saúde (APS), e ao mesmo tempo a escassez de recursos, torna-se imprescindível que a gestão ocorra de forma eficiente e eficaz em prol da redução dos desperdícios, da garantia da qualidade, da resolutividade e da assistência prestada à população.²

O financiamento e a gestão de custos em saúde podem ser operacionalizados, distintamente, por pelo menos dois modelos. No primeiro modelo, o financiamento e a gestão de custos ocorrem no contexto macro do gestor no âmbito municipal, estadual e federal a partir de decisões sobre políticas e programas de saúde e pela implementação de medidas administrativas que tanto na esfera local, quanto nacional impactam o sistema de saúde. No segundo modelo, o financiamento e a gestão de custos atingem o microambiente de trabalho dos gerentes das unidades/setores de saúde, ao monitorarem os custos e o uso dos recursos, gerenciando assertivamente os problemas cotidianos, reduzindo o dispêndio desnecessário de recursos físicos e humanos.⁵

A APS é a ordenadora do sistema e responsável pelo atendimento inicial, cujo principal foco é a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação de patologias de menor complexidade, e a possibilidade de encaminhamento de casos com agravamento para a assistência de maior complexidade. Para além do acolhimento primário e resolução de parte significativa dos problemas de saúde da população, cabe à APS promover a ordenação e organização do fluxo de serviços na rede de saúde.

Mesmo organizada e estruturada, a APS apresenta problemas e lacunas relacionados ao fluxo, que podem ser entendidos como ineficiência do sistema, e acabam penalizando o modelo de serviço na atenção básica. Tais lacunas organizativas impactam no perfil do adoecimento da população, aumentando os gastos no setor, podendo ser exemplificadas pelas elevadas taxas de diagnóstico de câncer em estágio avançado, a dificuldade do

controle dos pacientes crônicos⁶ e, principalmente, com o aumento da expectativa de vida da população na conjuntura atual.

Somado a esse contexto, as estimativas apontam para uma população de aproximadamente 40,5 milhões de pessoas acima de 60 anos até 2030. Deste total, o quantitativo de pessoas com mais de 80 anos alcançará 6 milhões, resultando na duplicação do número atual de idosos e quase três vezes mais em relação à população com idade superior a 80 anos. Ademais, o impacto da transição demográfica e epidemiológica com o incremento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) atrelado ao uso de novas tecnologias e ao acompanhamento longitudinal contribui para um novo desafio, de realizar uma gestão de custos que comporte uma assistência com acesso universal, descentralizada e integral, bem como por meio de um financiamento tangível e suficiente para as demandas institucionais, assistenciais, gerenciais e operacionais dos serviços de saúde.^{7,8} Assim, a expansão da cobertura assistencial à população reforça a necessidade de discussão sobre o financiamento das ações e serviços de saúde.⁹ Desse modo, sequencialmente, serão descritos alguns marcos legais sobre o financiamento no Brasil.

Previsto pela Constituição, o financiamento foi regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde, sendo elas as Lei federais 8.080 e 8.142 de 1990. Entendido como um importante momento histórico sobre o financiamento, a Emenda Constitucional 29/2000 deliberou acerca dos percentuais mínimos de investimento da Receita Corrente Líquida (RCL) para os estados (12%) e os municípios (15%) e aprovou a vinculação de recursos financeiros da seguridade social. Na sequência histórica, em 2012 foi sancionada a Lei Complementar 141, que ajustou a distribuição dos recursos da União para estados e municípios, ratificando o art. 35 da Lei 8.080/1990.¹⁰

Algum tempo depois, ocorreu a aprovação da Emenda Constitucional de 2015 e no ano seguinte a Emenda Constitucional 95 foi promulgada pelo Congresso Nacional, limitando pelos próximos 20 anos os gastos federais. Ao final de 2017, foi publicada a Portaria do Ministério da Saúde, de nº 3.992, que versa sobre o repasse dos recursos destinados ao financiamento das ações e serviços de saúde, organizados e transferidos em forma de blocos: Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento da Rede de Serviços Públicos de Saúde.¹⁰

Constantemente, o financiamento vem causando preocupação no processo de organização dos gestores e demais envolvidos diretamente com a construção do sistema de saúde. Em um cenário com significativas restrições financeiras e orçamentárias, garantir um modelo de atenção pautado na universalidade e integralidade de forma equânime, em um país com tantas desigualdades sociais e econômicas, amplia o desafio para os gestores.¹¹ Pontua-se que, para funcionamento mais assertivo do sistema de saúde, dois

fatores devem ser considerados: o financiamento satisfatório; e a adequação da gestão de recursos obtidos. Em ambos, o Brasil precisa avançar e aprimorar a implementação de ações efetivas nos diferentes níveis da gestão.⁶

