

**Relatório N°. 36601-BR**

**Brasil**

**Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil:  
Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos**

**15 de fevereiro de 2007**

**Unidade de Gerenciamento do Brasil  
Departamento de Desenvolvimento Humano  
Departamento de Redução de Pobreza e Gestão Econômica  
Região da América Latina e do Caribe**



**Documento do Banco Mundial**

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIACOES

ABRAMGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CQH	Programa de Controle de Qualidade Hospitalar
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EC	Emenda Constitucional
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensaco
FIDEPS	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GPAB	Gestão Plena da Atenção Básica
PIB	Produto Interno Bruto
GPAB-A	Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
LOA	Lei Orçamentária Anual
MAC	Média e Alta Complexidade
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Operacional da Assistência  Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PABA	Piso de Atenção Básica – Ampliado
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCCN	Programa de Combate a Carência Nutricional
OPS	Organização Pan-americana de Saúde
PCH	Programa de Controle da Hanseníase
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PETS	Public Expenditure Tracking Survey
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada Integrada
PSF	Programa de Saúde da Família
QDD	Quadros Demonstrativos de Despesas
SADT	Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia
SES	Secretarias de Estado da Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SIAFI	Sistemas Integrados de Acompanhamento Financeiro
SIAFEM	Sistema de Administração Financeira dos Estados e Municípios
SIGEO	Sistema de Informação Gerencial do Orçamento
SIH/AIH	Sistema de Informação Hospitalar e Autorização de Internaco Hospitalar
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SMS	Secretarias Municipais de Saúde
SUS	Sistema nico de Saúde
TCE	Tribunal de Contas do Estado
TCU	Tribunal de Contas da União
TFECD	Teto Financeiro da Epidemiologia e Controle de Doenças
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
OMS	Organização Mundial de Saúde

# ÍNDICE

RESUMO EXECUTIVO .....	I
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
METODOLOGIA .....	3
DESAFIOS DA GESTÃO DE RECURSOS NO SETOR DE SAÚDE BRASILEIRO.....	3
O SUS E SEU MODELO DE FINANCIAMENTO.....	5
<i>Estrutura</i> .....	5
<i>Financiamento</i> .....	7
<i>Planejamento e Execução Orçamentária no SUS</i> .....	7
<i>Transferências Federais</i> .....	8
<b>2. PLANEJAMENTO E ORÇAMENTAÇÃO NO SUS .....</b>	<b>13</b>
PLANEJAMENTO.....	14
<i>Planejamento nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde</i> .....	14
<i>Planejamento nas Unidades de Saúde</i> .....	16
ELABORAÇÃO DO ORÇAMENTO.....	17
<i>A Preparação do Orçamento nas Secretarias de Saúde</i> .....	17
<i>Elaboração do Orçamento nas Unidades de Saúde</i> .....	19
EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA .....	21
COMPARANDO AS DESPESAS SUB-NACIONAIS EM SAÚDE.....	25
ALOCÇÃO DE RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS .....	27
MONITORAMENTO E CONTROLE .....	30
EXECUÇÃO DE TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS .....	33
RESUMO DA AVALIAÇÃO.....	37
<b>3. GESTÃO DE INSUMOS MATERIAIS .....</b>	<b>40</b>
MATERIAIS E MEDICAMENTOS .....	41
<i>Compras e Licitação</i> .....	41
Secretarias de Saúde.....	41
Unidades de Saúde .....	43
<i>Gestão e Controle de Estoques</i> .....	45
Secretarias de Saúde.....	45
Unidades de Saúde .....	46
<i>Gestão e Controle de Medicamentos pelas Unidades de Saúde</i> .....	47
GESTÃO DE EQUIPAMENTO E INSTALAÇÕES .....	50
<i>Aquisição de Equipamentos e Instalações</i> .....	50
Manutenção.....	51
RESUMO DA AVALIAÇÃO.....	53
<b>4. GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS .....</b>	<b>56</b>
GESTÃO DE PESSOAL.....	57
<i>A Gestão de Recursos Humanos pelas Secretarias de Saúde</i> .....	57
<i>Gestão de Recursos Humanos nas Unidades de Saúde</i> .....	58
RESUMO DA AVALIAÇÃO.....	60
<b>5. GESTÃO DA PRODUÇÃO E DA QUALIDADE.....</b>	<b>61</b>
PRODUTIVIDADE E EFICIÊNCIA .....	61
QUALIDADE.....	63
RESUMO DA AVALIAÇÃO.....	66
<b>6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>67</b>
FRAGMENTAÇÃO DO PROCESSO DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTAÇÃO .....	67
RIGIDEZ E COMPLEXIDADE NA GESTÃO DO ORÇAMENTO.....	68
AUSÊNCIA DE AUTONOMIA GERENCIAL AO NÍVEL LOCAL .....	68

INFORMAÇÃO INADEQUADA PARA A GESTÃO.....	69
BAIXA CAPACIDADE GERENCIAL AO NÍVEL LOCAL .....	70
ESTRUTURA DE INCENTIVOS INADEQUADA .....	70
RECOMENDAÇÕES .....	73
<b>ANEXO: DESENHO E METODOLOGIA DO ESTUDO.....</b>	<b>81</b>
QUADRO DE REFERÊNCIA.....	81
METODOLOGIA .....	84
AMOSTRAGEM.....	85
COLETA E ANÁLISE DE DADOS .....	86
CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA .....	88
<i>Secretarias Estaduais</i> .....	89
<i>Secretarias Municipais</i> .....	89
<i>Hospitais</i> .....	89
<i>Unidades Ambulatoriais</i> .....	90

## TABELAS

Tabela 1.1: Gasto com Saúde, 1995 e 2004 .....	4
Tabela 1.2: Classificação resumida dos mecanismos Federais de Transferência.....	10
Tabela 2.1: Variação média na alocação orçamentária dos estados .....	33
Tabela 2.2: Variação média na execução orçamentária dos municípios .....	34
Tabela 3.1: Distribuição das Compras das Secretarias de Saúde Por Modalidade.....	42
Tabela 3.2: Incidência de Atrasos nas Compras de Materiais nas Secretarias Municipais ..	43
Tabela 3.3: Responsabilidade pela compra de materiais e serviços nos hospitais .....	44
Tabela 3.4: Estado Geral das Instalações nos Hospitais da Amostra (%) .....	52
Tabela 4.1: Principais Problemas Relacionados com Recursos Humanos nos Hospitais (%) .....	59
Tabela 5.1: Indicadores de Produtividade no atendimento ambulatorial .....	62
Tabela 6.1: Resumo dos Problemas e suas Conseqüências .....	71
Tabela A.1: Estrutura do PETS .....	84
Tabela A.2: Características dos estados e municípios da amostra .....	89
Tabela A.3: Amostra de Hospitais.....	90
Tabela A.4: Características dos Hospitais da Amostra.....	90
Tabela A.5: Amostra de Unidades Ambulatoriais.....	91

## FIGURAS

Figura 1.1: Composição do Gasto Nacional em Saúde Por Fonte.....	7
Figura 1.2: Fluxos Financeiros no SUS.....	12
Figura 2.1: Problemas Mais Citados no Processo de Planejamento.....	16
Figura 2.2: Problemas Mais Citados na Elaboração do Orçamento .....	18
Figura 2.3: Qualidade dos Planos de Saúde Estaduais e Municipais .....	19
Figura 2.4: Nível de Informação Financeira nas Unidades de Saúde.....	20
Figura 2.5: Variação na alocação e Execução Orçamentárias dos Estados.....	22
Figura 2.6: Variação na alocação e Execução Orçamentárias dos Municípios .....	23
Figura 2.7: Problemas mais Citados na Execução orçamentária.....	24
Figura 2.8: Composição da Receita dos Hospitais – Por Fonte.....	25
Figura 2.9: Despesa Estadual Per Capita em Saúde – Por Fonte .....	26

Figura 2.10: Despesa Municipal Per Capita em Saúde – Por Fonte.....	26
Figura 2.11: Proporção do Gasto Municipal Total em Saúde Frente à Emenda Constitucional Nº. 29.....	27
Figura 2.12: Distribuição do Gasto Estadual – Por Elemento de Despesa, 2002.....	28
Figura 2.13: Distribuição do Gasto Municipal – Por Elemento de Despesa, 2002 .....	28
Figura 2.14: Distribuição do Gasto em Saúde dos Estados – Por Subfunção .....	29
Figura 2.15: Composição da Despesa dos Hospitais da Amostra .....	30
Figura 2.16: Variações na Execução das Receitas Municipais de Transferências .....	34
Figura 2.17: Razão Despesa Empenhada /Receita Realizada de Transferências, Programas e Municípios Selecionados.....	36
Figura 2.18: Gasto Municipal per Capita, programas Federais e Municípios selecionados	36
Figura 3.1: Frequência de Atrasos no Abastecimento de Materiais e Serviços em Hospitais .....	44
Figura 3.2: Avaliação do Estado dos Equipamentos e Frequência de Quebras nos últimos 6 meses (%) .....	52
Figura 5.1: Motivos de Cancelamento de Cirurgias.....	63
Figura 5.2: Principais Problemas Afetando a Qualidade nos Hospitais .....	64
Figura 5.3: Principais Problemas Afetando a Qualidade nas Unidades Ambulatoriais .....	65
Figura 5.4: Frequência de Problemas de Qualidade nos Hospitais Paulistas (%) .....	65
Figura 6.1: Medidas corretivas para melhorar a gestão de recursos e o desempenho na prestação dos serviços .....	74
Figura A.1: O ciclo orçamentário e os determinantes da qualidade do gasto.....	83

## QUADROS

Quadro 1.1: Modificações recentes introduzidas nos fluxos financeiros do SUS.....	11
Quadro 2.1: O ônus de um modelo de descentralização.....	15
Quadro 2.2: Um Sistema de Apuração de Custos em Nível Municipal: Cuiabá.....	32
Quadro 2.3: Administração Pública e Gestão do SUS .....	37
Quadro 3.1: A Questão da Disponibilidade e Acesso aos Medicamentos.....	49
Quadro 3.2: Casos de “Investimentos” desperdiçados .....	51
Quadro 3.3: Um Exemplo do Impacto de um Equipamento Sobre a Qualidade.....	54

## AGRADECIMENTOS

Gerard La Forgia (Task Manager, LCSHH), Bernard Couttolenc (Interhealth, Ltda) e Yasuhiko Matsuda (LCSPM) prepararam este relatório. Solicitado pelo Ministério da Saúde, esse estudo aplicou a metodologia do Estudo de Rastreamento do Gasto Público em Saúde (PETS - *Public Expenditure Tracking Survey*, adaptada às circunstâncias do SUS – Sistema Único de Saúde. Esse relatório é o resultado de uma colaboração entre a Rede de Desenvolvimento Humano da América Latina e do Caribe, do Banco Mundial (*HD - World Bank's Latin American and Caribbean Human Development Network*) e a Unidade de Redução da Pobreza e Gerenciamento Econômico (*PREM - Poverty Reduction and Economic Management Unit*).

Este relatório foi baseada na pesquisa preparada pela Interhealth Ltda. A equipe da Interhealth foi constituída por: Bernard F. Couttolenc, (Investigador Principal, Interhealth), Carlos A. Machado (Interhealth), Rosa Maria Marques (PUC-SP), Áquilas Mendes (CEPAM), e Leni H. de Souza Dias. Uma equipe de seis supervisores de campo participou do trabalho de campo associado à pesquisa PETS: Áquilas N. Mendes (SP), Corina M. Viana Batista (AM), Fátima A. Ticianel Schrader (MT), Janice Dornelles de Castro (RS), Maria H. Lima Souza (CE) e Rosa Pastrana (RJ). A revisão técnica foi de April Harding (Economista de Saúde Sênior). Juliana Wenceslau, Leo Feler, Maria Virginia Hormazabal, Fernanda Ishihara, Lerick Kebeck, e Cassia Miranda foram de grande valia na formatação, edição e processamento deste relatório. Agradecemos a Shirley Gabay da Escola de Inglês Tailor Made pela tradução de versão em inglês para português.

## RESUMO EXECUTIVO

### Introdução

O Brasil tem feito progressos significativos no desenvolvimento humano durante a última década, graças a uma série de inovações em políticas e ações sociais, e a equidade de acesso melhorou consideravelmente. Na saúde, a consolidação do financiamento público organização do setor num sistema nacional (SUS – Sistema Único de Saúde) e uma ênfase maior na atenção básica têm sido muito importantes para essas melhorias.

Contudo, persistem desafios significativos relacionados a ineficiências e baixa qualidade dos serviços prestados. Dado o alto nível da dívida pública e da carga tributária, a viabilidade econômica e sustentabilidade do sistema podem ser prejudicadas, enquanto que os ganhos em equidade obtidos nos anos recentes podem se tornar difíceis de sustentar. As autoridades financeiras demonstram preocupação crescente com o aumento dos gastos na área de saúde, que já representam em torno de 11% do gasto público. Considerando os atuais níveis de ineficiência no sistema de saúde, em 2025 o gasto total com saúde pode aumentar de 8 para 12% do PIB, enquanto que o gasto das famílias em saúde pode subir de 5 para 11% em relação à renda. Aumentar a eficiência e a efetividade na utilização de recursos de saúde para conter a escalada de custos talvez seja o maior desafio enfrentado pelo sistema de saúde brasileiro.

Muitos dos desafios enfrentados pelo setor saúde estão ligados a falhas de governança – a ausência de *incentivos* e *responsabilização* que garantem que os serviços prestados sejam de custo e qualidade aceitáveis, ambos essenciais para melhorar o estado de saúde da população. O gasto público constitui um instrumento poderoso para influenciar o desempenho em unidades de saúde financiadas com recursos públicos. A estrutura e gestão dos fluxos de financiamento para essas unidades influenciam fortemente os incentivos que elas enfrentam. Na área de saúde, a governança também se refere à forma com a qual a organização prestadora de serviços de saúde (como um hospital), seus gerentes e pessoal são responsabilizados pelo seu comportamento (por exemplo, gestão de recursos, planejamento, monitoramento do serviço, gestão financeira, etc.) ao prestar serviços com qualidade e eficiência. A responsabilização é o conceito chave que capta a responsabilidade dos atores e as conseqüências que serão enfrentadas por eles com base em seu desempenho. Isso significa que um desempenho ruim é sancionado e um bom desempenho é recompensado para promover qualidade e impacto. Onde não existe responsabilização de gerentes e profissionais, aqueles com desempenho excelente e aqueles com desempenho baixo são tratados da mesma forma, o sistema resultante é injusto, e compromete a qualidade e o impacto das ações desenvolvidas. Em resumo, a governança impacta sobre a qualidade dos gastos públicos, a efetividade da gestão de recursos e também, a eficiência e qualidade da prestação de serviços.

Esse relatório avalia a alocação e gestão de recursos, as funções de planejamento e orçamentação, e a execução do orçamento em diferentes níveis do governo para o gasto público com serviços de saúde. Ênfase foi colocada no entendimento dos incentivos gerados para os prestadores de serviços, e a solidez geral da prestação de contas estabelecida no sistema de gastos com serviços públicos de saúde.<sup>1</sup> A análise busca identificar as fragilidades na prestação de contas dos serviços fornecidos que provêm da estrutura e processo de fluxos financeiros intergovernamentais e para prestadores, e as práticas de gestão relacionadas a esses fluxos.

---

<sup>1</sup> O grau de autonomia gerencial (para prestadores públicos), e a efetividade da estrutura reguladora também são elementos críticos do regime de governança de unidades de saúde, e eles são discutidos em outro estudo do Banco Mundial: “Em Busca da Excelência: Melhorando o Desempenho de Hospitais no Brasil.” (estar disponível em 2007).

Esse estudo se baseia e aperfeiçoa uma ferramenta utilizada na avaliação de governança: o rastreamento dos gastos públicos, desde o rastreamento do financiamento e na análise da governança dos desafios gerenciais que impedem o financiamento adequado no setor público. O instrumento de rastreamento foi aplicado a uma amostra de estados, municípios e instalações de saúde no país em 2004.

## **O Sistema Único de Saúde**

O Sistema Único de Saúde (SUS) é financiado pelo governo e atende toda a população brasileira, proporcionando uma grande variedade de serviços gratuitos. Constitui efetivamente o único serviço de saúde para mais da metade da população (IBGE, PNAD, 1998), e o principal fornecedor de cuidados para a população mais pobre.

Em função da estrutura federativa do Brasil e do caráter descentralizado do SUS, os fluxos financeiros são de difícil acompanhamento e monitoramento, e, portanto, tornam a responsabilização difusa e complicada. Apesar dos contínuos aperfeiçoamentos, os sistemas de informação existentes não permitem conhecer com precisão a alocação de recursos no âmbito do SUS, nem como os gastos são realizados e os serviços prestados ao nível das unidades de saúde. Não existe informação sobre quanto o SUS como um todo (incluindo os governos federal, estaduais e municipais) gasta com atendimento hospitalar ou com atenção básica. Os níveis de eficiência na prestação de serviços de saúde também não são sistematicamente documentados.

O presente estudo avalia como os processos de alocação, transferência e utilização de recursos são conduzidos nos diferentes níveis do sistema. O estudo proporciona informações valiosas sobre a realidade das unidades executoras do sistema e como estas se relacionam com os níveis centrais. Ele também identifica problemas nos fluxos financeiros, analisa a utilização de recursos em nível local, e estima o seu impacto sobre a eficiência e qualidade dos serviços de saúde em geral. Nesse sentido, o estudo fornece uma base valiosa para o aperfeiçoamento de todo o ciclo de processos na gestão de recursos públicos (planejamento, orçamentação, execução do orçamento, gestão de insumos, e produção de serviços de saúde) no setor saúde, que em seu conjunto ajudam a sustentar a boa governança na prestação de serviços de saúde.

Este estudo tem por objetivo principal levantar e descrever como os gastos públicos são alocados para cada tipo de unidade de saúde ou programa de saúde; avaliar até que ponto os recursos transferidos para os estados e municípios são aplicados para as finalidades a que se destinam; levantar evidências de atrasos e desvios no sistema de execução orçamentária em nível das secretarias estaduais e municipais e unidades prestadoras de serviços e como esses problemas impactam a prestação de serviços; e oferecer um conjunto de recomendações de políticas destinadas a melhorar a eficiência da gestão de recursos e a qualidade do atendimento à saúde no SUS.

O estudo foi baseado numa amostra de seis estados, 17 municípios nesses seis estados, e 49 hospitais e 20 unidades ambulatoriais nos municípios selecionados. Embora a amostra não seja estatisticamente representativa do SUS como um todo por ser de tamanho insuficiente e não aleatória, foi feito um esforço para captar uma variedade de situações encontradas na Federação Brasileira para que os resultados pudessem exemplificar condições típicas encontradas no SUS.

## **Planejamento e Orçamentação**

O processo de planejamento e orçamentação no SUS – semelhante ao das instituições do governo brasileiro em geral – é bem estruturado, porém excessivamente formalístico. Sua complexidade e seu formalismo burocrático reduzem sua utilidade prática como instrumento efetivo de gestão e



como base para a responsabilização das entidades públicas. Suas principais características e limitações estão resumidas abaixo.

- Os prazos exigidos legalmente para o processo de planejamento, preparação e entrega do orçamento são geralmente atendidos com poucos atrasos. Porém, a utilização de dados e análises para identificar problemas prioritários numa dada localidade e como base para o planejamento são raras. Os planos são freqüentemente feitos com base no plano do ano anterior ou seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde.
- Os estados e municípios sofrem de uma séria falta de capacidade de desenvolver planos baseados em evidências para orientar suas políticas e ações de saúde. O planejamento no nível das unidades de saúde é praticamente inexistente. O processo de planejamento é truncado; pouca consistência e articulação são encontradas entre os vários documentos e os estágios de planejamento. Pior, depois que o plano é apresentado, ele geralmente não é consultado ou utilizado para direcionar a tomada de decisões.
- Os planos apresentam objetivos e metas, mas quase nunca definem estratégias e ações articuladas para alcançá-los. Em muitos casos, os planos constituem declarações de intenções ao invés de mapas de como chegar aos resultados desejados.
- A participação dos vários atores envolvidos, incluindo as estruturas previstas de prestação de contas, como os Conselhos de Saúde, é insuficiente, em geral ineficaz e potencialmente contra produtiva.
- O planejamento e a orçamentação estão desconectados, especialmente em nível local. A falta de parâmetros de custos para os serviços para facilitar a previsão dos recursos necessários para os programas resulta na utilização em larga escala de valores ultrapassados como base principal para o novo orçamento. Isso reduz a validade do orçamento em si além da sua utilidade como ferramenta de gestão.
- Os dados financeiros e estratégicos necessários para desenvolver planos e orçamentos são freqüentemente centralizados nas Secretarias da Fazenda ou do Planejamento e muitas vezes não estão disponíveis para a Secretaria da Saúde e/ou os gerentes de unidades.
- Os gerentes da maioria das unidades públicas de saúde (unidades básicas, diagnósticas ou hospitais) têm autoridade nula ou limitada para planejar a oferta de serviços, definir seus orçamentos, realocar recursos ou gerenciar insumos. Eles geralmente não gerenciam os recursos humanos nem controlam a folha de pagamento, e portanto executam apenas uma proporção pequena de seus orçamentos. Unidades menores não possuem nenhuma informação financeira interna.

### **Execução Orçamentária**

Os pontos fracos na elaboração do planejamento e do orçamento são evidenciados mais claramente pela prática observada nos níveis sub-nacionais de mudar a alocação de recursos orçamentários de forma significativa durante a fase de execução do orçamento, muitas vezes ignorando as prioridades especificadas no processo de planejamento. Portanto, é através da análise da execução do orçamento que as verdadeiras prioridades de alocação se tornam evidentes. Além disso, a execução do orçamento também afeta a eficiência e qualidade da prestação de serviços porque ela determina como as secretarias e as unidades prestadoras vão desempenhar as principais funções de gestão

como compras e distribuição de medicamentos, materiais e equipamento. Os problemas mais comuns estão descritos a seguir:

- Mudanças significativas entre a alocação orçamentária inicial e o montante realmente disponibilizado limitam os benefícios da previsão financeira e do planejamento. Os atrasos frequentes observados na liberação dos recursos orçados resultam na sua utilização aquém do esperado pelos gerentes. Por exemplo, alguns dos recursos “congelados” podem ser liberados apenas no final do ano, deixando pouco tempo para sua execução. A imprevisibilidade e atrasos na liberação dos recursos também se aplicam às transferências federais. Frequentemente o gasto “empenhado” é menor que a alocação devido a atrasos na liberação dos recursos, a morosidade do processo de licitação, e a lentidão dos processos de gestão financeira em geral. Atrasos no pagamento aumentam os custos finais e resultam em níveis relativamente baixos de liquidação e pagamento dos gastos.
- Os municípios têm baixa capacidade para uma execução orçamentária vigorosa devido a uma falta de pessoal qualificado e de autonomia e autoridade para a tomada de decisões por parte das secretarias e unidades de saúde.
- A maioria dos estados e muitos municípios não cumprem a percentagem mínima do gasto em saúde exigida pela constituição (Emenda Constitucional 29), mesmo que alguns gastam muito mais. As transferências federais não compensam esta desigualdade nos gastos.
- No nível das secretarias estaduais e municipais, o sistema de monitoramento, controle e prestação de contas do orçamento é bem estruturado, porém ele está focado no cumprimento de exigências legais e controles financeiros, com pouca atenção dada à avaliação dos resultados. Nas unidades de saúde o monitoramento e supervisão financeiros são raros.
- Existem múltiplas prestações de contas paralelas associadas a programas com recursos vinculados e/ou mecanismos de pagamento específicos. Isso consome recursos e tempo consideráveis, desta forma aumentando os custos administrativos nas secretarias e unidades de saúde.
- A disponibilidade de dados desagregados ou detalhados sobre a execução do orçamento é limitada. Isso prejudica o rastreamento dos recursos efetivamente alocados e executados, incluindo as transferências federais, e a avaliação da eficiência e eficácia na utilização de recursos.

### **Gestão de Materiais e Medicamentos**

No setor saúde, a gestão de materiais (da aquisição até a utilização) consome uma porção significativa dos recursos financeiros (em torno de 20% do total) e pode ser um dos motivos principais de ineficiência e perdas. As normas atuais que governam o processo de compras do governo são efetivas em termos de limitar (porém não eliminar) a probabilidade de desvios de recursos, mas ao mesmo tempo, sua rigidez e falta de flexibilidade criam distorções significativas.

- A complexidade e rigidez das regras que controlam o processo de licitação e os prazos estipulados precisam de um grau de planejamento afinado que é encontrado apenas raramente na prática. Processos de compra longos e prazos de pagamento estendidos estimulam os fornecedores a embutir custos adicionais nos preços cotados o que torna impossível para os hospitais aproveitarem as melhores oportunidades de compras, frequentemente resultando num atraso no fornecimento. Os atrasos no processo de compra, devidos à lentidão do

processo, também são freqüentes nas unidades de saúde, resultando em qualidade inferior, interrupção no atendimento dos pacientes, e um grande número de compras de emergência a um custo mais alto.

- O controle inadequado dos estoques, além da existência de vários estoques paralelos dentro das unidades de saúde e métodos ineficientes de dispensar os medicamentos aos pacientes hospitalizados contribuem para desperdícios, perdas e desvios significativos, possivelmente chegando a 10% do total.
- O planejamento inadequado, a centralização excessiva das decisões de compra, e uma estrutura legal altamente rígida resultam numa inconsistência entre os materiais necessários e aqueles que estão realmente disponíveis.

### **Gestão de Equipamentos e Instalações**

A aquisição e manutenção de equipamentos e da planta física estão entre os elementos mais custosos de qualquer sistema de saúde. A ineficiência nessa área pode, portanto ser uma fonte significativa de aumento de custos. Nos últimos anos, o Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde tentaram criar um planejamento mais racional de compra e distribuição de equipamentos. No entanto, a pesquisa demonstra que a maioria das unidades ainda tem sérias dificuldades para manter suas instalações e equipamentos, com repercussões desfavoráveis para a qualidade e eficiência do atendimento; até hoje as unidades de saúde em sua maioria não têm sido responsabilizadas pela gestão de seus equipamentos e instalações.

- A aquisição de equipamentos depende da disponibilidade de recursos de investimento federal com fluxos irregulares. Isso impede a avaliação sistemática de necessidades e o planejamento de investimentos de capital. Em muitos estados e municípios, não existem critérios pré-definidos e transparentes para a distribuição de equipamentos quando esses se tornam disponíveis.
- Devido à falta de um programa coerente e recursos suficientes para a manutenção preventiva, a alta freqüência de quebra dos equipamentos resulta na interrupção dos serviços. Além das implicações óbvias na qualidade, essa situação acarreta custos mais altos porque o equipamento sem manutenção adequada precisa ser substituído num período de tempo mais curto.
- As instalações físicas estão geralmente ruins, o que novamente enfraquece a qualidade dos serviços e sua continuidade. Também contribui para o aumento de despesas quando reformas vultosas precisam ser feitas ou novas instalações precisam ser construídas.

### **Gestão de Pessoal**

A legislação rígida que governa os recursos humanos no setor de saúde torna a gestão desses recursos difícil e onerosa. Entretanto, os problemas identificados na gestão de pessoal nas secretarias e unidades de saúde – principalmente aquelas do setor público – não se devem apenas a limitações e distorções impostas pela legislação. Muitos problemas são relacionados a práticas de gestão inadequadas que resultam no uso ineficiente de recursos e, em alguns casos, na ausência da gestão real. Fundamentalmente, eles se devem a uma falta total de responsabilidade dos gerentes quanto a seus recursos humanos.

Os principais problemas são resumidos a seguir:

- Composição do pessoal ineficiente (quanto à categoria e nível) além de práticas inadequadas de alocação de pessoal. Muitas vezes existe um excesso de funcionários de baixa qualificação

junto com uma falta de pessoal qualificado. Isso acontece principalmente nas unidades de saúde menores e também para posições gerenciais no sistema como um todo.

- Ausência de um sistema efetivo de incentivos e avaliação de desempenho, e de oportunidades para crescimento profissional. Quando existem incentivos, eles geralmente acabam se generalizando e sendo incorporados na remuneração fixa.
- Baixo nível de remuneração para profissionais qualificados resultando na fuga do pessoal qualificado em busca de emprego em outros lugares. A alta rotatividade do pessoal em muitas unidades compromete a continuidade dos cuidados.

### **Gestão de Produção e Qualidade**

A gestão de serviços e da qualidade está em sua infância. Poucas secretarias ou unidades de saúde coletam dados sobre a produtividade, eficiência ou qualidade dos serviços regularmente. Em alguns casos, os indicadores clássicos de produtividade (média de permanência no hospital, rotatividade dos leitos, taxa de ocupação) e qualidade (mortalidade, infecções hospitalares) são monitorados, porém raramente utilizados para a tomada de decisões, o que contribui para a impossibilidade de fazer com que os prestadores de serviços sejam responsabilizados por seu desempenho.

Os dados recolhidos através desta pesquisa mostram, por exemplo, que os médicos trabalham menos horas do que o número de horas contratadas, mas produzem o número de consultas esperado. Essa situação é comum em instalações públicas onde horas de trabalho “reais” são negociadas entre médicos e gerentes, e têm pouca relação com as horas “contratadas”. O tempo reduzido [assado em contato com os pacientes pode também comprometer a qualidade dos cuidados médicos. Além disso, 40% dos cancelamentos de cirurgias eletivas programadas relatadas na pesquisa são atribuídos a problemas de gestão internos e à utilização ineficiente de recursos, tais como a ausência de médicos ou pessoal de apoio, falta de materiais, a não esterilização de equipamentos, etc.

A pesquisa tentou descobrir os principais problemas que afetam o serviço oferecido e sua qualidade. Os problemas principais conforme identificados pelos gerentes estaduais, municipais e de unidades de saúde incluem: falta de medicamentos, falta de pessoal, capacidade instalada limitada para lidar com a demanda nas unidades ambulatoriais, e falta de materiais médicos. Todos esses problemas estão relacionados com deficiências nas práticas de gestão de recursos detalhadas nesse estudo. Os gerentes de hospitais também citam pessoal com pouca qualificação e práticas de higiene inadequadas (por exemplo, aumentando o risco de infecções adquiridas no hospital) enquanto que os gerentes de unidades ambulatoriais citaram a falta ou indisponibilidade de equipamento diagnóstico e terapêutico.

### **Principais Desafios e Recomendações**

A análise dos resultados quantitativos e qualitativos da pesquisa mostra a existência de vários problemas, que têm um impacto negativo na qualidade e efetividade dos serviços de saúde fornecidos pelo SUS, bem como no custo desses serviços. Eles foram agrupados abaixo em quatro categorias, com recomendações de como melhorá-los.

#### *Fragmentação do processo de planejamento e orçamentação*

Sincronizar e alinhar os processos de planejamento, orçamento, execução e informação, e orientá-los para o desempenho. O planejamento deve ser a base para definir as metas de desempenho. Os planos devem conter um conjunto limitado de objetivos de desempenho que podem ser mensurados facilmente. A mensuração do custo das atividades seria um complemento importante. Desta forma,

o Ministério da Saúde deveria apoiar a instalação de sistemas de contabilidade de custos nas unidades de saúde, especialmente em hospitais.

Consolidar as transferências de recursos em categorias mais abrangentes e vincular qualquer aumento no financiamento à melhoria do desempenho, assim recompensando o bom desempenho e penalizando o desempenho inadequado. As transferências existentes poderiam ser estruturadas com base em categorias amplas funcionais/programáticas que já são bem aceitas no setor (por exemplo, Atenção Básica, Alta e Média Complexidade Hospitalar, etc.).<sup>2</sup> Os estados e municípios poderiam então alocar os fundos recebidos através dessas transferências em blocos para programas específicos, baseados em seu próprio plano e orçamento. A fórmula para determinar a distribuição das transferências deve ser orientada por critérios explícitos de políticas de saúde tais como (i) atenuação de desigualdades inter-regionais nos indicadores de saúde e acesso a serviços, ou (ii) melhoria do desempenho no nível da unidade (no caso, maior eficiência e melhor qualidade, conforme medido por indicadores específicos orientados a resultados).

#### *Rigidez e complexidade na execução do orçamento*

Desenvolver e introduzir arranjos organizacionais que proporcionem às unidades de gestão níveis crescentes de autonomia e autoridade para tomada de decisão sobre a gestão de recursos. Contudo, a velocidade da concessão de tal autonomia deve ser calibrada com a capacidade demonstrada de cada unidade, e a capacidade da agência central (por exemplo, a secretaria da saúde) de monitorar e controlar seu desempenho. Num teste piloto, a autonomia plena de gerenciar os recursos financeiros, humanos e materiais poderia ser concedida para alguns dos hospitais maiores (por exemplo, unidades de referência), e possivelmente distritos ou regiões de saúde. Seria melhor começar com os hospitais que já são unidades orçamentárias oficiais e, portanto possuem alguma experiência com a gestão autônoma de recursos. No caso das unidades menores com uma capacidade administrativa mais limitada, alguns aspectos mais específicos da autoridade decisória poderiam ser delegados. Algumas dessas poderiam se tornar unidades orçamentárias, enquanto outras poderiam desfrutar de menos autonomia. Para cada caso, um estudo preparatório deve ser conduzido para determinar o nível exato de tomada de decisão que seria delegado aos gerentes de unidades.

#### *Ausência de autonomia gerencial, incentivos e capacidade*

Fortalecer e profissionalizar a capacidade gerencial. O Ministério da Saúde poderia promover a adoção de técnicas modernas de gerenciamento para as secretarias e unidades de saúde. Tais técnicas incluiriam a gestão de pessoal descentralizado; gestão de compras e estoques para facilitar a estimativa de necessidades; a programação das compras e melhor controle de estoques; a gestão de equipamentos e instalações para permitir a monitoração do estado do equipamento e sua manutenção permanente; a avaliação do custo e eficiência das atividades; a avaliação dos resultados em termos de cobertura e indicadores de desempenho com relação à eficácia e qualidade dos serviços. Seria necessário mudar as políticas de recursos humanos (por exemplo, melhor estruturação das carreiras do pessoal técnico e administrativo, política de treinamento sistemático) para tornar as carreiras na área de saúde pública mais atraentes.

Aplicar mecanismos para fortalecer a responsabilização, tais como contratos de gestão que induzam os administradores a focarem em objetivos específicos e resultados mensuráveis. Esse instrumento poderia servir como mecanismo de base para o planejamento, monitoração e avaliação. Uma maior autonomia para unidades de saúde específicas deveria ser articulada com expectativas claras de

---

<sup>2</sup> Em março de 2006, o Ministério da Saúde aprovou uma regulamentação exigindo a consolidação das transferências em seis concessões em bloco.

desempenho (metas) e prestação de contas a posteriori. Ao utilizar contratos de gestão como uma ferramenta de responsabilização, uma aplicação mecânica do princípio de “recompensa e punição” deve ser evitada. Ao invés, as metas de desempenho devem ser utilizadas como referências em torno das quais cada secretaria e unidade de saúde podem desenvolver revisões contínuas, diálogo, e medidas corretivas apropriadas para aumentar o desempenho da unidade.

*Informação inadequada para a gestão*

Estabelecer sistemas de monitoração robustos que visem melhorar o desempenho organizacional. Esses sistemas devem fornecer informações úteis e claras para a gerência interna, incluindo dados sobre o desempenho do programa/unidade que permitam comparações com metas e entre as próprias unidades.

## 1. INTRODUÇÃO

O Brasil tem feito progressos significativos no desenvolvimento humano durante a última década, refletindo melhorias no estado de saúde, na educação e na assistência social. Graças a uma série de inovações políticas em cada um desses setores, a igualdade de acesso tem melhorado consideravelmente. Na área de saúde, a consolidação dos recursos públicos, a organização do setor em um sistema nacional (SUS – Sistema Único de Saúde), e a ênfase maior na atenção básica e no controle de doenças infecciosas têm sido elementos críticos nessas melhorias.

Restam ainda desafios significativos. Os serviços sociais continuam a sofrer com ineficiências e baixa qualidade. Considerando a dívida pública e a carga tributária altas, que, por sua vez podem limitar o gasto público no futuro, pode-se argumentar que sem melhorias na eficiência e qualidade da prestação de serviços sociais, a sustentabilidade e viabilidade do sistema estarão ameaçadas, enquanto que o ganho em equidade obtido nos últimos anos poderá ser difícil de sustentar. Aumenta a preocupação das autoridades financeiras com os custos crescentes da assistência médica, que representam aproximadamente 11% do gasto público. Um estudo recente estima que com os níveis atuais de ineficiência do sistema de saúde, até 2025 o gasto total em saúde como porcentagem do PIB aumentaria de 8 para 12% enquanto que o gasto familiar em saúde como porcentagem da renda subiria de 5 para 11%.<sup>3</sup> Aumentar a eficiência e eficácia na utilização dos recursos para a área de saúde para conter o aumento dos custos talvez seja o maior desafio enfrentado pelo sistema de saúde brasileiro na atualidade.

Muitos dos desafios enfrentados pelo setor saúde estão ligados a falhas de governança – a falta de *incentivos e responsabilização* necessários para assegurar a viabilidade e qualidade do atendimento, ambos sendo essenciais para melhorar o estado de saúde da população. O gasto público constitui um instrumento poderoso para influenciar o desempenho dos prestadores financiados com recursos públicos. A estrutura e gestão dos fluxos de recursos a esses prestadores influenciam fortemente os incentivos percebidos por esses prestadores. No setor saúde, a governança também se refere à forma com a qual a organização prestadora (como um hospital), seus gerentes e trabalhadores são responsabilizados pelo próprio comportamento (como gestão de recursos humanos, planejamento, monitoração de serviços, gestão financeira, etc.) ao prestar serviços com qualidade e eficiência. A responsabilização pelos resultados obtidos constitui um fator chave que captura as responsabilidades dos atores e as conseqüências enfrentadas por eles com base em seu desempenho. Isso significa que o baixo desempenho é penalizado e o bom desempenho é recompensado para promover qualidade e impacto. Quando não existe responsabilidade aqueles que têm um bom desempenho e aqueles que têm um baixo desempenho são tratados de forma igual, resultando num sistema injusto, que compromete a qualidade e a efetividade dos serviços prestados. Em resumo, a governança impacta a qualidade do gasto público, a eficácia da gestão de recursos, e a eficiência e qualidade da prestação de serviços.

Esse relatório avalia a alocação e a gestão de recursos, as funções de planejamento e orçamentação, e a execução do orçamento em diferentes níveis do governo em termos de gastos públicos em serviços de saúde. A ênfase está em entender os incentivos gerados para os prestadores de serviços, e a solidez geral do processo de responsabilização e prestação de contas estabelecidas no sistema público de gasto em saúde.<sup>4</sup> A análise busca identificar as fragilidades nas responsabilidades pela

---

<sup>3</sup> Marcos Bosi Ferraz (2006). “Brasil 2005: Desafios do Sistema Saúde,” *Economia da Saúde On-line*, Centro Paulista de Saúde, [http://www.economiasaude.com.br/new/destaques?id\\_destaque=8](http://www.economiasaude.com.br/new/destaques?id_destaque=8).

<sup>4</sup> O grau de autonomia gerencial (para prestadores públicos), e a efetividade do quadro regulatório também são elementos importantes no regime de governança para os prestadores de assistência médica, eles foram

prestação de serviços que resultam da estrutura e processo de fluxos de recursos intergovernamentais e para prestadores e das práticas gerenciais associadas a esses fluxos.

Este estudo foi baseado e aperfeiçoa uma ferramenta aceita e já utilizada de análise de governança, o rastreamento do gasto público, aplicada no rastreamento do financiamento e na análise da governança e dos desafios gerenciais a ela associados que impedem o financiamento efetivo no setor público. O instrumento utilizado para o rastreamento do gasto (PETS) foi aplicado a uma amostra de estados, municípios e unidades de saúde no país em 2004.<sup>5</sup>

A pesquisa era necessária em função da estrutura financeira complexa do SUS que torna o rastreamento de fluxos de recursos difícil e a inadequação dos sistemas de informação existentes, que apesar dos contínuos aperfeiçoamentos, não permitem conhecer com precisão a alocação de recursos no âmbito do SUS, nem como os gastos são executados e os serviços prestados nas unidades de saúde.<sup>6</sup> Da mesma forma, existe uma ausência de informação com relação a quanto o SUS como um todo (incluindo os governos federal, estaduais e municipais) gasta com atenção hospitalar e com atenção básica. Os níveis de eficiência ou ineficiência com relação à prestação de serviços de saúde são desconhecidos e não documentados.<sup>7</sup> A metodologia PETS permite a coleta sistemática de informações relevantes ao nível das secretarias de saúde (estaduais e municipais) e das unidades de saúde, fornecendo *insights* sobre as causas institucionais e gerenciais das ineficiências e seus efeitos sobre a qualidade dos serviços de saúde.

Este estudo tem por objetivo principal levantar e descrever como os gastos públicos são alocados para cada tipo de unidade de saúde, programa ou ação de saúde; avaliar até que ponto os recursos transferidos para os estados e municípios são utilizados para as finalidades às quais se destinam; levantar evidências de atrasos e desvios no processo de execução orçamentária em nível das secretarias estaduais e municipais e das unidades prestadoras de serviços, e como esses problemas impactam a prestação de serviços; e oferecer um conjunto de recomendações para políticas de saúde que promovam a melhoria na eficiência da gestão de recursos e na qualidade da atenção à saúde no SUS.

O relatório é dividido em 5 capítulos. O primeiro capítulo apresenta um histórico do SUS, sua estrutura, arranjos financeiros e sistemas de planejamento e orçamentação. Os quatro capítulos seguintes relatam os achados da pesquisa. O capítulo 2 relata os resultados no que diz respeito ao processo de planejamento e orçamentação no SUS. O capítulo 3 está centrado na gestão de materiais e o capítulo 4 está focado na gestão de recursos humanos. O capítulo 5 apresenta os resultados com relação à gestão da qualidade e da produção. O capítulo final apresenta um resumo das conclusões e recomendações.

---

discutidos em outro estudo do Banco Mundial: “In Search of Excellence: Improving Hospital Performance in Brazil (estará disponível em 2007).

<sup>5</sup> A amostra inclui seis estados (São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Ceará, Mato Grosso, e Amazonas) com uma variedade de características sócio-econômicas e níveis diferenciados de desenvolvimento institucional, e 17 municípios escolhidos dentro desses seis estados, e hospitais e unidades ambulatoriais nesses municípios. A amostra é muito pequena para ser estatisticamente representativa do SUS, mas é suficientemente diversificada para ilustrar os problemas sistêmicos existentes. Veja o Anexo para maiores detalhes sobre a amostra e outras considerações metodológicas.

<sup>6</sup> É comum, por exemplo, para o diretor de um hospital público, desconhecer os custos da folha de pagamento e o total de recursos gastos em seu hospital.

<sup>7</sup> Um relatório do Banco Mundial que estará disponível em breve, *In Search of Excellence: Strengthening Hospital Performance in Brazil* (2007), examina a eficiência dos serviços hospitalares no Brasil.



## METODOLOGIA

Este estudo utiliza uma abordagem modificada da metodologia de Pesquisa de Rastreamento do Gasto Público ou PETS (*Public Expenditure Tracking Survey*) desenvolvida pelo Banco Mundial e aplicada em vários países. A metodologia foi adaptada para as complexidades da alocação de recursos no Sistema Único de Saúde do Brasil. Neste estudo, a pesquisa PETS foi utilizada numa amostragem de estados (6), municípios (17), hospitais (49) e unidades ambulatoriais (20). Seis áreas de análise foram cobertas pela pesquisa: (i) planejamento e elaboração do orçamento; (ii) execução do orçamento; (iii) gerenciamento de materiais e medicamentos; (iv) gerenciamento de equipamentos e instalações; (v) gerenciamento de recursos humanos; e (vi) gerenciamento da produção. Os dados foram coletados através de um instrumento de pesquisa que foi aplicado em campo pelos pesquisadores, complementado com entrevistas com pessoas chave e com a análise de dados secundários. O anexo apresenta uma discussão detalhada do desenho da pesquisa, da metodologia e da análise. Exceto onde mencionado, todas as tabelas e figuras foram baseadas nos dados coletados pela pesquisa.

## DESAFIOS DA GESTÃO DE RECURSOS NO SETOR DE SAÚDE BRASILEIRO

O estado de saúde no Brasil tem melhorado de forma significativa nos últimos 10 anos: a mortalidade infantil diminuiu em 47% em 14 anos (de 47.5 para cada 1,000 nascidos vivos em 1990 para 25.3 por 1,000 em 2004). A taxa de mortalidade relativa a doenças preveníveis através da vacinação em crianças é desprezível, e doenças diarreicas causam menos de 7% de todas as mortes entre crianças abaixo de 5 anos de idade. Os brasileiros estão vivendo mais e têm uma probabilidade menor de morrer de doenças transmissíveis. Embora o Brasil tenha uma incidência alta de HIV/AIDS em comparação com o resto da América Latina, o número de casos novos anuais já está estacionado devido em parte à melhor vigilância, medidas de detecção eficazes, prevenção agressiva e campanhas de educação.

Apesar desses ganhos, dois desafios se tornaram particularmente importantes. Em primeiro lugar, as doenças não transmissíveis e causas externas são agora as principais causas de morte. As doenças cardiovasculares, causas externas e câncer são atualmente as três principais causas, representando 62% de todas as mortes. Manter o status quo irá acrescentar US\$ 34 bilhões aos gastos do país em assistência médica na próxima década, e também resultar em US\$38 bilhões em perdas de produtividade.<sup>8</sup> Sem mudanças no modelo e padrões de atenção à saúde e promoção da saúde, o custo adicional de tratamento em combinação com as perdas de produtividade (devidas à morte prematura e invalidez) resultaria em um gasto adicional correspondente a mais de 5% do PIB durante esse período. Em segundo lugar, apesar do fato de mais de 97% de todos os nascimentos ocorrerem em hospitais, o que deveria significar melhor atendimento, atualmente a mortalidade neonatal representa mais de 60% da mortalidade infantil.<sup>9</sup> Para melhorar a mortalidade neonatal é necessário o estabelecimento de sistemas eficazes de referência de assistência médica bem como melhoria da qualidade nos hospitais.

Desde o lançamento do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, as mudanças têm sido graduais, porém contínuas. A estratégia principal da reforma sanitária do Brasil tem sido a descentralização

---

<sup>8</sup> O status quo se refere à prestação abaixo do necessário de intervenções de promoção de saúde e prevenção, fragilidade dos sistemas de referência e contra-referência, falta de disseminação e utilização de tratamentos custo-efetivos, e a ausência de redes funcionais para facilitar a aplicação de protocolos de gestão de casos em todos os níveis de assistência. Veja *Addressing the Challenge of Non-communicable Diseases in Brazil*, Banco Mundial, Relatório Nº. 32576, 2005.

<sup>9</sup> Mortes que ocorrem durante os 28 primeiros dias de vida.

da prestação de serviços do governo federal para os municípios e em menor grau, para os governos estaduais. Todos os estados e a maioria dos municípios urbanos grandes atingiram o status de gestão plena do sistema, incluindo os procedimentos de maior complexidade.<sup>10</sup> Um segundo elemento chave da reforma foi o estabelecimento de um sistema de financiamento federal baseado em transferências de recursos. Representando 80% do financiamento federal em saúde, esse sistema significa uma mudança importante, do pagamento direto (e prestação) de serviços para o financiamento de programas e assistência médica através de entidades sub-nacionais (estados e municípios). Uma realização elogiável da descentralização e dos sistemas financeiros baseados em transferências de recursos foi o envolvimento dos estados e municípios, que atualmente financiam quase 45% de toda a assistência à saúde financiada por recursos públicos (Veja a Tabela 1.1 abaixo). O governo federal financia a diferença através principalmente de transferências de recursos.

**TABELA 1.1: GASTO COM SAÚDE, 1995 E 2004**  
(EM R\$ MIL DE 2004)

<b>Indicador de Gastos</b>	<b>1995</b>	<b>2004 *</b>	<b>Crescimento % 95-04</b>
Gasto federal em saúde	35,138	35,611	1.3
Gasto estadual em saúde	11,296	13,447	19.1
Gasto municipal em saúde	10,040	15,640	55.8
<b>Gasto Público Total com Saúde</b>	<b>56,474</b>	<b>64,698</b>	<b>14.5</b>
% do Gasto Público	10.98	10.17	-
% do PIB	3.89	3.66	-
<b>Gasto Privado com Saúde</b>	<b>67,312</b>	<b>81,896</b>	<b>21.7</b>
% do PIB	4.64	4.64	-
Gasto Domiciliar com Saúde	53,909	62,416	15.8
% de Consumo Domiciliar	6.20	6.40	-
<b>Gasto Total em Saúde</b>	<b>123,785</b>	<b>146,594</b>	<b>18.4</b>
% do PIB	8.52	8.30	-
% Privado	54.38	55.87	-
% Público	45.62	44.13	-
* Estimado			
As despesas com saúde excluem o gasto com previdência e aposentadoria de funcionários públicos, gastos relacionados a dívidas e assistência médica para funcionários públicos, mas inclui estimativas para hospitais universitários federais.			
Fonte: DATASUS, SIOPS, IBGE (para o PIB)			

O sistema de saúde ainda enfrenta desafios estruturais e organizacionais que podem comprometer sua capacidade de conseguir mais melhorias. Considerando o nível de renda e gasto o Brasil ainda exibe indicadores relativamente baixos de saúde. Em 2004, o gasto total na área de saúde foi estimado em R\$ 147 bilhões (US\$ 50.7 bilhões), ou cerca de 8.3 % do PIB. Os recursos públicos

<sup>10</sup> Entre 2002 e 2005 todos os estados e 667 municípios assinaram acordos para a gestão plena dos sistemas de prestação de serviços sob sua jurisdição. Isso significa que essas entidades sub-nacionais são responsáveis por todo o gasto e prestação de serviços na área de saúde financiados com recursos públicos dentro de suas jurisdições. Isso implica numa combinação de gestão direta dos programas públicos de saúde e unidades públicas de saúde com o financiamento de prestadores privados contratados pelo SUS.

representavam 44 % do gasto e o restante era constituído pelo gasto privado (Tabela 1.1).<sup>11</sup> O gasto real na área de saúde aumentou em média 2% ao ano entre 1995 e 2004. Durante esse período o gasto real anual do governo e o gasto privado aumentaram em média 1.6 e 2.4% respectivamente.<sup>12</sup> Comparando o gasto com indicadores de saúde como expectativa de vida, mortalidade infantil e mortalidade materna, o Brasil se coloca num nível médio de desempenho entre os países de renda média e na América Latina.<sup>13</sup> Outros países gastam menos per capita (ajustado de acordo com a paridade do poder de compra)<sup>14</sup> e como porcentagem do PIB, mas conseguem atingir resultados superiores ou iguais em termos de indicadores de saúde para as suas populações. Contudo, é importante perceber que outros fatores podem influenciar as comparações entre o gasto e os resultados, como o acesso a água e saneamento, educação feminina, e a distribuição de recursos. (Medici, 2005; Banco Mundial, 2003).<sup>15</sup> De maneira geral, o gasto por si só não ajuda muito na previsão dos resultados relativos ao estado de saúde em países diferentes.<sup>16</sup> Porém, mesmo controlando por esses fatores, alguns países ostentam um desempenho melhor do que outros com níveis semelhantes de gasto e desenvolvimento econômico (Banco Mundial, 2003). Isso sugere que fatores adicionais podem influenciar a efetividade do gasto público na saúde. Políticas que orientam o gasto de acordo com as necessidades da população mais pobre e melhor qualidade do gasto podem contribuir para melhorar os resultados na área de saúde. Por exemplo, níveis mais altos de gastos em assistência médica para procedimentos de alta complexidade podem ter pouco impacto nos indicadores gerais de saúde. Este estudo tem o intuito de entender como a alocação e gestão de recursos pode contribuir para o desempenho geral do sistema.

## O SUS E SEU MODELO DE FINANCIAMENTO

### Estrutura

O processo de reforma sanitária que ocupou boa parte das décadas de 1980 e 1990 redefiniu as responsabilidades no âmbito do setor público da saúde. O SUS foi estabelecido na Constituição de 1988 e a legislação básica que orientou sua implantação e seu funcionamento representou a concretização deste processo de reforma. A característica principal dessa reforma foi a

---

<sup>11</sup> O setor privado cobre cerca de 45 milhões de pessoas. Entre o SUS e o setor privado, o sistema inclui 7,400 hospitais (65% privados), com 471,000 leitos, 60,000 unidades ambulatoriais (75% públicas), e 11,500 unidades de serviços diagnosticos (94% privadas).

<sup>12</sup> O gasto do governo na área de saúde como porcentagem do gasto público diminuiu um pouco durante esse período. Porém, esse indicador oscila todo ano dependendo dos métodos de estimativa e a disponibilidade de dados. Por exemplo, foi estimado em 12% em 1997, mas diminuiu para 10% em 2003. Conforme descrito neste relatório, tais estimativas são prejudicadas pela baixa qualidade dos dados disponíveis sobre gastos em saúde no nível sub-nacional. Entre 1995 e 2004, a média do gasto do governo em saúde representava 10.8% do gasto público.

<sup>13</sup> Um relatório da OMS sobre o desempenho dos sistemas nacionais de saúde classificou o Brasil em 125º lugar entre 191 países e em 28º na América Latina e Caribe (de 33). Apesar de limitações metodológicas e de dados, os resultados indicam um baixo desempenho do sistema de saúde brasileiro na comparação entre resultados e gastos (OMS, 2000).

<sup>14</sup> A paridade do poder de compra é um método econômico que utiliza a taxa cambial de equilíbrio de longo prazo de duas ou mais moedas para igualar o poder de compra das moedas.

<sup>15</sup> Veja: Medici, André. “Financiamento público em saúde na América Latina e no Caribe: uma breve análise dos anos 1990. Inter-American Development Bank, Technical Health Technical Note No. 3: 2005; Banco Mundial: *World Development Report 2004: Making Services Work For the Poor*. Washington: World Bank, 2003.

<sup>16</sup> Médiçi descobriu que o gasto público como porcentagem do gasto total não correlacionava com as medidas estado de saúde na América Latina. O autor não analisou a associação entre os resultados e o gasto total per capita ou o gasto como porcentagem do PIB.

descentralização da prestação de serviços de saúde para o nível municipal. De acordo com a legislação básica do SUS, as responsabilidades do sistema estão divididas como segue:

- Coordenação e definição de políticas: Essa função pertence essencialmente ao Ministério da Saúde, embora o nível estadual e (em menor grau) o municipal tenham um papel complementar na adaptação e priorização das políticas definidas em nível federal em função da realidade local.
- Regulamentação: também é função essencialmente federal, exercida pelo Ministério da Saúde e por diversas agências autônomas especializadas como a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar).<sup>17</sup> Os estados e municípios também podem ter um papel regulatório complementar nas suas esferas de influência.
- Financiamento: esse papel é dividido entre os três níveis de governo (federal, estadual e municipal), mas o processo de descentralização e as mudanças introduzidas nas formas de financiamento do SUS ao longo dos anos reduziram a importância do financiamento federal e aumentaram a parcela de responsabilidade dos níveis estadual e principalmente municipal (Vide Tabela 1.1).
- Prestação de serviços: com a reforma, a prestação de serviços está hoje mais racional, com uma divisão mais clara de responsabilidades; a atenção básica e secundária é de responsabilidade do nível municipal e a gestão das instituições com alto nível de referência de responsabilidade dos governos estaduais. Porém, vários estados operam hospitais de nível secundário. O governo federal retém pouca participação na prestação direta de serviços de saúde, a não ser em algumas áreas específicas (hospitais universitários, por exemplo). Boa parte dos serviços financiados pelo SUS é na verdade prestada por prestadores privados filantrópicos ou lucrativos contratados pelo SUS ou através de convênios.

A Norma Operacional Básica 01/96 definiu os níveis de implementação do SUS nos municípios de acordo com a capacidade e interesse político das secretarias municipais de assumir os diferentes níveis de serviços e atividades programáticas.<sup>18</sup> Eles estão divididos em:

- Gestão plena da atenção básica, onde o município se responsabiliza por todas as atividades da atenção básica, mas não pela prestação de serviços de maior complexidade; e
- Gestão plena do sistema de saúde municipal, na qual o município assume responsabilidade integral pela gestão dos serviços e unidades de saúde em sua área geográfica.

Já em dezembro de 2000, 10% de todos os municípios brasileiros estavam qualificados na gestão plena do sistema de saúde municipal e 89% na gestão plena da atenção básica, enquanto que 44% dos estados estavam qualificados na gestão avançada ou plena. Entretanto a grande diversidade de condições locais e os diferentes níveis de capacidade técnica e fiduciária de cada governo subnacional (especialmente municipal) e suas instituições torna a operação do sistema bastante complexa.

---

<sup>17</sup> A ANS regula e supervisiona os planos privados de seguro saúde desde 1998.

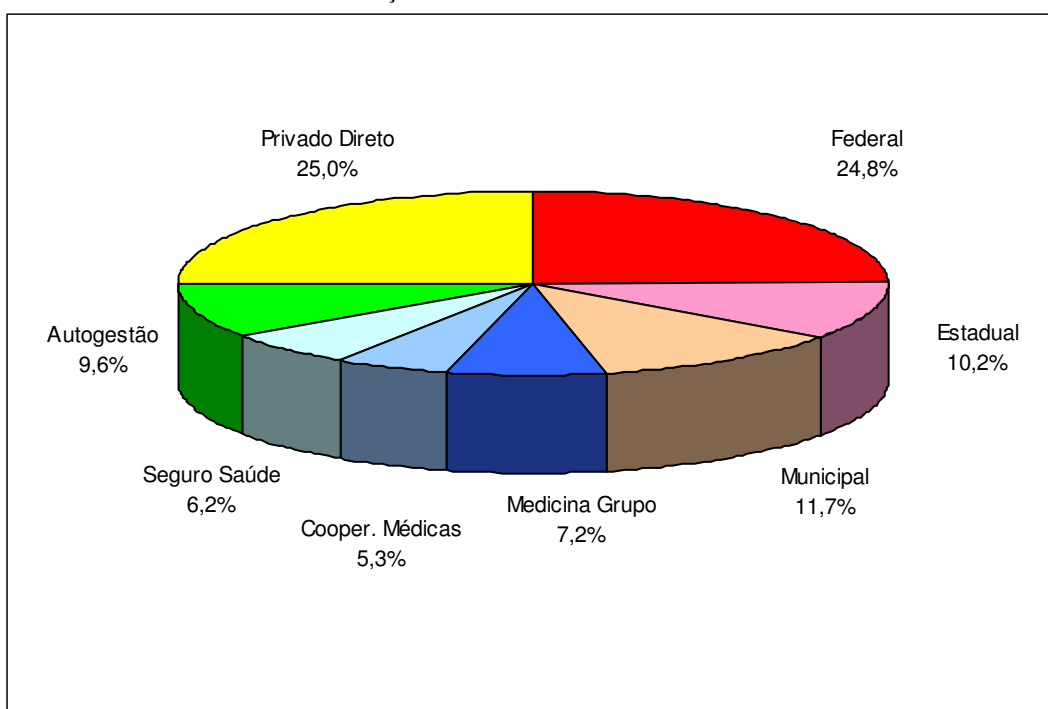
<sup>18</sup> Classificação equivalente foi definida para os estados: Gestão Plena e Gestão 'Avançada' do Sistema Estadual.

## Financiamento

O governo federal, através do Ministério da Saúde, é o principal financiador do SUS, responsabilizando-se por cerca de 53% do gasto público total em saúde. Os recursos públicos representam pouco mais de 45% do gasto nacional total com saúde, que inclui o gasto direto das famílias, com quase a metade do gasto privado. A Figura 1.1 mostra a composição do gasto por fonte.

Em função da estrutura descentralizada do sistema, grande parte do gasto federal é transferida para os governos estaduais e municipais através de uma variedade de mecanismos de transferência e pagamento. No total, cerca de 2/3 do gasto do Ministério da Saúde é transferido para as secretarias estaduais e municipais de saúde ou a prestadores privados através de mais de 70 modalidades diferentes.<sup>19</sup>

**FIGURA 1.1: COMPOSIÇÃO DO GASTO NACIONAL EM SAÚDE POR FONTE**



Fonte: dados do SIOPS, ABRAMGE e IBGE 2002.

## Planejamento e Execução Orçamentária no SUS

O sistema orçamentário público brasileiro é bastante estruturado, porém suas regras costumam ser altamente formalísticas e complexas. Embora a estrutura básica e a legislação sejam as mesmas, cada nível de governo pode detalhar seu orçamento à sua maneira e de acordo com suas políticas e prioridades. Este é um aspecto comum da descentralização, porém a falta de uniformidade nas regras e classificações orçamentárias entre os estados e municípios torna a comparação e consolidação dos dados sobre gastos em saúde mais difícil, senão impossível.

O processo do planejamento e execução orçamentária se dá em várias etapas: planejamento e programação das ações, preparação e aprovação do orçamento, execução orçamentária, controle e

<sup>19</sup> Uma recente iniciativa do Ministério da Saúde (em 2006) visa agrupar essas transferências em seis blocos.

prestação de contas. Cada etapa tem prazos legais para ser completada. A proposta orçamentária final é resultante de dois fluxos complementares: um ascendente com propostas orçamentárias elaboradas pelas unidades e programas sob a coordenação da secretaria de saúde, e que são encaminhadas para os níveis superiores do sistema, e outro descendente, decorrente da fixação de prioridade de políticas e dos tetos orçamentários dados pela arrecadação do setor público. Este último processo é geralmente coordenado pelas Secretarias das Finanças.

Na fase de planejamento são três os documentos básicos do SUS:

A Agenda de Saúde: primeiro passo do processo de planejamento; define os eixos prioritários de intervenção e as estratégias de ação, de forma a balizar os programas, objetivos e metas da política de saúde. Esta agenda é submetida aos Conselhos de Saúde e aprovada por eles.<sup>20</sup>

- O Plano de Saúde: esse documento é preparado anualmente para atualizar diagnósticos, estratégias, prioridades, programas, objetivos, metas e indicadores de avaliação do setor. O Plano de Saúde deve incluir um Quadro de Metas baseado na Agenda de Saúde e formar a base para a programação e orçamentação. O Plano também deve ser submetido e aprovado pelo Conselho de Saúde.
- A Programação Pactuada Integrada (PPI) tem a finalidade de consolidar os planos de saúde dos diferentes níveis do governo (estaduais e municipais) para harmonizar os objetivos e metas relevantes.
- O Relatório de Gestão é o último passo no processo de planejamento; elaborado após o encerramento do exercício, consiste na avaliação das atividades realizadas e dos resultados alcançados; deve em princípio contrastar os resultados com os objetivos e metas fixados na Agenda e no Plano de Saúde.

## **Transferências Federais**

As transferências do Ministério da Saúde para estados e municípios e os pagamentos diretos a prestadores representam a maior parte do gasto federal com saúde, e 1/3 do gasto total do SUS. As três principais categorias de mecanismos para essas transferências são descritos a seguir. A Tabela 1.2 apresenta as características resumidas de mecanismos específicos em cada categoria e o Quadro 1.1 descreve as mudanças recentes nos fluxos financeiros do SUS. A Figura 1.2 ilustra o esquema dos fluxos financeiros do SUS.

- Pagamento por serviços prestados: é a remuneração paga aos hospitais, ambulatórios, clínicas e profissionais pelos serviços prestados ao SUS; é baseada numa tabela de valores pré-fixados. Tradicionalmente os pagamentos eram feitos diretamente aos prestadores de serviços (por exemplo, para hospitais através do Sistema de Informação Hospitalar e a Autorização de Internação Hospitalar [SIH/AIH] e para ambulatórios através do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS), dependendo da quantidade de serviços produzidos. Contudo, os pagamentos federais diretos aos prestadores nos últimos anos têm sido substituídos gradualmente pelas transferências fundo a fundo, do valor correspondente, para

---

<sup>20</sup> Os Conselhos de Saúde são entidades do SUS permanentes estabelecidas por lei (Lei 8142 de 28/12/1990) para assegurar a participação social na supervisão e definição de políticas do SUS. Eles existem em cada nível do governo (nacional, estadual e municipal), e incluem representantes das autoridades de saúde (ministério ou secretaria), prestadores de serviços de saúde, profissionais da área e saúde e usuários. Seu papel é amplo e inclui revisar, aprovar e monitorar os planos de saúde, supervisionando e avaliando a execução orçamentária, aprovando os relatórios anuais e propondo políticas e diretrizes de saúde em cada nível do governo. As decisões dos conselhos precisam ser endossadas pelo executivo do nível correspondente do governo.

estados e municípios que, por sua vez, pagam os prestadores de serviços. Prestadores públicos recebem recursos dos orçamentos estaduais ou municipais, enquanto que os prestadores privados são pagos pelos estados e municípios baseado nas contas da AIH e do SIA.<sup>21</sup>

- Transferências diretas fundo a fundo: consistem em repasses, regulares e automáticos, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde dos estados e municípios. Estas transferências destinam-se ao financiamento dos programas e serviços do SUS. Praticamente todas as transferências para o financiamento de serviços de saúde (atenção primária, procedimentos de média e alta complexidade) são canalizadas através deste sistema. Os fundos são então utilizados pelos estados e municípios para complementar seus recursos próprios para cobrir os orçamentos dos programas e unidades de saúde.
- Convênios: são acordos específicos formais celebrados entre órgãos públicos e prestadores públicos e privados (geralmente instituições filantrópicas) e. Eles geralmente financiam atividades específicas, programas de investimento, ou a oferta de serviços no setor filantrópico. A modalidade do convênio foi historicamente utilizada entre entidades públicas, mas foi estendida para instituições filantrópicas.
- Outros incentivos e programas especiais: são recursos destinados a financiar determinadas ações ou insumos definidos pelo Ministério da Saúde (por exemplo, medicamentos especiais) ou voltados a grupos populacionais específicos (como o Programa de Assistência às Populações Indígenas). Em geral, esses recursos só podem ser aplicados no programa a que estão vinculados.

O Ministério da Saúde fixa anualmente, para cada estado, tetos para cada tipo de transferência e/ou pagamento, com base na série histórica de produção e pagamentos, em parâmetros técnicos (por exemplo, 1 internação por habitante/ano) e em metas fixadas para programas específicos. Os valores transferidos aos fundos de saúde estaduais/municipais muitas vezes devem ser movimentados em contas vinculadas ao programa ou item de despesa a que se destinam. Esse sistema pretende reduzir a possibilidade de desvios da finalidade original dos recursos, mas envolve altos custos de transação para os administradores locais.<sup>22</sup>

---

<sup>21</sup> Pagamentos federais diretos a prestadores através do SIH e do SIA diminuíram de 69% do montante transferido pelo Ministério da Saúde em 1995 para 19% em 2003. Esses pagamentos diretos foram eliminados em 2005 e incorporados nas transferências fundo a fundo.

<sup>22</sup> Na maioria dos casos, cada recurso vinculado precisa de uma conta separada, inclusive contabilidade e prestação de contas. Como até recentemente existiam quase 100 mecanismos diferentes de pagamento, essa prática implicava em custos administrativos consideráveis.

**TABELA 1.2: CLASSIFICAÇÃO RESUMIDA DOS MECANISMOS FEDERAIS DE TRANSFERÊNCIA**

<b>TIPO</b>	<b>MECANISMO</b>	<b>PROGRAMA/AÇÃO</b>	<b>BASE DE CÁLCULO</b>
<b>Transferências Diretas e Automáticas</b> (fundo a fundo)	PAB fixo	Controle da Tuberculose Controle da Hipertensão Controle do Diabetes Saúde Bucal Saúde da Criança Saúde da Mulher	Valor global fixo per capita
	PAB variável	Vigilância Sanitária Programa Medicamentos Básicos Programa de Combate às Carências Nutricionais Programa de Agentes Comunitários de Saúde/ PACS Programa de Saúde da Família /PSF	Valor proporcional à produção ou cobertura de cada programa
	Vigilância	Vigilância Sanitária Epidemiologia e Controle Doenças	Valor proporcional à produção ou cobertura
	Média e Alta Complexidade	Procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade	Idêntico à AIH e SIA
<b>Pagamento por Serviços Prestados</b>	AIH/SIH – Autorização de Internação Hospitalar	Pagamento das internações hospitalares, com prévia autorização, em função de uma tabela de valor por procedimento ou tratamento	Valor por internação, pré-fixado em tabela; inclui Honorários, Serviços Hospitalares e Materiais Especiais
	SIA - Sistema de Informação Ambulatorial	Pagamento dos atendimentos realizados, classificado em: - básico (consultas, curativos) - alta complexidade (tomografia, ressonância magnética, hemodiálise)	Valor por procedimento, pré-fixado em tabela
<b>Convênios</b>	Convênio	Pagamento definido em função do objeto do convênio	Valor negociado/ fixado caso a caso
<b>Outros Incentivos e Programas Especiais</b>	Transferência Direta	Medicamentos especiais Medicamentos de Saúde Mental Emergência Pública Campanhas de Saúde, FUNASA	Valor global
	Pagamento Direto	Atendimento hospitalar e ambulatorial para populações indígenas.	Valor por internação e procedimento, pré-fixado em tabela

Fonte: Compilada pelos autores baseada na regulamentação do Ministério da Saúde



## **QUADRO 1.1: MODIFICAÇÕES RECENTES INTRODUZIDAS NOS FLUXOS FINANCEIROS DO SUS**

### ***Atenção Básica:***

A Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 2001 (Portaria nº. 95, de 26 de janeiro de 2001), criou a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), como uma das condições de gestão dos sistemas municipais de saúde, alterando o Piso de Atenção Básica, que passou a ter o seu elenco de atividades ampliado, denominando-se PAB-Ampliado (PABA). Esse novo Piso incorpora as ações de controle da tuberculose, de eliminação da hanseníase, de controle da hipertensão arterial, de controle do diabetes *mellitus*, da saúde da criança e da mulher e da saúde bucal. O PABA, da mesma forma que o PAB – descrito anteriormente - é composto de uma parte fixa de recursos (PABA Fixo) destinados à assistência básica e de uma parte variável (PABA Variável), relativa aos incentivos para o desenvolvimento de programas específicos executados nesse nível de atenção. O PABA teve seus valores definidos numa faixa que varia entre R\$ 10,50 e R\$ 18,50 (R\$ 0,50 superior ao valor do PAB).

### ***Média e alta complexidade:***

Em 1999, o Ministério da Saúde criou o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). A finalidade desse Fundo era de cobrir os pagamentos dos procedimentos de alta complexidade e pacientes referidos de um estado a outro. Os recursos provêm da Câmara Nacional de Compensação. Os recursos destinados ao FAEC foram sendo incrementados ano a ano após sua criação, superando R\$ 1,0 bilhão em dezembro de 2001, o que correspondia a 10% dos recursos disponibilizados nos “tetos” dos estados e do Distrito Federal, da ordem de R\$ 10,2 bilhões (Relatório de Gestão 1998 – 2001 da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde). Embora tenham sido destinados a serviços de alta complexidade, em anos recentes os fundos FAEC têm sido aplicados em iniciativas específicas não relacionadas à complexidade de cuidados, porém consideradas “estratégicas” pelo Ministério da Saúde. Eles incluem campanhas para diagnóstico do câncer cervical, cuidados oftalmológicos, controle do fumo, redução do tempo de espera para cirurgias eletivas e uma iniciativa para uma pesquisa de qualidade hospitalar.

### ***Ressarcimento do gasto com pacientes de planos de saúde***

No caso de pacientes que recebem atendimento em unidades do SUS serem cobertos por um plano privado de saúde, o valor do atendimento prestado deverá ser ressarcido à ANS, de acordo com uma tabela de procedimentos específica (TUNEP).<sup>23</sup> O valor é ressarcido pelas operadoras de planos de saúde para a ANS e deve ser creditado ao Fundo de Saúde ou a unidade prestadora do serviço.

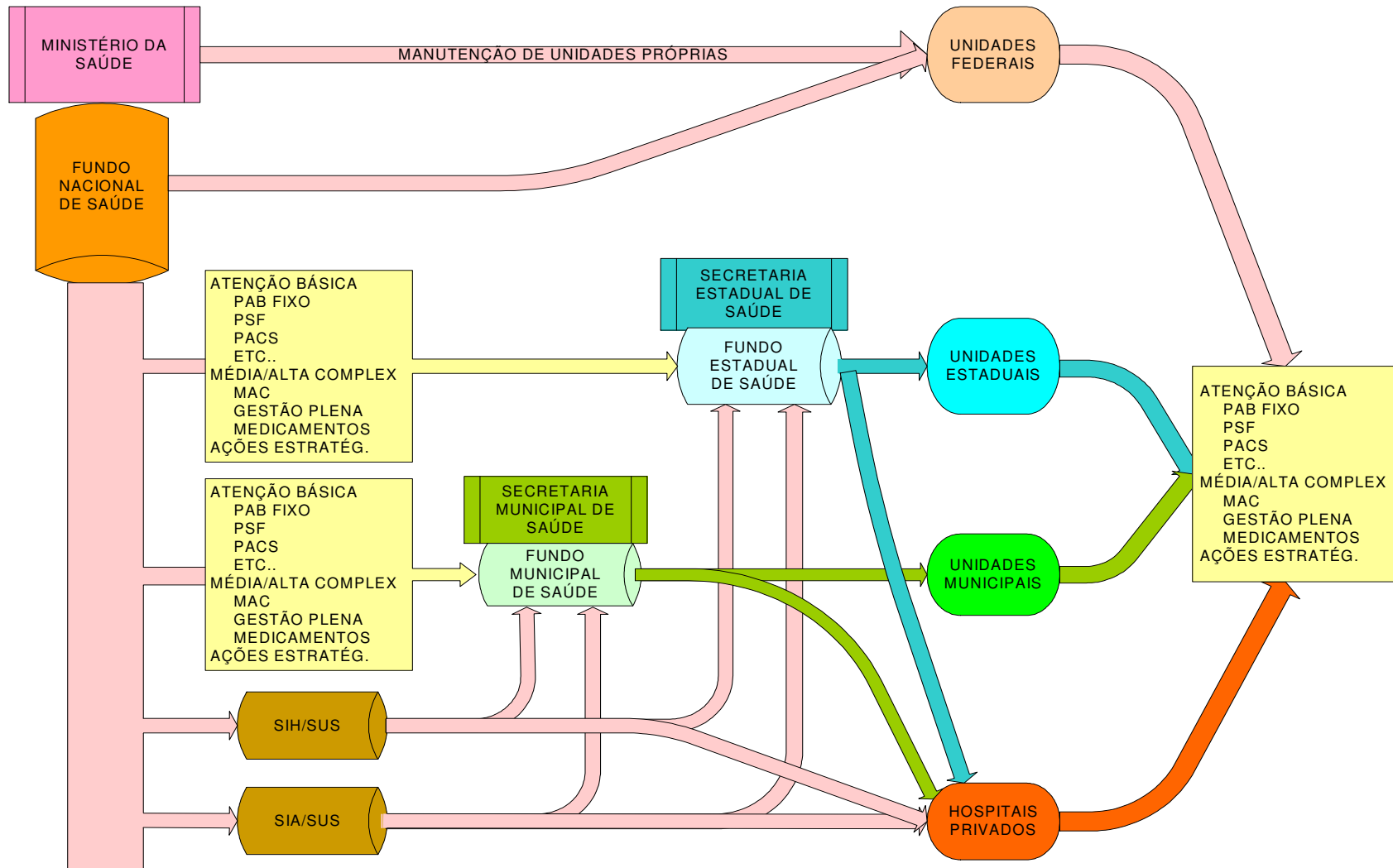
### ***Consolidação das Transferências***

No início de 2006, o Ministério da Saúde consolidou mais de 70 transferências separadas em seis grandes blocos: atenção básica, procedimentos de média e alta complexidade, vigilância da saúde, medicamentos, e gestão. Gerentes de estados e municipais podem realocar recursos para atividades e intervenções dentro de cada bloco, porém não entre os blocos. Em conjunto com a alocação baseada em blocos as entidades sub-nacionais precisam assinar pactos de saúde, especificando as intervenções bem como cumprimento com indicadores de desempenho. Os pactos são um passo importante para alinhar um sistema financeiro complexo baseado em transferências porque eles eliminam a rigidez normativa do sistema anterior, em que a mesma regra valia para todos. Em resumo, eles permitem maior flexibilidade para os estados e municípios em termos de desenhar e organizar seus sistemas de saúde de acordo com o contexto local.

*Fonte: Regulamento do Ministério da Saúde.*

<sup>23</sup> Lei 9.656/98, Artigo 32, e Resolução RDC nº. 18 da ANS de 30 de março de 2000.

**FIGURA 1.2: FLUXOS FINANCEIROS NO SUS**



Fonte: Autores

## 2. PLANEJAMENTO E ORÇAMENTAÇÃO NO SUS

Uma função chave do planejamento e orçamentação do governo é assegurar que a alocação e utilização dos recursos públicos escassos serão alinhadas apropriadamente com as prioridades das políticas do governo e que as atividades financiadas serão implementadas de forma eficiente e efetiva para atingir os resultados desejados a custos razoáveis. Embora a definição de prioridades seja fundamentalmente um processo político, as decisões políticas devem ser apoiadas por considerações sistemáticas das necessidades da população e dos papéis apropriados do setor público, e devem ser disciplinadas pela disponibilidade de recursos financeiros (ou seja, uma rigorosa limitação orçamentária). É isso que o planejamento efetivo e a análise de políticas oferecem.

Depois que as prioridades políticas (ou seja, quais as necessidades sociais que precisam ser atendidas) e programas (ou seja, como essas necessidades serão atendidas) são definidos, o governo aloca recursos através do processo anual de orçamentação. A boa integração entre a etapa de planejamento e as etapas orçamentárias, incluindo coerência entre ambas, é uma exigência fundamental para uma política pública sólida e gestão de gastos adequada. A integração efetiva do planejamento e da orçamentação pode ser comprometida de várias maneiras, inclusive a base pouco analítica e sem dados robustos do plano, a falta de considerações financeiras na etapa de planejamento (que leva um plano a tornar-se uma simples lista de desejos), a orçamentação incremental onde a alocação de recursos é determinada como incremento do orçamento do ano anterior independentemente das necessidades reconhecidas e o desempenho no passado, e a existência de processos múltiplos de planejamento para propósitos diferentes.

Um bom orçamento deve ser abrangente em sua cobertura e transparente em seu conteúdo. Por exemplo, todas as receitas inclusive as não tributárias como a receita de serviços prestados e taxas de utilização, e todas as despesas como as relacionadas com atividades financiadas com recursos de transferências, devem fazer parte do orçamento. Os documentos do orçamento devem incluir detalhes suficientes para permitir que os elaboradores de políticas e observadores externos entendam a política do governo e as intenções financeiras (por exemplo, através das classificações funcionais ou programáticas, e econômicas) e a responsabilidade na utilização de recursos (por exemplo, classificação administrativa). A tendência mais atual é a de unir a alocação de recursos financeiros a produtos e serviços concretos, mesmo que isso exija um nível relativamente alto de sofisticação técnica, que nem sempre está presente em países em desenvolvimento.

Depois que os recursos são alocados, a gestão do orçamento deve assegurar o controle adequado das obrigações financeiras do governo e dos níveis de gasto para evitar o desperdício ou a criação de passivos insustentáveis. Um bom sistema orçamentário que facilita a prestação eficiente de serviços é caracterizado por credibilidade e previsibilidade. Por um lado, um orçamento com credibilidade limita a realocação sem restrições, durante a etapa de execução, dos recursos aprovados para outros propósitos. Quando falta essa credibilidade, o orçamento não consegue orientar as atividades das unidades de prestação de serviços para que elas sejam coerentes com as prioridades das políticas setoriais e os planos operacionais definidos anteriormente. Desta forma, os objetivos das políticas pré-determinadas perdem seu significado e a responsabilidade das unidades prestadoras de serviços torna-se diluída. Por outro lado, um bom sistema orçamentário mantém a previsibilidade com relação à quantidade e o prazo na liberação dos recursos para as unidades de saúde, permitindo que essas possam planejar suas atividades operacionais e prestar os serviços de forma eficiente sem que estes sejam interrompidos por falta de recursos.

Depois que os recursos são gastos e as atividades executadas, um bom sistema deixa registros claros e apropriados que prestam contas da utilização real dos recursos, e, nos sistemas mais sofisticados, da informação sobre os serviços produzidos.

Este capítulo analisa o processo de planejamento, elaboração do orçamento e a execução do orçamento entre as secretarias e unidades de saúde do SUS. Ele está dividido em quatro seções; a primeira examina o estado atual do processo de planejamento, a segunda trata da elaboração do orçamento, a terceira da execução do orçamento e a quarta conclui com uma avaliação resumida dos resultados encontrados.

## PLANEJAMENTO

O planejamento é a primeira etapa do ciclo de gestão de recursos no SUS. Na etapa de planejamento, as secretarias e unidades de saúde devem conduzir o diagnóstico das principais questões epidemiológicas enfrentadas pela população, a eficácia das ações governamentais durante os períodos anteriores, e priorizar as ações futuras para melhorar as condições existentes. Um plano bem elaborado teria como base uma utilização equilibrada de orientações políticas descendentes (vindas da secretaria da saúde e do Ministério da Saúde) e avaliações de necessidades ascendentes (conduzidas nas unidades de saúde).

A pesquisa revela que, em geral, as bases analíticas e de informações dos instrumentos de planejamento existentes no SUS são precárias. O planejamento é conduzido principalmente como um exercício formal para cumprir as exigências legais e não como um instrumento para executar políticas ou como base para a alocação de recursos. Num ambiente descentralizado como o SUS, surge tensão entre a necessidade de manter um grau de coerência entre as políticas prioritárias no sistema como um todo (conforme definidas pelo Ministério da Saúde) e os benefícios proporcionados pela descentralização resultantes de se deixar as entidades sub-nacionais definirem suas próprias prioridades locais. O SUS ainda precisa desenvolver formas de atingir um equilíbrio satisfatório entre estes fundamentos concorrentes da gestão descentralizada da política de saúde (Veja o Quadro 2.1).

### **Planejamento nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde**

A Figura 2.1 informa as respostas da pesquisa com relação a problemas comumente identificados no processo de planejamento da saúde. Três categorias de problemas são evidentes: (i) bases analíticas fracas; e (ii) fragmentação de programas e prioridades; e (iii) falta de tempo para o planejamento.

*Base analítica fraca do planejamento sub-nacional em saúde:* Todos os estados e a maioria dos municípios elaboram Agendas de Saúde e Planos de Saúde. A pesquisa examinou as bases de informação dessas ferramentas de planejamento, e descobriu diversas fontes sendo utilizadas pelas secretarias estaduais e municipais. No nível estadual, elas incluem: um diagnóstico desenvolvido pela secretaria (4 estados), as políticas definidas pelo Ministério da Saúde (3), seguidas da avaliação da demanda e necessidades, e o cumprimento dos requerimentos do Conselho de Saúde e outras instâncias colegiadas (com 2 estados cada). A avaliação da experiência nos anos anteriores aparece como uma fonte importante de informações apenas em um estado (Ceará). Portanto, existe evidência de esforços para desenvolver planos estaduais de saúde baseados na investigação de problemas e da situação local, embora a política federal e as orientações programáticas exerçam uma influência considerável.

Por outro lado, os municípios não investiram muito no desenvolvimento de seus próprios diagnósticos como base para seus planos de saúde. 60% dos municípios na amostra relataram que simplesmente seguiam as políticas e programas do Ministério no desenvolvimento de seus próprios

planos. Isso é seguido pelo diagnóstico/investigação de problemas conduzido pela secretaria (53%), a avaliação da demanda e necessidades (35%), a experiência de anos anteriores e o cumprimento dos requerimentos do Conselho de Saúde (29%).<sup>24</sup> O planejamento nos municípios é, portanto, fortemente influenciado ou até determinado diretamente pelas políticas e prioridades definidas pelo Ministério da Saúde em nível nacional.

### **QUADRO 2.1: O ÔNUS DE UM MODELO DE DESCENTRALIZAÇÃO**

A legislação básica do SUS remonta à Constituição de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde e definiu os princípios gerais de universalidade e gratuidade e a responsabilidade do estado. A legislação posterior regulamentou o funcionamento do sistema, construindo um sistema bastante complexo de transferências de recursos e requisitos administrativos para estados e municípios. Ao longo desse processo dois temas centrais foram tratados pelas sucessivas peças regulatórias: as modalidades específicas para o sistema descentralizado, e os critérios e mecanismos de transferência de recursos federais a estados e municípios. Ambos estão relacionados com uma contradição inerente a qualquer processo de descentralização: por um lado a descentralização implica concessão de maior autonomia aos níveis mais baixos do sistema, e, portanto liberdade na aplicação de recursos (o que se consubstancia no princípio de transferências automáticas de recursos, sem exigências prévias); por outro lado existe a necessidade, por parte do Ministério da Saúde enquanto coordenador do sistema, de promover a implantação das políticas e prioridades nacionais, oferecer incentivos para sua implantação, e estimular estados e municípios a alocarem e aplicarem mais eficientemente os recursos disponíveis. Naturalmente, essa tensão tem sido objeto de acalorados debates, que ainda não foram adequadamente equacionados na regulamentação do SUS. Seus principais pontos estão resumidos abaixo.

#### **Descentralização**

As sucessivas peças regulatórias definiram níveis, etapas e modalidades de implantação do SUS descentralizado, sempre associadas a requisitos formais consideráveis. A NOB/93 definia três níveis de adesão voluntária ao SUS para os municípios – Gestão Incipiente, Gestão Parcial e Gestão Semiplena – cada uma atrelada a um conjunto de requisitos formais. Muitos municípios (e até estados) tiveram dificuldades em preencher esses requisitos, e/ou só conseguiram implantá-los no seu aspecto formal, sem que funcionassem efetivamente. Operacionalmente, muitos dos requisitos permaneceram parcialmente implementados. Em função disso, quatro anos depois, apenas 2,9% dos municípios estavam habilitados em Gestão Semiplena, 12,4% em Gestão Parcial e 47,6% em Gestão Incipiente, o restante (37%) não estando habilitado em nenhuma. Um ano antes, a NOB/96 já havia definido outras modalidades de inserção no sistema – Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema – em substituição e como evolução das anteriores estipuladas pela NOB/93. Nessa norma, são necessários 10 passos sucessivos para o município ser habilitado, implicando de 14 a 20 requisitos – todos eles processuais – e 29 documentos comprobatórios. Em 2001, um novo conjunto de regulamentos – a NOAS 01/01 – por sua vez, modifica as modalidades de gestão definidas pela NOB/96, introduzindo a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, e propõe novo modelo para a regionalização da Assistência de Alta Complexidade, criando novos processos e controles administrativos. Em resumo, o significado de ser uma entidade sub-nacional habilitada do SUS mudou ao longo do tempo resultando em confusão considerável entre os estados e municípios.