Ao longo do tempo, manteve-se o financiamento centralizado, principalmente no setor privado de saúde, abrangendo cerca de 23% da população, caracterizando forte desigualdade. Nos últimos anos, existe um esforço no âmbito federal em prol da oferta de planos de saúde mais populares, porém, com redução da cobertura para doenças com maior gravidade.⁶

Mesmo que o segmento privado se esforce para complementar o serviço público de saúde, destaca-se que 70% da população brasileira depende do SUS como única forma de acesso aos serviços de saúde, alcançando um universo de quase 200 milhões de pessoas, o que corresponde por 44% do gasto total em saúde. O tamanho da população revela, por um lado, a responsabilidade social do SUS e, ao mesmo tempo, o desafio em realizar o financiamento desse sistema.⁷

Nessa perspectiva, a média e alta complexidade (MAC) se caracterizam como setores do SUS com expressivo interesse para o segmento privado, provavelmente, em razão do uso de recursos com elevado nível tecnológico e com o foco nas especialidades médicas, as quais geram lucros significativos. Em contrapartida, pelo fato de que o sistema público investe na atenção primária, à guisa de prevenção de doença e promoção da saúde, tem-se pouca adesão ao sistema econômico vigente, e, por sua vez, o setor privado abarca uma ampla fatia de serviços de média e alta complexidade, o que reforça a necessidade de uma gestão que responda às perspectivas de um sistema organizado, planejado, monitorado e unificado de saúde.¹²

Para alcançar um patamar de atenção à saúde mais qualificado e efetivo, torna-se necessário vencer muitos desafios, porém, é de fundamental importância que o sistema de financiamento, a gestão de custo, o acesso e qualificação dos profissionais e a gestão e organização do sistema sejam conduzidos com equilíbrio. Ou seja, é necessário um esforço do capital humano por meio de sua força de trabalho, como também a implementação de novas, consistentes e contínuas políticas de saúde para superar os problemas emergentes e as adversidades cotidianas, e ao mesmo tempo fomentar a eficiência, eficácia e a resolutividade do sistema de saúde para a população.⁶

FINANCIAMENTO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

Os recursos financeiros destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS) têm sido, ao longo dos anos, pauta de discussões e defesas na busca da efetivação da política de saúde do Brasil em sua plenitude. Desde a Constituição Federal de 1988 e das leis de criação do

SUS (Leis nº 8080/90 e nº 81942/90), há orientação para a descentralização do sistema em direção única. O financiamento do SUS tem a prerrogativa de ser responsabilidade tripartite: município, estados/Distrito Federal e Ministério da Saúde. A configuração da política de saúde brasileira, apesar das discrepâncias geográficas, sociais, culturais e econômicas em suas realidades, tem contribuído para que os municípios usufruam de maior autonomia na gestão, considerando as necessidades locais.¹³

O processo de descentralização político-administrativa oportuniza maior eficiência e eficácia na gestão pública, com a aplicação dos recursos públicos em nível local. Além de reorganizar os repasses financeiros, a legislação relacionada ao sistema de saúde deflagrou a reorganização do modelo assistencial da saúde, estruturando a atenção descentralizada, em que traz o protagonismo da gestão aos municípios, com a responsabilidade pela execução dos cuidados básicos. Os sistemas locais de saúde se deparam com uma realidade distinta: a necessidade de competências gerenciais para a organização da rede de cuidados territorializada, incorporando os conceitos da APS.

A implantação da APS no Brasil se caracteriza como uma estratégia estruturante do SUS. Possui embasamento em sistema de saúde amparado por movimentos internacionais e bases científicas que direcionam o cuidado em saúde na APS na perspectiva da integralidade. Essas concepções foram defendidas pelo Movimento da Reforma Sanitária,¹⁴ pela VIII Conferência Nacional de Saúde e incorporadas na Constituição Federal brasileira de 1988,¹⁵ direcionando a política de saúde regionalizada, com financiamento e orçamento específicos.

Com objetivo do fortalecimento da APS, em 1994 o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF), que nos anos 2000 adota a denominação de Estratégia de Saúde da Família (ESF). A proposta assistencial da ESF consiste na mudança do modelo tradicional de assistência em saúde pautado no paradigma da ciência positivista, conhecido como biomedicina¹⁶, para as concepções de cuidado integral. A integralidade assume protagonismo embasada pelos aspectos da promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Também assumiu o compromisso de melhoria do acesso das pessoas à atenção à saúde, bem como do cuidado resolutivo de acordo com a necessidade individual e coletiva.¹⁷

Em face desse quadro, o financiamento da assistência à saúde foi possível através da edição da Norma Operacional Básica 01/96 (NOB,1996), que definiu os recursos financeiros federais a serem repassados aos municípios para adesão e custeio mensal dos programas por meio do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável). Na mesma normatização, houve a criação do Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo), que correspondia a um repasse fixo mensal para custeio das ações de atenção básica *per capita*, de acordo

com a população do município, direcionado do Fundo Nacional para o Fundo Municipal de Saúde.^{18,19}