#### **Mecanismos de Repasse**

O status e grau de descentralização oficial de um município ou estado no SUS sempre esteve ligado às formas e montantes de transferências de recursos federais. Nos anos 80 o método comum era o de convênios entre o governo federal e os governos sub-nacionais. Desde os anos 90, as transferências diretas e automáticas foram sendo cada vez mais utilizadas. Dependendo das diferenças nas condições e capacidades dos municípios e estados, e das modalidades de sua inserção no sistema (NOB/93/ NOB/96, NOAS/2001), sempre houve a coexistência de mecanismos diferentes de repasses, tornando mais complexa a gestão do sistema. A NOB/96 ampliou essa complexidade ao multiplicar o número de repasses específicos para certos programas e ações. Cada tipo de recurso deve ser movimentado em conta bancária específica dentro dos fundos de saúde do município ou estado, criado especificamente para receber os repasses. Muitos dos 70 ou mais mecanismos de pagamento e transferência existentes hoje são vinculados, ou seja, os recursos só podem ser aplicados nos programas a que se destinam. Essa vinculação, se por um lado contribuiu muito para a expansão de programas de atenção básica (como o Programa de Saúde da Família - PSF) com repercussões favoráveis nos indicadores de saúde, por outro lado exige sistemas distintos e paralelos de acompanhamento, controle e prestação de contas, o que aumenta consideravelmente o trabalho e os recursos humanos mobilizados para essas atividades puramente administrativas.

*Fonte: Autores*

<sup>24</sup> As porcentagens não somam 100% por causa das respostas de múltipla escolha.

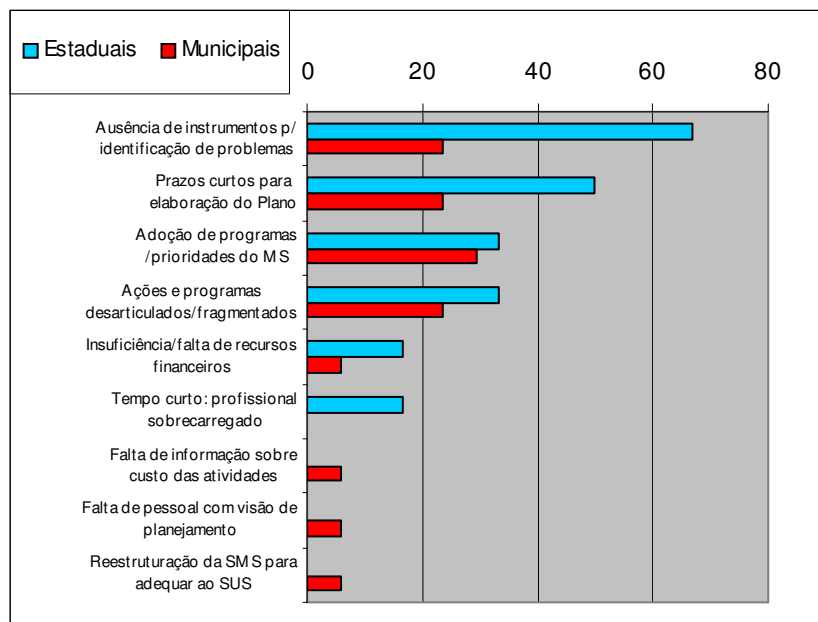
Exceto em alguns municípios, os Conselhos de Saúde possuem pouca influência na definição de prioridades e alocação de recursos, o que contradiz um dos princípios básicos do SUS.<sup>25</sup>

Finalmente, na metade dos estados e mais de 1/5 dos municípios, os entrevistados admitem ter pouco tempo para o planejamento. Isso sugere que o planejamento pode ser uma atividade de baixa prioridade nestas entidades sub-nacionais.

*Priorização fragmentada:* A pesquisa indica também uma grande dispersão e fragmentação das prioridades. Os 5 programas e 5 ações definidos como prioritários pelos estados e municípios raramente se repetem, resultando num total de 25 programas e 19 ações diferentes.

Dois dos 25 programas foram mencionados por apenas dois estados, e nenhuma das 19 ações prioritárias foi mencionada em mais de um estado. Da mesma forma, entre os 17 municípios da amostra, 59 programas e 60 ações foram mencionados, com apenas sete programas e uma ação citada por duas ou três secretarias. Essa dispersão sugere uma autonomia considerável em atender à realidade e às necessidades locais, mas ela também indica certa inconsistência entre as definições de políticas e os instrumentos formais de planejamento. Com efeito, as ações e programas definidos como prioridades de gestão nem sempre constam do Plano ou da Agenda de Saúde (um estado e vários municípios identificaram programas e ações prioritários “esquecidos” nos planos e de maneira geral a correspondência não é clara), sugerindo que a autonomia não é utilizada para criar planos viáveis para orientar as ações e políticas de saúde nos estados e municípios.

**FIGURA 2.1: PROBLEMAS MAIS CITADOS NO PROCESSO DE PLANEJAMENTO**  
(% EM RELAÇÃO ÀS RESPOSTAS DADAS)



Observação: O total excede 100% por causa das respostas de múltipla escolha.

## Planejamento nas Unidades de Saúde

Conforme esperado, a qualidade do planejamento é baixa nas unidades de saúde. Embora grande parte das unidades hospitalares (75%) – especialmente as unidades maiores – da amostra

<sup>25</sup> Vide a nota de rodapé 12 sobre o papel dos conselhos de saúde.

desenvolve algum tipo de plano, isso ocorre em apenas cerca de 30% das unidades ambulatoriais. Quando um plano é preparado, ele muitas vezes não obedece aos prazos legais. Novamente as bases analíticas desses planos parecem limitadas: entre os hospitais que elaboram um plano, 69% se baseiam no plano anterior como a fonte principal de informações. O valor dos planos na orientação do desempenho da unidade também parece ser limitado: 36% dos hospitais utilizam apenas metas físicas ou de produção (por exemplo, número de consultas e internações, indicadores de cobertura, etc.);<sup>26</sup> 20% aplicam apenas metas financeiras; e 32% utilizam metas físicas e financeiras (despesas esperadas). Metade dos hospitais investigados faz planejamento técnico e financeiro sem correlacionar as metas físicas com os recursos necessários.<sup>27</sup>

## ELABORAÇÃO DO ORÇAMENTO

Na fase de elaboração do orçamento, o conteúdo dos planos do setor deve ser transformado em um plano de ação com montantes específicos de recursos sendo alocados para cada categoria do orçamento. Até que ponto os orçamentos anuais refletem a identificação de problemas e a priorização das políticas na fase de planejamento determina a adequação do orçamento anual na solução de problemas importantes do setor (ao invés de continuar a alocar recursos para áreas de baixa prioridade por causa da inércia). O orçamento também faz parte da área dos especialistas financeiros. Num setor altamente técnico como o de saúde, existe o risco da proposta orçamentária ser feita por especialistas da área financeira sem consideração suficiente ao conteúdo técnico que seria desenvolvido pelos especialistas setoriais durante a fase anterior do planejamento. A pesquisa sugere que essa separação entre o processo financeiro e o de elaboração técnica do orçamento é comum no nível sub-nacional.

### A Preparação do Orçamento nas Secretarias de Saúde

*Cumprimento do calendário legal e dos requerimentos:* A elaboração do orçamento segue um calendário rigoroso. Os estados e municípios da amostra geralmente respeitam os prazos legais para a elaboração do orçamento com apenas algumas exceções. O SUS também exige que a proposta de orçamento seja aprovada pelos conselhos de saúde estaduais ou municipais. Porém, a maioria dos estados e municípios no relatório da amostra não teve seus orçamentos aprovados por seus conselhos de saúde.<sup>28</sup>

*Unindo o planejamento e a orçamentação:* Todos os estados informaram utilizar a Agenda e o Plano de Saúde como fonte para a elaboração do orçamento, além da série histórica do próprio orçamento. Nas secretarias municipais, o processo de elaboração do orçamento enfrenta maiores dificuldades. Poucos municípios utilizam a Agenda e o Plano de Saúde enquanto base de informação para a elaboração do orçamento (apenas 5 em 17: São Paulo, Parintins, Sobral, Resende e Ivoti). O orçamento do ano anterior é a fonte mais citada de informação para o planejamento.

Uma revisão da documentação revela que os programas definidos como prioridade no plano muitas vezes não tinham recursos alocados a eles no orçamento. Isso em parte é devido à postura estratégica dos governos de tentar manter a alocação de recursos num nível mais agregado da classificação orçamentária evitando a fragmentação dos recursos e facilitando a realocação entre

---

<sup>26</sup> Mas sem vinculação com a execução financeira.

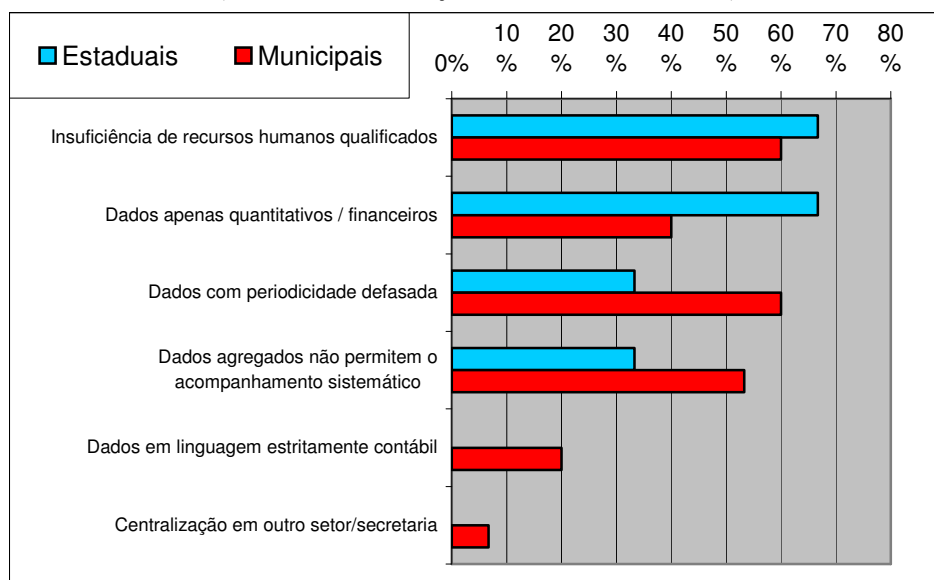
<sup>27</sup> Os problemas principais observados no processo de planejamento, classificados por ordem de importância são: restrições financeiras (73% dos hospitais), pouca autonomia na gestão da unidade (48%), objetivos vagos inclusive aqueles sem quantificação (30%), e burocracia em excesso (27%).

<sup>28</sup> Apenas os Estados do Rio Grande do Sul e Ceará e os Municípios de São Paulo, Resende, Sobral, Cuiabá e Assis tiveram suas propostas de orçamentos aprovadas pelos Conselhos de Saúde. O Mato Grosso teve apenas o seu PPA (Plano Plurianual) aprovado pelo Conselho de Saúde, porém não a proposta do orçamento.

programas e ações durante a fase de implementação. Em alguns casos, a estrutura de classificação detalhada do orçamento atrapalha a flexibilidade durante a execução. Por exemplo, o Estado de São Paulo tem uma lista de 41 programas, que aparentemente representam prioridades temporárias do governo bem como emendas parlamentares específicas que resultam numa “pulverização” dos recursos.

A Figura 2.2 mostra as principais dificuldades na preparação do orçamento: ausência de informação de custos (mencionada por 67% dos estados e 29% dos municípios) e falta/insuficiência de informações financeiras para nortear o processo de elaboração do orçamento detalhado, devido à ausência de comunicação entre as áreas de planejamento e orçamentária/contábil e a secretaria da saúde (67% dos estados e 35% dos municípios).

**FIGURA 2.2: PROBLEMAS MAIS CITADOS NA ELABORAÇÃO DO ORÇAMENTO (COMO % EM RELAÇÃO ÀS RESPOSTAS DADAS)**



Observação: O total excede 100% por causa das respostas de múltipla escolha.

No sentido de aprofundar essa avaliação da qualidade e coerência do processo de planejamento e orçamento, foi realizado um estudo de caso com aquelas secretarias que anexaram seus planos e orçamentos às suas respostas da pesquisa.<sup>29</sup> A análise revelou problemas mais sérios do que os apontados pelos entrevistados. Conforme indicado na Figura 2.3, os problemas mais frequentes são a não identificação da fonte de recursos e do órgão responsável por cada ação ou programa (80% dos planos), a não valoração do custo das ações (77%), e a ausência de mecanismos ou critérios previstos para avaliar a implantação do plano (ou o alcance das metas). Um dos planos tinha 82 páginas, mas 73 eram de descrição da situação atual; outros apresentavam algumas metas quantificadas, mas sem relação com o corpo do plano e as ações previstas.

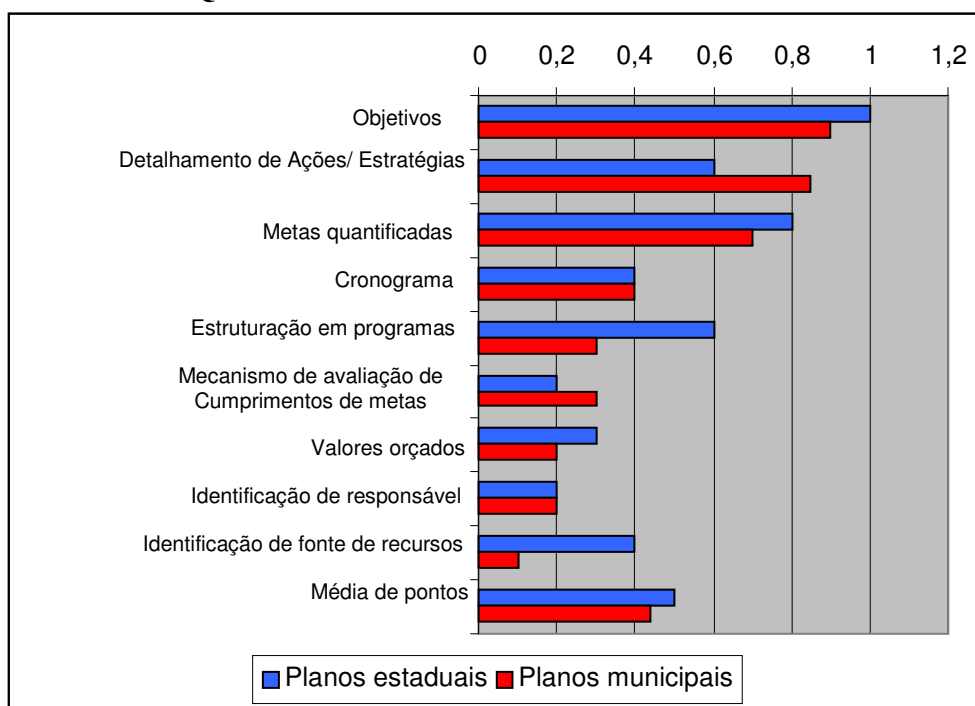
<sup>29</sup> Os estudos de casos analisaram a qualidade do processo de planejamento e orçamentação através da avaliação das seguintes características: inclusão de objetivos claros no plano, detalhamento em programas e delineamento de estratégias, definição de metas quantitativas, definição de prazos para cada atividade, identificação de uma pessoa responsável pela atividade, identificação da fonte de recursos e estimativa do custo ou gasto ligado às atividades, inclusão de um mecanismo para avaliar a execução do plano, e a correlação entre o plano e o orçamento. Para cada um desses itens, o plano recebeu uma pontuação de 0 ou 1 dependendo do desempenho com relação ao critério. A pontuação foi somada e convertida numa escala 0-1 conforme mostrado na Figura 2.3.



De maneira geral, o processo de planejamento e orçamentação do SUS se mostra muito fragmentado, com baixa coerência entre as várias etapas do processo de planejamento. Também sobressai a pouca atenção ao detalhamento de estratégias concretas de ação. Um problema crítico – porém não enfatizado o suficiente pelos entrevistados – é a ausência de informação sobre o custo das ações e programas propostos. Nessa situação, o orçamento ou o plano, ou ambos, correm o risco de virar peça de ficção, com utilidade apenas de cumprir um requisito legal.

Em vista dessa análise, o processo de planejamento e orçamentação se revela sofisticado na sua formalidade e seus instrumentos, porém truncado e desarticulado pela inconsistência entre documentos e etapas do processo como um todo. A estrutura do orçamento em geral se limita a itens/rubricas gerais, prejudicando a identificação de programas e ações prioritários. Esta limitação dificulta o acompanhamento e a avaliação sistemáticos da alocação de recursos e do processo de execução do orçamento.

**FIGURA 2.3: QUALIDADE DOS PLANOS DE SAÚDE ESTADUAIS E MUNICIPAIS**



### Elaboração do Orçamento nas Unidades de Saúde

*Ausência de autonomia e orçamentação sem base:* Nas unidades de saúde, a disponibilidade de informações financeiras e orçamentárias varia dependendo do status da unidade como Unidade Orçamentária<sup>30</sup> e o grau de autonomia administrativa e financeira que ela possui. A maioria dos hospitais e unidades ambulatoriais de pequena escala não possui orçamento próprio nem gerencia a maioria dos recursos financeiros que consome. Além disso, a capacidade da sua gerência de

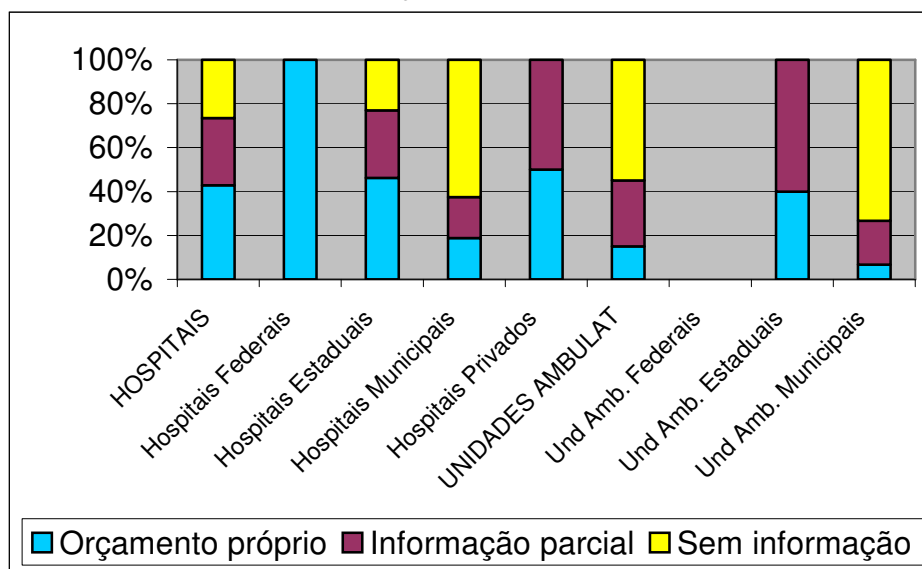
<sup>30</sup> Uma unidade orçamentária é uma unidade administrativa (por exemplo, um hospital) que recebe sua própria alocação orçamentária e gerencia pelo menos parte desse orçamento. Os hospitais que não são uma unidade orçamentária não possuem orçamento próprio, e quase todos os insumos são comprados e pagos centralmente. No ultimo caso, as informações sobre o gasto total do hospital não estão disponíveis na unidade e são de difícil acesso.

monitorar e controlar os gastos varia bastante. Na amostra, apenas 43% dos hospitais e 15% das unidades ambulatoriais possuem seu próprio orçamento. Porém, outros 30% dessas unidades possuem alguma informação financeira interna. Isso geralmente se limita à verba de pronto pagamento para compras urgentes e pequenas, de manutenção emergencial, materiais de pequeno valor, etc. 26% dos hospitais e 55% das unidades ambulatoriais possuem pouca ou nenhuma informação financeira (Figura 2.4). Os hospitais com maior autonomia administrativa geralmente possuem um nível bem mais alto de informações financeiras, pois eles são considerados como Unidades Orçamentárias e são responsáveis pela execução de seu próprio orçamento.

Até em hospitais que são unidades orçamentárias, os gerentes consideram como “seu” orçamento apenas a parte que eles executam diretamente. Por exemplo, a maioria dos hospitais maiores gerencia – no máximo – o orçamento para materiais (mas com frequência excluindo os medicamentos) e contratos de serviço de pequeno valor (por exemplo, de manutenção, limpeza e segurança), mas não a folha de pagamento.

A falta de informação sobre os recursos humanos é um problema na unidade de saúde. A maioria das unidades não possui informação financeira ou orçamentária sobre seus gastos com recursos humanos, pois eles são gerenciados e pagos pelo nível central, com pouco ou nenhum envolvimento dos gerentes das unidades. Por este motivo, os gerentes normalmente consideram o gasto com recursos humanos como sendo externo ao orçamento e fora de suas responsabilidades gerenciais. De maneira geral, os gerentes possuem poucas informações sobre seu pessoal. Essa situação claramente limita a responsabilidade da unidade de saúde pela gestão e controle de gastos. Apesar da folha de pagamento representar cerca de 60% dos custos totais, os gerentes geralmente consideram seus custos de produção como se não incluíssem o gasto com recursos humanos. Outro ponto preocupante, é que eles costumam usar esses valores altamente subestimados para a geração de informações de custos.

**FIGURA 2.4: NÍVEL DE INFORMAÇÃO FINANCEIRA NAS UNIDADES DE SAÚDE<sup>31</sup>**



<sup>31</sup> Informações são consideradas parciais quando a unidade registra parte de suas despesas ou possui parte das informações sobre suas despesas, por exemplo, envolvendo alguns itens de custo, porém não outros; a unidade pode ter informações sobre o material adquirido diretamente, porém não sobre as compras feitas centralmente.

*Gestão de custos:* Nas unidades de saúde a gestão efetiva de custos é essencial para a gestão eficiente dos recursos alocados e para determinar a melhor alocação de recursos na etapa do orçamento. Vários hospitais grandes (24% da amostra) estabeleceram um sistema de apuração de custos, mas apenas dois municípios possuem dados sobre custos ou gastos por unidade de saúde (Cuiabá possui um sistema geral de contabilidade de custos instalado em suas unidades e o Rio de Janeiro utiliza um levantamento feito há algum tempo que estimou o gasto por unidade). Todos os hospitais que são Organizações Sociais no Estado de São Paulo instalaram sistemas de contabilidade de custos.<sup>32</sup> Esses sistemas são padronizados, permitindo a comparação dos custos entre as unidades. Entretanto, eles são exceções à prática geral observada na grande maioria dos hospitais. A maioria das informações de “custo” nessas unidades registra apenas os gastos globais diretos com materiais e recursos humanos.

## EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA

*Grande variação na execução orçamentária das Secretarias:* Os dados levantados através da pesquisa mostram variações importantes na proporção de execução do gasto medida em pontos diferentes do processo de execução do orçamento. Em média, os estados da nossa amostra gastaram 3% a mais do que sua alocação para despesas correntes, considerando a alocação inicial e final. A variação foi muito maior para as despesas de capital principalmente por causa das aprovações durante o ano de despesas adicionais (incluídas como “Final” na Figura 2.5).

Alguns estados registraram gastos substanciais, não previstos na alocação inicial, com pagamento de médicos e pessoal contratado para as equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Porém, de uma maneira geral constata-se que em média nos estados da amostra a execução orçamentária se deu em níveis satisfatórios: 91% dos recursos gastos e pagos no exercício, ainda que com grandes variações entre elementos de despesa. Contudo, vale lembrar que por conta dos prazos de licitação e de execução orçamentária, dificilmente a alocação de um exercício pode ser integralmente gasta e paga no mesmo exercício.

A execução orçamentária no caso dos municípios mostra uma volatilidade maior em comparação com os estados (Figura 2.6). Há na média um aumento de quase 15% entre a alocação inicial e a final para as despesas correntes. Mas a despesa paga foi sensivelmente inferior à alocação na maioria dos municípios (com exceção de São Gonçalo e Cuiabá). Os motivos mais frequentes para essa defasagem são atrasos na liberação de recursos por parte do órgão financeiro (muitas vezes a Secretaria de Finanças), e o fato da cota dos últimos dois meses ser liberada sem tempo hábil para a realização de licitação. Alguns municípios informaram também ter dificuldade em empenhar todos os recursos disponíveis por sua fragilidade administrativa, que resulta em atrasos nas aquisições e pagamentos.

Em muitos municípios (inclusive alguns de grande porte como Manaus) as funções de compras e execução orçamentária estão centralizadas fora da Secretaria da Saúde. Esta gerencia então uma proporção pequena, ou nenhuma, de seus recursos; todos os empenhos e liquidações são feitos pela

---

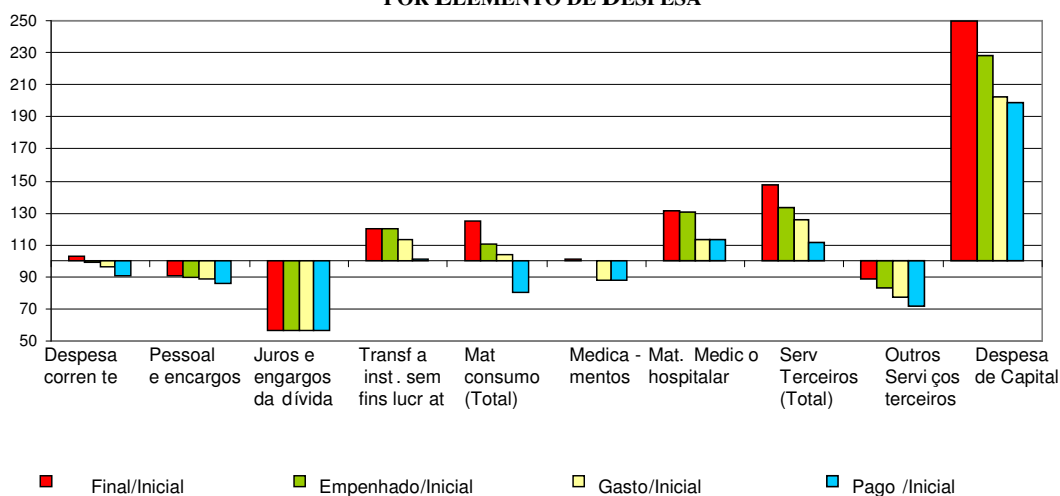
<sup>32</sup> Uma Organização Social de Saúde (OSS) é uma nova forma organizacional desenvolvida para a prestação de certos serviços públicos através de uma varianteda estratégia de terceirização. Nesse modelo das OSS, o governo transfere recursos orçamentários para cobrir os custos de operação do hospital, mas a responsabilidade de administrar o dia a dia é delegada a organizações pré-qualificadas, normalmente filantrópicas. A Secretaria de Estado da Saúde (SES) negocia e assina um contrato de desempenho com cada uma das organizações gerenciadoras dos hospitais, concedendo a elas maior flexibilidade do que seus equivalentes nos hospitais tradicionais do estado, para gerenciar o hospital da maneira que consideram ser mais adequada para atingir as suas metas de desempenho. Em 2004, 16 hospitais públicos em São Paulo eram administrados por uma OSS.

Secretaria de Finanças da Prefeitura. Como o agente comprador (ou seja, a Secretaria de Finanças) não conhece as necessidades do prestador de serviços, a centralização acarreta maior risco de inadequação ou atrasos nas compras de materiais contribuindo para compras de emergência que geralmente custam muito mais.

A pesquisa também mostra variações importantes entre itens de despesa, com grandes aumentos entre a alocação Inicial e Final para Recursos Humanos (19%) e Transferências para as Instituições Privadas Não Lucrativas (pagamentos para prestadores de serviço privados filantrópicos sob contrato com o SUS, - mais de 2000%). Em sentido inverso, a alocação para os insumos necessários para a prestação direta dos serviços de saúde (por exemplo, materiais médico hospitalares e medicamentos) foi reduzida em até 14%.<sup>33</sup> Em geral, os itens diretamente relacionados à prestação da assistência apresentaram os níveis de execução da despesa mais baixos (com 78.7% da alocação liquidada), materiais médico-hospitalares (84.1%) e serviços de terceiros para prestação de assistência médica (90%).

A variação no caso das despesas de capital é com frequência muito grande, mais ainda no caso dos municípios. Na cidade de São Paulo, por exemplo, houve diferença muito grande entre o valor inicial (R\$91 milhões), a alocação final (R\$31 milhões) e o valor empenhado (R\$13 milhões), respectivamente. Essas flutuações se devem à sua dependência de recursos externos (cuja administração é geralmente centralizada); à falta de planejamento adequado, e ao fato de que dotações para investimentos são frequentemente realocadas ou canceladas durante o exercício.

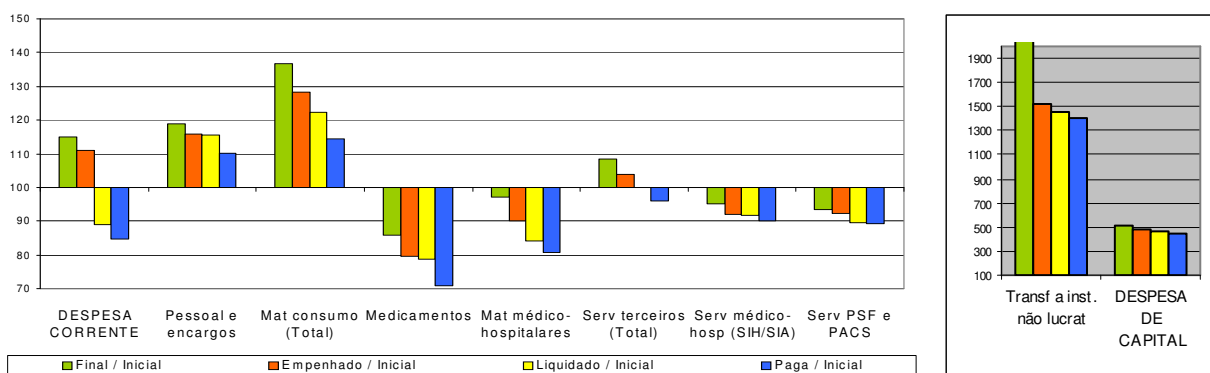
**FIGURA 2.5: VARIAÇÃO NA ALOCAÇÃO E EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIAS DOS ESTADOS POR ELEMENTO DE DESPESA**



Observação: Alocação Inicial = 100

<sup>33</sup> Os itens incluídos nessas categorias incluem pagamentos por internações/AIH e serviços ambulatoriais /SIA e para programas como o PSF e o PACS

**FIGURA 2.6: VARIAÇÃO NA ALOCAÇÃO E EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIAS DOS MUNICÍPIOS POR ELEMENTO DE DESPESA 2002**



Observação: Alocação Inicial: = 100

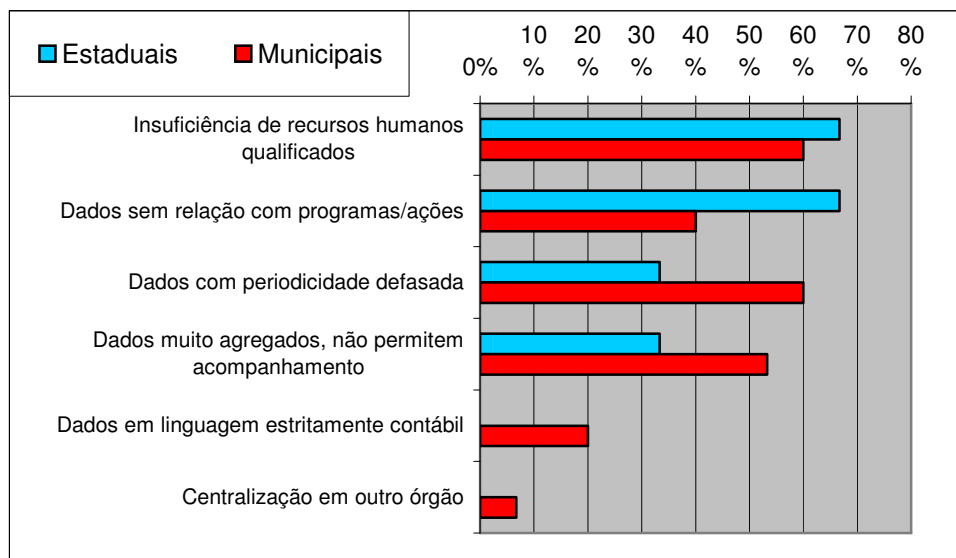
No conjunto, essas flutuações indicam:

(i) uma inadequação do orçamento original às necessidades, manifesta nas flutuações da própria alocação (entre “Inicial” e “Final”). Isso tende a confirmar certo grau de arbitrariedade na elaboração do orçamento – o que parece ser mais pronunciado para os insumos diretamente relacionados à prestação de serviços; e (ii) dificuldades, especialmente para os municípios, de executar as despesas, resultando na baixa proporção de empenho, liquidação e pagamento da despesa.

A dificuldade observada de se gastar o recurso orçado é indicativa de ineficiência no processo de execução orçamentária. Os motivos evidenciados na pesquisa variam, mas se devem tanto às características e exigências do processo de execução orçamentária e compras, quanto à fragilidade gerencial das secretarias, incluindo a mencionada dissociação entre os processos de planejamento e elaboração do orçamento. Os fatores específicos incluem: (i) cortes ou contingenciamentos associados a uma queda na arrecadação de tributos e outras receitas; (ii) morosidade nos processos de licitação; (iii) demora na emissão da autorização de pagamento uma vez liquidada a despesa; (iv) o monitoramento inadequado da execução do orçamento em relação ao plano; (v) atrasos na liberação de recursos para pagamento por parte da Secretaria da Fazenda;<sup>34</sup> (vi) falta de planejamento adequado; e, (vii) a incapacidade de muitas secretarias em implantar um sistema ágil de planejamento e execução do gasto. Finalmente, a pesquisa identificou várias limitações institucionais e de informação para a execução efetiva do orçamento, incluindo a falta de pessoal qualificado, dados inadequados ou desatualizados, e uma estrutura orçamentária inadequada (Figura 2.7).

<sup>34</sup> Todos os estados mencionaram esse problema, com o atraso podendo atingir 2 meses ou mais no Amazonas.

**FIGURA 2.7: PROBLEMAS MAIS CITADOS NA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA  
(% EM RELAÇÃO ÀS RESPOSTAS DADAS)**



Observação: A porcentagem das respostas das secretarias estaduais e municipais é baseada em 3 estados e 15 municípios. O total excede 100% por causa das respostas de múltipla escolha.

*Disponibilidade Limitada de informações financeiras nas unidades de saúde:* A forma com a qual as unidades de saúde executam seus orçamentos depende em primeiro lugar do grau de autonomia financeira e administrativa de que usufruem. A disponibilidade de informações financeiras relevantes varia consideravelmente dependendo do tipo de hospital, seu nível de autonomia, seu porte e a existência de um mecanismo que permitiria que ele receba recursos privados. Além de enfraquecer a base de informações necessária para elaborar propostas orçamentárias sólidas, a falta de dados sobre os custos reais de procedimentos e serviços nas unidades de saúde prejudica a análise robusta da situação financeira dos hospitais.

*A importância variável dos recursos federais:* O padrão de receita de hospitais públicos e privados do SUS varia de forma significativa entre os hospitais (Figura 2.8). A receita do orçamento do governo é mais importante para os hospitais municipais e menos para os federais. Os pagamentos federais através dos sistemas AIH e SIA correspondem a 35% da receita recebida pelos hospitais federais, 38% e 28% nos hospitais estaduais e municipais respectivamente, e 58% nos hospitais filantrópicos privados que possuem contratos com o SUS.

Os hospitais privados contratados pelo SUS dependem mais de recursos federais do que os hospitais públicos sub-nacionais. Esses últimos recebem receita dos orçamentos sub-nacionais. Entre os hospitais públicos, 40% dos hospitais federais obtêm receita de planos privados de saúde e pacientes particulares, o que não acontece com nenhum dos hospitais estaduais e municipais da amostra.<sup>35</sup>

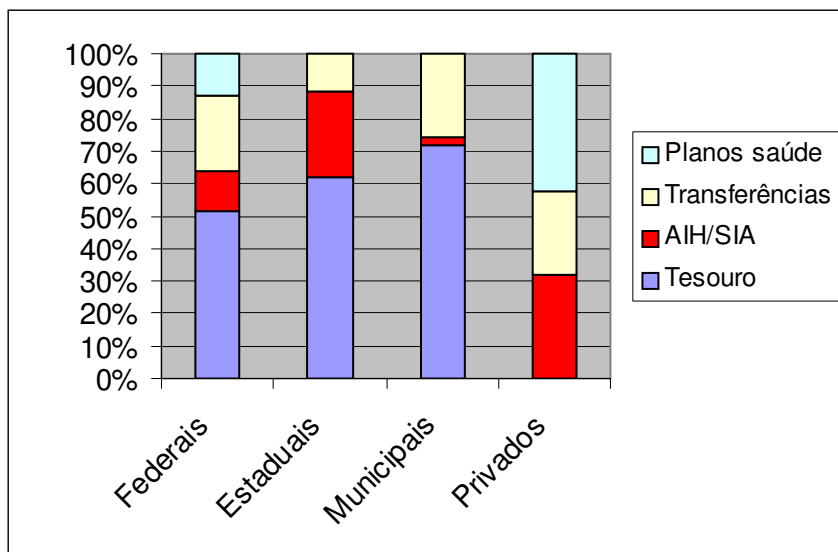
Como os pagamentos do SUS (AIH e SIA) não cobrem os custos da maioria dos serviços,<sup>36</sup> a alta dependência dos hospitais filantrópicos dos pagamentos do SUS deixa-os numa situação vulnerável. Por exemplo, um ultra-som ginecológico custa R\$45, mas o reembolso do SUS é de apenas R\$7.

<sup>35</sup> Isso é devido a dois fatores: (i) a alta proporção de hospitais federais que atende funcionários públicos civis ou militares (cobertos por planos de saúde), e (ii) a maioria dos hospitais federais são unidades de referência freqüentemente utilizadas por pacientes cobertos pelos planos de saúde privados.

<sup>36</sup> Tais pagamentos, porém podem cobrir o custo total dos procedimentos de alta complexidade. Veja De Matos, 2002: RFP nº 003/99 Projeto REFORSUS e CNPQ – “Apuração dos custos de Procedimentos hospitalares: Alta e média complexidade”; Dias et al., 2004; Banco Mundial, 2007, em fase de publicação).

Alguns hospitais filantrópicos estão atrasados vários meses nos pagamentos a fornecedores, contribuições de previdência social, e impostos. Para tentar contrabalançar em parte essa deficiência, esses hospitais derivam metade de sua receita de pacientes privados (cobertos por planos e particulares).<sup>37</sup>

**FIGURA 2.8: COMPOSIÇÃO DA RECEITA DOS HOSPITAIS – POR FONTE<sup>38</sup>**



### COMPARANDO AS DESPESAS SUB-NACIONAIS EM SAÚDE

*Distribuição desigual do gasto em saúde per capita:* Refletindo a capacidade fiscal de cada nível de governo, o grau de priorização do setor saúde frente aos demais setores, a quantia transferida pelo Ministério da Saúde, e o tamanho da população, o gasto em saúde per capita varia consideravelmente entre os estados e municípios da nossa amostra (Figura 2.9). Entre os municípios as variações são ainda maiores (Figura 2.10).<sup>39</sup> As despesas financiadas através de recursos próprios variou entre R\$24.23 (Parintins) e R\$123.63 (Porto Alegre), uma variação de 510%. Mas o valor per capita das transferências federais varia mais ainda, de R\$16.69 em São Paulo para R\$225.55 em Sobral, uma variação de 1350%.

Essas variações demonstram um nível considerável de iniquidade no gasto per capita em saúde e também na distribuição das transferências federais. Em média, as transferências federais representavam 27% do gasto estadual e 45.2% do gasto municipal.<sup>40</sup> Como as transferências federais têm também o papel de reduzir as desigualdades existentes, seria de se esperar que a

<sup>37</sup> Uma grande parte dos hospitais públicos recebe pagamentos referentes a AIH e SIA indiretamente. Eles estão embutidos nas dotações orçamentárias sempre que esses pagamentos são feitos via transferências para os Fundos de Saúde sub-nacionais. Informação sobre a composição por fontes de financiamento (ou seja, federal vs. sub-nacional) não pode ser obtida ao nível da unidade ou do Fundo. Consequentemente, os dados disponíveis superestimam a receita de recursos locais e subestimam o tamanho das receitas provenientes de recursos federais.

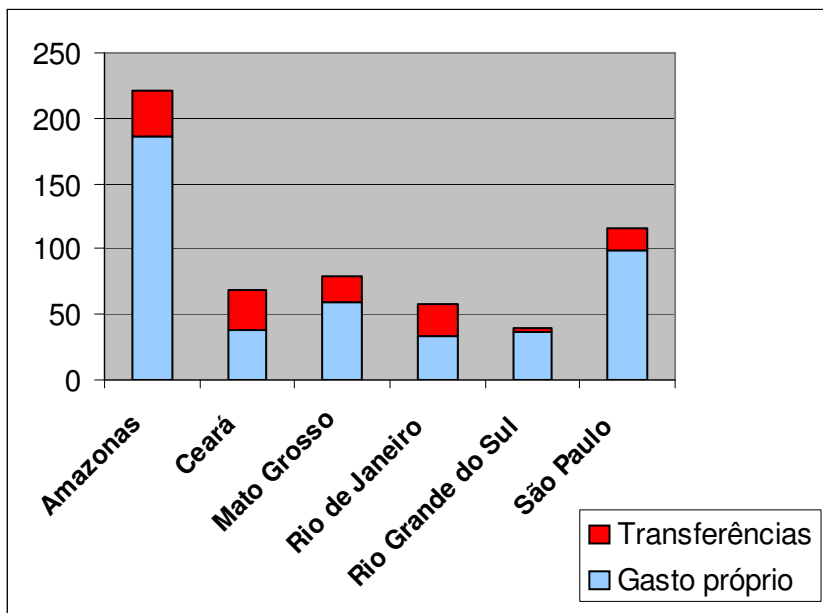
<sup>38</sup> Privado inclui 10 hospitais filantrópicos e 1 lucrativo, todos com contratos com o SUS.

<sup>39</sup> Entre os estados o gasto per capita varia de R\$58.54 (Rio de Janeiro) a R\$225.69 (Amazonas); os recursos próprios variam entre R\$34.29 (RJ) e R\$185.50 (AM) e as transferências federais variam entre R\$16.46 (SP) e R\$35.19 (AM). As variações no nível municipal vão de R\$45.04 em Parintins até R\$349.00 em Porto Alegre (dados de 2002) para o gasto total, uma variação de 770%.

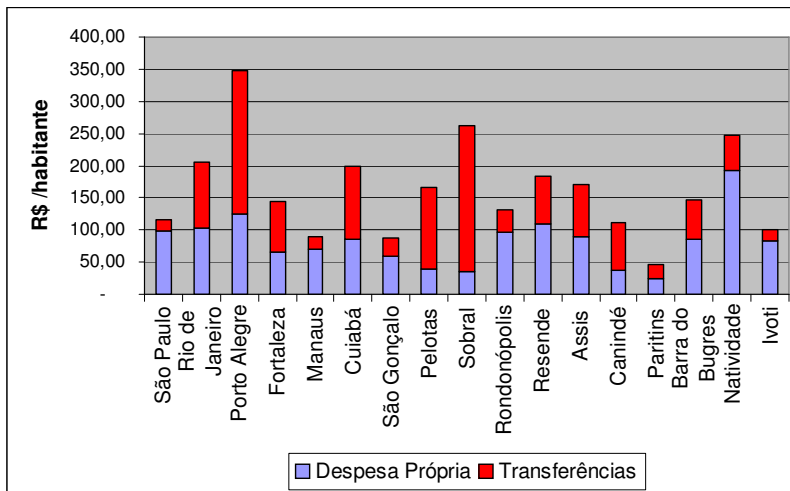
<sup>40</sup> Média não ponderada baseada em 5 estados e 17 municípios.

proporção de transferências federais fosse maior nos municípios de pequeno porte e mais pobres, em geral com uma capacidade baixa de arrecadação; porém isso não é observado no estudo. Os dados indicam que vários municípios, independentemente do porte, recebem mais recursos, por conseguirem alavancar os programas objetos de transferências federais.

**FIGURA 2.9: DESPESA ESTADUAL PER CAPITA EM SAÚDE – POR FONTE**



**FIGURA 2.10: DESPESA MUNICIPAL PER CAPITA EM SAÚDE – POR FONTE**

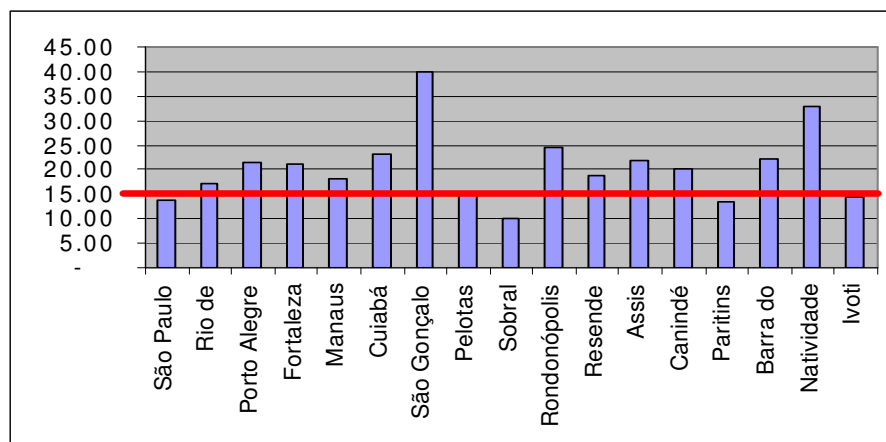


*Não cumprimento da Emenda Constitucional 29:* A solução encontrada pelo Brasil para atender à preocupação de muito tempo da sociedade de que o setor público não estava gastando o suficiente na área de saúde foi criar uma Emenda Constitucional (em setembro de 2000) determinando que os estados e municípios devessem gastar 12% e 15% de seu orçamento respectivamente em saúde. A legislação exigia aumentos incrementais sobre os níveis de 1999. No entanto, muitos estados e municípios não vêm cumprindo a emenda. Em 2003, por exemplo, o percentual mínimo que os estados deveriam gastar em média era de 10.5%, de acordo com a emenda. Mas o nível médio real



foi de 8.6% (abaixo dos 9.9% exigidos em 2002).<sup>41</sup> Apenas sete estados cumpriram ou ultrapassaram sua meta, enquanto que para nove outros a defasagem foi superior a dois pontos percentuais. Entre os estados da amostra, a média foi de 11.5% em 2002, puxada pelo estado do Amazonas, que informou gastar 25% de sua receita com saúde. Todos os demais estados estavam aquém da meta exigida pela Emenda para aquele ano. No caso dos municípios da amostra, a proporção média de gastos em saúde foi de 20.5% de sua receita, com 12 municípios gastando além do mínimo de 15% exigido e cinco gastando abaixo (Figura 2.11). São Gonçalo e Natividade gastaram mais com saúde, alocando 39.8 e 33.1% respectivamente de sua receita.

**FIGURA 2.11: PROPORÇÃO DO GASTO MUNICIPAL TOTAL EM SAÚDE FRENTE À EMENDA CONSTITUCIONAL Nº. 29**



### ALOCAÇÃO DE RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

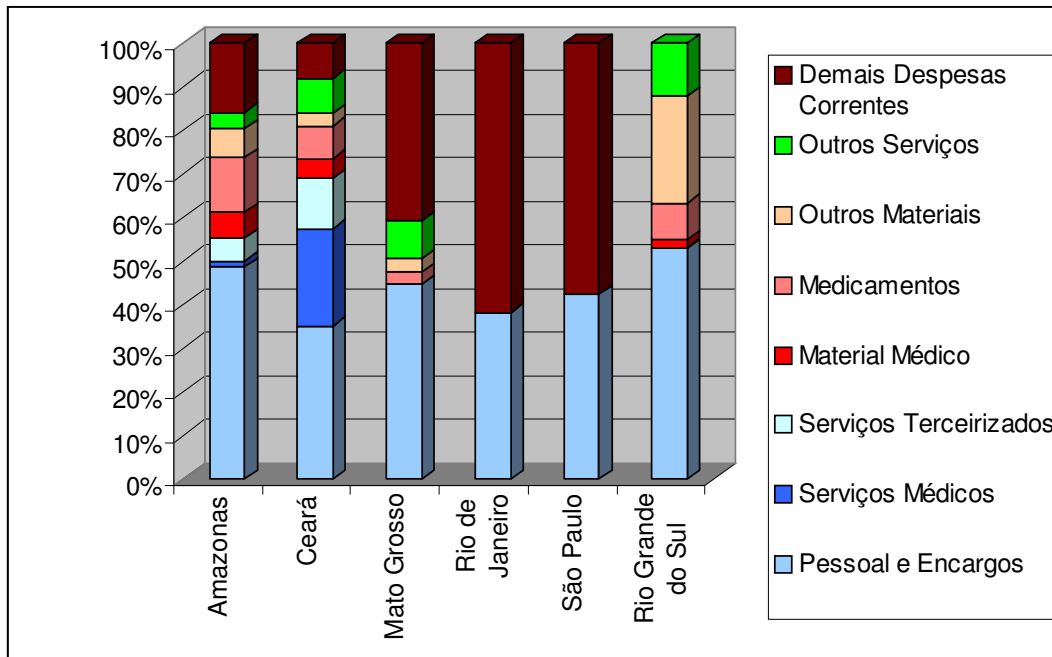
Embora o orçamento aprovado devesse indicar as prioridades do governo em termos de alocação de recursos, a verdadeira composição do orçamento só se torna clara depois que o mesmo é inteiramente executado, em função das deficiências na preparação do orçamento e da significativa variação durante sua execução, como discutido acima. Os dados sobre a composição do orçamento executado estão demonstrados nas Figuras 2.12 (para os estados) e 2.13 (para os municípios). Não é nenhuma surpresa que grande parte do gasto executado seja consumida pelos recursos humanos (44% em média para os estados e 40% para os municípios).<sup>42</sup> O gasto em materiais de consumo e medicamentos são o segundo maior item. No entanto, a alta proporção de gastos não alocados – e classificados como “Outras Despesas Correntes” nos documentos orçamentários – mostra que muitos governos sub-nacionais mantêm uma proporção significativa de seus orçamentos setoriais sob itens gerais, facilitando possíveis realocações durante o exercício. Isso ocorre especialmente nos municípios onde 44% dos gastos são classificados nesse elemento de despesa.<sup>43</sup> Em dois estados, São Paulo e Rio de Janeiro, esse item é responsável por 60% dos gastos.

<sup>41</sup> Fonte: MS/SIOPS 2002 e 2003; esses valores são médias para todos os estados da federação.

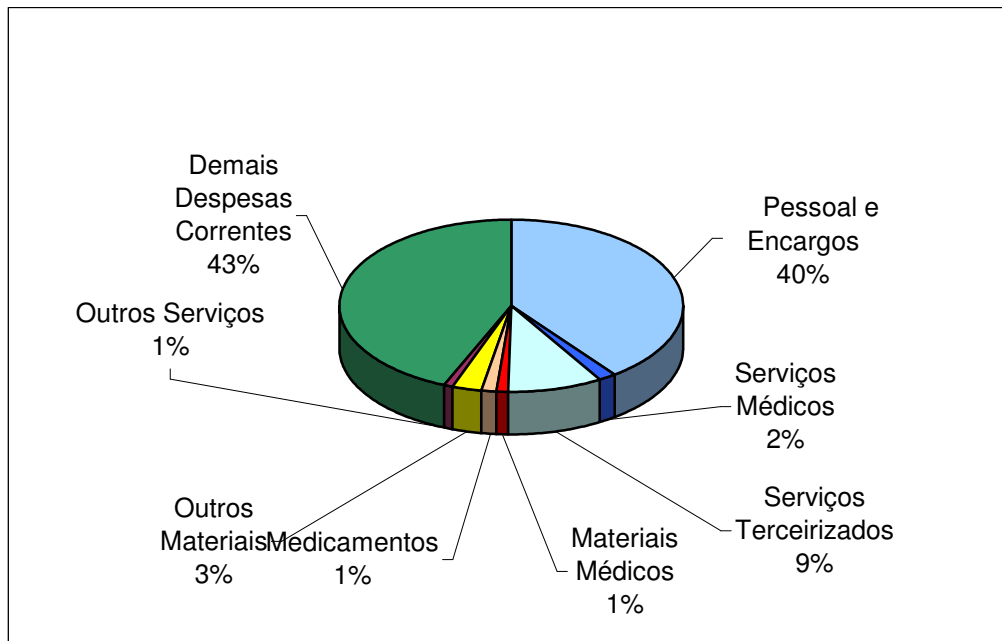
<sup>42</sup> Esta porcentagem sobe até 50-60% se o gasto com serviços terceirizados for incluído.

<sup>43</sup> Algumas das diferenças observadas entre os estados também podem ser atribuídas à falta de padronização na classificação por elemento de despesa.

**FIGURA 2.12: DISTRIBUIÇÃO DO GASTO ESTADUAL – POR ELEMENTO DE DESPESA, 2002**



**FIGURA 2.13: DISTRIBUIÇÃO DO GASTO MUNICIPAL – POR ELEMENTO DE DESPESA, 2002**



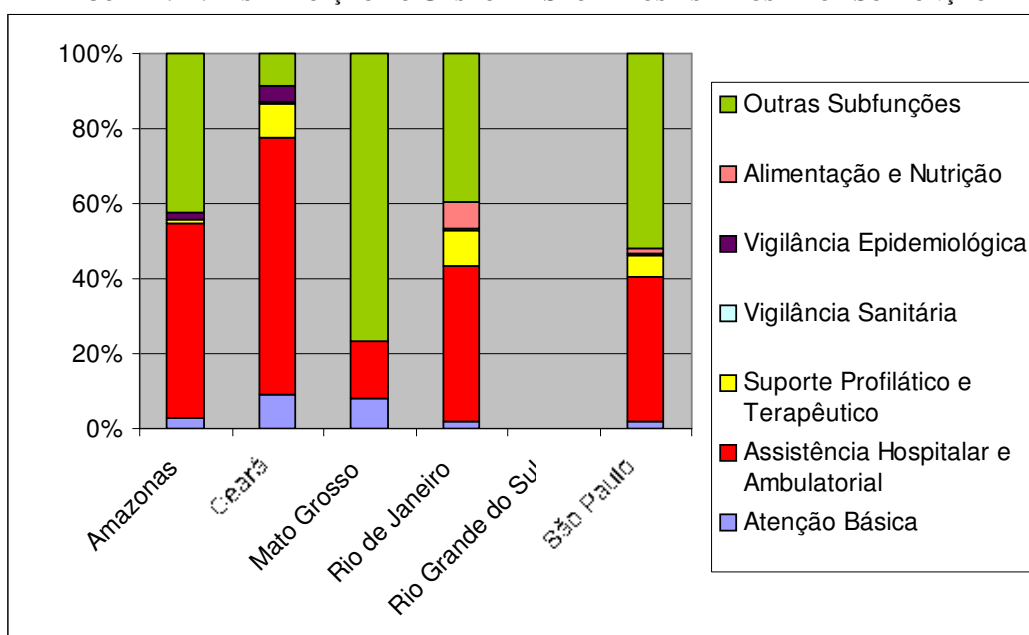
Fonte: Dados levantados da pesquisa

A análise da alocação da despesa executada por atividade ou programa, população alvo ou outro critério finalístico é dificultada pelo fato de que os demonstrativos orçamentários não discriminam a despesa com detalhe suficiente. Apenas no caso das secretarias estaduais foi possível levantar o gasto nas principais subfunções (Figura 2.14). Esses dados mostram o predomínio da subfunção

“Assistência Hospitalar e Ambulatorial” e das Outras Subfunções, (com cerca de 43% cada uma).<sup>44</sup> Ambas são categorias muito abrangentes cujo conteúdo pode variar entre os diferentes estados.

Esses dados revelam a inadequação da classificação orçamentária atual. Por exemplo, duas categorias abrangentes - uma ambigüamente chamada de “outra” e uma segunda que abrange uma variedade de serviços ambulatoriais e hospitalares – são responsáveis por quase todo o gasto. Além disso, a separação das atividades e programas entre as subfunções da classificação orçamentária não é precisa; por exemplo, o gasto com pessoal envolvido em ações básicas em geral não está registrado na subfunção Atenção Básica. Este gasto é registrado em categorias mais amplas que incluem todo o gasto feito com pessoal. Em resumo, o alto nível de agregação do gasto por subfunção, aliado à falta de padronização na classificação por programa, dificulta a análise rigorosa da alocação para atenção básica, entre programas e entre as muitas unidades de saúde, e portanto não permite avaliar com precisão a eficiência alocativa da distribuição dos recursos.

**FIGURA 2.14: DISTRIBUIÇÃO DO GASTO EM SAÚDE DOS ESTADOS – POR SUBFUNÇÃO**



*Composição do orçamento executado no nível da unidade de saúde:* A composição dos gastos varia consideravelmente entre os hospitais de tipos e características diferentes (Figura 2.15). O gasto com pessoal é sempre predominante, representando em torno de 50% do gasto total, mas aumentando para 60% se os serviços terceirizados forem incluídos. A proporção de gastos com pessoal contratado é maior entre os hospitais municipais (61%) e federais (59%), e menor nas unidades estaduais, onde o grau de terceirização é maior. Isso pode refletir as condições fiscais em geral mais restritivas dos estados.<sup>45</sup>

<sup>44</sup> A atenção básica recebe dotações mais baixas (entre 2% e 9%) em parte porque os estados não são responsáveis pela organização e prestação da atenção básica. Esta é uma função do município.

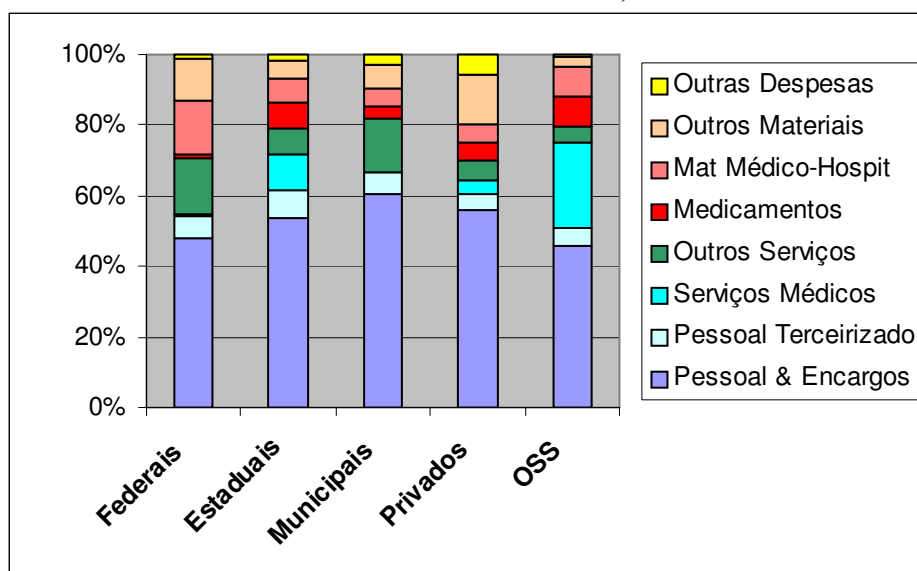
<sup>45</sup> Os estados podem enfrentar limites legais para o gasto com recursos humanos (como parte da receita líquida corrente) conforme especificado pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF, 2000). A LRF estabelece padrões novos, mais transparentes, e responsáveis de gestão pública e especialmente de gestão fiscal. Entre outras coisas, a lei proíbe que as instituições públicas gastem mais do que a sua receita num período de três anos, e limita o gasto com recursos humanos dos governos federais, estaduais e municipais a um máximo de 50% (pelo primeiro ano) e 60% (pelo segundo e terceiro ano) da receita líquida corrente.

O gasto com materiais e medicamentos é o segundo maior item, sendo responsável por cerca de 20% do gasto total. Sua proporção em relação ao gasto geral varia entre 17% nos hospitais federais e municipais, e 24% nos hospitais filantrópicos. Esse valor geralmente não inclui os medicamentos e outros materiais fornecidos gratuitamente aos hospitais pelo Ministério da Saúde ou outros órgãos públicos.<sup>46</sup> Dependendo do ano, o valor desses fornecimentos pode ser considerável.

## MONITORAMENTO E CONTROLE

**Fraco monitoramento e controle por parte das secretarias:** Os estados e municípios utilizam sistemas distintos, embora comparáveis, de informação e acompanhamento do orçamento. A finalidade desses sistemas é basicamente a mesma: verificar se a execução orçamentária obedece à legislação em vigor e monitorar a execução orçamentária em suas várias fases. Alguns estados e municípios inovam, criando novos instrumentos ou modificando os sistemas padronizados. A cidade de São Paulo, por exemplo, desenvolveu o *Saúde em Contas* – um instrumento para divulgação dos resultados da Secretaria de Saúde.

**FIGURA 2.15: COMPOSIÇÃO DA DESPESA DOS HOSPITAIS DA AMOSTRA POR ELEMENTO DE DESPESA 2002, EM %**



Em geral, a efetividade do acompanhamento e controle da execução orçamentária é limitada, frequentemente devido à baixa capacidade gerencial das secretarias de saúde (por exemplo, por insuficiência de recursos humanos qualificados conforme mencionado por metade dos municípios da amostra). Conforme sugerido acima, a apresentação dos dados disponíveis é inadequada (por exemplo, muito agregada e de forma não quantificada, sem análise ou discussão das atividades ou serviços realizados ou dos fatores que afetam a sua produção). O monitoramento, quando ele é feito, frequentemente tem a periodicidade defasada em relação ao ocorrido. De maneira geral, as secretarias demonstram ênfase limitada no controle contábil-financeiro e pouca utilização dos dados disponíveis para fins gerenciais ou de avaliação interna.

<sup>46</sup> Na maioria dos casos eles não são registrados como gastos.

A prestação de contas envolve múltiplos destinatários e documentos, o que pode levar à duplicação de atividades e um alto ônus administrativo.<sup>47</sup> A utilização da prestação de contas enquanto instrumento de avaliação interna da gestão não constitui uma prática corrente dos estados ou municípios.<sup>48</sup> Na legislação do SUS o Relatório de Gestão é salientado como um dos principais documentos de prestação de contas. No entanto, esses relatórios geralmente não detalham os programas e ações prioritárias, apresentando apenas resultados quantitativos de produção. A única exceção em nível estadual foi observada no Estado do Rio Grande do Sul, onde os resultados sobre o desempenho e os indicadores de impacto (por exemplo, mortalidade infantil ou outros indicadores de estado de saúde são mencionados. Contudo, esses indicadores não são correlacionados com os objetivos e metas definidas no Plano/Agenda de Saúde.

Ao longo da década de 1990 o SUS exigiu que se instalassem nos estados e nos municípios departamentos de auditoria, controle e avaliação das ações e serviços de saúde. O objetivo declarado dessas unidades é de garantir a eficácia das ações e serviços de saúde. Todos os estados da amostra dispõem de uma unidade administrativa responsável por estas funções. Entre os municípios da amostra, cinco ainda precisam estabelecer essas unidades: Parintins, Resende, Barra do Bugres, Pelotas e Ivoti.

Quando essas unidades são efetivamente operacionais elas quase sempre se limitam à revisão e auditoria de contas médicas (AIHs) e/ou contas financeiras, e raramente realizam atividades de avaliação de resultados em termos de impacto ou eficácia das intervenções. Além disso, enfrentam dificuldades no seu funcionamento, como o número insuficiente de auditores ou auditores com qualificação/treinamento insuficiente, a inexistência de controle de qualidade nas unidades de saúde e recursos financeiros inadequados. Um relatório do Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria do Ministério da Saúde de 1999 mencionava também dificuldades de acesso geográfico em alguns Estados; fragmentação dos sistemas de informações; não priorização dessas atividades pelos diferentes setores das Secretarias Estaduais de Saúde; e ausência de instrumentos apropriados de monitoramento. Em geral, as atribuições das unidades são definidas de modo bastante vago. Por exemplo, no caso do Amazonas as funções incluem controle, avaliação, supervisão e auditoria.

*Controle de gastos nas unidades de saúde:* De maneira geral, o nível de controle que as unidades de saúde têm sobre seu gasto é precário e limitado, e baseado principalmente nos documentos e relatórios exigidos pelo sistema orçamentário. Na maioria dos casos, pouco uso se faz internamente dessa informação e com frequência o diretor da unidade não tem familiaridade e não usa os demonstrativos financeiros elaborados. Em algumas unidades de saúde, principalmente as menores, o gasto com recursos humanos, por exemplo, não é sequer do conhecimento da direção da unidade (é gerenciado centralmente pelas secretarias de finanças ou administração). Conforme mencionado acima, quando o hospital não é uma Unidade Orçamentária oficial, e, portanto não possui orçamento próprio, pouca informação é registrada sobre seus gastos, já que estes são executados centralmente.

O nível da informação financeira disponível varia conforme a esfera da unidade de saúde. Pelo fato de serem Unidades Orçamentárias, todos os hospitais federais da amostra têm informações orçamentárias. Entre os hospitais estaduais, 46% possuem seu próprio orçamento, mas 23% não

---

<sup>47</sup> No caso dos estados, relatórios são emitidos para o SIAFI; Balancetes de Prestação de Contas e Processos de Pagamentos são elaborados mensalmente para as Secretarias de Finanças ou do Tesouro e/ou o Tribunal de Contas do Estado (TCE) e para a Assembleia Legislativa; e Relatórios Administrativos e outros são encaminhados para o Conselho de Saúde e o Ministério da Saúde. O Balanço Geral do Fundo de Saúde Municipal é apresentado anualmente para o Tribunal de Contas da União (TCU).

<sup>48</sup> Apenas o Rio Grande do Sul e Mato Grosso declararam possuir um processo de revisão para avaliar as práticas gerenciais e os resultados.

dispõem de nenhuma informação. Os demais hospitais gerenciados pelo estado possuem apenas informações parciais sobre elementos de despesas. Dos hospitais municipais, 62% não têm praticamente nenhuma informação sobre receita ou despesa. Isto se explica porque em muitos municípios o gasto das unidades de saúde é gerenciado centralmente. Todos os hospitais privados, como é de se esperar, têm informação financeira total ou ao menos parcial.

No caso de unidades ambulatoriais estaduais e municipais, 85% não têm um orçamento e 55% não dispõe de dados financeiros organizados sistematicamente. A maioria dessas unidades não elabora relatórios financeiros e orçamentários. Exceções interessantes são os casos do município de Cuiabá, que implantou um sistema de custos em cada unidade de saúde de sua rede (Quadro 2.2) e as Organizações Sociais do Estado de São Paulo que implantaram um sistema de custos em cada hospital.<sup>49</sup>

**QUADRO 2.2: UM SISTEMA DE APURAÇÃO DE CUSTOS EM NÍVEL MUNICIPAL: CUIABÁ**

O município de Cuiabá é o único da amostra – e um dos poucos em nível nacional – a ter implantado um sistema integrado de apuração de custos que cobre todas as unidades de saúde próprias. O sistema oferece informações detalhadas sobre o gasto direto por elemento de despesa para cada unidade de saúde da rede e para os principais departamentos do nível central. O resumo desses dados é apresentado na tabela a seguir, e permite, por exemplo, uma análise inviável na maioria dos estados e municípios: a análise da distribuição do gasto entre atividades meio (de apoio) e atividades fim. Observa-se que o nível central responde por 27,5% do gasto da secretaria, dos quais 15,7% correspondem às unidades de apoio administrativo e 11,8% às atividades de coordenação e supervisão técnica e aquelas atividades técnicas realizadas em nível central. Essa porcentagem sugere um peso grande das atividades meio e do nível central. As unidades ambulatoriais respondem por 40% do gasto total, sendo a maior parte para a atenção básica. As 18 Unidades do Programa de Saúde da Família, que não estão na tabela, contribuem com cerca de 1/3 do custo da rede básica (7,5% do gasto total). O único hospital municipal responde por mais 1/3 do gasto total. A atenção secundária e terciária, incluindo atenção hospitalar e diagnóstica ambulatorial, recebe quase 50% do gasto total do município. Essa proporção de gastos é alta considerando que na distribuição de responsabilidades do SUS, os municípios têm a seu cargo principalmente a atenção básica.

	TOTAL	%	PESSOAL	MATERIAIS DE CONSUMO	SERVIÇOS DE TERCEIROS
Nível Central Administrativo	8.897	15,3	86,14%	6,09%	7,76%
Coordenadorias e áreas técnicas	6.887	11,9	84,39%	11,16%	4,34%
Unidades Ambulat. Básicas	14.423	24,8	77,07%	18,60%	4,33%
Unidades Ambulat. de Referência	9.207	15,9	81,22%	12,52%	6,26%
Hospital	18.626	32,1	66,13%	20,40%	13,47%
Total	58.039	100,0	76,48%	15,40%	8,07%

Dados em R\$ mil, 2001. Fonte: Relatórios de custos da SMS de Cuiabá.

Fonte: Compilado pelos autores com base em dados coletados na pesquisa.

<sup>49</sup> Os hospitais OSS (Organizações Sociais) são instalações públicas gerenciadas por organizações privadas sem fins lucrativos. Uma avaliação desse modelo está disponível em: Banco Mundial, (publicação prevista 2007).

## EXECUÇÃO DE TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS

*Dificuldade de previsão do fluxo de transferências federais:* As flutuações nos montantes orçamentários se repetem no caso das transferências recebidas do Governo Federal, com diferenças importantes ao nível da alocação (Atualizada x Orçada) e do montante efetivamente recebido. A Tabela 2.1 demonstra que no caso das Secretarias de Estado, a Receita Atualizada para 2002 (equivalente à alocação final) representou apenas 66% da orçada inicialmente, e a Realizada foi 50% maior que a Atualizada, sendo quase igual à inicialmente orçada. A grande dispersão observada nas dotações sugere dificuldades para os estados e municípios planejarem, alocarem e acompanharem os recursos recebidos do governo federal.

**TABELA 2.1: VARIAÇÃO MÉDIA NA ALOCAÇÃO ORÇAMENTÁRIA DOS ESTADOS RECEITA DE TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS EM 2002, EM %**

<b>Variação média em % *</b>	<b>Receita Atualizada / Orçada</b>	<b>Receita Realizada / Orçada</b>
Média dos Estados*	66.42	98.42
Amazonas	100	100
Mato Grosso	13.90	67.90
Rio de Janeiro	59.80	61.31
São Paulo	91.97	164.49

Fonte: Relatórios e SIOPS 2002 dos estados, considerando apenas o total das Transferências Regulares e Automáticas; o Ceará não relatou as receitas de transferência, e o Rio Grande do Sul não informou ao SIOPS nesse ano.  
\* Média não ponderada, entre os estados que apresentaram valores não nulos.

Dados sobre transferências a municípios estão mais facilmente disponíveis e permitem uma análise melhor do desempenho da execução das transferências federais. As transferências para os Fundos Municipais de Saúde representam uma fonte importante de recursos à disposição dos municípios, especialmente para aqueles menos beneficiados pelos critérios automáticos de distribuição da arrecadação entre níveis de governo. Somente nos municípios de Resende, São Paulo e Cuiabá, os recursos próprios representaram mais da metade dos recursos gerenciados pelo Fundo Municipal.<sup>50</sup>

Como mostra a Tabela 2.2, quase todos os programas federais que receberam recursos através de transferências tiveram uma diferença na sua receita “atualizada” com relação à receita “orçada”, na maioria dos casos inferior a 15%.<sup>51</sup> A receita “realizada” (fundos efetivamente recebidos durante o ano), por sua vez, variou bastante dependendo do programa: entre 108.3% da receita orçada (no caso das AIHs destinadas à população local<sup>52</sup> e 46.4% para o Programa de Combate às Carências Nutricionais.

<sup>50</sup> Conforme ilustrado na Figura 1.2, um Fundo Municipal de Saúde é um fundo estabelecido por lei onde todos os recursos financeiros gastos em saúde no município devem ser consolidados e gerenciados independente de sua fonte (receita própria e transferências de governos estaduais ou federais).

<sup>51</sup> Os gastos estaduais e municipais em programas federais são financiados não apenas pelas transferências federais, mas também pelas transferências estaduais (para alguns municípios) e pelos recursos próprios do estado ou município.

<sup>52</sup> A cota de AIH alocada a um município em particular (ou estado) inclui dois componentes: um calculado a partir da população local (ou seja, a população que reside no município) e o outro baseado nos pacientes que moram em outros municípios (e encaminhados formalmente ou que procuraram o serviço por iniciativa própria).

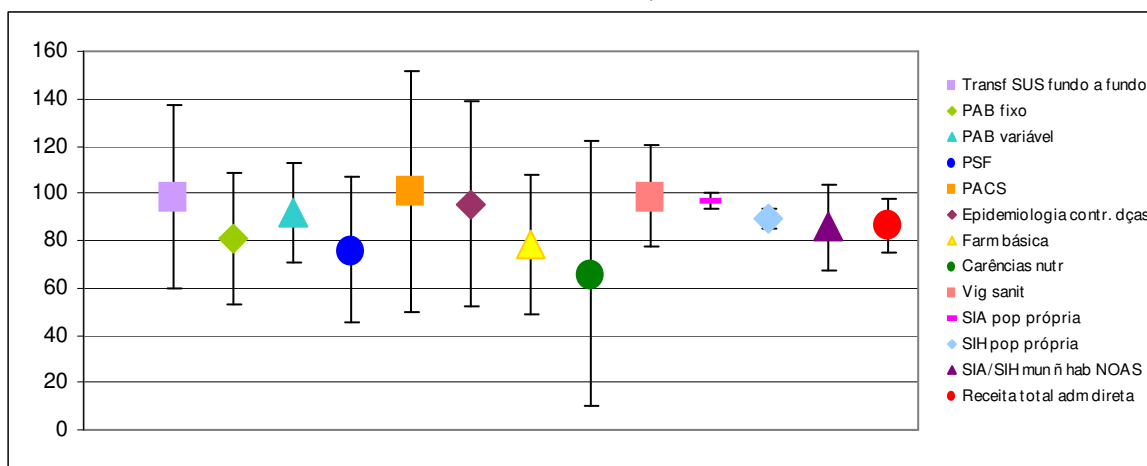
O nível de execução dos recursos transferidos também variou consideravelmente entre os municípios e programas (Figura 2.16). Mesmo que o nível médio de execução de recursos tenha variado dentro de uma escala aceitável de 80-100%, a dispersão observada entre os municípios foi grande com um desvio padrão de 25-40%. Gastar mais significa que o município está gastando parte de seus próprios recursos no programa, enquanto que gastar menos significa que o montante original foi cortado ou que o município não conseguiu executar os recursos federais disponíveis. Para alguns programas as transferências “realizadas” foram maiores do que o montante orçado. Em geral, o gasto menor foi explicado pelos cortes e congelamentos no orçamento (Rio Grande do Sul), atrasos nas transferências federais (Rio Grande do Sul, Mato Grosso e Ceará), e dificuldades de revisar o cronograma do que foi planejado (Rio Grande do Sul).

**TABELA 2.2: VARIAÇÃO MÉDIA NA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DOS MUNICÍPIOS RECEITA DE TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS EM 2002, EM %**

Varição média em % *	Atualizada / Orçada	Realizada / Orçada
Total Transferências do SUS - Fundo a Fundo	98.55	92.99
Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo)	80.98	84.06
Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável)	92.05	92.39
Programa de Saúde da Família (PSF)	76.05	80.28
PACS - Agentes Comunitários da Saúde	100.77	106.20
Epidemiologia e Controle de Doenças	95.49	92.36
Farmácia Básica	78.19	81.86
Carências Nutricionais	66.05	46.40
Vigilância Sanitária	98.92	97.33
SIA População Própria	96.82	90.60
SIH População Própria	89.25	108.28
SIA/SIH municípios não habilitados na NOAS	85.74	89.86

Fonte: Anexo XVIII (SIOPS 2002 dos municípios, considerando apenas as Transferências Regulares e Automáticas).

**FIGURA 2.16: VARIAÇÕES NA EXECUÇÃO DAS RECEITAS MUNICIPAIS DE TRANSFERÊNCIAS POR PROGRAMA, 2002**



Observação: Média e Desvio Padrão da % da execução das receitas de transferências.



*Monitoramento deficiente das transferências federais e gastos com programas:* A grande dispersão observada quanto ao nível de execução orçamentária evidencia uma grande variedade de problemas: (i) diversidade de situações de estados e municípios quanto à situação de habilitação no SUS (“gestão plena do sistema” vs. “gestão da atenção básica”); (ii) inadequação do processo de planejamento e orçamentação, levando a alterações substanciais dos montantes no decorrer do exercício; (iii) baixa capacidade dos estados e principalmente de muitos municípios na execução dos recursos disponíveis; (iv) atrasos e alterações frequentes nos repasses pelo Ministério da Saúde; e (v) comunicação deficiente entre o Ministério da Saúde e a Secretaria de Saúde local. Com relação a este último ponto, os recursos muitas vezes são recebidos por outra secretaria ou pelo gabinete da prefeitura e isso não é comunicado à Secretaria da Saúde. Além disso, alguns municípios reclamaram de não terem sido informados sobre cortes ou contingências por parte do Ministério da Saúde, mesmo que esses cortes implicassem numa revisão dos planos e às vezes uma modificação das metas acordadas entre o município e o Ministério da Saúde correspondentes aos recursos transferidos.

Um fator adicional diz respeito à própria qualidade e disponibilidade dos dados. Dados sobre transferências relacionadas a programas específicos estavam faltando para vários estados e municípios da amostra num dado exercício. Essas dificuldades são em parte devido à classificação inadequada do orçamento por programa. Qualquer tentativa de rastrear as transferências federais por programa específico e estimar o gasto total nesses programas é prejudicada pelo fato de que a classificação do orçamento dos estados e municípios muitas vezes não inclui os programas e intervenções federais cobertos por essas transferências.<sup>53</sup> Além disso, há certa inconsistência entre dados obtidos de fontes distintas (orçamento, SIOPS, relatórios, etc.). Parte dessa inconsistência se deve ao registro dos fluxos financeiros ora por regime de competência (de acordo com o período de referência ou aquisição), ora por regime de caixa (baseados no pagamento), sem que o regime adotado seja explicitado. Também se observa uma falta de homogeneidade ou clareza quanto ao conceito do dado informado de receita ou despesa (Orçada X Atualizada X Realizada X Empenhada X Liquidada X Paga). Em resumo, essas dificuldades tornam virtualmente impossível saber com precisão quanto foi efetivamente gasto em um programa determinado.

Uma análise mais detalhada da execução de quatro programas nacionais em cinco municípios (para os quais havia mais dados disponíveis) confirmou os achados acima.<sup>54</sup> No caso dos programas PSF e PACS, o gasto municipal é registrado no orçamento, permitindo uma estimativa do gasto total nesses programas consolidado através dos níveis municipal e federal. Este não é o caso para outros programas, que em geral não recebem alocações específicas nos orçamentos municipais; as informações disponíveis nesse caso, portanto se referem apenas à execução das transferências federais.

Nos municípios que dispõem de informações sobre o seu gasto com o PSF, a Figura 2.17 demonstra que o valor do gasto nesse programa é frequentemente bem maior do que o montante recebido do governo federal: de 150% em Rondonópolis para 810% em Cuiabá. Isto está de acordo com a política federal na qual as transferências federais financiam apenas parte do programa e fornecem um incentivo para os municípios contribuírem com seus próprios recursos. No caso do PACS, apenas Cuiabá e Fortaleza demonstram um gasto superior à receita realizada, e ainda assim em

---

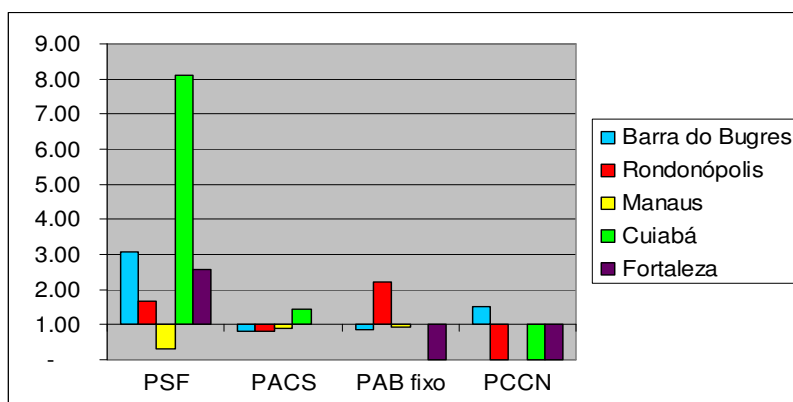
<sup>53</sup>Exceções incluem o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e alguns outros programas específicos.

<sup>54</sup>Essa análise concentrou-se em quatro programas (Saúde da Família/PSF, Agentes Comunitários/PACS, Combate às Carências Nutricionais/PCCN e Atendimento Básico/PAB) em cinco municípios (Barra do Bugres, Cuiabá, Manaus, Fortaleza e Rondonópolis), escolhidos em função do maior detalhamento de seus dados.

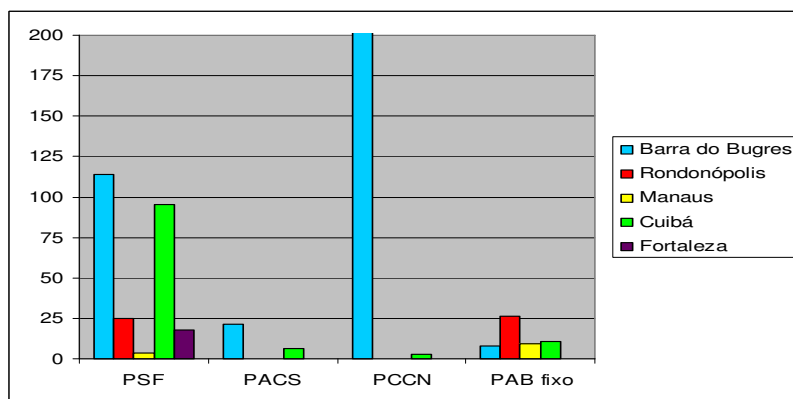
proporção bem pequena. Isso indica que muitos municípios vêem o programa PSF como um bom investimento e uma estratégia central para estruturar sua rede de atendimento básica. Mas, conforme demonstrado na Figura 2.16, as taxas de execução mostram variações importantes entre programas e municípios.

Finalmente, a Figura 2.18 mostra que a despesa per capita para esses programas varia de forma significativa.<sup>55</sup> No caso do PSF o gasto variou de R\$3 em Manaus para R\$50 em Cuiabá, e variou ainda mais no caso do PCCN (de R\$0.30 em Cuiabá até R\$270 na Barra do Bugres). A variação da despesa per capita se deve a vários fatores: o escopo dos serviços prestados, a cobertura populacional do programa, a eficiência na sua implementação, e discrepâncias nos dados ou na unidade de mensuração.<sup>56</sup> Novamente, a falta de dados e de uniformidade na definição e mensuração das variáveis dificulta as tentativas de avaliar e comparar o desempenho dos programas financiados com recursos federais.

**FIGURA 2.17: RAZÃO DESPESA EMPENHADA /RECEITA REALIZADA DE TRANSFERÊNCIAS, PROGRAMAS E MUNICÍPIOS SELECIONADOS**



**FIGURA 2.18: GASTO MUNICIPAL PER CAPITA, PROGRAMAS FEDERAIS E MUNICÍPIOS SELECIONADOS**



<sup>55</sup> Em muitos casos, a cobertura registrada está baseada numa medida padronizada de cobertura por equipe (população cadastrada) ao invés do número de pessoas efetivamente cobertas pelas equipes. Esta última medida pode ser maior ou menor que a população cadastrada.

<sup>56</sup> Por exemplo, alguns municípios informam gastos por população cadastrada no programa, enquanto outros consideram a população efetivamente coberta através de visitas regulares e atividades dos programas.

## RESUMO DA AVALIAÇÃO

De forma semelhante a outros setores e instituições brasileiras, o processo de planejamento e orçamentação do SUS é estruturado e formalizado e está baseado em legislação abundante e regulamentos detalhados. Contudo, sua complexidade e burocracia limitam a utilidade dessas funções como ferramentas de gestão efetivas. O Quadro 2.3 mostra algumas das questões inerentes ao SUS e os mecanismos gerais da administração pública que restringem a efetividade do processo de planejamento e orçamentação.

Todas as secretarias estaduais e municipais preparam um plano de saúde anual; porém, eles são feitos mais para cumprir as exigências legais do que para o próprio planejamento. Portanto, a utilidade desses planos é limitada. Existe uma dissociação considerável entre as prioridades estabelecidas pelo SUS e aquelas das secretarias estaduais e municipais de saúde. Os motivos mais frequentemente citados para as deficiências no planejamento da saúde são: falta de instrumentos locais para a identificação de problemas, pouco tempo para a preparação do plano, adoção simples dos programas e prioridades do Ministério da Saúde mesmo que esses não correspondam s prioridades críticas dos próprios estados e municípios, e programas e atividades fragmentados e desarticulados. O planejamento é fraco no nível da secretaria e como resultado, mais ainda nas unidades de saúde.