Em 2011, o PAB Fixo agregou o valor *per capita* em quatro faixas de financiamento, por meio de cálculo que inclui as variáveis de porte populacional, PIB *per capita*, percentual da população com plano de saúde, percentual da população com Bolsa Família ou percentual da população em extrema pobreza e densidade demográfica.^{20,21}

Essa estratégia organizativa de financiamento em saúde buscou o fortalecimento da APS, marcando o desenvolvimento da gestão do SUS. No ano de 2006, quando aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que explicitava a ESF como modelo preferencial de reorganização da atenção primária no SUS, houve inúmeros avanços em relação à organização do sistema de saúde e do modelo de financiamento dos serviços. Em 2011 é publicada a nova versão da PNAB, mantendo o direcionamento da APS como coordenadora do cuidado, sendo considerada como o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada como proposta de RAS.^{22,23}

O compromisso com a qualificação da APS tem amparado as políticas de saúde ao longo dos anos, adequadas ao contexto histórico. As necessidades de saúde acompanham a transformação social que traz o desafio de ajustes e melhorias. Integrando a PNAB de 2011, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade (PMAQ), que teve como objetivo a avaliação das equipes da ESF, associado ao desempenho, havendo vinculação do repasse de recursos financeiros no PAB Variável. Os indicadores avaliados foram associados à qualidade, ampliação do acesso aos serviços, à melhoria das condições de trabalho, à qualidade da atenção e investimento no desenvolvimento dos trabalhadores e acesso por meio de metodologia específica.^{20,24}

O financiamento da APS por meio do PMAQ motivou as equipes a participar do processo de avaliação, pois havia a possibilidade de ampliar significativamente os recursos de custeio mensal repassados aos municípios. Apesar de a proposta de avaliação do acesso e da qualidade inicialmente ter sido acolhida com receptividade e congregar a participação maciça das equipes cadastradas, o programa não agradou à maioria dos gestores e equipes dos municípios, pois, em cada novo ciclo de avaliação, os recursos financeiros sofriam variações com redução dos percentuais. Outro aspecto pontuado como desfavorável ao programa referiu-se à falta de transparência da metodologia, por utilizar bases complexas e indicadores subjetivos de avaliação.²⁴

É notório o papel estratégico que a PNAB de 2006 e 2011 assumiram no fortalecimento dos princípios do SUS, reorganizando a gestão e o financiamento da saúde nos diferentes cenários. O direcionamento da APS como coordenadora do cuidado fortalece a atenção básica e cria novos arranjos no processo de cuidar, tendo a família como centro de

atenção, com abordagens profissionais humanizadas, empáticas e de corresponsabilidade com os usuários, ampliando o cuidado integral à saúde.²⁵ Desenvolve ainda processos de trabalho complexos por meio da utilização de conhecimentos que fundamentam a produção de vínculos, autonomia e acolhimento, em associação com o conhecimento científico estruturado, como a clínica ampliada e a epidemiologia.

A disponibilidade de acessar recursos financeiros complementares através do PAB Variável motivou e tem motivado os gestores a aderir a programas coordenados pelo Ministério da Saúde. Para agregar esses recursos aos Fundos Municipais de Saúde, os municípios seguem as normatizações do Ministério da Saúde, o que reduz sua autonomia local de gestão.²⁶ Nesse contexto, atividades na APS são alinhadas aos programas em formato nacional, especialmente na conformação das equipes, territorialização e no do processo de trabalho. Mesmo sob influência das normatizações, as realidades locais apresentam características que respondem a interesses distintos nos campos político, econômico e social que limitam em certo grau a capacidade de reorganização do serviço de saúde.²⁷ Porém, de forma geral, essa configuração não tem sido considerada um empecilho para que sejam produzidos serviços públicos de qualidade na lógica da integralidade.

A evolução das políticas públicas e o desenvolvimento dos mecanismos de financiamento fortaleceram a APS e, com isso, tornou-se possível vislumbrar um novo cenário de cuidado, abarcando maior complexidade dentro do sistema primário de atenção à saúde. As unidades básicas de saúde (UBS), que antes eram locais de baixa capacidade de atendimento e de pouca resolutividade, passam a se denominar Unidades de Saúde da Família (USF), com oferta de cuidados multiprofissionais. Os atendimentos clínicos interdisciplinares foram implantados tanto para as condições agudas, quanto as doenças crônicas, agregando valorização do acompanhamento ao pré-natal, saúde da mulher, idosos, puericultura, antes encaminhados aos centros especializados.²³

No advento das possibilidades e formas de financiamento em saúde, novas propostas de serviços individualizados e coletivos foram incorporadas nas práticas profissionais, tais como: visitas domiciliares; atividades de educação e promoção de saúde; oficinas terapêuticas; terapias complementares; e atividades intersetoriais.²³ Também se incluem a educação permanente dos profissionais e reuniões semanais de equipe, com discussão de casos e elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), e outras metodologias que oportunizam o cuidado interdisciplinar com resolutividade.

Nesse sentido, conforme a estrutura da APS foi ampliando seu menu de serviços, a organização e o financiamento sofrem a necessidade de uma reestruturação, com injeção de aportes orçamentários que possam sustentar o modelo de múltiplos serviços e multiprofissional, dando condições para absorver as necessidades de diferentes

complexidades dos usuários que acessam o sistema de saúde.

A dimensão político-institucional da APS como articuladora das redes de atenção perde identidade quando, em 2017, o Ministério da Saúde publicou a nova PNAB com a revisão das diretrizes da APS, associando uma nova proposta de financiamento, desconstituindo a ESF como estratégia estruturante da APS. Dentre as alterações definidas no documento está a flexibilização dos conceitos essenciais da APS, como do território, abrindo a possibilidade de o usuário escolher o local em que deseja realizar seu acompanhamento de saúde, independentemente do local de residência. Essa prerrogativa vulnerabiliza o cuidado integral, tendo em vista que as equipes não terão condições de ofertar cuidados integrais, longitudinais no contexto da vida das pessoas. Outro aspecto de mudanças refere-se ao financiamento das equipes com o recurso do PAB Variável, abrindo a possibilidade de financiamento de forma indiferenciada à ESF em relação a outras modalidades de equipe constituídas.^{28,29}

Apesar de os avanços das políticas públicas de saúde no Brasil serem reconhecidos, há desafios que necessitam ser enfrentados. Investimentos financeiros condizentes com as realidades locais são necessários para efetivar a rede de cuidados resolutiva. De igual ou maior magnitude, há a necessidade da racionalização dos recursos, com eficiência da gestão pública de forma a atingir os melhores resultados com os investimentos adequados, pois as discussões tangenciam questões administrativas e operacionais ainda de forma empírica, com pouca ou nenhuma metodologia quanto à gestão dos custos.³⁰ Qualificar o processo de gestão apropriando-se de metodologias como a gestão de custos associadas aos aspectos técnicos e epidemiológicos apresenta-se como uma das possibilidades mais promissoras para o momento atual.

Inseridos neste escopo estrutural do financiamento em saúde, no Brasil, há muitos elementos que poluem o sistema de financiamento, e um desses poluentes está centrado na figura e no papel das Emendas Parlamentares (EPs) no orçamento público. As EPs podem ser classificadas como coletivas ou individuais, a depender das amarras negociadas no legislativo estadual ou federal. As EPs utilizadas como financiamento em saúde e negociadas entre o legislativo e o executivo, em sua grande maioria, são vistas como um modelo de fortalecimento da imagem parlamentar, ignorando critérios técnicos ou até mesmo demandas de maior necessidade no contexto coletivo social da saúde.

Nesse cenário, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2019) analisou a alocação de recursos por meio de EPs na execução orçamentária financeira de despesas com ações e serviços públicos de saúde (ASPS) ocorridas no período de 2015 a 2018. Ficou evidente o aumento do aporte de custeio ao SUS por meio das EPs, tanto na média e alta complexidade, quanto na APS, no entanto, não foi possível identificar os critérios

utilizados para alocação desses recursos, e essa falta de diretrizes de alocação pode estimular e gerar desigualdades de oferta de serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade.³¹

Em síntese, na prática observa-se que a destinação e aplicação dos recursos financeiros das EPs não seguem um rito de planejamento sinérgico às necessidades da RAS. Em face disso, compreende-se que os serviços público e privado ajustam-se para o recebimento dos recursos, muitas vezes fomentando estruturas físicas e humanas ineficientes ou sem propósito para aquela realidade local. Esse cenário implica na dificuldade de avaliação dos impactos sobre a saúde promovidos pelos recursos alocados, desconstruindo o percurso legítimo proposto pela Lei Complementar nº 141/2012, que versa sobre o repasse e movimentação dos recursos para a saúde.³²

Assegurar recursos financeiros que apóiem as ações em saúde é pauta recorrente no SUS, pois a capacidade e organização do financiamento ainda é compreendida como um limitador da qualificação do setor no país. Nesse mesmo cenário, não apenas as questões envolvendo o financiamento em saúde se destacam, visto que há fragilidades tão ou mais graves presentes no planejamento, na otimização e aplicação dos recursos, na avaliação dos serviços, somadas aos desvios de finalidade e ao baixo comprometimento da gestão com as políticas públicas de saúde.³³

Mergulhada nesse contexto, a construção da RAS foi se reconfigurando continuamente, conforme as necessidades emergiam, geralmente impulsionada pela complexidade da demanda crescente nas portas de entrada do sistema de saúde. Nesse âmbito, a profissionalização da gestão tornou-se fundamental, visto que a estruturação do setor da saúde passa a integrar o modelo de financiamento simultâneo da rede formada por serviços ofertados na esfera pública e privada.