### QUADRO 2.3: Administração Pública e Gestão do SUS

Muitos dos problemas demonstrados aqui são resultados do sistema brasileiro de administração pública de planejamento, orçamentação e gestão, e os gerentes da área de saúde têm pouco poder para resolvê-los. Outros são específicos à organização e operação do SUS, cuja complexidade organizacional e regulamentação burocratizada contribuem para as dificuldades mencionadas. Primeiro, os municípios precisam cumprir com muitas exigências burocráticas para a habilitação sob as condições estipuladas na NOAS de 01/01. Muitos municípios pequenos (que são a maioria dos 5500 municípios no país) possuem baixa capacidade gerencial e enfrentam dificuldades enormes para atender a essas exigências. A parceria com outros municípios (através da formação de consórcios municipais) tem sido uma estratégia utilizada em várias regiões, mas surgem dificuldades a partir das rivalidades políticas e o caráter autônomo da gestão municipal. Em segundo lugar, as políticas e gestão de recursos humanos são inadequadas, ambas por causa da legislação geral rígida que as governa, e por causa da centralização, levando à falta de uma estrutura de incentivos adequada. Em terceiro lugar, a influência política no planejamento e no estabelecimento de prioridades é freqüente, conforme informado pelos gerentes municipais. Quarto, os municípios têm a responsabilidade de oferecer e cadastrar certos equipamentos médicos, mas em muitos casos não possuem recursos humanos qualificados para operá-los. Quinto, várias secretarias estaduais de saúde que deveriam assumir as responsabilidades dos municípios ainda não habilitados em alguma modalidade de “gestão plena” têm dificuldades de cumprir esse papel. Finalmente, o papel das autoridades regionais (como a Coordenação de Atenção Básica Regional) não é claro nem bem entendido.

*Fonte: Autores*

A natureza precária do planejamento na área de saúde, no nível da secretaria e das unidades de saúde, complica a elaboração eficaz do orçamento. Como o conteúdo dos planos setoriais é traduzido para propostas orçamentárias com montantes específicos dedicados a cada categoria do orçamento, a baixa qualidade do planejamento implica que os orçamentos anuais não reflitam áreas prioritárias. Além disso, os orçamentos dos anos anteriores são freqüentemente utilizados para nortear a formulação do orçamento atual, permitindo a continuação da alocação ineficiente de recursos para áreas de baixa prioridade ou impacto simplesmente por conta da inércia. Mesmo

quando os planos definem programas ou prioridades específicas, muitas vezes elas não recebem dotações específicas de recursos no orçamento, pois a alocação do orçamento freqüentemente encontra-se num nível de agregação maior. As principais dificuldades na elaboração do orçamento conforme identificadas pelos estados e municípios são: informações desatualizadas sobre custos ou falta delas, falta de recursos humanos qualificados para elaborar os orçamentos, e insuficiência de dados financeiros de base (linha de base) para nortear um processo detalhado de elaboração do orçamento.

Sem uma elaboração apropriada do orçamento, a execução deste também se torna ineficiente e de baixa qualidade. A execução do orçamento entre as secretarias de estado sofre uma variação muito grande. Embora grande parte dos recursos (mais de 90%) sejam gastos e pagos durante o exercício, existem variações grandes entre os diversos itens. Esse problema é mais grave entre os municípios, os quais têm dificuldades em empenhar os recursos disponíveis devido à baixa capacidade administrativa. A variação no gasto de capital é maior, em parte devido à dependência do financiamento externo, que é administrado centralmente, e sofre com as deficiências do planejamento de longo prazo. O resultado desses problemas é uma distribuição extremamente desigual do gasto em saúde per capita e da qualidade dos serviços entre os diferentes estados e municípios, independente da tentativa das transferências federais de tornar mais equitativa a distribuição de recursos na área da saúde. Mesmo quando os recursos são suficientes, a ausência de monitoramento e mecanismos de controle adequados leva ao desperdício, perda de equipamentos médicos e medicamentos comprados, e uma qualidade ainda mais baixa e desigual dos serviços de saúde.

Mais especificamente, a pesquisa revela as seguintes deficiências nos processos de planejamento, orçamentação e execução do orçamento:

- O processo de planejamento é truncado, com pouca coerência e articulação entre os vários documentos, entre as etapas do planejamento, e entre os diferentes atores participantes do processo na administração pública. O exercício de planejamento e os produtos correspondentes são geralmente esquecidos depois de servir o seu propósito legal (ou seja, apresentados no devido prazo). Dados estratégicos e financeiros necessários para desenvolver planos e orçamentos são muitas vezes centralizados na Secretaria de Finanças e do Planejamento e não estão disponíveis à Secretaria de Saúde e muito menos aos gerentes de unidades de saúde. Em resumo, as propostas de planos e orçamentos não estão bem articuladas.
- Os planos apresentam objetivos e metas, mas raramente definem estratégias e ações articuladas para alcançá-los. Em muitos casos, os planos constituem simples declarações de intenções e não constituem diretrizes que orientem e permitam alcançar os objetivos políticos desejados.
- A ausência de parâmetros de custo que possam embasar a previsão de recursos necessários para a implementação dos programas faz com que os valores utilizados sejam baseados nos gastos do ano anterior. Essa prática ameaça a própria validade do processo orçamentário.
- Mudanças significativas entre a alocação orçamentária inicial e os recursos que finalmente são disponibilizados limitam a utilidade do planejamento e da previsão financeira. A execução do orçamento não está associada com o plano, por causa da redução entre as dotações iniciais e finais devido a cortes e contingenciamento na liberação dos recursos. Os atrasos freqüentes na liberação dos recursos financeiros dificultam a otimização na sua utilização (quando a sua disponibilidade é conhecida). Alguns dos recursos “congelados”

podem ser liberados apenas no final do ano, deixando pouco tempo para serem gastos de forma eficaz. Na prática, a liberação dos recursos orçamentários durante o exercício se inicia em março e termina em novembro. A imprevisibilidade e atraso na liberação dos recursos também se aplicam às transferências federais.

- Os municípios relatam baixa capacidade de execução orçamentária devido à falta de recursos humanos qualificados. Os gerentes das unidades de saúde gozam de autoridade limitada e têm pouco conhecimento sobre gastos em suas unidades.
- Ao nível das secretarias, o sistema de monitoramento do orçamento foca mais primordialmente no cumprimento dos requisitos e padrões legais e no controle financeiro. Pouca atenção é dada à avaliação dos resultados obtidos. O monitoramento é praticamente inexistente nas unidades de saúde.
- Por causa dos múltiplos mecanismos de pagamento no SUS, existem várias prestações de contas e elaboração de relatórios em paralelo, parte das quais estão associadas a programas pequenos com recursos limitados. Isso consome recursos e tempo considerável e, portanto aumenta os custos administrativos.
- A disponibilidade de dados suficientemente desagregados sobre a execução do orçamento é limitada, e isto dificulta o rastreamento da utilização dos recursos orçados, incluindo as transferências federais, e a avaliação de sua eficiência e efetividade.

Qualquer tentativa de melhorar a eficiência do gasto em saúde e aumentar a qualidade dos serviços de saúde deve começar com melhorias no processo de planejamento, com a articulação entre os planos, a elaboração e a execução do orçamento. Deficiências nessas áreas repercutem no sistema de saúde como um todo e prejudicam a qualidade do atendimento, levando o Brasil a ter gastos relativamente altos per capita – para um país de renda alta-média – mas com indicadores de saúde medíocres. Com a melhoria do planejamento e orçamentação, o Brasil poderá alavancar os recursos atualmente disponíveis na área de saúde e conseguir resultados muito melhores.

### 3. GESTÃO DE INSUMOS MATERIAIS

A gestão de materiais e medicamentos, equipamentos e instalações envolve transferir materiais da fonte (fabricante) ao usuário (unidade de saúde, enfermaria, sala cirúrgica) e sua disponibilização última (para um paciente, programa ou serviço). A gestão de materiais visa: “fornecer os itens corretos, na quantidade correta, para o lugar correto, na hora certa, pelo preço correto (mais baixo)”.<sup>57</sup> A gestão de materiais envolve, portanto a compra, distribuição, estocagem, orçamentação, controle e processamento.

A gestão de materiais serve um propósito duplo. Primeiro ela proporciona maior eficiência na utilização dos recursos orçados. Em segundo lugar, ela retro-alimenta a elaboração do orçamento o planejamento, e pode ajudar a orientar as decisões de políticas visando maior eficiência na compra e distribuição de materiais e medicamentos, melhor manutenção, utilização e compra de equipamentos e instalações, e a utilização mais eficiente dos recursos humanos. Em conjunto com um planejamento e orçamentação mais sólidos, uma melhor gestão de materiais pode contribuir para melhorar a qualidade e eficiência dos serviços de saúde, e num ciclo virtuoso, a melhora na gestão de materiais pode por sua vez fornecer as ferramentas para um planejamento e orçamentação mais fortes.

A qualidade do atendimento depende bastante da disponibilidade de insumos materiais adequados, incluindo medicamentos e outros materiais e equipamentos médicos. O fornecimento e qualidade desses insumos, por sua vez, são determinados pela adequação do planejamento de recursos, a eficiência do processo público de compra, e a capacidade da unidade gerenciar esses insumos, inclusive a manutenção de equipamentos.

Um princípio orientador de compras públicas é a economia: a aquisição de bens (e serviços) com especificações definidas, em tempo hábil, e ao menor custo. Uma empresa privada que opera com base na maximização do lucro possui um incentivo embutido para assegurar a “economia” de suas compras. Entretanto, esse incentivo tende a ser mais fraco nos órgãos do setor público. Como a compra pública cria oportunidades de corrupção, os governos desenvolvem um conjunto elaborado de regras e regulamentação para minimizar a corrupção, que pode provocar resultados indesejáveis como preços de licitação mais altos e qualidade mais baixa de bens e serviços pelo preço pago. Em muitos casos, porém, essas regras elaboradas costumam atrasar o tempo médio de duração de um processo de compra, às vezes desestimulando os fornecedores em potencial a participarem do processo de licitação. De forma semelhante à gestão de recursos humanos discutida no próximo capítulo, o desejo legítimo de limitar o desperdício e má utilização de recursos públicos através do processo de compras muitas vezes leva a processos rígidos e pesados que comprometem seriamente a eficiência e pontualidade da prestação de serviços.

A complexidade de um processo típico de compras aumenta a importância do planejamento futuro. Contudo, essa função é tipicamente fraca entre os governos de países em desenvolvimento, que não possuem informações em tempo hábil sobre a situação dos estoques ou a necessidade de materiais e equipamentos por parte das unidades de saúde. O fortalecimento dessa capacidade, como parte do desenvolvimento da capacidade geral de planejamento, contribuiria para tornar a compra de bens e serviços mais eficiente também.

---

<sup>57</sup> Kowalski-Dickow Associates and the Association of Healthcare Resource & Materials Management, *Managing Hospital Materials Management*. Kowalski-Dickow Associates 1997, p.5.

Este capítulo analisa as principais áreas da gestão de insumos materiais: materiais e medicamentos, equipamentos e instalações.<sup>58</sup> Cada seção apresenta as questões principais identificadas pela pesquisa em cada área de gestão de materiais. A última seção fornece conclusões abrangentes quanto ao sistema geral de gestão de insumos e, por extensão, também para a eficiência do sistema de saúde.

## MATERIAIS E MEDICAMENTOS

A gestão de materiais no setor saúde – desde sua aquisição até sua utilização – consome uma parte significativa de recursos financeiros (em torno de 20% do total). Portanto, é muito importante assegurar o controle efetivo deste processo para evitar custos desnecessários e manter uma qualidade adequada da atenção. Esta seção analisa o processo de compras e licitação, a gestão e controle de estoques, e a utilização de verba de adiantamento utilizada para compras pequenas.

### Compras e Licitação

#### *Secretarias de Saúde*

Em geral, cabe às Secretarias de Saúde a responsabilidade de autorizar a compra de materiais e medicamentos, assim como a contratação de serviços e, em menor grau, a compra de equipamentos. No caso de equipamentos, a responsabilidade pela autorização é freqüentemente localizada em outra secretaria, por exemplo, a Secretaria de Finanças ou de Administração. Quanto a licitações em geral, existe apenas um caso entre os municípios da amostra onde a autorização para compras é dada por outra secretaria (em Barra do Bugres, pela Secretaria de Finanças). Já a realização das compras pode estar a cargo da Secretaria da Saúde (São Paulo, Parintins, Porto Alegre, Manaus, Cuiabá e Ivoti) ou de outra secretaria como a Secretaria de Administração (Barra do Bugres, Sobral, Rondonópolis e Assis).

A legislação sobre licitações prevê várias modalidades para a aquisição de materiais e contratação de serviços. O custo total determina os procedimentos e prazos específicos:

- Concorrência Pública: este é o método mais completo e rigoroso de licitação, exigindo habilitação preliminar dos concorrentes e prazos maiores. Esse método é obrigatório para compras e contratos com valores superiores a R\$ 650,000 (US\$ 302,300).
- Tomada de Preços: este é um método intermediário, reservado para quantias entre R\$80,000 e R\$650,000.
- Carta convite/chamada para licitações: esta é uma forma mais simples de licitação, na qual pelo menos três fornecedores são convidados para apresentar propostas; ela é utilizada para compras entre R\$8,000 e R\$80,000.
- Compra Direta: esse é o método mais simples, reservado para compras e serviços de pequeno valor (inferiores a R\$8,000).
- Pregão: utilizado principalmente para compras em larga escala de mercadorias relativamente padronizadas.

---

<sup>58</sup> A gestão de pessoal é o assunto do Capítulo 4.

**Modalidades de compras:** A Tabela 3.1 apresenta a distribuição das várias modalidades de compras utilizadas pelas secretarias municipais em nossa amostra. Os dados baseados nos 699 processos de compras realizados pelos municípios da amostra indicam que as secretarias realizam um grande número de compras pequenas, porem gastam a maior parte do recurso disponível na modalidade mais rigorosa de licitação, a concorrência.

**TABELA 3.1: DISTRIBUIÇÃO DAS COMPRAS DAS SECRETARIAS DE SAÚDE POR MODALIDADE**

MÉTODO	QUANTIDADE MÉDIA POR SECRETARIA	VALOR TOTAL (R\$)	VALOR MÉDIO (R\$)
Compra Direta	576	5,152,400	2,233
Convite	93	17,966,334	38,554
Tomada de Preço	21	14,892,784	141,836
Concorrência	9	57,884,269	226,318

**Atrasos no processo de concorrência:** O prazo necessário aos processos de compras varia bastante dependendo da modalidade (as mais rigorosas têm prazos legais maiores e exigem mais tempo de preparação e execução), da agilidade administrativa, e da qualidade do planejamento das próprias secretarias, além de outros fatores. Na média, esses processos costumam levar entre 1 mês e meio e 5 meses e meio, de acordo com as informações coletadas. No Mato Grosso, por exemplo, leva 4 meses para a aquisição de material de escritório e material de limpeza; no Ceará, de 1 a 2 meses para a compra de equipamentos hospitalares; e nos municípios varia de 2 meses (Cuiabá e Ivoti) a 5 meses (Resende) para material hospitalar. A longa duração dos processos de licitação atrasa a execução do orçamento.

Segundo relatado pelas secretarias, a morosidade do processo de licitação também costuma provocar atrasos na celebração de contratos e na prestação de serviços. Esses atrasos são mais frequentes para materiais médicos e hospitalares (1 estado e 3 municípios), materiais gerais (1 estado e 2 municípios), e medicamentos e serviços de manutenção (1 município cada). Entre os municípios, a frequência de atrasos para a aquisição de materiais foi de 47%, sendo mais frequentes para materiais médico-hospitalares (Tabela 3.2). Esses atrasos verificados, por sua vez, resultam em desabastecimento parcial ou temporário, dificuldades na dispensação de medicamentos aos pacientes, baixa qualidade/resolutividade dos serviços ofertados, a suspensão desses serviços ou a realização de compras de emergência.

Os prazos e exigências das modalidades mais completas de licitação, e a frequência desses atrasos, levam as unidades a adotar estratégias para contornar essas dificuldades; por exemplo, quebrando uma compra em várias de valor menor (o que não é permitido pela legislação, mas acaba ocorrendo com frequência), ou conseguindo dispensa de licitação frente a uma situação de emergência (o que permite utilizar os métodos de compra direta). Na pesquisa, os motivos mais comuns para a dispensa de licitação foram: atraso na licitação, situação de emergência, anulação de licitação anterior devido à falta de propostas, irregularidade na licitação, ou cumprimento de uma ordem judicial. Esta última é em geral o resultado do questionamento judicial de um ofertante que se sentiu prejudicado no processo, e pode paralisar o processo de compra completamente durante meses ou até anos.



**TABELA 3.2: INCIDÊNCIA DE ATRASOS NAS COMPRAS DE MATERIAIS NAS SECRETARIAS MUNICIPAIS**

<b>TIPO</b>	<b>%</b>
Materiais Gerais	17.7
Materiais Médicos	23.5
Medicamentos	5.8
Sem relato de atrasos	53.0

A padronização de materiais e medicamentos<sup>59</sup> é adotada por dois estados (Mato Grosso e Ceará) e oito secretarias municipais. A adoção da padronização parece ser mais comum entre os municípios maiores. Todas as secretarias que declaram fazer uso da padronização também afirmam que o controle do recebimento dos bens e serviços é realizado de acordo com essa padronização. Muitos estados e municípios adotam a lista de medicamentos básicos do Ministério da Saúde, seja como referência ou integralmente.

### ***Unidades de Saúde***

***Autonomia para compras:*** A maioria dos hospitais (75%) tem autonomia para comprar seus materiais e contratar serviços: nos 25% restantes, existe um órgão central da secretaria (não necessariamente a secretaria de saúde) que realiza as compras. Esse é o caso principalmente para hospitais federais, estaduais e privados, mas não para os hospitais municipais onde as compras são feitas em outro órgão da administração municipal. Já no caso de equipamentos esta autonomia é bem mais reduzida; apenas 39% dos hospitais na amostra têm a competência para adquiri-los. A Tabela 3.3 mostra que essa autonomia varia muito de acordo com a esfera do hospital: todos os hospitais federais e privados são responsáveis por realizarem suas compras de materiais e serviços, contra 85% e 24% dos hospitais estaduais e municipais, respectivamente. Isso indica o alto grau de centralização administrativa e financeira que prevalece na maioria dos municípios.

A maioria dos hospitais costuma fazer compras freqüentes de tamanho ou montante limitada para simplificar os processos de aquisição. Entre os hospitais que realizaram compras no período, as modalidades mais utilizadas foram a compra direta (53%), tomada de preços (24%) e carta convite/chamada para licitação (18%). Esses dados indicam um grande número de pequenas compras. Em termos de valor, a carta convite e a tomada de preços respondem por 38% do total cada uma, enquanto que a compra direta representa 13%. Oitenta e dois por cento dos hospitais trabalham com padronização de materiais e medicamentos, sendo esse um fator favorável no controle da qualidade e dos custos, pois permite reduzir o número de itens em estoque e torna o processo de compra mais competitivo em função das economias de escala.

---

<sup>59</sup> A padronização implica na definição de uma lista de materiais e medicamentos comprados com freqüência, definindo o volume e embalagem. Isso reduz o número de itens e tipos de embalagens, e, portanto simplifica a gestão do estoque.

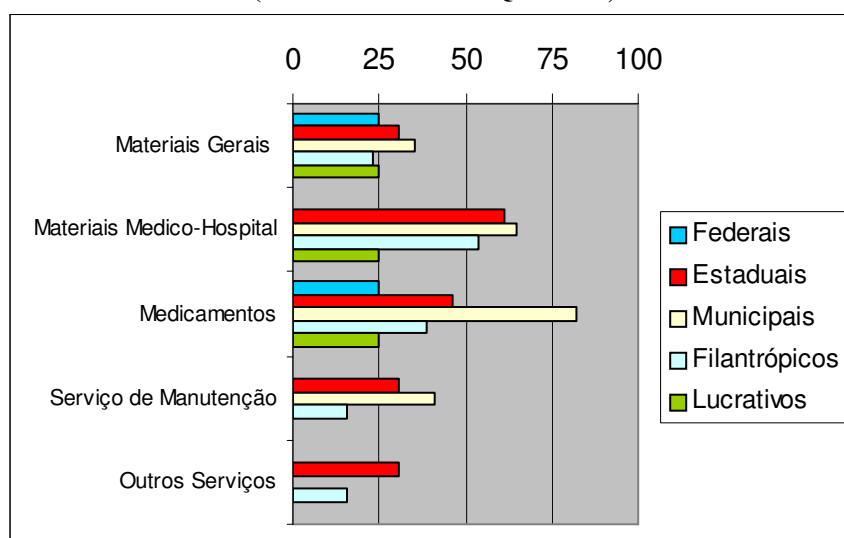
**TABELA 3.3: RESPONSABILIDADE PELA COMPRA DE MATERIAIS E SERVIÇOS NOS HOSPITAIS**

QUEM AUTORIZA	FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL	FILANTROP	LUCRATIVO
Órgão/Setor Externo	0.0	30.8	76.5	0.0	0.0
Diretor Geral	50.0	76.9	35.3	61.5	50.0
Diretor Administrativo	0.0	38.5	11.8	38.5	0.0
Sector de Compras	0.0	0.0	11.8	15.4	50.0
Sector/Unidade Usuária	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Outro	0.0	15.4	5.9	15.4	0.0
Não Responderam	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Note: As colunas não somam 100% por causa das respostas de múltipla escolha.

**Atrasos no processo de compras:** Os efeitos da lentidão no processo de compras e dos atrasos resultantes são mais evidentes em nível das unidades de saúde do que nas secretarias de saúde, por serem as unidades diretamente responsáveis pela prestação de serviços. Entre os hospitais da amostra, a frequência de atrasos na compra ou entrega de materiais foi de 71%, sendo de 61% para medicamentos, 57% para materiais médico-hospitalares, 32% para outros materiais e 27% nos serviços de manutenção (Figura 3.1). Esses problemas são mais frequentes entre os hospitais municipais e estaduais, e menos frequentes entre os hospitais lucrativos da amostra.<sup>60</sup> Especificamente, 82% dos hospitais municipais enfrentam atrasos no abastecimento de medicamentos no decorrer do ano e 65% atrasos na compra de materiais médico-hospitalares.

Entre os hospitais nos quais foi possível identificar o motivo do atraso, para a maioria (54%) o principal motivo estava relacionado com o processo licitatório em si (prazos pré-fixados, atrasos, burocracia, dificuldade em cumprir as exigências); 23% dos casos relatados estavam relacionados a uma gestão inadequada (com previsão inadequada de necessidades e falta de controle do estoque); e em outros 23% o problema estava relacionado com atrasos ou falta de pagamento aos fornecedores.

**FIGURA 3.1: FREQUÊNCIA DE ATRASOS NO ABASTECIMENTO DE MATERIAIS E SERVIÇOS EM HOSPITAIS (% DE HOSPITAIS PESQUISADOS)**

<sup>60</sup> Observe que o número pequeno de hospitais privados na amostra não permite conclusões confiáveis.

**Conseqüências dos atrasos:** Não é surpresa que os atrasos nas compras resultam em conseqüências indesejáveis para a prestação de serviços. Dos hospitais que informaram terem enfrentado problemas de atraso nas compras ou entrega de materiais ou serviços, 89% recorreram a compras de emergência, em volumes pequenos e a preços quase sempre maiores. 48% também recorreram a remanejamentos ou empréstimos de outras unidades (que precisam ser retornados em espécie quando os estoques forem recebidos). A principal conseqüência desses atrasos foi a própria falta do material (registrada em 88% dos casos), que por sua vez obrigou ao adiamento ou suspensão do serviço prestado (por exemplo, o cancelamento de cirurgias em 20% dos casos), ou uma queda na qualidade do atendimento. Esta última foi relatada em 23% dos hospitais. Também foram mencionados transtornos administrativos associados à situação de emergência. Compras de emergência, por serem feitas em geral em pequenas quantidades e em estabelecimentos de varejo, resultam em preços sensivelmente maiores do que as compras programadas. Embora exista uma variação nesse aumento de preço, ele alcança facilmente 20% para materiais de consumo em geral e 30 a 40% para medicamentos.

**Controle de qualidade e desempenho na gestão de contratos:** A tendência de terceirizar serviços de diagnósticos e de apoio tem aumentado a importância da gestão de contratos nos hospitais. A pesquisa revela fragilidades na gestão e supervisão dos contratos de terceirização especialmente em termos do pouco uso e acompanhamento das metas de desempenho. Cinquenta por cento dos contratos são administrados considerando as metas quantitativas e qualitativas e prazos; 14% consideram as metas quantitativas e prazos. Apenas 5% dos contratos prevêm indicadores de qualidade amarrados à prestação dos serviços, e apenas 11% dos contratos prevêm sanções pelo descumprimento de cláusulas contratuais. Não foi possível quantificar a frequência do descumprimento contratual, mas há evidências de que seja bastante comum, levando a prejuízos para a qualidade do atendimento (por exemplo, no caso de limpeza inadequada) e a custos desnecessários.

## **Gestão e Controle de Estoques**

### ***Secretarias de Saúde***

Após a compra de medicamentos e materiais, o próximo passo no processo é o de armazenagem e gestão de estoques. A estocagem dos materiais é organizada hierarquicamente na maioria dos estados e municípios e com níveis variáveis de centralização. Todas as secretarias de estado e a maioria das municipais possuem um almoxarifado central para o estoque de quase todos os materiais, fornecendo ao nível central e também em toda ou parte da rede de unidades. Porém, também existem almoxarifados descentralizados (por exemplo, nos níveis regionais e nas unidades de saúde). No outro extremo, alguns municípios possuem um almoxarifado único central, que distribui os materiais a todos os setores e unidades (isso ocorre em muitos municípios pequenos). O tamanho desses almoxarifados varia consideravelmente, de menos de 100 itens para vários milhares. Na maioria dos casos, as condições da área física do almoxarifado são adequadas; o problema principal relatado pelos respondentes foi espaço insuficiente.

A maioria das secretarias realiza regularmente um inventário (por exemplo, por contagem física) do estoque para fins de controle e verificação, porém com frequência variável: anualmente (2 estados e 4 municípios), semestralmente (1 estado e 1 município), trimestralmente (3 municípios) ou mensalmente (1 estado e 3 municípios). O controle de estoque é informatizado em todos os estados,<sup>61</sup> mas em apenas 1/3 dos municípios. Surpreendentemente alguns municípios de tamanho médio-pequeno adotaram um sistema computadorizado, enquanto que municípios maiores não o fizeram. De maneira geral, a requisição de materiais e medicamentos é feita pela unidade de saúde,

---

<sup>61</sup> São Paulo não respondeu à pergunta na pesquisa.

distrito, ou programa, mediante o preenchimento de um formulário. As exceções são o município de Sobral que utiliza distribuição regular automática e Assis que utiliza uma Planilha de Estoque Mínimo.

Poucas secretarias encontraram diferenças significativas entre a quantidade registrada no controle de estoque e o levantamento físico (inventário), o que surpreende frente à experiência pessoal dos pesquisadores.<sup>62</sup> Uma causa freqüente de desvios é o registro inadequado nas fichas de prateleira (quando o registro é manual). As medidas tomadas são em geral estritamente administrativas (“revisão do processo”); em nenhum caso houve responsabilização de pessoas ou punição de responsáveis.

Poucos estados contam com uma rotina de acompanhamento da validade dos materiais em estoque. A maioria dos municípios relatou manter algum tipo de controle. Entretanto, no último ano, quantidades significativas de medicamentos com prazo de validade vencido foram incineradas em Mato Grosso e Amazonas, e nos municípios de Barra do Bugres, Manaus, Rondonópolis e Cuiabá, ou devolvidos (Ivoti), o que sugere que esses controles não são eficazes.

Os estados e municípios recebem doações de medicamentos (e alguns outros materiais e equipamentos) do governo federal (e do governo estadual no caso dos municípios). Essas doações ou cessões são muitas vezes de valor significativo. Por exemplo, em um município no Estado de São Paulo, do gasto total anual com medicamentos para 2003, 31% foram adquiridos utilizando os recursos do município, e 63% e 6% foram doados pela Secretaria de Saúde e o Ministério da Saúde respectivamente. Como regra geral o valor correspondente a essas cessões em espécie é apenas registrado no almoxarifado, não sendo contabilizado como entrada de recursos ou incluído no gasto (pois não é registrado no fluxo orçamentário-financeiro). A consequência disso é que a despesa de saúde dos municípios registrada através do SIOPS<sup>63</sup> é subestimada por não contemplar essas transferências.<sup>64</sup>

### ***Unidades de Saúde***

***Instalações físicas inadequadas para armazenagem:*** A pesquisa também identificou vários problemas significativos nas unidades de saúde. A maioria dos hospitais pesquisados (83%) possui seu próprio almoxarifado, que armazena principalmente materiais médicos (86%) e medicamentos (80%). Entretanto, das unidades que possuem uma área de almoxarifado própria, 23% não apresentam condições adequadas de estocagem (por exemplo, falta de espaço, poeira, infiltração e móveis inadequados). É importante notar a fragilidade especial dos hospitais municipais, dos quais 24% não possuem almoxarifado próprio e dentre os que possuem 41% não têm condições adequadas de armazenagem.

***Deficiente controle de estoques:*** 89% dos hospitais que possuem área de estoque realizam um inventário físico pelo menos uma vez ao ano. No último inventário realizado antes da pesquisa, diferenças consideráveis foram encontradas entre as quantidades registradas nos controles de

---

<sup>62</sup> Discrepâncias foram relatadas apenas no Mato Grosso (Materiais Gerais), Amazonas (Materiais Médico-hospitalares e Medicamentos) e Sobral (Materiais Médico-hospitalares e Medicamentos). Não foi possível conduzir verificações adicionais por amostragem nos armazéns das secretarias.

<sup>63</sup> O SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde) é um sistema de informação implementado recentemente para acompanhar e consolidar as despesas de saúde nos órgãos públicos diferentes. Ele fornece informações mais detalhadas relacionadas aos gastos com programas do que o principal sistema orçamentário.

<sup>64</sup> Mas essa despesa é, registrada pelo órgão que fez a doação ou transferência (o Ministério da Saúde na maioria dos casos).

estoque e a contagem física: 20% dos hospitais relataram desvios no estoque de medicamentos, 13% no de materiais médicos e 11% no de materiais gerais. Isso sugere uma má gestão de estoques. As diferenças variam bastante em termos de magnitude. Embora a maioria dos hospitais tenha relatado perdas de valor relativamente baixo, outros relataram desvios de até 50% do volume do estoque. Como no caso dos almoxarifados das secretarias relatado acima, a principal causa dessas discrepâncias é o registro inadequado nas fichas de prateleiras (por exemplo, com erros ou registros desatualizados). As medidas tomadas nessas situações são puramente administrativas (por exemplo, revisão do processo em 20% das unidades e inquéritos administrativos em 5%). Nenhuma medida punitiva foi registrada.

Entre as unidades ambulatoriais pesquisadas 75% possuem almoxarifado próprio, as restantes sendo abastecidas por almoxarifados centrais; em 30% dos casos o sistema de controle de estoque é informatizado. 80% das unidades que possuem almoxarifado realizam inventário pelo menos uma vez ao ano, mas novamente, os controles existentes são inadequados e os inventários apresentam desvios significativos: 15% nos medicamentos e 10% nos materiais médicos. Somente em 5% das unidades foi tomado algum tipo de ação corretiva, normalmente a revisão do processo; em nenhum caso foi instalado inquérito administrativo. As condições de armazenamento são muitas vezes inadequadas e com controle reduzido: em algumas unidades o estoque de medicamentos fica na sala de curativos em um armário destrancado. Em outra unidade quando chega um novo lote de medicamentos, os médicos emitem receitas e retiram pessoalmente os medicamentos, sem que se tenha controle de sua utilização. Não foi possível saber se isso é uma prática comum em outras unidades.

Os atrasos no abastecimento ocorrem com frequência semelhante aos hospitais, ocasionando falta de materiais médico-hospitalares para 10% dos estabelecimentos, de medicamentos para 30%, e de materiais gerais para 20%. Nas unidades onde ocorreram atrasos a principal solução encontrada foi o remanejamento de materiais de outras unidades (em 50% dos casos) e compras de emergência em 10% dos casos. 15% delas tiveram seus serviços suspensos até a resolução do problema. Portanto, os dados da pesquisa indicam que a gestão dos estoques é deficiente na maioria das secretarias e unidades de saúde devido à infra-estrutura e controles inadequados. Atrasos e desabastecimento são comuns, e o controle de qualidade é raro. Esses problemas muitas vezes resultam na interrupção do serviço, reduzindo a qualidade do atendimento.

## **Gestão e Controle de Medicamentos pelas Unidades de Saúde**

O valor gasto com medicamentos representa cerca de 10% do gasto hospitalar em média no Brasil.<sup>65</sup> A maneira como eles são gerenciados nos hospitais pode ter impactos importantes nas despesas e na qualidade de atendimento.

**Evidência e causas de desperdício:** A maioria dos hospitais conta com uma farmácia para a armazenagem e distribuição de medicamentos. A existência de estoques intermediários nas diferentes alas ou setores do hospital (45% dos hospitais) representa mais problemas de controle de estoque e de qualidade. Esses estoques intermediários têm, em muitos casos, um nível de controle muito reduzido. Por exemplo, apenas em 18% dos hospitais é feita uma verificação periódica desses estoques, e em 16% dos hospitais não há nenhum controle sobre esses sub-almoxarifados.

Um motivo importante de problemas e desperdícios de medicamentos é a discordância entre os medicamentos comprados e os prescritos pelo corpo clínico. 27% dos hospitais informaram que

---

<sup>65</sup> Essa proporção parece ser baixa de acordo com os padrões internacionais, mas devemos lembrar que os hospitais recebem quantias significativas de medicamentos diretamente do Ministério da Saúde. Infelizmente, essas dotações de medicamentos não são registradas sistematicamente.

parte dos medicamentos existentes na farmácia não é adequada aos tratamentos ministrados ou não são os usualmente prescritos pelos médicos. Isso ocorre principalmente quando não existem formulários padronizados para medicamentos (30% dos hospitais), quando a padronização existente não é seguida pelos médicos, quando os hospitais não são responsáveis diretamente pela aquisição dos medicamentos (isto é, quando a compra é centralizada em algum órgão central), ou quando os médicos não são consultados para a escolha dos medicamentos a serem comprados. Considerando as deficiências existentes, pode-se dizer que a gestão farmacêutica nos hospitais ainda é muito precária.

Os mecanismos de distribuição e dispensação dos medicamentos aos pacientes também contribuem para o desperdício: apenas 25% dos hospitais pesquisados adotam o sistema de dose unitária,<sup>66</sup> sendo que essa proporção é mínima entre os hospitais municipais (6% contra 45-50% dos hospitais estaduais e federais). Para os demais, é comum a distribuição na embalagem em que o medicamento é comercializado, e a entrega do que sobrou ao paciente (mesmo que não seja necessária a continuidade do tratamento em casa), ou sua inutilização ou perda, quando da alta do paciente. Sendo essa prática largamente seguida, é de se supor que o desperdício decorrente seja importante, embora não seja possível quantificá-lo com precisão com base nas informações existentes. As evidências parciais e não rigorosas obtidas em alguns hospitais que adotaram o sistema de dose unitária sugerem uma diferença em torno de 20% no gasto com medicamentos entre os dois sistemas de dispensação.<sup>67</sup>

Finalmente, uma proporção significativa dos medicamentos é comprada – ou entregue no hospital no caso de compra centralizada ou cessão – com prazo de validade próximo do vencimento. 2% apenas dos hospitais indicaram ser este um problema importante, mas é provável que esse dado subestime a importância do problema, já que muitas unidades não acompanham os prazos de validade. Más condições de armazenamento também contribuem para perdas significativas em 7% dos hospitais.

A falta de medicamentos nas unidades constitui um problema sério, tendo sido apontado por muitas unidades de saúde (Quadro 3.1). Mas por outro lado, no caso em que os medicamentos prescritos são entregues aos pacientes para tratamento em casa (na alta hospitalar ou em ambulatório), ocorre com certa frequência a venda de medicamentos pelos pacientes. No momento não existe um mecanismo de controle dessa distorção, e não há informação que permita dimensionar esse problema frequente. A adoção do Cartão SUS<sup>68</sup> deverá minimizar esse problema, permitindo o registro da passagem de um paciente por cada unidade de saúde.

---

<sup>66</sup> O sistema de dose unitária consiste na embalagem e distribuição de drogas para pacientes internados de acordo com a prescrição diária de medicamentos, diferentemente da prática prevalente de entregar os medicamentos aos setores de internação em sua embalagem comercial e volume correspondente. O sistema de dose unitária é uma prática padrão nos países de renda alta, mas não é muito utilizado nos hospitais brasileiros.

<sup>67</sup> Isso está de acordo com os estudos internacionais, que apontam para reduções de custo entre 8% e 32%.

<sup>68</sup> O Cartão SUS é um programa novo em implantação, onde todo usuário do SUS recebe um cartão de identificação numa unidade do SUS. O cartão é utilizado para registrar os serviços prestados e permite o rastreamento dos pacientes pelo sistema.

### QUADRO 3.1: A QUESTÃO DA DISPONIBILIDADE E ACESSO AOS MEDICAMENTOS

O problema do acesso ao medicamento no SUS é conhecido e tem merecido especial atenção por parte das autoridades de saúde. Esta pesquisa vem confirmar a gravidade do problema, pois 27% dos hospitais registraram a falta ou insuficiência da quantidade de medicamentos para atender à demanda. Nesses casos, a família do paciente é obrigada a adquirir o medicamento na farmácia mais próxima. Infelizmente, não foi possível estimar a proporção de pacientes atendidos que não receberam o medicamento prescrito, pois o sistema de informação das unidades não registra isso.

A PNAD 1998, entretanto oferece dados interessantes e coerentes com os desta pesquisa. Dos pacientes internados em hospital público, 2,5% pagaram pelo atendimento – o que é proibido pela legislação do SUS – e 42% pagaram totalmente ou parcialmente pela sua medicação. As proporções são semelhantes para o atendimento ambulatorial ou diagnóstico /terapêutico em hospitais públicos (1,2% pagaram pelo atendimento e 40,5% por medicamentos). Porém, as proporções são sensivelmente mais altas nos prestadores privados do SUS: 48% pagaram por medicamento em internação e 56% em atendimento ambulatorial.

Sendo a PNAD anterior a esta pesquisa, é provável que o problema tenha sido reduzido nos últimos anos com a adoção ou expansão de programas federais e estaduais de distribuição e acesso a medicamentos básicos e especiais. De qualquer forma, as duas pesquisas parecem consistentes em ordem de grandeza, embora a abordagem de usar entrevistas com pacientes atendidos é sem dúvida mais adequada para dimensionar o problema.

A insuficiência de disponibilidade de medicamentos nas unidades do SUS constitui um problema grave por duas razões; primeiro, porque coloca em risco a continuidade e efetividade do tratamento, se a família não tiver condições de adquirir o medicamento necessário; segundo, ela equivale a transferir para a família do paciente parte do custo do tratamento, criando uma carga financeira pesada e ameaçando a equidade do sistema. Portanto, a inconsistência entre a realidade de pacientes em unidades do SUS terem que pagar por parte do seu tratamento, e o princípio de gratuidade do SUS se torna evidente no caso do gasto com medicamentos.

*Fonte: Autores*

**Verba de adiantamento/ Pronto Pagamento:** A despesa realizada através de adiantamento ou verba de pronto pagamento é bastante freqüente nas unidades de saúde. Essa verba é utilizada para comprar produtos e serviços de baixo valor que não requeiram licitação, e funcionam como um fundo rotativo que é alimentado periodicamente (geralmente todo mês). Todas as secretarias de saúde fazem uso regular da verba de adiantamento. A utilização mais comum é para compra de materiais e medicamentos numa situação de emergência, contratação de serviços não clínicos (por exemplo, manutenção) e para o pagamento de trabalhadores temporários e transporte.

Na maioria das secretarias, esse recurso é gerenciado e controlado através da necessidade de prestação de contas de acordo com regras específicas (ou seja, baseado na apresentação de recibos e justificativas). Embora um fundo rotativo seja um dos poucos instrumentos que garantem autonomia e agilidade administrativa, ele também facilita o desvio de recursos. O número de fundos de pronto pagamento, além das quantias envolvidas, é altamente variável. Por exemplo, nas Secretarias de saúde dos estados do Rio Grande do Sul e Mato Grosso, existem 162 e 70 fundos rotativos, respectivamente. Os recursos podem ser ligados a programas, departamentos e unidades de saúde específicas.

No nível municipal, 7 secretarias (São Paulo, São Gonçalo, Resende, Porto Alegre, Manaus, Cuiabá e Assis) relatam a utilização regular de fundos rotativos de pronto pagamento embora as restantes também apliquem esse mecanismo. O valor anual desses adiantamentos é baixo, representando entre 0.1% (Manaus) e 1.8% (em Resende) das despesas da secretaria municipal. O número de

fundos varia entre 15 (em Porto Alegre) e 94 (em Cuiabá), sem relação com o montante do orçamento da secretaria ou o porte do município.

A utilização dessas verbas de pronto pagamento é muito comum nas unidades de saúde. Nas unidades menores é o método mais comum para comprar insumos e contratar serviços que não são fornecidos pelo nível central da secretaria. Mas as unidades possuem um incentivo adicional para utilizar esses pagamentos: eles são o método preferido para contornar as exigências da licitação e fazer frente a situações de emergência. A pesquisa revela que 59% dos hospitais e 25% das unidades ambulatoriais fazem uso regular de verba de adiantamento/pronto pagamento. Ela é geralmente utilizada para fazer compras em situações de emergência: 41% para a compra de medicamentos e 36% para outros materiais. Nas unidades ambulatoriais, o valor médio anual das compras efetuadas por esse mecanismo é de R\$ 4,000.

As compras diretas e/ou realizadas com verba de pronto pagamento são de baixo valor e quase sempre realizadas junto a varejistas, a preços substancialmente maiores do que compras realizadas em lotes maiores diretamente no atacadista. Apesar disso, em vista da morosidade e a rigidez dos processos de compra e aquisição mais formalizados, as unidades consideram o adiantamento e pronto pagamento como um método útil para suprir suas necessidades de maneira adequada.

## **GESTÃO DE EQUIPAMENTO E INSTALAÇÕES**

Os equipamentos e instalações imobilizados em estabelecimentos de saúde representam um investimento considerável, e são insumos críticos para muitos tratamentos. Condições inadequadas de funcionamento dos equipamentos e instalações podem resultar em prejuízo para a qualidade dos serviços prestados e para a própria segurança dos pacientes. Esta subseção relata os achados da pesquisa relacionados à aquisição e manutenção dos equipamentos.