A interface de aproximação entre os setores público e privado ganha importância pela forma adotada na organização orçamentária a partir do modelo de financiamento proposto e empregado. Assim, houve melhores condições de fortalecimento da complementaridade da RAS com a presença dos hospitais filantrópicos compondo os elos do sistema, consolidando também o foco do cuidado integral do indivíduo em consonância com os espaços de cuidado coletivo na APS.

Nesse percurso, o Decreto Presidencial 7.508/2011 define e consolida a estrutura da Rede de Atenção à Saúde, organizando as portas de entradas e o papel desempenhado por cada ponto de atenção na rede, podendo-se visualizar as estruturas públicas que vão desde unidades básicas de saúde, centros de atenção psicossocial, equipes de saúde da família, e até mesmo os serviços complementares de média e alta complexidade, estes que, na sua grande maioria, estão alocados em instituições privadas e filantrópicas.³⁴

É dentro desse cenário que as instituições hospitalares filantrópicas e privadas passam a compor com maior intensidade a RAS, construindo novos caminhos e suprimindo necessidades históricas que o sistema de saúde encontrava, especialmente no acesso dos usuários aos serviços de média e alta complexidade, bem como nas portas de entrada da Rede de Urgência e Emergência (RUE). Com isso, as questões envolvendo o financiamento e a gestão dos custos em saúde nos espaços hospitalares ganha importância, e passa ser conduzida com maior cuidado e critério específicos no controle, manutenção, avaliação e monitoramento dos gastos hospitalares aportados pelo financiamento público. Na sequência, serão descritos a dimensão e o papel da gestão de custos hospitalares nas circunstâncias do financiamento do sistema de saúde.

GESTÃO DOS CUSTOS HOSPITALARES EM SAÚDE

O sistema hospitalar exerce o papel fundamental na estrutura da RAS, e cada vez mais amplia-se a necessidade de um olhar cuidadoso e criterioso sobre o financiamento em saúde que envolve os hospitais filantrópicos e privados que compõem o sistema público de saúde.

Diante do investimento político da saúde direcionado aos hospitais, torna-se necessário um olhar sobre o modelo de gestão e gerenciamento dos processos internos das instituições. Em vista das condições que caracterizam o modelo e a forma de financiamento atrelados ao sistema hospitalar, pautados pelo modelo de contratualização, pelo teto quantitativo de prestação de serviços, pela organização da RUE, entre outros.

Nessa lógica, a gestão dos custos hospitalares configura-se como o mais relevante processo de controle financeiro que compõe o sistema de saúde envolvendo o cenário hospitalar. Assim, constitui-se em um importante recurso na tomada de decisões pela gestão. A gestão de custos, com toda a sua complexidade, é basilar para a viabilidade econômica e financeira dos hospitais. A gestão dos custos inclui diferentes áreas no ambiente hospitalar, sendo indispensável ao gerenciamento dos serviços, portanto, refere-se aos recursos investidos na produção de um bem durável ou da prestação de um serviço.

A gestão de custos tem entre suas finalidades: desenvolver um sistema de mensuração de cálculos atinentes à produção dos serviços; gerar informações para toda a instituição no que se refere à gestão dos recursos, independente da área de produção, assim como fomentar a corresponsabilidade na efetivação de atividades que envolvam a gestão dos custos. Ainda, contribui para o fornecimento de informações para subsidiar a tomada de decisão, o planejamento das atividades operacionais e, também, para a política de investimentos no sentido de monitorar a aplicabilidade dos recursos, identificando suas potencialidades e fragilidades; elaborar relatórios para a prestação de contas e viabilizar

maior transparência institucional.⁴

Os custos dos serviços hospitalares vêm, de longa data, aumentando sistematicamente, gerando sérios impactos na produção da assistência hospitalar. Ordenadamente, pode-se conceber o aumento dos custos hospitalares classificando-os em dois fatores: internos e externos. Os fatores externos referem-se ao envelhecimento da população atrelado à incidência das doenças crônico-degenerativas; à inserção de diferentes categorias profissionais; a novas tecnologias que incluem medicações, equipamentos e soluções; à ênfase na assistência em saúde hospitalar; ao fracionamento da assistência; e à oferta de leitos de baixa resolutividade.³⁵

Os fatores internos que impactam nos custos hospitalares são referentes ao aumento do tempo de permanência, à necessidade maior de recursos tecnológicos, às dificuldades na integralidade da assistência; à redução na qualidade da atenção, ao retrabalho e desperdícios; à má utilização dos recursos, às inovações para tratar de problemas distintos, ao intervencionismo excessivo e medicalização desnecessária e ao modelo assistencial pouco resolutivo.³⁵

Entre todos os setores do ambiente hospitalar, os que mais geram impactos nos gastos estão vinculados diretamente à área médica e enfermagem, decorrentes dos elevados custos de equipamentos, instrumentais, de materiais e medicações. Portanto, a gestão de custos é essencial para a composição dos serviços ofertados, sejam estes para viabilizar economicamente a assistência aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como ofertar serviços viáveis financeiramente aos usuários privados. Ou seja, a composição dos custos hospitalares refere-se aos gastos para a produção da assistência em saúde e à consequente viabilidade econômica e financeira do hospital. O desafio está em produzir mais, tendo como parâmetro mediador a segurança do paciente e a qualidade da assistência, definindo efetivamente o custo-paciente.³⁶

Neste caso, a gestão da aquisição, do serviço de almoxarifado e da área assistencial precisam atuar de forma congregada, para que materiais essenciais, como medicamentos e outros insumos, não fiquem represados. Por outro lado, também há necessidade de que esses produtos estejam com disponibilidade plena na assistência, sendo assim, nesse modelo, a qualidade da gestão é primordial. A complexidade de estruturação e organização dos serviços exige que cada gestor de área tenha capacidade plena de controle de custos nos respectivos espaços, especializados ou não.

O financiamento em saúde influencia diretamente a gestão dos custos hospitalares. Nesse contexto, busca-se um modelo organizativo dividido em duas variáveis: custos fixos e custos variáveis. Os custos variáveis referem-se às refeições, aos materiais, medicações, já os custos fixos referem-se aos serviços prestados, mas estes podem ser influenciados e

sofrer flutuação pelos custos variáveis.

Os custos fixos, tanto quanto os variáveis, podem ser divididos entre diretos e indiretos. Os custos diretos referem-se à composição dos custos dos serviços prestados, e podem ser objetivamente mensurados, para tanto, exige-se que se estabeleça um sistema de medida geralmente expresso de forma quantitativa. Já os custos indiretos são aqueles em que se tem algum tipo de dificuldade na apropriação valorativa na composição dos custos. Então, os custos indiretos são aplicados por aproximação, utilizando-se, para tal, o sistema de rateio. Podem-se elencar como custos indiretos a luz elétrica, serviço de limpeza, depreciação de equipamentos. Cabe ressaltar que os custos fixos são constantes, independente do volume de produção.

Os custos indiretos carecem de um método de custeio para apropriação valorativa para cada procedimento. Neste caso, os valores são alocados ao produto, como já referido, por meio de um sistema de rateio.³⁷ Neste podem-se utilizar duas ferramentas: o custeio pelos sistemas *Activity-Based Costing* (ABC) ou de custeio por absorção. O sistema ABC refere-se a um princípio de atividades que permite reservar de modo eficiente os custos dos produtos nos hospitais, conforme seu uso e o preço unitário de cada produto.³ Este sistema permite melhor visualização dos custos por meio de análises institucionais e as suas respectivas relações com os objetos dos custos.

O custeio por absorção está vinculado à apropriação de todos os custos, tanto quanto sejam diretos ou indiretos, variáveis ou fixos. Efetivamente, o custeio por absorção inclui os custos variáveis e fixos para a elaboração do produto final.³⁷ Desta forma, o sistema de custeio por absorção faz a apropriação integral de todos os custos, sejam estes diretos, indiretos, fixos ou variáveis, aos produtos finais.

Diante de tais características, as instituições desenvolvem mecanismos e/ou setores para qualificar a organização dos serviços. Nessa perspectiva, os centros de custos revelam-se como setores institucionais que monitoram os gastos passíveis de mensuração, podendo ser caracterizados como setores administrativos homogêneos, com base em uma estrutura organizacional da instituição hospitalar. Os centros de custos podem ser classificados em núcleos produtivos, especiais, auxiliares ou administrativos. Os centros de custos produtivos referem-se às unidades assistenciais, que são responsáveis pelas atividades fim do hospital, ou seja, a assistência direta ao paciente. Já os centros de custos auxiliares estão vinculados à prestação de serviços de apoio assistencial e às funções administrativas, são responsáveis pela prestação de serviços internos.³⁸

A gestão de materiais e medicações é responsável, nos serviços hospitalares, desde a pesquisa de preço, compra, estoque, até o uso, são imprescindíveis na composição dos custos hospitalares. Para tanto, os investimentos em estoques precisam ser bem

gerenciados, já que estes significativamente representam uma elevação dos custos hospitalares e, conseqüentemente, nas bases do financiamento em saúde.³⁸

Levando em consideração o financiamento em saúde e a gestão dos custos, podem-se trazer como exemplos de unidades de produção assistencial: as unidades de internação, o centro cirúrgico, a unidade de terapia intensiva, o berçário, a oncologia, a emergência, etc. Nestes setores a mensuração dos custos assistenciais pode ser diretamente contabilizada. Já os serviços de farmácia, nutrição, limpeza, segurança, recepção, manutenção constituem as áreas de apoio e os custos são apropriados por sistema de rateio. Os itens que compõem o custo da produção de serviços incluem encargos profissionais diretos e indiretos, materiais e medicações, materiais de consumo/expediente, depreciação de instrumentais e equipamentos, energia elétrica, telefone, lavanderia, serviço de sanificação, serviço de nutrição e dietética, entre outros.