### **Aquisição de Equipamentos e Instalações**

*Dificuldade de planejamento de recursos para compras grandes de equipamentos:* O planejamento e aquisição de equipamentos para unidades de saúde são em geral centralizados nas secretarias de saúde, e às vezes em outras secretarias (como o Gabinete da Prefeitura, ou a Secretaria de Finanças). A aquisição de equipamentos muitas vezes depende da oportunidade e disponibilidade de recursos específicos, não raro ligados à existência de um financiamento internacional ou emendas à legislação federal (Lei Orçamentária Anual por exemplo). Esse contexto configura situações em que pode não haver recurso para aquisição de novos equipamentos por muitos anos e em seguida um montante alto de recursos que precisam ser gastos a curto prazo. Com isso é freqüente que a aquisição se dê de modo centralizado, em grandes quantidades destinadas a múltiplas unidades de saúde, e de acordo com regras impostas pelo financiador. Essa situação resulta muitas vezes na inadequação dos equipamentos adquiridos frente à necessidade real e específica de cada serviço ou unidade. Quando a aquisição de um equipamento está decidida e existe recurso para tal, o tempo necessário para levar a compra a bom termo varia normalmente de 2 a 5 meses. Os atrasos, porém causam outros problemas: a verba pode ser insuficiente frente a preços aumentados, resultando com freqüência em prazos maiores, nova licitação ou até no cancelamento do processo licitatório.

A análise de equipamentos e instalações é mais útil e informativa ao nível das unidades de saúde, onde os equipamentos estão instalados e são utilizados. A disponibilidade de equipamentos de diagnóstico nas unidades varia entre 51% para a Radiologia e 9% para a Ressonância Magnética, sendo muito maior nos hospitais do que nas unidades ambulatoriais (o índice mais alto de disponibilidade entre estas foi de 25% para um Laboratório de Análises Clínicas). Várias unidades ambulatoriais mencionaram não disporem de equipamento necessário ao atendimento, queixa



relativamente rara nos hospitais. A idade média dos equipamentos nas unidades da amostra gira em torno de 7 a 8 anos, variando de equipamentos recém adquiridos a equipamentos com mais de 20 anos de uso.

Os exemplos demonstrados no Quadro 3.2, embora extremos, são ilustrativos de alguns problemas no processo de compra de equipamentos e construção de prédios e instalações. Esses problemas em parte resultam de fatores externos (oportunidade de acesso a recursos externos ou uma emenda parlamentar), mas em geral decorrem de planejamento, coordenação e padronização inadequadas. Conforme sugerido acima, é relativamente freqüente que o equipamento adquirido não corresponda ao solicitado e/ou não responda às necessidades, (ou nem foi solicitado pela unidade) ou falte instalação adequada ou pessoal treinado para operá-lo. Embora esses problemas tenham diminuído em anos recentes com os esforços racionalizadores do Ministério da Saúde e das secretarias de saúde sub-nacionais, ainda ocorrem com certa freqüência como foi confirmado no levantamento.

### QUADRO 3.2: CASOS DE “INVESTIMENTOS” DESPERDIÇADOS

A realização de um acordo de empréstimo internacional anos atrás resultou na aquisição de um equipamento altamente sofisticado para cirurgia oftálmica para um hospital para doentes crônicos. Esse equipamento seria utilizado por poucos pacientes naquela instituição. Além disso, o equipamento precisava de instalações especiais inclusive redes elétricas que não estavam disponíveis no hospital. O hospital tampouco possuía um técnico qualificado ou médico treinado para operá-lo. O equipamento ficou encaixotado por vários anos até vencer a garantia. Jamais chegou a ser instalado naquele hospital.

Existem problemas semelhantes na construção de prédios novos. No início da década de 1980, foi iniciada a construção de vários hospitais na região metropolitana de São Paulo (financiados pelo Banco Mundial como parte do Programa de Saúde Metropolitano). A maioria permaneceu inacabada por mais de 10 anos, e foram terminados apenas no final da década de 1990. Muitos desses futuros hospitais foram inaugurados como Organizações Sociais, um tipo de parceria público-privada. É comum uma nova unidade de saúde ser inaugurada sem pessoal, móveis ou equipamento suficientes para operar. Desta forma, as operações na unidade podem começar vários anos após a inauguração.

*Fonte: Elaborado pelos Autores baseado nos documentos do Projeto REFORSUS.*

## **Manutenção**

**Manutenção Inadequada:** O bom estado de um equipamento ou instalação é garantido por um programa sistemático de manutenção preventiva e corretiva, financiado em nível adequado. No entanto, em situações de contenção de gastos e especialmente cortes e contingenciamentos, o item manutenção é normalmente dos primeiros a ter sua alocação reduzida ou cortada, porque o serviço é julgado não prioritário a curto prazo.

A pesquisa conseguiu poucas informações sobre o parque de equipamentos e seu estado, mas revelou que a maioria das secretarias estaduais e municipais se utiliza de manutenção corretiva para seus equipamentos, e são poucos os casos de programa de manutenção preventiva. Os principais problemas apontados com relação aos equipamentos foram: obsolescência (25%) e indisponibilidade por quebra ou outro motivo (25%), em certos casos por períodos superiores a 6 meses. É de se observar, entretanto que muitas vezes é interpretado como obsolescência o estado precário do equipamento que dificulta ou limita sua utilização, o que na verdade está mais relacionado com um problema de manutenção preventiva. A taxa média de utilização dos equipamentos entre os municípios que informaram variou entre 60 e 100%.

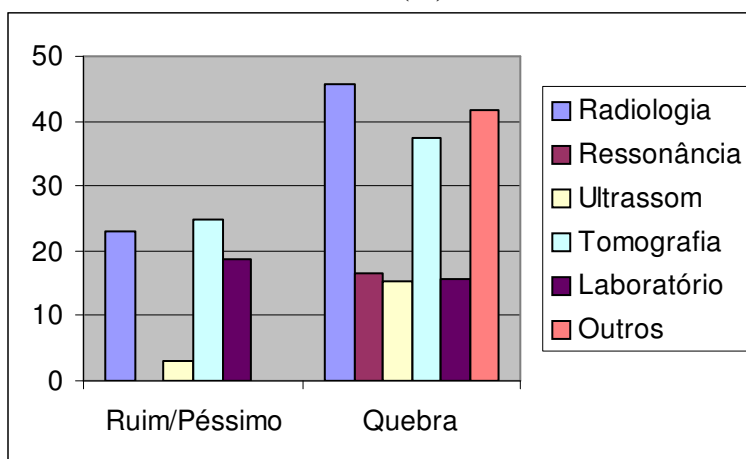
Com relação aos programas de manutenção nas unidades verificou-se que 55% dos hospitais trabalham com programas de manutenção corretiva e 39% com programas de manutenção

preventiva. O restante não informou ou não tem um programa ou política formal para manutenção. As proporções nos casos das unidades ambulatoriais são de 45% e 25% respectivamente.

De modo geral os equipamentos estão em condições consideradas satisfatórias ou boas para a grande maioria dos hospitais e unidades ambulatoriais pesquisados. A proporção de estado “bom” e “satisfatório” varia entre 75% para os aparelhos de Tomografia Computadorizada e 100% para Ressonância Magnética (Figura 3.2). Entretanto, a alta frequência de quebras nos últimos 6 meses de alguma forma desmente essa avaliação: varia entre 15% para os equipamentos de Ultra-som e de Laboratório, até 40-45% para Radiologia e outros equipamentos. O prazo decorrido até o conserto do equipamento em muitos casos é de vários meses, acarretando em algumas unidades a suspensão ou redução do atendimento. São também relatados vários casos de equipamentos que estão parados por falta de peças de reposição ou de material específico. Por exemplo, 18% dos hospitais informaram falta de reagentes necessários aos laboratórios. Outros mencionaram a instalação incompleta ou inadequada e falta de operador qualificado.

A pesquisa também levantou o estado geral das instalações, segundo opinião qualitativa dos respondentes. Entre 55 e 66% dos hospitais qualificam suas instalações como “ruim” ou “péssima”, e apenas 1/3 as consideram como “boa” (Tabela 3.4). Nas unidades ambulatoriais, a proporção de “boa” e “satisfatória” foi bem maior, provavelmente em função de um bom número delas serem de construção recente.

**FIGURA 3.2: AVALIAÇÃO DO ESTADO DOS EQUIPAMENTOS E FREQUÊNCIA DE QUEBRAS NOS ÚLTIMOS 6 MESES (%)**



**TABELA 3.4: ESTADO GERAL DAS INSTALAÇÕES NOS HOSPITAIS DA AMOSTRA (%)**

TIPO / ESTADO	BOM	SATISFATÓRIO	RUIM	PÉSSIMO
Predial	30	5	51	14
Elétrica	32	8	34	26
Hidráulica	27	7	46	20
Lavanderia	35	10	26	29
Cozinha	32	6	43	19

## RESUMO DA AVALIAÇÃO

Esta seção resume as principais conclusões relativas à gestão de materiais, instalações e equipamento no SUS. Mesmo que as regras atuais pareçam ser eficazes na redução da possibilidade de desvios de recursos, a rigidez e falta de flexibilidade criam distorções enormes na gestão de insumos, resultando em desperdício e comprometendo a qualidade.

A aquisição de materiais e medicamentos representa 20% dos recursos financeiros no setor saúde, e é geralmente de responsabilidade das secretarias de saúde estaduais e municipais. Existem várias modalidades para a aquisição de materiais e medicamentos: licitação pública, tomada de preços, carta convite /chamadas para licitações, compra direta, e pregão. Quanto maior o valor, mais complexos são os métodos e requerimentos para a realização da compra, no intuito de evitar a corrupção e o favoritismo de certos fornecedores. Essas dificuldades frequentemente se transformam em atrasos ou cancelamentos das compras devido a irregularidades e, como resultado disso, os fornecedores muitas vezes aumentam seus preços para compensar os custos da incerteza e prazos maiores ao lidar com o setor público. No caso do setor saúde em si, essas dificuldades muitas vezes resultam na falta de materiais e medicamentos, e as secretarias e unidades de saúde são frequentemente obrigadas a fazer compras de emergência, com preços bem mais altos para atender as necessidades imediatas. Desta forma, existe uma necessidade de simplificar o processo de aquisição e ao mesmo tempo manter alguns controles contra a corrupção e a influência política. Isso pode ser alcançado em parte através de um controle melhor dos estoques. Com informações suficientes sobre o status dos estoques, as aquisições podem ser feitas em tempo hábil, incluindo controles contra corrupção e influência política e permitindo tempo suficiente para evitar atrasos.

A aquisição de equipamentos é muito dependente da disponibilidade de recursos. Podem passar vários anos sem quaisquer recursos para investimentos, apesar da existência de necessidade, e de repente uma entrada significativa de recursos, com frequência de fontes internacionais, que devem ser gastos em prazo curto. Isso muitas vezes leva a desperdício nas compras, com equipamentos para uma necessidade futura sendo comprados, mesmo sem serem necessários no momento. Como resultado da manutenção inadequada, a falta de pessoal qualificado para operar os equipamentos e a falta de instalações físicas adequadas para os equipamentos recentemente adquiridos, a depreciação é alta e o equipamento se torna obsoleto antes de ser utilizado suficientemente. As ações principais de melhoria seriam melhorar o processo de manutenção, e facilitar o fluxo de aquisição de novos equipamentos. Quando não existe nenhum programa de manutenção, as instalações em estado precário causam uma redução na qualidade do atendimento e um risco maior de interrupção dos serviços. O Quadro 3.3 abaixo mostra um exemplo do impacto de equipamentos sem manutenção adequada sobre a qualidade do atendimento.

### QUADRO 3.3: UM EXEMPLO DO IMPACTO DE UM EQUIPAMENTO SOBRE A QUALIDADE

"Aneurisma?" O ponto de interrogação no pedido de tomografia feito pela neurologista ficaria "no ar" por sete dias.

O vendedor autônomo Marcelo Campos, 37, começou a ter dor em um dos olhos no dia 9 do mês. A dor evoluiu rapidamente, atingiu todo o lado esquerdo da face. No dia 13, quando esteve no pronto-socorro do hospital municipal do Jabaquara, na zona sul de São Paulo, foi solicitado o exame, mas os dois tomógrafos do hospital estavam quebrados. "Sou jovem, estou assustado", disse Campos na última quarta-feira.

Os analgésicos prescritos não aliviaram as dores. No dia 9, antes do atendimento pela neurologista, um oftalmologista havia prescrito uma pomada, por acreditar que se tratava de inflamação no olho. Só no dia 13, outro oftalmologista o encaminhou para a neurologia.

Na tarde de quarta-feira, a assessoria de imprensa da autarquia hospitalar do Jabaquara informou que o tomógrafo já estava consertado. À noite, Campos disse que já estivera no hospital, mas que um médico falou que ele só poderia fazer o exame na sexta-feira (20), sete dias após o pedido.

"Em oito anos [. . .] não houve nenhum investimento em equipamentos e reformas dos hospitais", diz Clara Whitaker, coordenadora hospitalar da prefeitura.

(Reproduzido da Folha de São Paulo de 22/06/2003)

Mais especificamente, a pesquisa revelou as seguintes deficiências na gestão de materiais:

#### Compra e gestão de materiais:

- A licitação e as regras desse processo foram feitas para evitar o desvio de recursos públicos e reduzir a ocorrência de tais eventos. Contudo, o rigor e a rigidez excessiva da regulamentação exigem um grau sofisticado de planejamento que é raro de se encontrar na prática e levam a distorções, contribuindo para perdas e desperdícios significativos. Essa rigidez e morosidade no processo de compras estimulam os gerentes a contornar as regras com estratégias criativas, inclusive fragmentando as compras em partes menores para permitir a utilização de modalidades de compras mais simples e ágeis, mesmo que com preços mais altos.
- A morosidade do processo de compra e os prazos de pagamento por vezes longos levam os fornecedores a embutir esse custo adicional nos preços cotados. Portanto, os compradores no setor público não podem esperar preços competitivos dos fornecedores em potencial mesmo que em teoria isso deveria ser promovido pelos processos de licitação. Consequentemente, muitas vezes eles acabam pagando um preço mais alto do que o do mercado.
- A rigidez desse sistema é exacerbada pela baixa capacidade administrativa para a função de compras em unidades descentralizadas, pela interpretação restritiva da regulamentação, pela baixa qualidade do planejamento, pela baixa capacidade em gestão de materiais, pelo controle inadequado de almoxarifados, a existência de múltiplos estoques nos hospitais, e modalidades ineficientes de dispensação de medicamentos aos pacientes.

#### Compra e gestão de equipamentos:

- Nos últimos anos é patente um esforço por parte do Ministério da Saúde e das secretarias de saúde no sentido de assegurar maior padronização de equipamentos e melhor planejamento de sua alocação. Entretanto, a pesquisa mostra que a maioria das unidades ainda tem sérias dificuldades com relação à disponibilidade e gestão das instalações e equipamento.

- A aquisição de equipamentos é muito dependente da disponibilidade de recursos externos e emendas parlamentares pontuais. Na maioria dos estados e municípios o financiamento de investimentos de capital não segue um planejamento sistemático baseado em necessidades. Não existem critérios predefinidos e transparentes para a aquisição e distribuição de equipamentos quando os recursos estão disponíveis. Em resumo, o planejamento para aquisição de equipamentos parece ser um processo assistemático.
- Por falta de um programa consistente e de recursos suficientes para manutenção preventiva, é alta a frequência de quebras de equipamentos, resultando em interrupção de serviços e prejuízo para a qualidade do atendimento. A longo prazo, isso acarreta em custos mais altos devido à falta de manutenção do equipamento que precisa ser substituído mais cedo. A falta de pessoal qualificado para operar o equipamento, falta de materiais, ou materiais que não são adequados para a operação do equipamento são outros fatores que contribuem para a suspensão dos serviços e a sua baixa qualidade.
- As instalações físicas estão em geral em estado ruim ou insatisfatório, prejudicando a qualidade do atendimento. A falta de manutenção contribui para o aumento de gastos com grandes reformas, ou em casos extremos, a construção de novas instalações.

#### 4. GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

Num setor como o de saúde, onde o papel do governo inclui o fornecimento de serviços, a gestão de um contingente de recursos humanos dedicado à prestação dos serviços torna-se um aspecto importante da gestão de recursos. A força de trabalho na área de saúde em qualquer país consiste de uma grande e complexa variedade de ocupações profissionais, semi-profissionais, técnicas e administrativas. Isso complica o desenvolvimento e a implementação das principais funções de recursos humanos como o recrutamento, a retenção, remuneração, educação, qualificação e avaliação de desempenho.

Embora seja de conhecimento universal que os recursos humanos são o aspecto mais importante na gestão de serviços de saúde, muitas vezes isso é negligenciado pelos formuladores de políticas de saúde e profissionais da área que se preocupam mais com questões de políticas setoriais como o acesso ao atendimento, cobertura da população e financiamento. A gestão de recursos humanos no setor saúde é com certeza um dos maiores desafios devido às características do setor. Estas incluem a complexidade organizacional e das atividades desenvolvidas, que torna mais difícil para as pessoas que formulam políticas e gerentes de alto nível monitorar o desempenho do pessoal e responsabilizá-los por seus atos. Mais do que em qualquer outro setor, a promoção da qualidade nos recursos humanos no setor saúde é muito importante, pois a adequação da qualificação do pessoal está relacionada com possíveis conseqüências de vida ou morte. O recrutamento e retenção de pessoal competente pode ser um desafio pela presença de um forte mercado de trabalho privado que diminui a atração relativa da carreira em saúde no setor público. Considerando o peso do gasto com pessoal no orçamento total de saúde num governo típico, para enfrentar esses desafios será necessária uma agenda de reformas abrangente para assegurar que a força de trabalho na área de saúde forneça assistência de qualidade a custos razoáveis.

As tendências no setor público de países desenvolvidos envolvem a descentralização da autoridade para o nível mais baixo possível e o aumento da flexibilidade na gestão de recursos humanos, com especificação clara das expectativas de desempenho e responsabilidades. Vários governos sub-nacionais no Brasil estão dando os primeiros passos nessas direções. Porém, no Brasil assim como em outros lugares, os formuladores de políticas em geral hesitam em iniciar mudanças organizacionais ou gerenciais que resultem em resistência organizada por parte dos sindicatos e associações profissionais. A implementação desses sistemas também requer um nível razoável de integridade e profissionalismo nos serviços públicos bem como técnicas e instrumentos sofisticados de gerenciamento, que costumam estar ausentes da administração pública nos países mais pobres. Na maioria dos países em desenvolvimento, é necessário chegar a um equilíbrio para permitir um grau suficiente de flexibilidade gerencial (por exemplo, a autoridade de contratar e demitir pessoal na unidade de saúde) por um lado, e por outro, restringir práticas gerenciais corruptas de recursos humanos (por exemplo, nepotismo e dupla militância).

A pesquisa não tinha o intuito de coletar informações para uma avaliação abrangente das práticas de gestão de recursos humanos. Ela focou num pequeno subgrupo de questões relacionadas à autoridade na tomada de decisões na área de recursos humanos, disponibilidade e qualificação do pessoal e desempenho do pessoal. Este capítulo examina os resultados da pesquisa com relação a essas questões para as secretarias estaduais e municipais de saúde e as unidades de saúde.

## GESTÃO DE PESSOAL

O gasto com recursos humanos representa a maior parte do orçamento das instituições de saúde – cerca de 60-65% nos hospitais e 85-90% nas unidades ambulatoriais. Essa subseção examina a eficiência da gestão de recursos humanos em dois níveis: secretarias de saúde e unidades de saúde.

### **A Gestão de Recursos Humanos pelas Secretarias de Saúde**

**Grau de autonomia:** A autonomia e autoridade sobre a gestão de recursos humanos é um aspecto muito importante da gestão de recursos. Quando a autoridade sobre a gestão do RH é conduzida distante do nível de prestação dos serviços, existe menos chance dos gerentes da unidade exercerem supervisão efetiva ou serem capazes e interessados em motivar o pessoal.

A pesquisa mostra que as secretarias de saúde estaduais gerenciam diretamente a área de recursos humanos. Todas as secretarias de estado da saúde dispõem de um departamento de recursos humanos, que na maioria dos estados pesquisados é responsável pelo pagamento dos salários e pela contratação e demissão de pessoal.<sup>69</sup> Contudo esse não é o caso em geral nos municípios. A contratação e demissão de pessoal em nível municipal são realizadas pelo departamento de recursos humanos localizados nas secretarias de saúde em vários municípios (Pelotas, Porto Alegre, Sobral, Rio de Janeiro, Rondonópolis e Cuiabá). Porém, essa mesma função é exercida centralmente por outras secretarias, geralmente a “Secretaria de Administração” (em São Paulo, Parintins, Barra do Bugres, São Gonçalo, Manaus, e Assis). Em municípios menores (como Resende, Barra do Bugres e Ivoití) as secretarias de saúde não possuem departamento de recursos humanos e muitas vezes possuem pouca autonomia para gerenciar os recursos humanos. Apenas quatro das 17 secretarias de saúde municipais são responsáveis pelo pagamento de salários dos profissionais de saúde.<sup>70</sup>

**Supervisão:** A gestão de recursos humanos enfrenta vários problemas persistentes, incluindo a não disponibilidade do pessoal contratado,<sup>71</sup> absenteísmo, e falta de controle do horário de trabalho (por exemplo, os trabalhadores não cumprem a jornada de trabalho especificada em seus contratos). Isso sugere que o número real de horas trabalhadas é consideravelmente menor que as horas nominais especificadas nos contratos. Embora o absenteísmo seja freqüentemente invocado como problema, nenhuma secretaria mantém um registro preciso do problema que permita quantificá-lo; foi estimado em 2% em uma secretaria, o que parece pouco. Também não há registro sistemático do não cumprimento da jornada de trabalho (por exemplo, foi dado como 1% em uma secretaria e 20% em outra). A existência de funcionários afastados – por doença ou outro motivos - foi mencionada por duas secretarias estaduais, sendo estimada em apenas 1,5% em uma delas.

Outro problema importante evidenciado na pesquisa reside na coexistência de funcionários cedidos/emprestados de outros órgãos (e para outros órgãos), que pode chegar a 20% do quadro total. Eles são pagos pelo órgão de origem, recebendo níveis salariais distintos. Mais importante, esses funcionários podem estar sob diferentes regimes de contratação de pessoal (estatutário/servidor dos diferentes níveis de governo, CLT e contratos temporários, por exemplo), e estão formalmente subordinados ao seu órgão de origem por onde são contratados. Essa situação complexa e geradora de conflitos resulta em grande parte do processo de municipalização, com a

---

<sup>69</sup> Exceções incluem o Estado do Rio Grande do Sul onde a Secretaria de Finanças paga o pessoal e no Ceará onde todas as contratações e demissões são centralizadas em outra Secretaria.

<sup>70</sup> A definição de quem paga os salários dos trabalhadores parece não depender do porte da secretaria ou municipalidade. Por exemplo, nas pequenas cidades de Sobral e Assis, o pagamento é descentralizado às secretarias municipais de saúde, enquanto que nas grandes metrópoles de São Paulo e Rio de Janeiro ele é centralizado na Secretaria de Gestão Pública e na Secretaria de Administração, respectivamente).

<sup>71</sup> O pessoal contratado por uma unidade pode estar trabalhando em outras unidades, ou podem estar em licença médica prolongada.

transferência de unidades de saúde para instâncias mais baixas de governo (por exemplo, unidades federais e estaduais transferidas para as secretarias municipais e gerenciadas por estas). Mas é amplificada pela crescente terceirização de certas atividades; na amostra a proporção de pessoal terceirizado varia bastante de uma secretaria a outra, e chegou a 60% em uma secretaria de estado. Porém, esse estado possui pouca capacidade para gerenciar esses contratos.<sup>72</sup> Conforme relatado pelos gerentes na pesquisa, a gestão de pessoal sob regimes diferentes produz conflitos e aumenta a complexidade da gestão de Recursos Humanos de forma significativa.

***Qualificação e gestão de desempenho do pessoal:*** As secretarias estaduais não relataram problemas associados à baixa qualificação do pessoal, baixa produtividade ou insuficiência ou excesso do quadro. No entanto, várias secretarias municipais identificaram a existência de tais problemas. Em dois estados (Rio Grande do Sul e Mato Grosso) bem como em vários municípios, o pessoal é submetido a avaliações de desempenho. Estas assumem formas muito diferentes: em alguns poucos casos trata-se de um sistema permanente de avaliação. Porém, a maioria utiliza avaliações de desempenho apenas para o pessoal recém contratado após um período de experiência de dois ou três anos. A utilização de incentivos para o desempenho é rara. Dois fatores contribuem para a ausência de uma estrutura de incentivos: (i) a rigidez da legislação do funcionalismo público; e (ii) pouca diferenciação salarial entre níveis de responsabilidade e qualificação. A estrutura de incentivos é em geral perversa, desencorajando a produtividade e eficiência, já que estas não são valorizadas (e nem mensuradas) e sua falta não é punida; o funcionário mais produtivo é frequentemente hostilizado e/ou pressionado a alinhar seu ritmo de trabalho ao dos colegas.<sup>73</sup>

## **Gestão de Recursos Humanos nas Unidades de Saúde**

***Grau de autonomia:*** Dos hospitais da amostra, 82% têm um setor ou departamento de Recursos Humanos, porém seu grau de autonomia na gestão de RH é em geral limitado: apenas 30% deles realizam o pagamento de seu pessoal; para os outros 70% o pagamento é centralizado na secretaria de saúde ou outra secretária. Somente 41% contratam pessoal diretamente, 25% têm competência para demitir, e 54% podem efetuar remanejamentos internos de pessoal sem passar pelo órgão central de RH. Mesmo na área de treinamento a responsabilidade das unidades de saúde é limitada, pois apenas 41% dos hospitais definem e/ou aprovam os programas de treinamento para seus funcionários. Quanto às unidades ambulatoriais a proporção das que têm um setor ou departamento de Recursos Humanos é bem menor (40%), e o grau de autonomia é menor ainda, pois a grande maioria não é responsável pela contratação e demissão de seu quadro.

***Controle deficiente, gestão de desempenho limitada, e baixa qualificação:*** A seção anterior demonstrou que os hospitais e unidades ambulatoriais possuem autonomia limitada para a gestão de RH. Conseqüentemente eles fazem pouco uso de instrumentos de avaliação e gestão de pessoal. Por exemplo, 27% dos hospitais relatam fazer uso de algum mecanismo formal de avaliação, mas na maioria dos casos esses mecanismos são aplicados apenas durante o período de experiência. Um número limitado de secretarias da saúde e grandes hospitais implementaram um sistema de avaliação baseado na opinião de gerentes e colegas. Porém, esses métodos não focam no desempenho ou na produtividade real.

De fato, os problemas relacionados à RH levantados no estudo são consideráveis, e embora sejam semelhantes aos apontados nas secretarias da saúde, conforme observado na Tabela 4.1, aparecem com gravidade maior nas unidades de saúde. Foram apontados principalmente:

---

<sup>72</sup> Fonte: SANIGEST. "Estudio de las Herramientas Contractuales entre el Gobierno del Amazonas y las Cooperativas Prestadoras de Servicios de Salud." Relatório de consultor, 2005.

<sup>73</sup> Os atrasos no pagamento de salários são raros. Eles foram relatados em apenas um município da amostra.



(i) Inadequação quantitativa do quadro de pessoal: 41% dos hospitais e 30% das unidades ambulatoriais avaliam seu quadro como insuficiente (na maior parte dos casos) ou excessivo. Foi apontada uma defasagem média de 20% entre o quadro aprovado e o atual, sendo as maiores defasagens nos casos dos farmacêuticos e técnicos.

(ii) Regimes múltiplos de contratação: A coexistência numa mesma unidade de funcionários sob vários regimes (funcionalismo, CLT, outros níveis de governo, etc.) e/ou oriundos de órgãos distintos foi apontada em 36% dos hospitais e 45% das unidades ambulatoriais. Ela gera problemas de duplo comando porque os trabalhadores transferidos ou emprestados de outros órgãos do governo permanecem vinculados ao órgão de origem, mesmo sendo gerenciados pela instituição recebedora. Salários diferenciados (ou seja, com o mesmo cargo sendo remunerado em níveis diferentes) levam a conflitos e desmotivação.

(iii) Instabilidade dos funcionários: A rotatividade dos funcionários parece ser um grande problema, identificado por 36% dos hospitais e 20% das unidades ambulatoriais, afetando em torno de 25% do quadro total em muitas unidades. O afastamento está principalmente relacionado à doença e transferências.

(iv) Absenteísmo e dupla militância: foi identificado como problema importante por 32% dos hospitais e 20% das unidades ambulatoriais da amostra. O não cumprimento da jornada de trabalho foi considerado um problema para 30% e 35% dos hospitais e unidades ambulatoriais respectivamente. Como no caso das secretarias de saúde, as unidades não possuem registro que permita quantificar o problema.

(v) Baixa qualificação do pessoal: Diferentemente das secretarias, as unidades de saúde se ressentem da baixa qualificação de seu pessoal. 32% dos hospitais e 20% das unidades ambulatoriais mencionaram este problema. A carência de pessoal qualificado é mais séria nas áreas administrativa e gerencial.

**TABELA 4.1: PRINCIPAIS PROBLEMAS RELACIONADOS COM RECURSOS HUMANOS NOS HOSPITAIS (%)**

<b>Problemas</b>	<b>Geral</b>	<b>Federal</b>	<b>Estadual</b>	<b>Municipal</b>	<b>Filantrop</b>	<b>Lucrativo</b>
Insuficiência ou Excesso do Quadro	<b>40.9</b>	50.0	38.5	52.9	15.4	50.0
Funcionários de vários regimes	<b>36.4</b>	100.0	23.1	58.8	15.4	0.0
Absenteísmo	<b>31.8</b>	50.0	38.5	35.3	7.7	0.0
Baixa Qualificação	<b>31.8</b>	25.0	30.8	47.1	23.1	0.0
Não Cumprimento da Jornada de Trabalho	<b>29.5</b>	100.0	23.1	52.9	7.7	0.0
Baixa Produtividade	<b>27.3</b>	25.0	7.7	47.1	15.4	0.0
Funcionários afastados	<b>25.0</b>	50.0	38.5	17.6	23.1	0.0
Funcionários emprestados para outros órgãos	<b>15.9</b>	50.0	15.4	0.0	7.7	0.0
Funcionários emprestados de outros órgãos	<b>15.9</b>	75.0	7.7	11.8	15.4	0.0
Outros	<b>18.2</b>	25.0	0.0	11.8	38.5	50.0

As informações disponíveis indicam que a insuficiência de quadro em grande parte se deve a vários fatores relacionados com a gestão de RH. As insuficiências estão localizadas em certas categorias

profissionais e são causadas pela alta rotatividade do pessoal, absenteísmo, e não cumprimento da jornada de trabalho. Um fator que também contribui para o problema inclui a rígida legislação que governa o funcionalismo público, que restringe a possibilidade de estimular a produtividade e a qualidade através de incentivos e punir os comportamentos inadequados. Dessa forma, as unidades enfrentam uma série de problemas com RH que são em princípio de natureza gerencial; os gerentes têm pouca autonomia para resolvê-los devido à ausência de autoridade sobre gestão de pessoal. A Tabela 4.1 mostra que a importância relativa desses problemas varia de acordo com o tipo ou natureza do hospital. Eles também são mais frequentes entre os hospitais do setor público do que entre os privados. As unidades com maior frequência de problemas são as federais e municipais.<sup>74</sup>

## RESUMO DA AVALIAÇÃO

O gasto com recursos humanos representa a maior parte dos gastos com saúde, variando de 60-65% em hospitais até 85-90% em unidades ambulatoriais. Esses recursos humanos, porém, são mal administrados. O controle do pessoal é fraco, com pouca supervisão das horas de trabalho e do absenteísmo, resultando numa força de trabalho real menor do que a nominal. Mesmo quando os funcionários estão presentes muitos têm baixa qualificação e motivação. A estrutura de incentivos desestimula a produtividade e a eficiência. Esses problemas são endêmicos às secretarias e também às unidades de saúde. Maior responsabilidade pela prestação de contas, controle, e treinamento e uma estrutura de incentivos que motiva a eficiência, podem alavancar os recursos humanos existentes a proporcionar mais serviços com uma qualidade de atendimento maior aos pacientes.

A legislação que governa os recursos humanos no setor público e privado está desatualizada e precisa ser reformada.<sup>75</sup> A legislação que governa o setor público é especialmente rígida, permitindo pouca flexibilidade na contratação, demissão ou no oferecimento de incentivos para o desempenho. Contudo, os problemas identificados na gestão de pessoal nas secretarias e unidades de saúde não se devem somente às limitações e distorções impostas pela legislação. Muitos dos problemas surgem devido a práticas inadequadas de gestão e até da ausência de gerenciamento. As deficiências específicas são as seguintes.

- Composição ineficiente do quadro (por categoria e nível): excesso de pessoal de baixa qualificação e insuficiência de pessoal qualificado, principalmente nas funções gerenciais e nas unidades menores.
- Alocação inadequada e ineficiente do pessoal frente às necessidades ou demanda. Isso se deve principalmente à ausência de planejamento efetivo e rigidez na alocação dos funcionários.
- Ausência de sistemas efetivos de incentivos e de avaliação de desempenho e de possibilidade de ascensão profissional. Quando existem sistemas de pagamento por produtividade, eles geralmente são aplicados a todos os funcionários e acabam incorporados na remuneração fixa.
- Treinamento e capacitação de pessoal sem foco definido e sem avaliação de impacto.

---

<sup>74</sup> A gestão do corpo clínico enfrenta problemas parecidos à do pessoal em geral (não contemplada na Tabela 4.1): insuficiência de pessoal (27% dos hospitais), não cumprimento da jornada de trabalho (36%) e absenteísmo (16%). O estudo revela que 70% dos hospitais possuem corpo clínico próprio. O resto informou que parte ou todo o corpo clínico era terceirizado ou externo. Em hospitais privados, e crescentemente em hospitais do setor público, existe uma tendência de ter o corpo clínico próprio trabalhando em turnos (especialmente no Pronto Socorro e nas unidades de terapia intensiva) e o pessoal do setor de diagnóstico e terapêutica serem terceirizados.

<sup>75</sup> Essas reformas têm sido discutidas pelo Congresso por vários anos.

## 5. GESTÃO DA PRODUÇÃO E DA QUALIDADE

Esse capítulo relata os resultados da pesquisa com relação à eficiência e qualidade dos serviços. Ele analisa um subgrupo de indicadores de produtividade e qualidade informados pelos respondentes da pesquisa e tenta relacionar esses resultados aos problemas relatados nos capítulos anteriores sobre planejamento, orçamentação e gestão de materiais e recursos. Embora não seja o foco específico desta pesquisa, os resultados fornecem uma visão de como os hospitais medem e gerenciam a produção e a qualidade de serviços através da análise de indicadores de produtividade, eficiência e qualidade.

A qualidade é um conceito abstrato constituído por múltiplas dimensões que mudam constantemente. Donabedian (1980) desenvolveu um modelo de avaliação de qualidade baseada em três componentes da qualidade: estrutura, processo e resultados. Esses componentes se tornaram um marco de referência para os instrumentos e padrões de avaliação de qualidade no mundo todo. A avaliação da estrutura consiste na avaliação da capacidade dos prestadores de assistência à saúde, incluindo hospitais, equipamentos, mão-de-obra e financiamento. A avaliação de processo corresponde ao processo de prestação da assistência em si, idealmente baseado em evidência. A avaliação dos resultados consiste na identificação dos resultados finais dos processos de atendimento, geralmente especificados em termos de saúde do paciente, sua segurança e satisfação. A pesquisa focou nos aspectos estruturais da qualidade em termos de instalações, equipamento, materiais e qualificação dos recursos humanos.

A produtividade é um determinante muito importante da eficiência e dos custos. Leitos não utilizados, centros cirúrgicos e recursos humanos subutilizados, resultam em custos de produção mais altos e muitas vezes desperdício. A forma como os recursos são alocados para maximizar a produção é uma função gerencial importante. A eficiência e a produtividade também estão fortemente relacionadas com a qualidade. Além das conseqüências negativas para a saúde dos indivíduos, a baixa qualidade também gera custos desnecessários significativos, ameaçando a viabilidade financeira do sistema de saúde. Embora a pesquisa sobre esse tema seja limitada, estudos disponíveis no Brasil mostram que a baixa qualidade está associada a gastos maiores.<sup>76</sup> Nos Estados Unidos, onde trabalho considerável foi realizado sobre a relação entre a baixa qualidade e os custos, a baixa qualidade em termos de utilização em excesso, subutilização, erros, eventos adversos, informações perdidas, repetição de diagnósticos e procedimentos, e readmissões, resultam em perda de renda para os indivíduos e gastos mais altos com a saúde.<sup>77</sup> Os achados no Brasil e em outros lugares também mostram que os hospitais com alta produtividade (e produção) para procedimentos complexos (como cirurgias coronárias) costumam ter melhor qualidade conforme mensurado pelas taxas menores de mortalidade.<sup>78</sup> (Noronha, 2001). A pesquisa coletou informações sobre a produtividade de médicos e centros cirúrgicos.

### PRODUTIVIDADE E EFICIÊNCIA

O primeiro indicador de produtividade levantado diz respeito à produtividade médica.<sup>79</sup> Os médicos são geralmente responsáveis pela assistência central à saúde e, portanto são direta ou indiretamente responsáveis pela organização, prestação e eficiência da maioria dos serviços de saúde. Contudo,

---

<sup>76</sup> Banco Mundial (publicação prevista para 2007). Op. cit.

<sup>77</sup> Para uma revisão desses estudos, veja o Institute of Medicine, *To Err is Human: Building a Safer Health System*, National Academy of Sciences Press, 2000.

<sup>78</sup> Organização Mundial de Saúde. *Quality and Accreditation in Health Care Services: A Global View*. Geneva: OMS, 2003. p. 88.

<sup>79</sup> A produtividade da mão de obra é medida aqui como a quantidade de serviços produzidos por unidade de tempo (por exemplo, número de consultas por hora).

poucos hospitais medem ou monitoram sua produtividade: menos que 9% dos hospitais da amostra o fazem, e essa proporção é mais alta entre os hospitais municipais (16%) e mais baixa nos hospitais federais (6%).

A pesquisa mediu a produtividade médica nas unidades ambulatoriais. Nas unidades de saúde onde foi possível levantar a informação, os médicos cumprem 75% das horas contratadas em média, mas realizam 100% das consultas marcadas (Tabela 5.1). Isso significa que atendem mais consultas por hora do que sugerido pelo padrão do Ministério da Saúde de 15 minutos/consulta. Em média a produtividade é de 6,72 consultas por hora, ou cerca de 9 minutos por consulta. Se de um lado isso pode ser interpretado como um bom nível de produtividade, por outro é reconhecido que um tempo de 9 minutos por consulta na maioria dos casos não permite um diagnóstico e atendimento médicos adequados; ou seja, a qualidade do atendimento deixa a desejar.

A proporção de pessoal por leito é um indicador de eficiência comum na alocação de recursos, com taxas mais baixas indicando maior produtividade do pessoal e custos mais baixos. Na amostra, a proporção média de pessoal total por leito foi de 4.84. Houve pouca variação entre grupos de hospitais, porém os hospitais privados demonstraram as proporções mais baixas. A proporção de pessoal de enfermagem por leito, muitas vezes interpretada como um indicador de qualidade de atendimento foi inferior a 2, com uma média geral de 1.6. A taxa mais alta foi encontrada entre os hospitais municipais e a mais baixa entre os filantrópicos.<sup>80</sup>

**TABELA 5.1: INDICADORES DE PRODUTIVIDADE NO ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

INDICADOR	VALOR
Horas médicas de presença vs contratadas	75 %
Consultas realizadas vs agendadas	100 %
Consultas por pessoal total	1,39
Consultas por médico por hora	6,72

A utilização dos centros cirúrgicos também é outro indicador de eficiência. A proporção de cirurgias canceladas em relação ao número total reflete a qualidade de gestão dos serviços clínicos além de fatores externos. A proporção de cancelamentos e os motivos destes indicam sérios problemas gerenciais ao nível clínico. Os 14 hospitais que forneceram essa informação tinham em média uma proporção de cirurgias canceladas bastante alta (17%), muito acima do valor informado pelos hospitais participantes do programa CQH (3.5%) em São Paulo.<sup>81</sup> A taxa de cancelamento é maior entre os hospitais filantrópicos e municipais (18 a 20%) e mais baixa nos hospitais federais (inferior a 10%). No geral, os motivos de cancelamento mais freqüentemente informados estão demonstrados na Figura 5.1. Observa-se que cerca de 60% dos cancelamentos foram por motivos externos ou independentes da gestão da unidade, como condições clínicas do paciente, ausência do paciente na hora da internação, ou um procedimento de emergência, mas os 40% restantes foram devidos a motivos associados à gestão inadequada ou ineficiências na operação do hospital, incluindo ausência do médico ou horários conflitantes, e falta de pessoal, materiais ou exames diagnósticos.

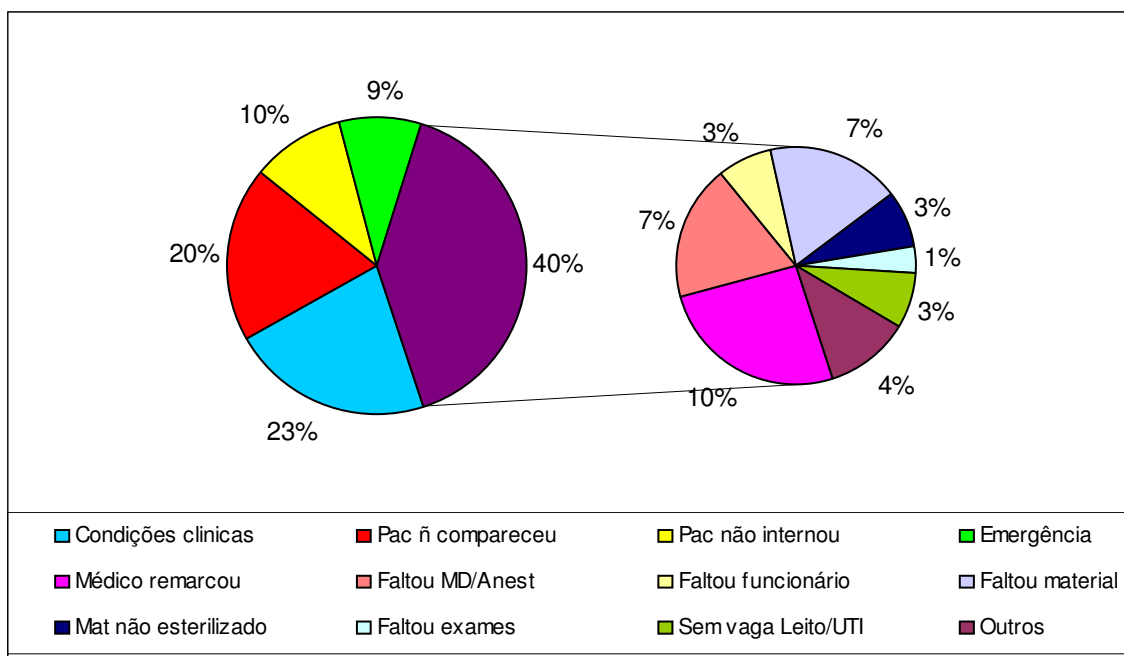
Grande parte da ineficiência encontrada nas unidades de saúde é devida à organização e gestão dos serviços médicos e técnicos. Em muitos casos eles são mal distribuídos e utilizados, combinando

<sup>80</sup> Como reflexo do peso dos hospitais municipais do Rio de Janeiro e suas altas taxas de ocupação, a proporção de pessoal de enfermagem por paciente-dia é mais baixa nos hospitais municipais em comparação com os outros, 2.04 contra uma média de 5.1.