Resumidamente, a importância do financiamento em saúde para a vida das instituições hospitalares, sejam elas filantrópicas ou privadas, detém relação direta com a gestão de custos, visto que procura-se reger meios e recursos técnicos, metodológicos e funcionais para a geração de informações e elementos atinentes aos custos dos bens ou serviços, e, assim, possibilitar o planejamento, organização, avaliação e monitoramento do desempenho institucional e da tomada de decisões com assertividade e qualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Explorar temáticas substanciais, como o financiamento em saúde e a gestão dos custos na APS e no contexto hospitalar, destaca a complexidade estrutural da RAS no Brasil. Os diferentes e inúmeros elementos que estão presentes na organização do sistema de saúde geram modelos difusos de gestão, visando à tentativa de abarcar as necessidades da população, abrangendo da mais baixa até a mais alta complexidade dos serviços de saúde.

O texto buscou revelar a multiplicidade e as interfaces que estão presentes no universo do financiamento da saúde, com suas formas e modelos, assim como sua origem, construção e desconstrução dentro da RAS. Buscou-se também explorar as relações que a gestão dos custos, em especial, desenvolvida no ambiente hospitalar, exerce sobre o método e o processo de trabalho das instituições, e o quanto a qualidade da gestão é importante para a manutenção e sustentação dos hospitais, sejam eles públicos, privados ou filantrópicos.

Por fim, o financiamento em saúde e a gestão dos custos fazem parte da teia que estrutura e organiza o SUS. Nessa conjuntura, pode-se delinear que a RAS é a matriz que rege o sistema de saúde, tendo a APS como ordenadora dos serviços e responsável pela

absorção dos usuários que buscam assistência de baixa complexidade. Enquanto que a rede hospitalar é o elo de fusão entre os níveis de complexidade, acomodando os usuários que necessitam de serviços especializados em níveis de complexidade mais altos.

REFERÊNCIAS

1. Teixeira CF. Observatório de análise política em saúde: abordagens, objetos e investigações [online]. Salvador: EDUFBA. 2016. ISBN 978-85-232-2021-1. doi: 10.7476/9788523220211.
2. Gatto Junior JR, Ventura CAA, Bueno SMV. A formação do enfermeiro, o sistema único e a saúde como um direito: uma revisão sobre a tipologia de conteúdos de ensino-aprendizagem. Arq.Cien. Saúde.2015;19(1):59-72. doi:10.25110/arqsaude. v19i1.2015.5266
3. Ministério da Saúde (BR). Introdução à Gestão de Custos em Saúde. Gestão e Economia da Saúde. [Internet]. Brasília (DF): OPAS; 2013 [acesso em 2020 mar 30]. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2018/julho/16/introducao-gestao-custos-saude.pdf>
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. Programa Nacional de Gestão de Custos: manual técnico de custos – conceitos e metodologia / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Economia da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
5. Vieira FS. Produção de informação de custos para a tomada de decisão no sistema único de saúde: uma questão para a Política Pública. Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. [Internet]. [acesso em 29 de julho]. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2017. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7972/1/td_2314.pdf
6. Saldiva PHN, Veras M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. Estudos Avançados. 2018; 32(92):47-61. Doi: 10.5935/0103-4014.20180005
7. Ministério da Saúde (BR) Financiamento público de saúde. [Internet] Brasília (DF): Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS. OPAS; 2013 [acesso em 2020 mar 30]. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento_publico_saude_eixo_1.pdf
8. Raup LM, Dhein G, Medeiros CRG, Grave MTQ. Doenças crônicas e trajetórias assistenciais: avaliação do sistema de saúde de pequenos municípios. Phisiv Revista de Saúde Coletiva. 2015; 25[2]:615-34. doi: 10.1590/S0103-73312015000200015
9. Oliveira DAL, Melo TRC, Santos OC dos et al. Eficiência e financiamento nas ações em média e alta complexidade. Rev. enferm. UFPE on line . 2019; 13 (2)A:464-71. doi: 10.5205/1981-8963-v13i02a235067p464-471-2019
10. Conselho Nacional de secretarias municipais de saúde. Confederação Nacional de Municípios (CNM). Mudanças no Financiamento da Saúde. Brasília, 2018. 40 p. Disponível em: <file:///C:/Users/gioen/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/Mudan%C3%A7as-no-Financiamento-da-Sa%C3%BAde.pdf>
11. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: Conass, 2011. 534 p. Disponível em : http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v13.pdf