<sup>81</sup> O CQH (Programa para Controle da Qualidade Hospitalar) é uma iniciativa patrocinada pela Associação Paulista de Medicina que contribui para a melhoria contínua da qualidade hospitalar. Participam atualmente mais de 120 hospitais.

sobrecarga de alguns serviços com ociosidade em outros. É o caso, por exemplo, dos centros cirúrgicos: há filas de espera e adiamentos de cirurgias em determinados dias e horários, enquanto ficam ociosos em outros momentos. Em outros casos, salas de consultórios em hospitais são reservadas para equipes de especialidades, porém são subutilizadas. O espaço é alocado em função do “prestígio” da equipe e não de acordo com a demanda. Isso resulta em taxas de utilização variadas entre salas que, no entanto não foi possível quantificar com precisão.

**FIGURA 5.1: MOTIVOS DE CANCELAMENTO DE CIRURGIAS**



## QUALIDADE

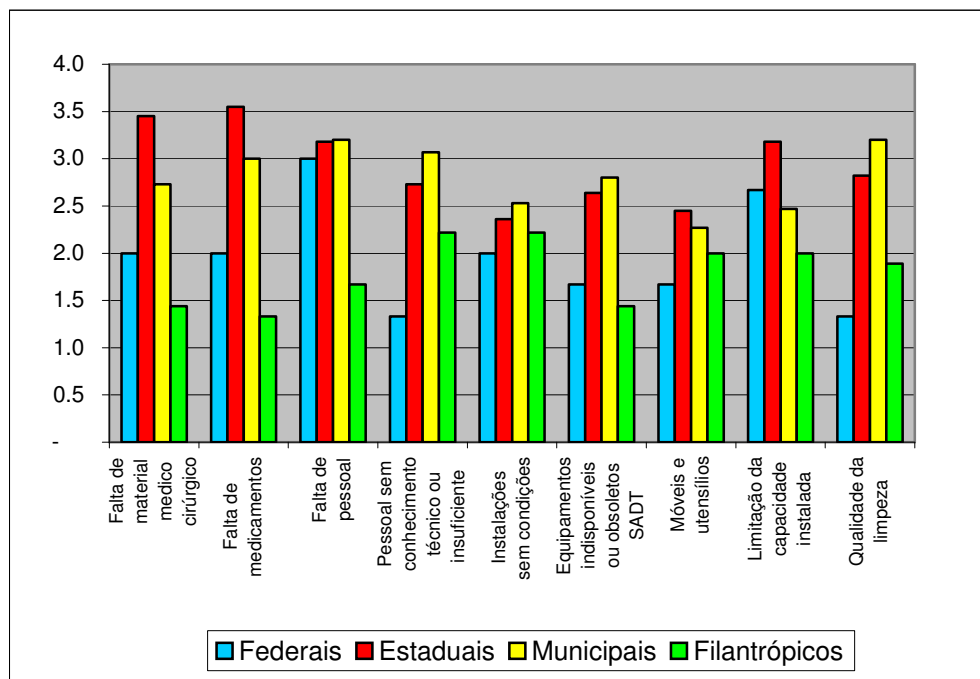
A revisão de prontuários médicos é um instrumento poderoso para garantir a qualidade do atendimento, pois ela permite a comparação do atendimento real com um padrão reconhecido, e permite a identificação de possíveis erros clínicos ou abordagens inadequadas de tratamento. A proporção de hospitais na amostra que realizam essa revisão regularmente é relativamente baixa. Os hospitais estaduais ostentam o melhor índice (18%) e os federais o pior, (12%). Isso sugere que poucos hospitais estão sistematicamente envolvidos na medida ou melhoria da qualidade.

A aplicação do questionário incluiu uma pesquisa de opinião sobre os principais problemas que afetam a qualidade do atendimento prestado nas áreas de medicamentos, pessoal, capacidade instalada e materiais médicos. Os problemas identificados pelos respondentes estão relacionados à eficiência e efetividade da gestão de recursos identificada nos capítulos anteriores. A pesquisa pediu que os respondentes avaliassem cada problema numa escala Leikert de quatro pontos (do menos para o mais problemático). Os resultados são apresentados nas Figuras 5.2 e 5.3. As respostas mostram que embora as médias ponderadas dadas aos diversos problemas sejam parecidas, a importância de cada problema (por exemplo, seu impacto percebido na qualidade) varia entre os grupos de unidades. Os hospitais também sofrem com a falta de medicamentos e materiais médicos, a baixa qualificação do pessoal e a qualidade de limpeza (que por sua vez contribui para as infecções hospitalares). Os hospitais estaduais e municipais informaram mais problemas em geral do que os federais e privados.

As unidades ambulatoriais relatam a falta de medicamentos, materiais médicos e equipamento para diagnóstico e terapia. As unidades gerenciadas pelo estado relatam problemas mais sérios em comparação às municipais. Em alguns casos, como a “falta de materiais médicos” e “falta de pessoal” a diferença entre o estado e os municípios é considerável.

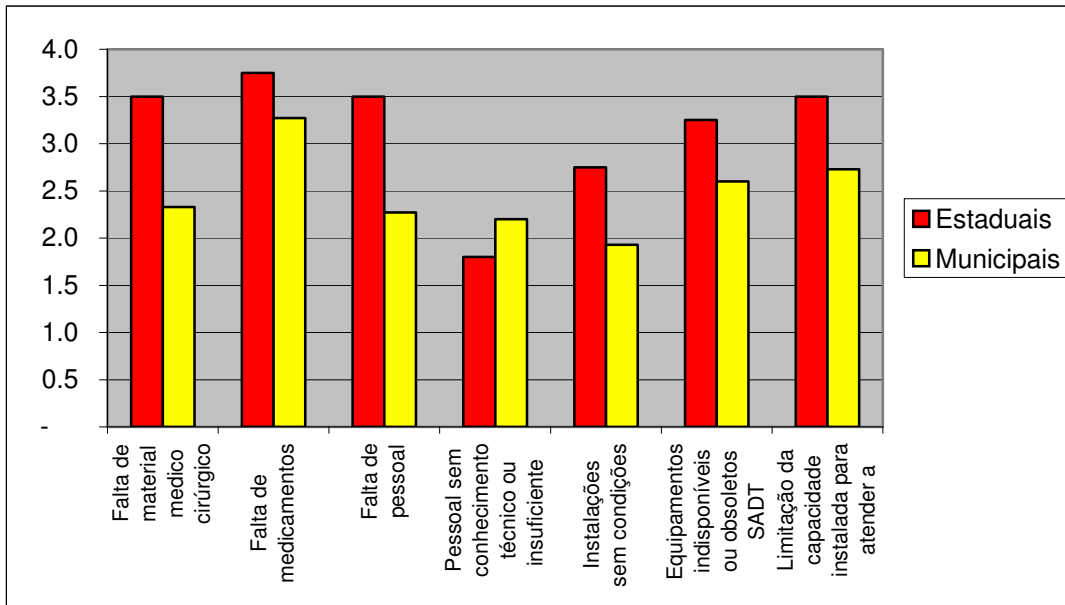
A observação in loco realizada pela equipe da pesquisa revela que os dirigentes de unidades tendem a subestimar ou se acomodar com os problemas relacionados com a qualidade assistencial. Isso é confirmado por uma vistoria realizada pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo/CREMESP em 1012 hospitais (384 públicos e 628 privados) do estado de São Paulo na mesma época.<sup>82</sup> Os problemas foram identificados com relação à inobservância das normas do Ministério da Saúde e/ou do Conselho Federal de Medicina, e incluem desde preenchimento inadequado dos prontuários até a inadequação ou insuficiência de pessoal, e insuficiência de equipamentos e instalações (Figura 5.4). Um terço dos serviços hospitalares não controla a esterilização de materiais e mais da metade dos prontos-socorros não segue regras de biossegurança – como o descarte de agulhas e outros materiais perfurocortantes em caixas especiais.

**FIGURA 5.2: PRINCIPAIS PROBLEMAS AFETANDO A QUALIDADE NOS HOSPITAIS**

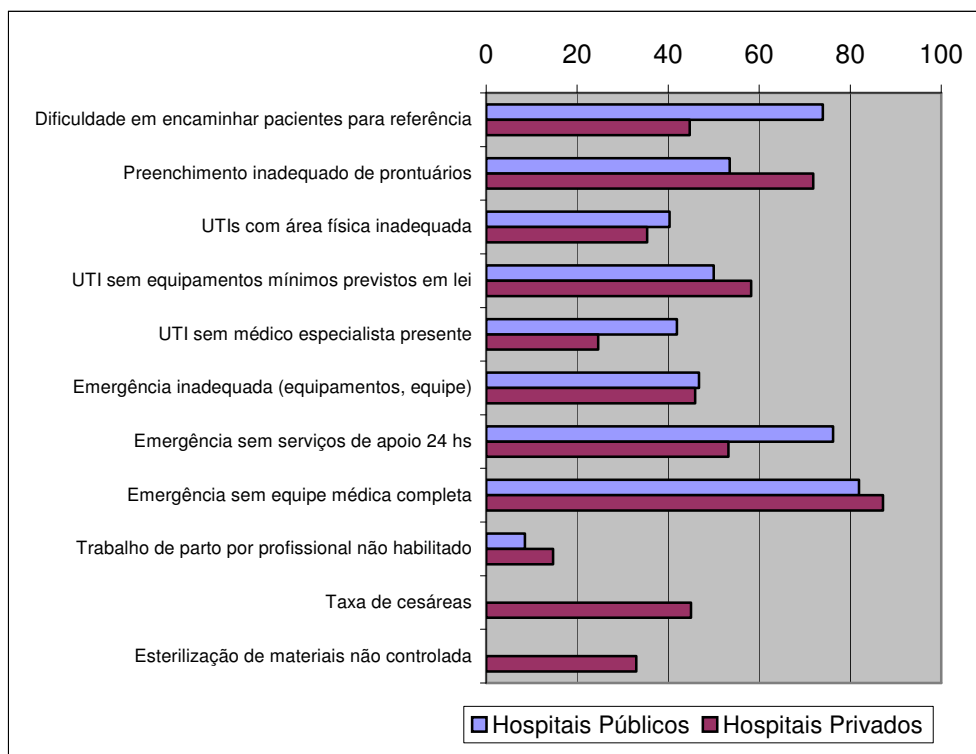


<sup>82</sup> Fonte: Jornal do CREMESP, N°. 190, junho 2003.

**FIGURA 5.3: PRINCIPAIS PROBLEMAS AFETANDO A QUALIDADE NAS UNIDADES AMBULATORIAIS**



**FIGURA 5.4: FREQUÊNCIA DE PROBLEMAS DE QUALIDADE NOS HOSPITAIS PAULISTAS (%)**



Fonte: CREMESP Jornal, Nº. 190, Junho 2003

## **RESUMO DA AVALIAÇÃO**

Os problemas no processo de planejamento, na execução orçamentária e na gestão de recursos materiais e humanos afetam diretamente a eficiência, custo, qualidade e efetividade da assistência prestada. Poucas secretarias ou unidades de saúde coletam ou medem regularmente dados sobre produtividade, eficiência e qualidade. Em alguns casos, os indicadores clássicos de produtividade (média de permanência, giro do leito, taxa de ocupação, etc.) e qualidade (mortalidade e infecções hospitalares) são monitorados, mas são raramente utilizados para a avaliação, gestão ou tomada de decisões. Um rastreamento mais sistemático de tais indicadores e sua incorporação no planejamento de saúde são essenciais para melhorar a qualidade e eficiência da assistência médica.

Os dados coletados através da pesquisa sugerem um desempenho insatisfatório quanto à eficiência e qualidade dos serviços nos hospitais da amostra, com variações importantes de um hospital para outro e entre grupos de hospitais classificados por natureza. Esse desempenho reflete os problemas levantados pela pesquisa e discutidos nos capítulos anteriores, como a gestão inadequada de recursos físicos e humanos, a inadequação do processo de planejamento e a falta de mecanismos e práticas de avaliação de resultados.



## 6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O presente estudo tinha como objetivo analisar a qualidade do gasto público em saúde e seu impacto potencial na prestação de serviços. O estudo foi focado nas estruturas e processos relacionados à alocação de recursos, gestão de materiais, planejamento, elaboração e execução do orçamento. A investigação também visava relacionar a efetividade dessas funções com o ambiente mais amplo da governança. As informações foram levantadas através da análise de uma amostra de secretarias e unidades de saúde, rastreando o fluxo de recursos através das diferentes instâncias de governo até as unidades de saúde, e analisando a utilização desses recursos nas unidades prestadoras de serviços. A análise dos resultados quantitativos e qualitativos mostra a existência de vários problemas, estruturais e processuais, que têm um impacto negativo na qualidade e efetividade dos serviços de saúde fornecidos pelo SUS, bem como no custo desses serviços. Isso sugere falhas de governança especialmente em termos de falta de incentivos e responsabilização para estimular o desempenho. Este capítulo retoma as conclusões principais do estudo e propõe medidas para enfrentar os problemas encontrados, na tentativa de contribuir para a melhoria da eficiência e qualidade do SUS.

As principais conclusões do estudo estão resumidas na Tabela 6.1, que apresenta os principais problemas encontrados, relaciona-os com suas causas estruturais e falhas de governança, e identifica suas principais conseqüências em nível do gerenciamento e prestação dos serviços de saúde. Ênfase é dada à forma de funcionamento dos serviços ao nível das unidades de saúde e sua gestão. Seis questões básicas são importantes: (i) a fragmentação do processo de planejamento e orçamentação, (ii) a rigidez e complexidade na execução do orçamento, (iii) a ausência de autonomia gerencial ao nível local, (iv) informação inadequada para a gestão, (v) baixa capacidade gerencial ao nível local, e (vi) estrutura de incentivos inadequada. Elas são discutidas em maior detalhe abaixo, e seguidas de recomendações sugerindo como melhorar cada área.

### FRAGMENTAÇÃO DO PROCESSO DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTAÇÃO

A principal conclusão em relação ao planejamento e orçamentação é que o sistema é bastante estruturado e complexo do ponto de vista formal, (por exemplo, fases definidas, prazos, uma série de documentos e relatórios necessários), como resultado do desenvolvimento do processo ao longo dos anos. Mesmo assim ele ainda mantém limitações importantes na prática. Primeiro, os planos são frequentemente elaborados pelas unidades sub-nacionais, mas apenas para cumprir exigências legais e não como instrumento de gestão no nível local. Portanto, uma vez aprovados, muitas vezes os planos são esquecidos sem realmente orientar a alocação de recursos e a gestão de desempenho. Em resumo, o planejamento e orçamentação não são utilizados como base para responsabilizar as organizações públicas.

Naturalmente, cumprir as normas do orçamento é um requerimento legal em todo o setor público, e os prestadores de serviços de saúde também precisam segui-las. Porém, os gerentes do setor saúde enfrentam exigências adicionais formais relacionadas ao processo de planejamento do SUS, que se dá em paralelo ao processo principal, resultando assim em custos adicionais de transação para os gerentes públicos de saúde em comparação com aqueles atuando em outros setores.

O planejamento racional também é limitado pela fragmentação e dissociação entre as diferentes fases do processo de planejamento-orçamentação-execução. Os vários instrumentos de planejamento que deveriam constituir etapas diferentes no mesmo processo contínuo, em grande parte acabam se tornando produtos isolados e dissociados dos demais. Isso acontece apesar do processo ser em princípio integrado e articulado, conforme explicitado por regulamentação

específica (Portaria GM/MS Nº. 548 de 12 de abril de 2001). As causas desta fragmentação se devem a vários fatores. Em primeiro lugar, cada etapa é realizada por um tipo de profissional específico, de formação muito distinta, freqüentemente em locais ou órgãos diversos, entre os quais o diálogo é muitas vezes difícil.<sup>83</sup>

Em consequência, as diferentes etapas do processo de planejamento-orçamentação são orientadas por lógicas técnicas e profissionais distintas, com baixo nível de conciliação e articulação. Na etapa de planejamento, as preocupações técnicas definidas pelas diretrizes programáticas predominam bem como as prioridades de saúde, e pouca atenção é dada às realidades econômicas e critérios financeiros. Quando o orçamento está sendo elaborado, predominam os elementos econômicos e financeiros (especialmente o nível e padrão históricos de alocação e a previsão de receita). Durante a execução, o fluxo de caixa é que determina o ritmo e direção das ações, implicando muitas vezes em mudanças nas atividades previstas, mas sem tempo ou oportunidade para revisar os planos de ação. A disponibilidade de recursos acaba substituindo o plano em si.

### **RIGIDEZ E COMPLEXIDADE NA GESTÃO DO ORÇAMENTO**

O gerente local da unidade pública de saúde quase sempre “executa um orçamento” ao invés de “gerenciar recursos”. Isso se dá pela própria rigidez e formalismo do sistema, já que as múltiplas autorizações e controles a priori lhe tiram flexibilidade na utilização e gerenciamento dos recursos e assim restringem sua autonomia e responsabilidade geral. O acompanhamento e controle orçamentários se concentram na avaliação do cumprimento dos preceitos, normas e prazos legais, com pouca preocupação dada ao resultado atingido; neste sentido, a execução do orçamento está desvinculada do planejamento que deveria embasar o orçamento.

A execução do orçamento é balizada por um conjunto de leis e normas que norteia o processo de compras e contratação, a administração de recursos humanos e a prestação de contas. A rigidez dessa legislação, se de um lado reduz a possibilidade do mau uso dos recursos públicos, também limita bastante a autonomia do gerente local e, portanto sua capacidade de gerenciar efetivamente os recursos de que dispõe. Por outro lado, apesar de rígida a legislação oferece *alguma* flexibilidade, mas o gerente local, por desconhecimento, por receio de infringir alguma norma, ou por comodismo, muitas vezes faz uma leitura conservadora da lei e não faz uso das possibilidades que ela oferece. É típico, por exemplo, o caso da licitação pelo menor preço: embora a legislação preveja a consideração da qualidade além do preço como critério de escolha da proposta, o administrador muitas vezes acaba optando pelo menor preço como critério único. Ou do chefe que, em vista das exigências requeridas para punir um subalterno faltoso ou incompetente, opta por deixar de chefia-lo.

Essa prática de administração legalista tem consequências importantes em termos de atrasos nos processos de compras, gerando faltas de materiais e medicamentos, custos mais altos na aquisição desses materiais, e prejuízo para a qualidade da assistência.

### **AUSÊNCIA DE AUTONOMIA GERENCIAL AO NÍVEL LOCAL**

Como se viu, a maioria das unidades públicas de saúde tem baixa ou nenhuma autonomia gerencial e financeira. Não controla sua folha de pagamento, realiza apenas uma parte – variável de acordo com o tipo de unidade e a localização geográfica – de suas compras, não pode contratar ou demitir

---

<sup>83</sup> O planejamento e programação são normalmente realizados por profissionais técnicos (médicos, gerentes de unidades e técnicos de planejamentos), enquanto que a elaboração do orçamento é realizada por profissionais da área administrativa e financeira (contadores e administradores) com pouca familiaridade com os aspectos técnicos e programáticos.

pessoal, e muitas vezes, tem pouca informação sobre suas finanças. A própria alocação de recursos é definida no orçamento, no qual a unidade em geral tem pouca influência. Pode-se dizer que esse gerente na verdade gerencia muito pouco, uma proporção pequena dos recursos da unidade. Em compensação, o gerente ou diretor de uma unidade de saúde é pouco responsabilizado pelos acertos e erros de sua gestão.

O baixo grau de autonomia e poder decisório ao nível das unidades de saúde tornam o processo de planejamento e orçamentação pouco relevante para a unidade e seu gerente. Além disso, gera falta de compromisso e responsabilidade por parte do gerente e ausência de informações relevantes para a gestão da unidade. No intuito de corrigir essa situação, vários estados vêm criando instituições auto-gerenciadas, como fundações de apoio e organizações sociais, para gerenciar parte ou todos os serviços hospitalares.

A autonomia administrativa e financeira é particularmente limitada entre as unidades de saúde municipais. A descentralização na maioria dos casos se deu até a Prefeitura ou a Secretaria Municipal de Saúde, mas não atingiu as unidades de saúde, que continuam enfrentando problemas sérios decorrentes da falta de autonomia, incentivos e responsabilização.

### **INFORMAÇÃO INADEQUADA PARA A GESTÃO**

Outra conclusão importante do estudo é que a gestão de programas e de unidades de saúde se dá na ausência de informação adequada que permita o planejamento, monitoramento e avaliação. Essa situação também contribui para a impossibilidade de responsabilizar os gerentes pelo desempenho de suas unidades. Isso ocorre apesar da quantidade respeitável de sistemas de informações existentes e da quantidade de dados coletados rotineiramente, tanto de natureza técnica quanto financeira. Duas razões básicas contribuem para essa inadequação: falta de autonomia gerencial que limita o interesse do gerente em usar as informações (e, portanto coletá-las) e segundo, o fato dos sistemas sofisticados de informação implementados estarem todos voltados para o controle financeiro e a verificação do cumprimento de normas e requisitos formais.<sup>84</sup> Portanto, as práticas correntes não são direcionadas para produzir informações gerenciais sobre a alocação de recursos de acordo com a finalidade, o tipo de atendimento ou o grupo de população atendido.

Os sistemas de informação existentes não permitem a consolidação automática do gasto em saúde, seja horizontal (entre unidades do mesmo nível ou programas similares) ou vertical (entre níveis diferentes de governo). A variedade de estruturas classificatórias dificulta a consolidação e a comparação. As estratégias de consolidação do gasto público em saúde sempre foram limitadas e pontuais, sendo a mais recente e coerente o Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). O SIOPS representa um grande avanço, mas sua cobertura ainda é incompleta (nem todos os estados e municípios prestam informação).

A qualidade da maioria das informações disponíveis deixa a desejar. A ausência de padronização conceitual faz com que duas fontes para o mesmo dado muitas vezes não coincidam. Os dados financeiros ou de produção obtidos junto às unidades de saúde evidenciam lacunas, erros e discordância conceitual, que dificultam a comparação.

Entretanto, ainda que as informações disponíveis sejam incompletas e imprecisas, elas permitem análises preliminares interessantes que poderiam informar a tomada de decisão e orientar a gestão das unidades. Mas como a maior parte das informações produzidas é voltada para finalidades processuais (por exemplo, viabilizar os repasses financeiros) e para o controle desses recursos, elas

---

<sup>84</sup>O próprio SIOPS (*Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde*) sofre desta limitação, embora o Ministério da Saúde reconheça a necessidade de evoluir até torna-lo um instrumento de gestão.

acabam sendo pouco utilizadas para a gestão diária da unidade ou para a avaliação de resultados. Isto por sua vez faz com que a forma de apresentação e a qualidade das informações não sejam aperfeiçoadas para esse fim. Um esforço no sentido de melhorar os sistemas de informação existentes e principalmente incorporar essas análises na rotina da gestão dos serviços poderia certamente contribuir para melhorar a eficiência e qualidade dos serviços.

### **BAIXA CAPACIDADE GERENCIAL AO NÍVEL LOCAL**

A qualidade dos funcionários envolvidos na gestão de recursos (incluindo os médicos envolvidos na prestação diária dos serviços, ou seja, na execução de um programa financiado) é insatisfatória. Muitos entrevistados identificaram esse como um problema importante no planejamento e na gestão dos serviços. Por outro lado, a política de recursos humanos vigente dificulta bastante atrair e manter profissionais qualificados. As atividades ligadas ao planejamento e controle financeiro, por constituírem o centro do sistema orçamentário, normalmente são priorizadas e recebem profissionais qualificados. Mas atividades de análise econômica e avaliação, por exemplo, são geralmente negligenciadas.

### **ESTRUTURA DE INCENTIVOS INADEQUADA**

A implantação do SUS ao longo dos anos 90 foi acompanhada de debate acalorado sobre os incentivos apropriados a serem incorporados aos mecanismos de transferência de recursos federais e nos mecanismos de pagamento a prestadores em geral. Pode-se identificar 3 fases nessa discussão: a primeira, que vai até meados dos anos 80, se caracteriza pelo pagamento a prestadores privados por ato médico, ou seja, de acordo com a quantidade de serviços produzidos (*fee-for-service*); este sistema foi substituído no início dos anos 80 no que diz respeito aos serviços hospitalares com a introdução do pagamento por procedimento (através do sistema da AIH). A partir de meados dos anos 80 esse sistema foi estendido aos prestadores públicos, e com a reforma sanitária e o processo de municipalização foi instituída a transferência de recursos federais a estados e municípios através de convênios. No fim da década de 80 e com a implantação do SUS a partir de 1990, ganhou corpo a visão de que essa modalidade de transferência gerava distorções ao estimular a multiplicação de serviços e reforçar as desigualdades na distribuição de recursos (pois se dava de acordo com a produção histórica e a rede existente). Foram propostos novos critérios baseados em necessidade, esta definida pelo tamanho da população e pelos índices de saúde. Mas essa visão não chegou a se concretizar nos mecanismos de repasses. Somente a partir de meados dos anos 90, foram adotados ou expandidos vários programas de atenção básica (como o PSF e PACS) financiados com base em critérios demográficos (PAB fixo); alguns desses programas passaram a incorporar critérios de nível de necessidade, medida, por exemplo, pelo Índice de Desenvolvimento Humano municipal. Mas a multiplicação de modalidades e critérios de transferência e pagamento produziu um conjunto de incentivos variados e por vezes contraditórios.

Na prática, o SUS também opera com muitos incentivos embutidos e implícitos que surgem da complexidade do sistema, suas contradições internas e a ênfase no cumprimento dos procedimentos, conforme discutido acima. Esses incentivos em muitos casos têm efeitos perversos, contrários aos incentivos explícitos, e contribuem para gerar ineficiências ou má qualidade da assistência médica.

No conjunto, essas características constituem um forte incentivo para os gestores e prestadores públicos se preocuparem com a gestão interna e formal do sistema e não com a qualidade, eficiência e efetividade da assistência prestada. Assim, enquanto os incentivos explícitos tendem, ainda que de maneira incipiente, a contemplar a busca de maior eficiência alocativa e produtiva e a redução de desigualdades, os incentivos implícitos com frequência contradizem esse objetivo.

**TABELA 6.1: RESUMO DOS PROBLEMAS E SUAS CONSEQUÊNCIAS**

CAUSAS ESTRUTURAIS	CONSEQUÊNCIAS
<b>FRAGMENTAÇÃO DO PROCESSO DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO</b>	
<p>Ênfase formalista e legalista do sistema de planejamento público e do SUS</p> <p>Planejamento e orçamento voltados para justificar o repasse de recursos</p> <p>Processo truncado e desarticulado; os diferentes instrumentos não se integram e não se complementam</p>	<p>Planos feitos por exigência legal, com frequência esquecidos depois de aprovados</p> <p>Planos sem estratégias de ação, pouco realistas</p> <p>Planos sem previsão de recursos</p> <p>Importantes flutuações na alocação e execução orçamentária das unidades e na sua distribuição</p> <p>Ausência de monitoramento e avaliação de resultados</p> <p>Dissociação entre plano e realidade</p>
<b>FORMALISMO E RIGIDEZ NA EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO E GESTÃO DE RECURSOS</b>	
<p>Rigidez das normas e prazos para execução orçamentária</p> <p>Rigidez da legislação de pessoal e de licitações e ausência de gestão proativa</p> <p>Sistema voltado ao cumprimento dos procedimentos e controles financeiros e não para a gestão e avaliação</p>	<p>A legislação e estrutura do orçamento dificultam a flexibilidade na sua execução e estimulam a ineficiência</p> <p>Atraso importantes nos processos administrativos e financeiros</p> <p>Muitas compras pequenas e/ou de emergência utilizando verba de pronto pagamento para contornar os processos formais burocratizados, resultando em ineficiência/ custos mais altos, desperdício e falta de materiais</p> <p>Ausência de gestão efetiva de recursos humanos, especialmente a dificuldade de introduzir uma orientação para o desempenho entre o pessoal, e distribuição inadequada e ineficiente do pessoal com escassez localizada e capacidade ociosa</p> <p>Altos custos de transação por causa dos múltiplos procedimentos de contabilidade e exigências de prestação de contas para transferências específicas</p>
<b>AUSÊNCIA DE AUTONOMIA GERENCIAL LOCAL</b>	
<p>Falta de autonomia gerencial e financeira nas unidades de saúde</p> <p>Sistema centralizado voltado para o controle central, e não para as necessidades locais</p> <p>Centralização da maioria das funções de RH em unidade central, ou outra secretaria</p> <p>Centralização do gasto em muitos municípios</p>	<p>Caráter indutivo do planejamento central (exigência legal e incentivo financeiro) enfraquecendo os incentivos para o planejamento local</p> <p>Baixa participação do nível executivo e dos conselhos de saúde no planejamento</p> <p>Pouco uso da informação orçamentária para análise e avaliação local</p> <p>Ausência de informações gerenciais em nível da unidade de saúde</p> <p>As unidades de saúde gerenciam pouco seus recursos humanos (30% dos hospitais fazem pagamento de pessoal, 25% contratam e 54% remanejaram)</p>
<b>AUSÊNCIA DE INFORMAÇÕES ADEQUADAS PARA A GESTÃO</b>	
<p>Sistemas de informação voltados para</p>	<p>A informação gerada é pouco utilizada (financeira, de</p>

<b>CAUSAS ESTRUTURAIS</b>	<b>CONSEQUÊNCIAS</b>
<p>controle central e não utilização local</p> <p>Baixa integração entre sistemas múltiplos de informação, cada um orientado para uma finalidade específica</p> <p>Estrutura orçamentária e mecanismos de controle inadequados ao monitoramento e avaliação de programas</p> <p>Ênfase na produção de serviços e não na sua efetividade ou em resultados</p>	<p>produção, etc.), especialmente ao nível das unidades de saúde</p> <p>A maioria das unidades de saúde tem pouca ou nenhuma informação financeira</p> <p>Orçamento não desagrega ou discrimina o gasto de maneira útil para gestão</p> <p>Ausência de informação de custos</p> <p>Informações parciais e inconsistentes sobre a cobertura, produção e gasto dos programas nacionais</p> <p>Inconsistência das informações entre níveis de governo</p>
<b>BAIXA CAPACIDADE GERENCIAL EM NÍVEL LOCAL</b>	
<p>Inadequada qualificação profissional em nível local para planejamento, gestão e avaliação</p> <p>Baixa capacidade de atrair e manter profissionais qualificados (baixa remuneração, políticas pouco atrativas)</p> <p>Pouca utilização de métodos e técnicas modernas de gestão</p> <p>Grau limitado de gestão efetiva de recursos físicos e humanos</p> <p>Organização ineficiente dos serviços médicos</p> <p>Ausência de monitoração e avaliação sistemática de programas e do desempenho das ações</p>	<p>Baixa capacidade de planejamento ao nível local e principalmente nas unidades de saúde, que resulta, entre outros, em falta de recursos em certas categorias ou unidades de despesas e excesso em outras</p> <p>Baixo nível de execução orçamentária em municípios e unidades de saúde</p> <p>Planejamento de necessidades e programação de compras inadequadas</p> <p>Baixo nível de controle sobre utilização de recursos, e estoques e não utilização dos recursos disponíveis</p> <p>Sistema inadequado de dispensação de medicamentos e interrupções no fornecimento</p> <p>Contratos sem supervisão ou avaliação (apenas 5% dos contratos c/ avaliação de qualidade)</p> <p>Falta, inadequação e/ou mau estado de instalações e equipamentos</p>
<b>ESTRUTURA DE INCENTIVOS INADEQUADA</b>	
<p>Complexidade e formalismo das modalidades e dos requisitos de habilitação no SUS</p> <p>Requisitos e critérios de repasses federais aos municípios não promovem a eficiência e equidade</p> <p>Ausência de políticas e mecanismos de estímulo ao desempenho, responsabilidade, qualidade e eficiência</p>	<p>Dificuldades dos municípios de se inserirem nas modalidades de gestão do SUS</p> <p>Ênfase processual e nas atividades meio dos requisitos, com pouca ênfase nos resultados</p> <p>Alto grau de iniquidade no gasto municipal em saúde e nas transferências federais aos municípios</p> <p>Estados e municípios não cumprem EC-29</p> <p>Falta de isonomia salarial entre regimes distintos</p> <p>Absenteísmo e não cumprimento da jornada de trabalho</p>

## RECOMENDAÇÕES

Vários dos problemas identificados no estudo estão relacionados com a governança, organização e funcionamento do setor público em geral. O Ministério da Saúde tem possibilidades limitadas, por si só, de mudar as regras e normas do setor público e influenciar o funcionamento do sistema nos demais níveis de governo. No entanto, enquanto coordenador do SUS, o Ministério tem várias possibilidades de ação para minimizar esses problemas. As estratégias recomendadas para uma melhor governança e utilização de recursos públicos estão alinhavadas a seguir.

A busca pelo desempenho tem se tornado um fenômeno mundial entre governos dos diferentes países. Na verdade, se o governo, ou nesse caso, o SUS não mostrar um bom desempenho, sua legitimidade será questionada. No caso do SUS, porém, os administradores de hospitais, programas, distritos e municípios recebem poucos incentivos para um bom desempenho. Eles também não são responsabilizados por ele. Ao invés, eles parecem ser recompensados por seguirem regras, cumprir normas, e manter o *status quo*. Isso está parcialmente ligado aos procedimentos e regras estabelecidas pelo SUS e também às regras que prevalecem na gestão do setor público brasileiro em geral. Esse status quo precisa mudar. O SUS (e outros setores também) deve ser definido pelo foco nos resultados em todos os níveis e todos os seus processos. Embora não exista um modelo “operacional” único para fortalecer o desempenho do setor público, a idéia básica é de criar um ambiente de governança e sistemas de apoio e conhecimento gerencial correspondentes capazes de elevar o desempenho do SUS como um todo (ou seja, a produção de ações efetivas de alta qualidade e de serviços prestados a custos razoáveis que são considerados satisfatórios pelos usuários do sistema).

Os achados deste estudo levam a seis ações corretivas para superar as deficiências do sistema. As ações estão ilustradas de forma esquemática na Figura 6.1. Cada uma das ações propostas pode ser vista como uma estratégia de mudança. No entanto, cada medida, isoladamente, é provavelmente insuficiente para alcançar um desempenho sustentável. Em conjunto e em seqüência, de acordo com as condições iniciais, elas podem ser alavancas poderosas para melhorar o desempenho do SUS. Essas medidas corretivas são:

1. Desenvolver e introduzir arranjos organizacionais que dêem às unidades de gestão níveis crescentes de autonomia e autoridade decisória sobre a gestão dos recursos, e ao mesmo tempo responsabilizando-as pelo seu desempenho. Porém, a velocidade em que tal autonomia pode ser concedida deve ser calibrada com a capacidade demonstrada de cada unidade, e a capacidade do órgão central (por exemplo, a secretaria de saúde) de monitorar e controlar seu desempenho.
2. Aplicar mecanismos para fortalecer a responsabilização dos gestores, como contratos de gestão que forcem os gerentes a focar em objetivos específicos e resultados mensuráveis. Esse instrumento poderia servir como um mecanismo básico para o planejamento, o monitoramento e a avaliação em ambos os casos.<sup>85</sup>
3. Sincronizar e alinhar os processos de planejamento, orçamentação e gestão de informações e orientá-los para o desempenho (e não com o foco atual predominante de cumprimento de procedimentos e controles a priori).

---

<sup>85</sup> Para obter uma análise de como tais instrumentos podem melhorar o desempenho, veja “Enhancing Performance in Brazil’s Health Sector: Lessons from Innovations in the State of São Paulo and the City of Curitiba,” Banco Mundial (2006), Relatório N°. 35691-BR.

4. Consolidar as transferências federais e vincular aumentos de recursos à melhora no desempenho, desta forma recompensando o bom desempenho e penalizando o desempenho ruim (dada a importância do nível mínimo de atendimento para todos, o desempenho ruim não significaria necessariamente uma redução automática dos recursos).<sup>86</sup>
5. Estabelecer sistemas robustos de monitoramento e avaliação voltados para a melhoria do desempenho das organizações (por exemplo, fornecendo informações úteis e claras para a gestão interna); e
6. Fortalecer e profissionalizar a capacidade gerencial.

**FIGURA 6.1: MEDIDAS CORRETIVAS PARA MELHORAR A GESTÃO DE RECURSOS E O DESEMPENHO NA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**



**Recomendação 1: Desenvolver e implementar arranjos organizacionais proporcionando maior autonomia e autoridade para gerenciar recursos**

A efetividade do SUS em fornecer atenção de alta qualidade depende do desempenho em nível das unidades de saúde. Uma orientação baseada no desempenho pode ser promovida com a concessão de maior autonomia e responsabilidade. O sistema poderia ser baseado em dois princípios orientadores: (i) gestão autônoma nas unidades maiores, principalmente os grandes hospitais de referência; e (ii) gestão descentralizada nas unidades menores.

**Gestão Autônoma:** As unidades com capacidade (potencial) adequada poderiam receber autonomia total sobre o gerenciamento e aplicação de seus recursos físicos e humanos, tendo apenas que seguir as políticas de saúde do SUS e cumprir um conjunto de objetivos e metas previamente definidos. Nos últimos anos, vários modelos de gestão autônoma foram adotados em várias partes do país, com resultados positivos em vários casos, como o das Organizações Sociais e outras.<sup>87</sup> Um modelo semelhante poderia ser adotado para a maioria das unidades de saúde maiores, principalmente os grandes hospitais de referência. Uma análise comparativa desses modelos e de seus resultados deveria orientar a escolha de um ou mais modelos a serem adotados, e também identificar

<sup>86</sup> Uma iniciativa recente do Ministério da Saúde consolidou as 70+ transferências em seis blocos de recursos. Porém, não ficou claro até que ponto esses recursos dependeriam do desempenho (Portaria 698, março 2006).

<sup>87</sup> Para uma descrição detalhada do modelo de Organização Social e uma avaliação de seu desempenho, veja “Em Busca da Excelência: Fortalecendo o Desempenho de Hospitais no Brasil.” (Banco Mundial, estará disponível em 2007).



claramente os elementos do modelo ou de sua implantação que foram determinantes para seu sucesso.

Poderia ser explorada e testada a aplicação do mesmo modelo às entidades regionais ou distritos de saúde em vez de unidades de saúde individuais. A vantagem nesse caso seria de integrar a infraestrutura de saúde de uma região ou micro região sob um mesmo comando e uma mesma unidade gerencial e orçamentária, e constituiria também um grande estímulo ao funcionamento mais efetivo dos mecanismos de referência e contra-referência. De certa forma, essa idéia já foi testada antes, com o conceito de módulo de saúde (no Programa Metropolitano de Saúde dos anos 80) e nos distritos sanitários, entre outros, mas em geral essas experiências não se traduziram em entidades com autonomia gerencial e financeira. Mais recentemente, a prefeitura de São Paulo implantou autarquias regionais que reúnem todas as unidades hospitalares existentes em cada região da cidade.<sup>88</sup> Essa modalidade mereceria ser analisada e avaliada para identificar seus méritos e desvantagens em comparação com o modelo de autonomia centrado em hospitais (como as Organizações Sociais).

**Gestão Descentralizada:** Em muitos casos, a centralização do poder decisório (de compras e contratação, por exemplo) é dada por uma política local, e não por exigência legal. A legislação vigente permite, em muitos casos, a delegação de poder decisório de muitas atividades, mas essa facilidade não é aproveitada por receio de perda de controle e de mau uso dos recursos, e devido à baixa capacidade gerencial existente na maioria das unidades de saúde. Um estudo preparatório poderia identificar concretamente o nível e tipo de decisão que poderia ser delegado às unidades, explorando ao máximo as possibilidades oferecidas pela legislação vigente.

A descentralização poderia transformar unidades de saúde maiores e/ou entidades regionais em Unidades Orçamentárias, dotando-as de orçamento próprio. Unidades menores deveriam ser transformadas em Unidades de Despesa ou Unidades de Gestão, com níveis menores de autoridade e autonomia, porém suficientes para gerenciar boa parte de seus recursos materiais e toda a informação financeira sobre sua gestão. A identificação precisa das responsabilidades a serem delegadas deverá ser objeto de estudo específico, levando em conta a economia de escala nas compras, a sua viabilidade frente às condições locais concretas, e outros fatores que poderiam encarecer ou limitar as vantagens da execução descentralizada.

**Recomendação 2: Aplicar mecanismos para fortalecer a responsabilização gerencial tais como os contratos e compromissos de gestão que estimulem os gestores a focarem em objetivos específicos e resultados mensuráveis.**

A peça chave para o sucesso da gestão autônoma ou descentralizada é um contrato de gestão, que define claramente responsabilidades e autoridades da unidade, os objetivos e metas a serem alcançados e as atividades a serem desenvolvidas, a necessidade de recursos, critérios claros de avaliação do desempenho da unidade, e penalidades para o não cumprimento dos objetivos. O contrato de gestão tem sido reservado a modelos de gestão autônoma ou privatizada. Entretanto, poderia ser utilizado também em modelos de gestão descentralizada no âmbito da administração direta, desde que as unidades tenham um grau suficiente de autonomia gerencial e financeira para serem responsáveis pelo seu próprio desempenho.

Inicialmente, o ponto principal de um contrato de gestão não deve residir na interpretação e aplicação automáticas de suas cláusulas “contratuais” (ou seja, recompensa e penalização). Uma das funções importantes de um contrato de gestão é a definição clara dos objetivos da organização. Isto se torna mais efetivo se for desenvolvido através de um processo iterativo de diretrizes que vão de

---

<sup>88</sup> Lei Municipal 13.271 de 4 de janeiro de 2002.

cima para baixo e sugestões de ajustes/refinamento que vão de baixo para cima. Tal processo provavelmente asseguraria não apenas a correta adaptação dos objetivos organizacionais à realidade local, mas também, que as unidades executoras na linha de frente estejam comprometidas com esses objetivos compartilhados.<sup>89</sup>

### **Recomendação 3: Sincronizar e alinhar os processos de planejamento, orçamentação e gestão de informação e orientá-los para o desempenho.**

Para que a concessão de maior autonomia às unidades de saúde possa proporcionar os resultados esperados, e os diretores/gerentes de unidades possam efetivamente gerenciar, é indispensável que eles tenham condições técnicas de fazer uso dessa autonomia e gerenciar os recursos à sua disposição de maneira mais eficiente, responsabilizando-se pelos resultados obtidos. Para tanto, é necessário (i) que o sistema de planejamento e orçamento seja realmente descentralizado, utilizado ao nível local e orientado para os resultados; (ii) que os sistemas de informação forneçam principalmente informação voltada para a gestão e tomada de decisões; e (iii) que um sistema padronizado seja estabelecido para apurar os custos nas unidades públicas do SUS.

*Planejamento, orçamento e resultados:* O sistema de planejamento e orçamento do SUS deveria ser reformulado e adaptado no sentido de se tornar um instrumento efetivo de gestão local. Ainda que o processo e seus elementos estejam inseridos no contexto maior do planejamento e orçamento público, a legislação deixa muita liberdade quanto à estrutura, formato e conteúdo de cada documento. O SUS, e o Ministério da Saúde enquanto sua instância maior pode, portanto promover adequações no sentido de garantir maior coerência e utilidade ao processo.

Para tanto é necessário em primeiro lugar, mudar seu foco, do controle processual voltado para instâncias superiores, para a gestão, monitoramento e avaliação de resultados em nível local. A primeira e principal função do plano deve ser o planejamento e programação das ações de saúde, e a gestão das unidades de saúde onde se desenvolvem essas ações. O Plano de Saúde e sua avaliação deveriam constituir a peça principal do Contrato de Gestão.

Em segundo lugar, é preciso promover uma melhor articulação e integração entre os diversos documentos do planejamento – Agenda de Saúde, Plano de Saúde, Plano Plurianual, PPI, Relatório de Gestão – e entre estes e o orçamento. Deve ser enfatizada a complementaridade dos documentos como etapas na seqüência lógica de um mesmo processo, e a necessidade de um servir de base para o outro. Talvez seja interessante considerar os vários documentos como etapas e partes sucessivas de um único instrumento de planejamento, ao invés da visão atual de documentos exigidos separadamente para fins distintos. A metodologia, os conceitos e a apresentação de cada um poderiam ser explicitados e padronizados para facilitar a sua elaboração e permitir comparações e consolidação. Em particular, seria altamente desejável que o Plano de Saúde, instrumento principal do planejamento, incluísse necessariamente metas claramente definidas e estimativa dos recursos necessários. Esta estimativa serviria então de base mais sólida para a elaboração do orçamento. Um ponto essencial dessa reformulação consiste na definição prévia de critérios e indicadores padronizados de desempenho que seriam necessariamente incorporados ao Relatório de Gestão.

Reconhecendo a fraqueza no planejamento bem como a falta de integração entre os instrumentos de planejamento, o Ministério da Saúde lançou um programa, conhecido como PLANEJASUS, para

---

<sup>89</sup> Para conhecer um exemplo do sucesso na utilização de contratos de gestão na administração direta, veja o caso da gestão por desempenho na atenção básica na Cidade de Curitiba em: Banco Mundial (2006), *Brasil – Melhorando o Desempenho no Setor de Saúde do Brasil: Lições a partir de Inovações no Estado de São Paulo e na Cidade de Curitiba, Relatório N.º. 35691-BR.*

fortalecer o processo de planejamento de saúde em geral.<sup>90</sup> O Ministério da Saúde criou uma comissão para supervisionar o processo e preparou um manual e programa de treinamento sobre o planejamento da saúde. Ainda é muito cedo para saber se o PLANEJASUS vai atender as deficiências descritas neste relatório.

**Sistemas de Informação:** O processo de planejamento e gestão em nível local pressupõe sistemas de informação capazes de fornecer informação pertinente em tempo hábil. Esses sistemas deveriam incluir quatro módulos essenciais: informação orçamentária e de despesa, informação de custos, informação de produção ou técnica, e informação de resultados, em termos de eficiência, efetividade e qualidade. Isso pode ser conseguido seja pela adaptação de sistemas de informação existentes e/ou pelo desenho e implantação de novos módulos separados que se alimentem do sistema orçamentário e estejam articulados com ele. Dois princípios devem nortear a adequação dos sistemas de informação. Primeiro, o registro e monitoramento de despesa ou outra informação em determinada unidade ou atividade não deve implicar na vinculação do recurso ou redução da flexibilidade gerencial. Segundo, a configuração dos sistemas de informação deve estar voltada para utilização pelos gerentes locais e as unidades de saúde e suas necessidades de informação.

O sistema contábil-orçamentário é o único pré-definido por legislação específica, e, portanto o menos suscetível a modificações no âmbito do SUS e de suas instituições. No entanto, ele poderia sem grandes dificuldades ser adaptado ou complementado de três formas. Primeiro, é necessário reformular a classificação programática (por programas e projetos/atividades) própria da área de saúde para lhe conferir uma estrutura mais lógica, coerente e estável. A estrutura programática no nível mais agregado deveria se pautar na característica básica da ação ou atividade – como o nível e tipo de atendimento prestado.

Outra modificação necessária seria a preparação de informação de gasto por unidade de saúde, no momento não disponível. Isso pode ser conseguido seja através de detalhamento maior do próprio orçamento, ou pelo registro dessa informação num módulo complementar interno às instituições de saúde. Várias unidades de saúde que hoje não aparecem no sistema orçamentário constituíam Unidades Orçamentárias e, portanto constavam do sistema até alguns anos atrás, o que indica que é possível a sistematização dessa informação. Por outro lado, todo recurso desembolsado pelo nível central por conta de uma unidade de saúde é em geral registrado (e mesmo que não o seja, é relativamente fácil registrá-lo, seja a quantidade e o valor da folha de pagamentos, seja dos materiais transferidos ou serviços prestados), mas não no sistema orçamentário, o que faz com que a informação não seja sistematizada ou consolidada e se perca.

A terceira medida consiste na implantação em um grupo de unidades públicas e privadas do SUS de um sistema padronizado de apuração de custos que permita não apenas estimar o custo por departamento ou serviço, mas também estimar o custo de procedimentos hospitalares e ambulatoriais específicos. Isto requer repensar a abordagem tradicional (de custeio por absorção baseada em centros de custos) e o desenvolvimento de nova metodologia.

Em 2006, o Ministério da Saúde iniciou um programa para desenvolver uma metodologia de custos nas instituições do SUS, conhecido como Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC). A implementação será iniciada em 2007. Embora o PNGC aplique uma abordagem mais tradicional, de centro de custos por absorção, ele pode servir como base para um sistema de custos mais robusto. Por exemplo, conforme seu desenho atual, o PNGC não permite o custeio econômico de procedimentos específicos. Informações sobre o custeio com este grau de detalhe são necessárias para aprimorar os mecanismos de pagamento de serviços no SUS.

---

<sup>90</sup> Veja Portaria Nº. 251, 6 de Fevereiro de 2006.

#### **Recomendação 4: Consolidar os mecanismos de financiamento e vincular aumentos no financiamento a melhorias no desempenho**

O funcionamento do SUS poderia ser simplificado em dois aspectos sem provocar um efeito negativo na estrutura e papéis do sistema: primeiro, quanto às exigências e formalidades para a habilitação de estados e municípios; e segundo, no que diz respeito ao sistema de transferências e pagamentos do Ministério da Saúde.

Os requisitos e exigências formais para a habilitação de estados e municípios às modalidades de gestão do SUS são hoje basicamente voltadas para o cumprimento de formalidades e o desenvolvimento de atividades. Recomenda-se que sejam grandemente reduzidas ou até eliminadas. A idéia central é de que o controle sobre a aplicação adequada e eficiente dos recursos repassados se faça com relação aos resultados obtidos e não com base no cumprimento de exigências prévias. Um passo importante foi dado recentemente pelo Ministério da Saúde ao determinar a habilitação automática na Gestão da Atenção Básica Ampliada, após um prazo, de todos os municípios atualmente habilitados nas modalidades anteriores de Gestão da Atenção Básica. Esse tipo de simplificação e desburocratização deveria ser ampliado e aprofundado.

Outro passo importante foi a recente (março 2006) aprovação da política conhecida como *Pactos pela Saúde e pelo SUS*. Diferentemente da regulamentação anterior que especificava regras únicas para todas as instituições de saúde, os pactos visam proporcionar flexibilidade para as entidades sub-nacionais para desenhar e organizar seus sistemas de acordo com o contexto local. Os pactos especificam metas de desempenho para cada instância de governo. Mesmo que os pactos ainda estejam em evolução, eles estabelecem uma base para a gestão e orçamento baseados em resultados. Contudo, para cumprir as metas de desempenho será necessário desenvolver instrumentos para permitir o apoio e monitoramento federal ao desempenho de estados e municípios, além de fortalecer a capacidade estadual e municipal no que se refere a planejamento, orçamentação, e monitoramento da prestação de serviços para atingir metas de desempenho.

Também deveriam ser simplificados os mecanismos de transferência de recursos, e seus múltiplos mecanismos de pagamento consolidados em algumas poucas modalidades. Essas modalidades, hoje detalhadas em nível de programas específicos, poderiam se resumir às grandes categorias de atenção com as quais o SUS já trabalha: Serviços de Saúde Pública (incluindo Vigilância Sanitária e Epidemiológica), Atenção Básica, Atenção Ambulatorial de Média e Alta Complexidade, e Atenção Hospitalar de Média e Alta Complexidade. Essas categorias deveriam se traduzir na estrutura programática do orçamento (vide acima), para facilitar o acompanhamento. A aplicação de recursos dentro dessas categorias não seria vinculada a programas ou atividades específicas. A avaliação dos resultados obtidos através de indicadores de desempenho poderia condicionar a continuidade do repasse. A política mencionada acima – Pactos pela Saúde – consolida essas transferências em seis blocos de repasse, porém não se sabe ainda como o repasse será incorporado nas estruturas orçamentárias estaduais e municipais.

As simplificações sugeridas no funcionamento do SUS contribuiriam para reduzir o custo administrativo desse funcionamento, liberando recursos humanos para monitorar e avaliar o desempenho e resultados, e embutindo incentivos apropriados e claros nos mecanismos de transferência. Dois incentivos deveriam ser explicitados e priorizados: (i) a redução das desigualdades na distribuição e no acesso aos serviços, e (ii) o estímulo a maior eficiência, efetividade e qualidade do atendimento. Nesse sentido, o valor dos pagamentos e repasses federais poderia ser determinado em função dos seguintes critérios: lacunas na cobertura da saúde pública, atenção básica e procedimentos de média e alta complexidade, e os custos médios estimados de

oferecer esses serviços;<sup>91</sup> a produção desses mesmos serviços; e um incentivo associado aos resultados alcançados em termos de eficiência e qualidade, baseado num conjunto de indicadores definidos. Esses incentivos (recursos adicionais) poderiam ser proporcionais à melhoria observada nos indicadores selecionados.

Dentro de um ambiente onde o financiamento está baseado no desempenho, existe um incentivo para as instituições de saúde coletarem, organizarem e fornecerem dados (de resultados e impactos) para o nível central. Desta forma, outra vantagem em potencial desta abordagem seria que ela pode levar a um melhor monitoramento e avaliação, principalmente quando o vínculo entre o melhor desempenho e a transferência de fundos é claro para as instituições executoras.

### **Recomendação 5: Estabelecer sistemas robustos de monitoramento e avaliação**

O sucesso de qualquer abordagem baseada em resultados depende do monitoramento contínuo, da avaliação de impacto sistemática e do *feedback* dado aos gestores com relação ao desempenho. Monitoramento e avaliação baseados em resultados buscam acompanhar o progresso e medir o impacto dos projetos, programas ou políticas. Tradicionalmente, o monitoramento e a avaliação têm sido os pontos fracos do SUS. O foco tem sido geralmente no registro de insumos e gastos. O monitoramento e avaliação poderiam incluir os seguintes itens: coleta de dados de parâmetros, definição dos indicadores de desempenho, coleta sistemática de dados de resultados e impactos, e disseminação sistemática de informações qualitativas e quantitativas para gerentes e tomadores de decisões.

Finalmente, um componente indispensável a ser desenvolvido é uma série limitada de indicadores de resultados chave, padronizados, focados na qualidade, efetividade e eficiência do serviço oferecido. Esses indicadores permitiriam a avaliação e comparação do desempenho das unidades e programas de saúde e obrigatoriamente seriam incorporados nos Contratos/Compromissos de Gestão e nos Relatórios de Gestão.

### **Recomendação 6: Fortalecer e profissionalizar a capacidade gerencial**

As estratégias e ferramentas mencionadas acima em conjunto vão permitir que cada diretor/gerente de uma unidade de saúde gerencie efetivamente os recursos disponíveis e seja responsabilizado pelos resultados obtidos. Para que isso aconteça, o seguinte será necessário: (i) o nível local e as unidades de saúde devem adotar e aplicar sistemas e técnicas modernas de gestão; e (ii) os diretores e gerentes devem ser treinados para assumir essas responsabilidades mais amplas fazendo bom uso de sua maior autonomia.

***Técnicas modernas de gestão:*** A gestão efetiva e eficiente dos serviços e unidades de saúde – e mais ainda nas secretarias de saúde – requer ferramentas gerenciais de planejamento voltadas para as necessidades locais, o monitoramento permanente de seus recursos, seus custos e seu desempenho, e permitir a avaliação de seu desempenho técnico e econômico-financeiro. Alguns dos instrumentos mais úteis e que deveriam ser considerados incluem: gestão de pessoal naqueles componentes que seriam descentralizados; gestão de compras e estoques que facilitem a estimação de necessidades, a programação de compras e melhor controle sobre estoques; gestão de equipamentos e instalações que permita um monitoramento do estado dos equipamentos e sua manutenção permanente; avaliação de desempenho em termos de custos e eficiência; avaliação de

---

<sup>91</sup> Como já é o caso de alguns programas, isso pode ser baseado num valor fixo per capita ajustado por um indicador de necessidade (por exemplo, o já utilizado Índice de Desenvolvimento Humano ou a Taxa de Mortalidade Infantil).

resultados em termos de cobertura e indicadores de desempenho relacionados com a efetividade e qualidade dos serviços.

O que é necessário e apropriado para uma dada unidade vai depender do contexto específico. O Ministério da Saúde, possivelmente em parceria com a Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, poderia promover o uso efetivo das boas práticas encontradas no país e nos exemplos internacionais relevantes, e servir como um órgão disseminador de informações sobre modernização da gestão.

**Capacidade gerencial:** É necessário criar ao nível das secretarias de saúde e das unidades de saúde uma massa crítica de gerentes qualificados, mediante a contratação de novos profissionais e o treinamento dos gerentes locais em técnicas modernas e pró-ativas de gestão e avaliação. A contratação e manutenção de pessoal de gestão qualificado requerem políticas de recursos humanos competitivas com o setor privado, em termos de nível de remuneração e políticas de benefícios. De maneira gradual e parcial, isso vem sendo feito ao nível federal e em várias secretarias de saúde estaduais e municipais, mas o movimento precisa ser ampliado e acelerado. Dois níveis de qualificação ou treinamento são necessários: o nível decisório ou usuário, voltado para o tomador de decisão, ou seja, diretores e gerentes; e o nível técnico, voltado para os profissionais responsáveis pela execução das atividades de planejamento, gestão e monitoramento. O primeiro deve ser capaz de analisar e interpretar indicadores de custos, eficiência e qualidade, e deles tirar conclusões e decisões gerenciais. O segundo deve ser capaz de aplicar técnicas de análise e avaliação, organizar dados e calcular indicadores. Assim, um programa de capacitação em larga escala deveria ser elaborado e implantado considerando esses dois níveis.

## **ANEXO: DESENHO E METODOLOGIA DO ESTUDO**

### **QUADRO DE REFERÊNCIA**

Os recursos financeiros utilizados na produção de serviços de saúde – ou, simplesmente, o gasto em saúde – são elementos centrais e essenciais de um sistema de saúde, pois são eles que permitem a mobilização (por aquisição ou produção) dos insumos necessários à produção dos serviços e sua alocação a diferentes finalidades (programas ou ações de saúde). Quando faltam recursos financeiros ou eles são mal utilizados, a atenção à saúde resultante será inadequada (efeito sobre a qualidade e efetividade) e/ou de custo desnecessariamente alto (efeito sobre a eficiência). A estrutura e alocação do gasto em saúde, os fluxos financeiros que se dão no âmbito do sistema de saúde, e como esses recursos são aplicados, afetam de forma importante os resultados do sistema. Neste sentido, pode-se falar de uma “qualidade” do gasto em saúde como a característica do gasto que propicia o melhor resultado possível, ou seja, quando os recursos:

1. São alocados de maneira eficiente entre os diversos insumos (eficiência alocativa);
2. São utilizados da melhor maneira possível, ou seja, com minimização de desperdícios, desvios ou perdas;
3. Produzem a maior quantidade possível de serviços de saúde dado certo nível de gasto (eficiência técnica);
4. Produzem o nível de qualidade desejada;
5. Produzem o melhor impacto/efetividade possível, dados os recursos disponíveis.

A qualidade do gasto conforme definida acima é determinada por vários fatores, como indicado na Figura A.1 abaixo: o arcabouço legal que rege a utilização dos recursos e a gestão das unidades de saúde através dos sistemas formais de planejamento e orçamento; as relações entre níveis de governo e entre estas e as unidades executoras/prestadoras dos serviços de saúde; o sistema de planejamento e orçamento e os fluxos financeiros que ele determina; o grau de autonomia e responsabilidade em nível local; as práticas gerenciais vigentes nas unidades executoras.

Avaliar a qualidade do gasto público em saúde, ou seja, do gasto do SUS, requer, portanto acompanhar os fluxos financeiros em suas diversas fases no processo de financiamento e produção dos serviços de saúde. Esse “rastreamento” implica em:

1. Analisar o sistema de planejamento e orçamento que define a alocação e utilização de recursos no âmbito do SUS;
2. Mapear os fluxos financeiros entre níveis de governo e entre níveis centrais e unidades de saúde;
3. Avaliar como esses recursos são utilizados/aplicados nas unidades executoras do sistema de saúde, no âmbito da execução orçamentária;
4. Comparar os recursos utilizados com os resultados alcançados em termos da quantidade dos serviços de saúde produzidos e de sua qualidade e efetividade.

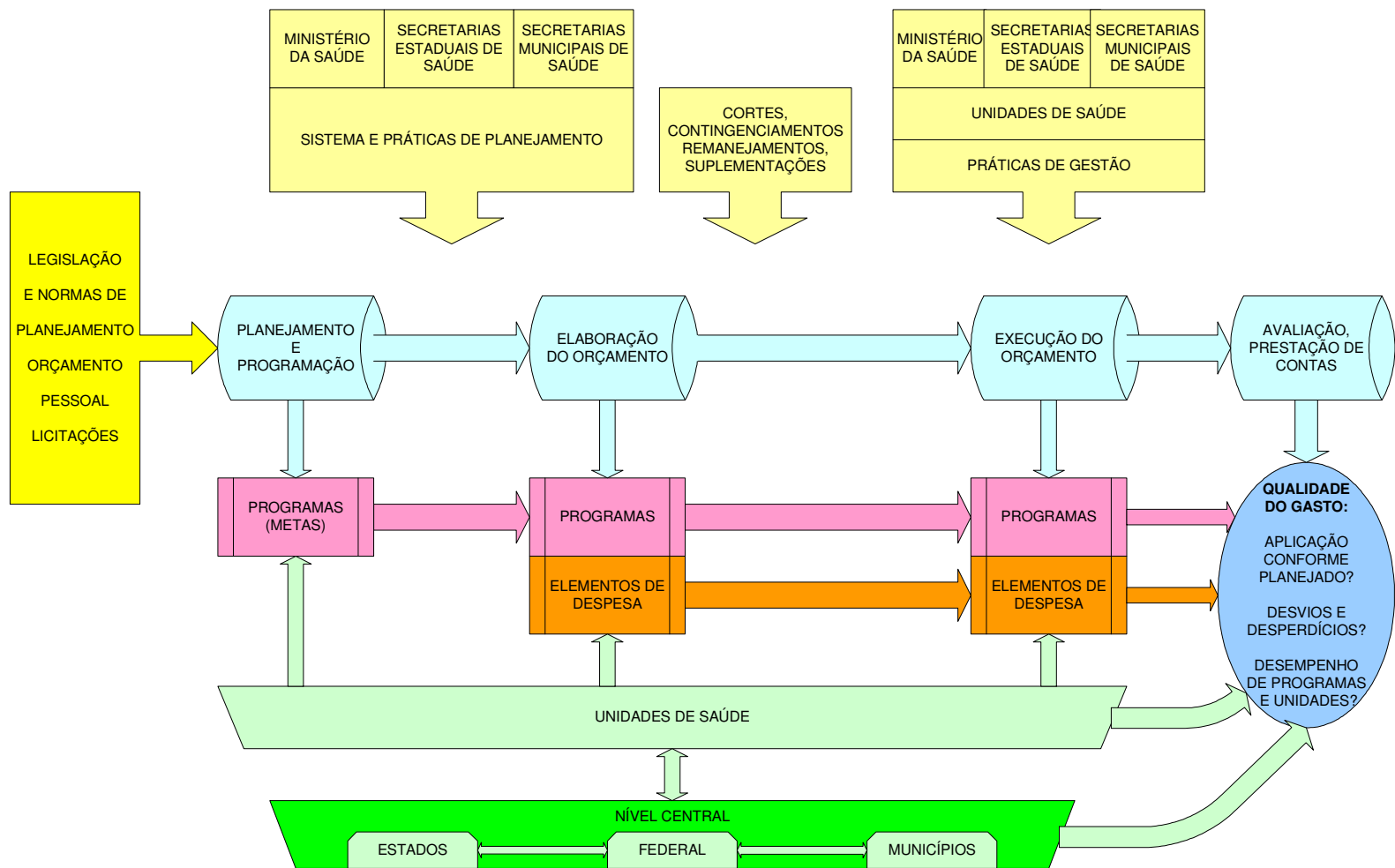
A metodologia *Pesquisa de Rastreamento do Gasto Público* ou *Public Expenditure Tracking Survey* (PETS), desenvolvida pelo Banco Mundial, já foi aplicada em vários países em desenvolvimento. Ela permite rastrear o gasto público em saúde para avaliar se os recursos disponíveis em um dado setor estão sendo bem utilizados. Tradicionalmente, o PETS é constituído por três componentes: um componente de rastreamento, que procura quantificar os atrasos e insuficiências de recursos no processo de planejamento e execução orçamentária dos diferentes níveis de governo; um

componente de identificação e mensuração dos desvios e desperdícios ao nível das unidades de saúde; e um terceiro componente que visa medir o impacto desses problemas sobre a qualidade e eficiência na prestação de serviços. Esse tipo de pesquisa implica normalmente em rastrear fundos específicos transferidos entre órgãos e unidades de saúde por um lado, e analisar a alocação e aplicação de recursos em nível das unidades de saúde.

Na maioria dos casos, a aplicação do PETS se deu em países onde o sistema de saúde é bem menos complexo, os fluxos de recursos mais simples, e os sistemas de informação mais rudimentares, do que no Brasil. Durante a pesquisa, consideração especial foi dada, por exemplo, à distância e distorções existentes entre os mecanismos formais de planejamento, orçamentação e monitoramento e a prática efetiva de controle do gasto e funcionamento dos serviços de saúde. A pesquisa procurou aproveitar os dados dos sistemas de informação existentes ao mesmo tempo em que procurava comprovar essas informações através de levantamentos ou dados pontuais.



**FIGURA A.1: O CICLO ORÇAMENTÁRIO E OS DETERMINANATES DA QUALIDADE DO GASTO**





## METODOLOGIA

A aplicação do PETS neste estudo previu uma análise em seis dimensões: processo de planejamento e elaboração orçamentária; execução orçamentária (incluindo controle da execução orçamentária, prestação de contas, auditoria, controle e avaliação); gestão de materiais e medicamentos (incluindo o processo de compras e licitação, controle de estoques; despesas com adiantamento e pronto pagamento, e uso de materiais); gestão de equipamentos e instalações; gestão de recursos humanos; e gestão da produção.

Para entender os fluxos de recursos no âmbito do SUS e poder rastreá-los efetivamente, a coleta de dados foi realizada em quatro níveis hierárquicos distintos: Ministério da Saúde (através de bancos de dados existentes), Secretarias de Estado da Saúde (SES), Secretarias Municipais de Saúde (SMS); e unidades de saúde (hospitais e unidades ambulatoriais). Para tanto foi desenvolvida uma estratégia de coleta de dados que integrava consulta e análise de dados secundários e coleta in loco de dados primários, procurando refletir a realidade de cada tipo de local, porém guardando as características de rastreamento descritas acima.

O esquema geral do estudo está retratado na Tabela A.1, e as questões específicas que o estudo procurou levantar e analisar para cada tema estão listadas a seguir:

**TABELA A.1: ESTRUTURA DO PETS**

Processo	Planejamento e Orçamento	Execução Orçamentária	Gestão de Materiais	Gestão de Equipamentos	Gestão de Recursos Humanos	Gestão da Produção
Legislação e regulação	<div style="text-align: center;"> <p>Ministério da Saúde</p>  <p>Secretarias de Estado da Saúde / Secretarias Municipais</p>  <p>Hospitais</p> <p>Unidades Ambulatoriais</p> </div>					
Atrasos						
Desvios e desperdícios						
Outros Problemas						
Impacto s/ qualidade e eficiência						

### (a) Planejamento e orçamento

- Metodologia e critérios de elaboração dos planos e do orçamento;
- Critérios de alocação de recursos;
- Atrasos na aprovação do orçamento e na disponibilização dos recursos;
- Diferenças entre a necessidade de recursos e o orçamento aprovado, entre a alocação solicitada e a aprovada por programas/atividades e por categorias de despesa;
- Rigidez na alocação do orçamento, dificultando a realocação dos recursos em função das necessidades;

- Características do processo de planejamento e orçamentação que dificultam o controle financeiro e gerencial;

**b) Execução orçamentária**

- Atrasos na execução orçamentária e no pagamento dos fornecedores;
- Diferenças entre o orçamento aprovado e despesas realizadas e suas causas;
- Diferenças entre os recursos disponíveis e a execução final de fundos vinculados a programas ou atividades;

**c) Gestão de materiais**

- Atrasos no processo de licitação e compra, e na entrega de bens e serviços;
- Controle sobre a recepção e qualidade dos produtos e serviços;
- Armazenamento de medicamentos e outros materiais e controle sobre estoques;
- Perdas de medicamentos e outros bens por vencimento da validade;
- Registro e controle de bens fornecidos sem custo pelo nível central;
- Controle sobre verbas de pronto pagamento;

**d) Gestão de equipamentos e instalações**

- Estado dos equipamentos e instalações
- Manutenção de equipamentos e instalações.

**e) Gestão de pessoal**

- Quantidade e alocação de pessoal em função das necessidades;
- Atrasos no pagamento de pessoal;
- Absenteísmo e não cumprimento da jornada de trabalho;
- Qualificação do pessoal para exercerem suas atividades;
- Produtividade do quadro técnico.

**d) Análise do impacto na eficiência e qualidade dos serviços**

- Taxas de utilização dos profissionais e recursos técnicos;
- Taxas de mortalidade e infecção hospitalar;
- Atividades e cuidados interrompidos por falta de medicamentos e equipamentos;
- Tempos médios de permanência e giro do leito;

## **AMOSTRAGEM**

A amostra selecionada para o estudo foi desenhada para refletir a variação regional e de unidades de saúde, procurando ao mesmo tempo manter um custo logístico mínimo. Por isso, escolheu-se uma amostragem não aleatória e em 3 estágios: no primeiro foram escolhidas as unidades federativas, no segundo municípios localizados nesses estados, e no terceiro as unidades de saúde localizadas nesses municípios. Essa estrutura da amostra foi escolhida de maneira a permitir o

rastreamento dos fluxos de recursos dentro de um mesmo estado e o cruzamento das informações nos três estratos da pesquisa.

A amostra compreendia inicialmente 6 estados com suas respectivas Secretarias Estaduais de Saúde, 18 municípios e 76 unidades de saúde (52 hospitais e 24 unidades ambulatoriais). Com o abandono da coleta em um município e algumas unidades, e a dificuldade de acesso a informações, permaneceram na amostra final 17 municípios (Secretarias Municipais de Saúde); 49 hospitais (Públicos e Filantrópicos); e 20 unidades ambulatoriais (estaduais e municipais). A amostra resultante, embora reflita a diversidade de situações do SUS, é pequena para cada estrato ou tipo de unidade e, portanto não permite extrapolação estatística dos resultados.

No exercício de amostragem, os estados foram escolhidos de maneira a representarem cada uma das 6 regiões brasileiras (para a região Sudeste foram incluídos 2 estados em face da densidade populacional e concentração de estabelecimentos de saúde); além disso, um critério importante de escolha foi refletir a diversidade de tamanhos e características de estados, municípios e unidades de saúde.

Os municípios foram selecionados tendo como principal parâmetro o porte. Foram incluídas as capitais dos estados, um município de médio porte por estado (aproximadamente 200 mil habitantes), e pelo menos um município de pequeno porte (aproximadamente 50 mil habitantes). Assim, a amostra de municípios resultante pode ser considerada como razoavelmente representativa da diversidade do SUS.

Os hospitais selecionados deveriam atender aos seguintes requisitos: atender predominantemente a usuários do SUS, terem no mínimo 50 leitos, possuírem sistemas de informação razoáveis, e serem de esferas e naturezas representativas do SUS. Foram incluídos na amostra vários hospitais que foram incluídos em outros estudos recentes, visando possibilitar o cruzamento e a complementação das informações. A distribuição proposta considera uma concentração nos hospitais públicos, uma vez que o foco do estudo está nas relações orçamentárias e nas transferências de recursos. Esta amostra foi estratificada por porte (hospitais médios/grandes e pequenos) e esfera, procurando-se obter um número suficiente de unidades de cada tipo para que os resultados fossem representativos. Também se procurou incluir hospitais com características distintas, como hospitais que desenvolvem atividades de ensino e pesquisa, e hospitais públicos gerenciados sob modelos diversos de gestão.

## **COLETA E ANÁLISE DE DADOS**

A coleta de dados utilizou três fontes paralelas e complementares: um questionário estruturado destinado a dirigentes de secretarias e unidades de saúde, entrevistas qualitativas a técnicos de instituições de saúde (12 técnicos e profissionais de saúde foram entrevistados), e análise de relatórios e documentos oficiais. A coleta cobriu o período de 2001 a 2003, porém com ênfase para o ano de 2002. Dependendo do tipo e disponibilidade da informação, o período de um ano ou um mês ou alguns momentos durante um ano foram definidos para questões mais específicas, assim reduzindo os tempos de coleta; os relatos qualitativos se referiam em geral ao ano corrente (2003), focando em eventos mais recentes e, portanto mais fáceis de lembrar.

Um conjunto de questionários adaptado do instrumento do PETS aplicado em outros países (principalmente Moçambique e Uganda) foi desenvolvido como principal instrumento de coleta. O questionário básico possui três variantes, uma para cada nível ou tipo de unidade de pesquisa: uma para as secretarias de saúde, outra para hospitais, e outra para unidades ambulatoriais. Uma

primeira versão foi desenvolvida entre julho e setembro de 2003, e testada em campo durante outubro do mesmo ano. A versão final, com as modificações sugeridas pelo teste-piloto, ficou pronta em Novembro, e o trabalho de campo ocorreu nos meses de Novembro 2003 a Março 2004. Esse período é sem dúvida inadequado em função dos feriados de fim de ano, que atrapalharam bastante o ritmo da coleta. A tarefa de adaptação da metodologia PETS à realidade brasileira foi um processo que envolveu uma equipe multidisciplinar. Essa adaptação visou levar em conta os sistemas de informação existentes e levantar evidências de problemas, procurando-se sempre que possível quantificá-los e avaliar seu impacto na prestação de serviços.

Os questionários foram aplicados em entrevistas realizadas com Secretários Estaduais de Saúde ou alguém designado (normalmente um profissional encarregado de setor específico que detinha as informações necessárias); Secretários Municipais de Saúde ou alguém por ele designado; Diretores de Hospitais; e Diretores de Unidades Ambulatoriais. Além disso, foram realizadas entrevistas complementares com técnicos de diversas áreas técnicas e administrativas, com o objetivo de esclarecer e aprofundar os achados da pesquisa por questionário. Finalmente, juntamente com a aplicação do questionário foram solicitados documentos e relatórios de apoio, tais como documentos orçamentários, planos e relatórios de gestão, etc.

O trabalho de campo foi organizado em equipes, uma por estado incluído na amostra. Em cada estado foi designado um supervisor de campo, que coordenava uma equipe de 2 a 4 entrevistadores que cobriam as unidades daquele estado. O supervisor tinha a tarefa de coordenar a equipe de seu estado, planejar a logística da pesquisa de campo, e ao final desta, verificar a consistência dos dados, organizar a documentação complementar, elaborar um relatório de campo acompanhado de prestação de contas, e encaminhar tudo à coordenação do projeto, via eletrônica (para os questionários) e por correio. Supervisores e pesquisadores de campo receberam orientação sobre o projeto e treinamento na aplicação dos instrumentos.

Os instrumentos possuem uma estrutura comum para todos os tipos de unidades investigadas (SES e SMS, hospital e unidade ambulatorial), porém o conteúdo de cada seção é específico para cada tipo de unidade. A estrutura básica do questionário foi organizada em torno dos processos de planejamento, orçamentação e execução orçamentária, e dos principais insumos utilizados na prestação de serviços de saúde: Materiais e Medicamentos, Recursos Humanos, e Equipamentos e Instalações; as seções componentes do questionário são:

- Seção A - Informações da Secretaria ou Unidade – contempla os dados de identificação da unidade pesquisada, o nome do responsável pela unidade e a identificação da natureza e perfil da unidade (no caso de hospitais e ambulatorios incluem, por exemplo, o número de leitos e serviços oferecidos).
- Seção B - Planejamento e Processo Orçamentário – investiga o processo de planejamento e orçamentação em suas diferentes etapas, o grau de autonomia na preparação e execução do orçamento, atrasos na liberação e aplicação dos recursos, diferenças entre os valores solicitados, aprovados e executados, além do uso de verba de pronto pagamento (pequeno caixa).
- Seção C - Gestão de Compras, Materiais e Medicamentos - esta seção contempla as informações sobre sistema de compras e armazenagem, incluindo a farmácia; foram levantados basicamente a condição física do estoque, os atrasos nos processos de licitação e o impacto na produção de serviços.
- Seção D - Equipamentos e Instalações – nesta seção verificou-se o parque de equipamentos, incluindo a produção realizada e o índice de quebras, além das condições físicas das instalações.

- Seção E - Recursos Humanos – nesta seção buscaram-se informações sobre o quadro de pessoal, sua distribuição, qualificação, absenteísmo e não cumprimento da jornada de trabalho.
- Seção F - Gasto Hospitalar e Ambulatorial – Nesta seção buscou-se informações sobre o orçamento de despesa por tipo e receita por fonte, analisando-se nos prestadores de serviço o impacto da receita SUS sobre as despesas.
- Seção G - Produção Hospitalar e Ambulatorial – foram coletados dados de produção das unidades e calculados quando possível indicadores de desempenho e qualidade.

A documentação complementar solicitada é constituída de:

- Agenda Municipal /Estadual de Saúde (2002-2003);
- Plano Municipal /Estadual de Saúde (2002-2003);
- Plano Plurianual em vigor (parte Saúde);
- Lei de Diretrizes Orçamentárias (2002-2003);
- Orçamento Municipal /Estadual da Saúde (2002-2003);
- Demonstrativos de Execução Orçamentária existente (2002 e 1º semestre 2003);
- Balanços Municipais/ Estaduais, Anexos 2, 6 (parte Saúde), 10 e 11, para 2002;
- Relatórios de Gestão (2002).
- Quadro de Alocação de Pessoal
- Organograma da instituição

Os dados do questionário e dos documentos de apoio foram tabulados em um banco de dados em Microsoft Access, e análises quantitativas foram realizadas em Excel e SPSS. Durante a entrada de dados foram realizadas verificações de consistência interna e fazendo uso dos relatórios e documentos de apoio, o que consumiu tempo considerável, mas permitiu reduzir os erros de preenchimento do questionário e preencher lacunas. A partir da base de dados foram calculados alguns indicadores de desempenho para as unidades de saúde pesquisadas, principalmente os hospitais.

### **CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA**

Como já foi dito, a amostra foi escolhida de modo não aleatório, mas visando refletir a diversidade de situações encontradas no SUS. A Tabela A.2 a seguir apresenta a população, situação de gestão do SUS e a rede de unidades de saúde dos estados e municípios da amostra.

**TABELA A.2: CARACTERÍSTICAS DOS ESTADOS E MUNICÍPIOS DA AMOSTRA**

	POPULAÇÃO	GESTÃO	REDE HOSPITALAR		REDE AMBULATORIAL	
			PRÓPRIA	SUS	PRÓPRIA	SUS
<b>Amazonas</b>	<b>3.031.068</b>		<b>67</b>	<b>96</b>	<b>81</b>	<b>647</b>
- Manaus	1.527.314	GPSM	3	32	217	277
- Parintins	99.813	GPSM	0	1	2	7
<b>Ceará</b>	<b>7.758.441</b>		<b>9</b>	<b>269</b>	<b>17</b>	<b>1903</b>
- Fortaleza	2.256.233	GPSM	9	52	74	118
- Sobral	163.836	GPSM	2	7	16	22
- Canindé	71.996	GPSM	0	1	32	32
<b>Rio de Janeiro</b>	<b>14.879.118</b>		<b>22</b>	<b>310</b>	<b>22</b>	<b>1684</b>
- Rio de Janeiro	5.974.081	GPSM	30	101	78	106
- São Gonçalo	925.402	GPAB	4	17	52	57
- Resende	110.876	GPSM	1	3	30	30
- Natividade	15.275	GPAB	0	1	7	8
<b>São Paulo</b>	<b>38.709.320</b>		<b>62</b>	<b>641</b>	<b>157</b>	<b>6385</b>
- São Paulo	10.677.019	GPSM	18	83	297	419
- Assis	90.774	GPSM	0	3	21	22
<b>Rio Grande Sul</b>	<b>10.510.992</b>		<b>6</b>	<b>370</b>	<b>16</b>	<b>2287</b>
- Porto Alegre	1.394.085	GPSM	2	25	93	134
- Pelotas	331.372	GPSM	0	7	52	61
- Ivoti	16.594	GPAB	0	1	3	3
<b>Mato Grosso</b>	<b>2.651.335</b>		<b>4</b>	<b>157</b>	<b>9</b>	<b>817</b>
- Cuiabá	508.156	GPSM	1	18	63	76
- Barra Bugres	29.717	GPAB	2	5	31	32
- Rondonópolis	158.391	GPSM	0	7	59	61

Fonte: IBGE (MAS 2002). Rede própria indica as unidades pertencentes ao governo estadual ou municipal listado; a coluna SUS inclui todas as unidades públicas ou privadas prestando assistência ao SUS no estado ou município.

GPSM = Gestão Plena do Sistema Municipal; GPAB = Gestão Plena da Atenção Básica.

### Secretarias Estaduais

Os seis estados - Amazonas, Ceará, Mato Grosso, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo – possuem características distintas, em termos de tamanho da população e da rede instalada, da situação de gestão do SUS e do perfil epidemiológico. Na maioria deles, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) se beneficia da situação de “Gestão Estadual Avançada”. Chama à atenção a importância da SES de São Paulo com uma extensa rede própria de hospitais e unidades ambulatoriais, e a rede ambulatorial da SES do Estado do Amazonas.

### Secretarias Municipais

Os 17 municípios pesquisados também apresentam características distintas. Seis são capitais de seus estados, todos com população acima de 600.000 habitantes. Três são municípios de médio a grande porte (São Gonçalo, Pelotas e Sobral), e os demais são de médio para pequeno porte. 14 estão em Gestão Plena do Sistema Municipal (com responsabilidade integral pela rede existente) e os outros 3 em Gestão Plena da Atenção Básica (gerenciando apenas as atividades desse nível).

### Hospitais

Dos 49 hospitais pesquisados em nossa amostra, 13 (26.5% do total) são de pequeno porte (< 100 leitos), 24 (49%) de médio porte (entre 100 e 249 leitos) e 12 (24.5%) são de grande porte (250+ leitos). Essa distribuição é diferente da realidade do SUS, onde predominam os hospitais de

menos de 100 leitos (81% do total). A maior parte é de hospitais públicos (69%), sendo a maioria de administração direta (Tabela A.3). Três hospitais públicos (e um privado) detêm autonomia de gestão (2 fundações e 2 organizações sociais). Aproximadamente 1/3 dos hospitais da amostra (16) eram privados. Doze hospitais, a maior parte públicos, mantêm atividades de ensino e pesquisa.

**TABELA A.3: AMOSTRA DE HOSPITAIS**

Tipo	Hospitais Amostra Por Tamanho			Leitos	Fundação/ Autarquia	OSS	Ensino & Pesquisa	SUS
	<100B	100-249BL	250+B					
Público Federal	0	3	1	1.716	0	0	4	86
Público Estadual	2	8	3	1.608	0	1	4	577
Público Municipal	8	6	2	1.635	2	0	1	1,755
<b>Subtotal Público</b>	<b>10</b>	<b>17</b>	<b>6</b>	<b>4,959</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>2,418</b>
Filantropico	3	5	6	4.590	0	1	3	1,749
Privado Lucrativo	0	2	0	141	0	0	0	1,423
<b>Rede SUS</b>	<b>4,548</b>	<b>815</b>	<b>227</b>	<b>394,418</b>	<b>133</b>	<b>18</b>	<b>101</b>	<b>5,590</b>

\* Fonte: IBGE (AMS 2002).

Em termos de equipamentos e serviços oferecidos, a maioria era de nível médio a alto de complexidade – 95% com laboratório clínico e 90% com ultra-sonografia – e 81% oferecem serviços de Pronto Socorro/Pronto Atendimento (vide Tabela A.4).

**TABELA A.4: CARACTERÍSTICAS DOS HOSPITAIS DA AMOSTRA**

Serviço	% próprio	% terceirizado	% não disponível
Emergência/PA/Pronto Socorro	79.54 %	2.27 %	18.19 %
Laboratório Clínico	75 %	20.46 %	4.54 %
Radiologia	84.09 %	9.09 %	6.82 %
Ressonância Magnética	11.36 %	18.18 %	70.46 %
Ultra-sonografia	70.45 %	18.18 %	11.36 %
Tomografia Computadorizada	52.27 %	9.09 %	36.36 %
Nutrição	65.90 %	25 %	6.81 %
Esterilização de Materiais	95.45 %	0.0 %	4.45 %
Lavanderia	47.72 %	52.27 %	0.0 %
Farmácia	88.63 %	2.28 %	2.28 %
Banco de Sangue	52.27 %	36.36 %	9.09 %
Outros Serviços	36.36 %	9.09 %	25 %

### Unidades Ambulatoriais

As 20 unidades ambulatoriais da amostra são todas públicas, com predominância das unidades municipais (Tabela A.5). Essa predominância está ligada ao fato de que a grande maioria das unidades ambulatoriais públicas é hoje de propriedade ou gerenciada pelas Secretarias Municipais de Saúde, em decorrência do processo de municipalização, ficando em nível estadual unidades mais especializadas como é o caso dos hemocentros incluídos na pesquisa. A maior parte (70%) consiste em unidades básicas de saúde (Centros e Postos de Saúde, incluindo várias com equipes



do Programa de Saúde da Família), e existem mais 6 unidades de referência oferecendo atendimento em especialidades (policlínicas, Postos de Assistência Médica e outros).

**TABELA A.5: AMOSTRA DE UNIDADES AMBULATORIAIS**

<b>Tipo</b>	<b>Unidades Ambulatoriais</b>	<b>Policlínicas &amp; PAMs</b>	<b>Centros e Postos de Saúde</b>
Público Federal	0	0	0
Público Estadual	5	3	2
Público Municipal	15	3	12
<b>Subtotal Público</b>	<b>20</b>	<b>6</b>	<b>14</b>
Filantrópico	0	0	0
Privado	0	0	0
<b>TOTAL AMOSTRA</b>	<b>20</b>	<b>6</b>	<b>14</b>