12. Koerich C, Drago LC, Melo TAP3 Andrade SR, Erdmann AL. Financiamento em saúde: análise da produção científica no período 2007-2013. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador. 2016; 30(3):1-15. doi:10.18471/rbe. v30i3.16429
13. Moysés RPC, Texeira VCL, Martins RG, Souza CSM, Costa TC. A Integralidade e longitudinalidade da Atenção Primária à Saúde da mulher: uma análise de três municípios amazônicos. *Rev. APS*. [Internet]. 2019 [acesso em 2020 mar 20]; 22 (1):168-82. Disponível em: <file:///C:/Users/gioen/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/CUSTOS/16740-Texto%20do%20artigo-122855-1-10-20200616.pdf>
14. Souto LRF, Oliveira MHB de. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. *Saúde em Debate*. 2016; 40(108), 204-18. doi:10.1590/0103-1104-20161080017
15. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília/ DF, 1988. Presidência da República. Casa Civil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
16. Soratto J, Pires DEP de; Dornelles S, Lorenzetti J. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. *Texto & Contexto – Enfermagem*. 2015; 24(2), 584-592. Doi:10.1590/0104-07072015001572014
17. Ministério da saúde (BR). Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Portaria-n%C2%BA-2436-2017-Minist%C3%A9rio-da-Sa%C3%BAde-Aprova-a-Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica..pdf>
18. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html
19. Machado CV, Lima LD de, Baptista TWF. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cadernos de Saúde Pública*. 2017; 33(Suppl.2):02. doi:10.1590/0102-311x00129616
20. BRASIL. Portaria no 1.602, de 9 de julho de 2011. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB), para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal. *Diário Oficial da União* 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1602_09_07_2011.html
21. Morosini MVGC, Fonseca AF, de Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate* [Internet]. 2018 [citado em 2020 ago 01];42(116):11-4. Disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/125>
22. Ministério da Saúde (BR). Portaria N° 648/GM DE 28 de março de 2006. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf
23. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde em Debate*. 2018; 42(spe1), 18-37. doi: 10.1590/0103-11042018s102

24. Bertusso FR, Rizzotto MLF. PMAQ na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná. *Saúde em Debate*. 2018; 42(117), 408-419. doi: 10.1590/0103-1104201811705
25. Lopes OCA, Henriques SH, Soares MI, Celestino LC, Leal LA. Competências dos enfermeiros na estratégia Saúde da Família. *Escola Anna Nery*.2020; 24(2):21, 2020. doi 10.1590/2177-9465-ean-2019-0145
26. Cabreira FS, Ritter F, Aguiar VR, Celeste RK. Despesas municipais em atenção primária à saúde no Rio Grande do Sul, Brasil: um estudo ecológico. *Cadernos de Saúde Pública*. 2019; 34(12):07. doi: 10.1590/0102-311x00150117
27. Dutra CD, Soares MC, Meincke SMK, Matos GC de. Processo de trabalho da enfermagem na atenção primária à saúde: revisão integrativa. [Internet]. 2016 [citado em 2020 ago 01];10(supl.3): 1523-1534. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1031815>
28. Clarice Brito e Souza Gomes, Adriana Coser Gutiérrez. Daniel Soranz. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 25 (4):06. doi.org/10.1590/1413-81232020254.31512019
29. Mendes Á, Carnut L, Guerra LDS. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*. 2018; 42(spe1), 224-243. doi:10.1590/0103-11042018s115
30. Morimoto Tissiani, Costa Juvenal Soares Dias da. Análise descritiva dos gastos com internações por condições sensíveis à atenção primária. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2019; 27(3), 295-300. doi:10.1590/1414-462x201900030344
31. Piola SF, Vieira FS. As emendas parlamentares e alocação de recurso federal no sistema único de Saúde. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. [Internet]. 2019. [citado em 2020 Ago 06];3. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2497.pdf.
32. BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm
33. Mendes Á; Weiller, JAB. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. *Saúde em Debate*. 2015; 39(105), 491-505. doi:10.1590/0103-110420151050002016
34. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2001: regulamentação da Lei nº 8.080/90 / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/Decreto-n%C2%BA-7.508-de-28-de-Junho-de-2011.pdf>
35. Blanski MBS, Silva CL, Oliveira AG. Sistemas de custeio na gestão hospitalar. Curitiba: Ed. UTFPR. 158 p.2015
36. Zanetti BFT, Rigon ELB. Contabilidade de custos: custos hospitalares. *Revista Empreenda Unioledo*. [Internet]. 2018[citado em 2020 ago 01]:2(2): 74-88. Disponível em: <file:///C:/Users/gjoen/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/CUSTOS/3013-5078-1-PB.pdf>

37. Viana Filho J.R. Pásari IA, Niveiros S.I. Gestão de Custos Hospitalares: um Estudo de Caso no Hospital Santa Casa de Misericórdia e Maternidade de Rondonópolis – MT. XIV Congresso Brasileiro de Custos; 2017 nov 11 -13; Florianópolis.2020 Disponível em: <https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/4362/4362>

38. Bogo PC, Bernardino E, Castilho V, Cruz EDA. O enfermeiro no gerenciamento de materiais em hospitais de ensino. Rev Esc Enferm USP. · 2015; 49(4):632-639 doi: 10.1590/S0080-623420150000400014