

# Financiamento da atenção hospitalar no SUS: análise na perspectiva dos gestores da rede própria

*Financing of hospital care in the SUS: analysis from the perspective of the managers of the own network*

Juliete Sales Martins<sup>1</sup>, Jessica Santos de Souza<sup>2</sup>, Lilian Barbosa Rosado<sup>3</sup>, Thadeu Borges Souza Santos<sup>4</sup>, Isabela Cardoso de Matos Pinto<sup>5</sup>

**RESUMO** O objetivo desse estudo foi identificar os desafios vinculados ao financiamento da atenção hospitalar no estado da Bahia, incluindo todas as unidades da rede própria de gestão direta e indireta no período de 2007 a 2014. É uma pesquisa qualitativa, tipo estudo de caso, em que foram utilizadas entrevistas semiestruturadas para análise dos fatores que incidem sobre o financiamento da rede hospitalar da Bahia. A fundamentação teórica adotada foi a estruturação do Triângulo de Ferro de Matus, que trata sobre elementos para análise da capacidade de gestão. Questões como subfinanciamento, atraso nos repasses, restrições de gastos, falta e/ou presença de autonomia e estratégias de enfrentamento dos problemas financeiros estiveram presentes nos relatos dos gestores, configurando-se como desafios para a gestão. Assim, o estudo apresenta relevância analítica, levando a acreditar o quão importante é a gestão criativa e responsável financeiramente, para enfrentar as complexidades impostas pelo financiamento à capacidade de gestão hospitalar.

**PALAVRAS-CHAVE** Financiamento da assistência à saúde. Administração hospitalar. Gestão em saúde.

**ABSTRACT** *The objective of this study was to identify the challenges related to the financing of hospital care in the State of Bahia, including all units of the own network of direct and indirect management in the period from 2007 to 2014. It is a qualitative research, a case study, in which semi-structured interviews were used to analyze the factors that affect the financing of the hospital network of Bahia. The theoretical basis adopted was the structuring of the Matus Iron Triangle, which deals with elements for the analysis of management capacity. Issues such as underfinancing, delayed onlendings, spending restrictions, lack and/or presence of autonomy and strategies to deal with financial problems were present in the managers' reports, and they were presented as management challenges. The study presents analytical relevance, leading to believe how important the creative and financially responsible management is, to face the complexities imposed by the funding of hospital management capacity.*

**KEYWORDS** *Healthcare financing. Hospital administration. Health management.*

<sup>1</sup> Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil. [ju.lysa.martins@hotmail.com](mailto:ju.lysa.martins@hotmail.com)

<sup>2</sup> Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil. [jessicaenf@yahoo.com.br](mailto:jessicaenf@yahoo.com.br)

<sup>3</sup> Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil. [lilian\\_rosado@hotmail.com](mailto:lilian_rosado@hotmail.com)

<sup>4</sup> Universidade do Estado da Bahia (Uneb) - Salvador (BA), Brasil. [thadeu100@gmail.com](mailto:thadeu100@gmail.com)

<sup>5</sup> Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil. [isabelacmp@gmail.com](mailto:isabelacmp@gmail.com)

## Introdução

Quando o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro foi instituído como universal, a necessidade de fontes de financiamento seguras e suficientes seriam fundamentais ao cumprimento do que estava previsto na Constituição Federal Brasileira de 1988 (CFB/1988)<sup>1</sup>. Contudo, os fatos nunca ocorreram conforme planejado, pois sempre existiram crises a serem enfrentadas, que se caracterizavam pelas insuficiências e indefinições quanto aos seus recursos financeiros<sup>2</sup>.

Em relação à atenção hospitalar, especificamente, constata-se que ela consome o maior volume de recursos, em consequência a complexidade dos serviços prestados e o uso de tecnologias de ponta<sup>3</sup>. Todavia, este nível de atenção foi marcado por enfrentamentos às sucessivas crises, desde o período da assistência médica previdenciária a partir dos anos 1980<sup>4</sup>.

Historicamente, o financiamento da saúde pública no Brasil sempre foi problemática muito discutida. A partir do processo de implementação do financiamento do SUS, em que 30% do orçamento da seguridade social deveria ser destinado para a saúde, de fato, sempre esteve abaixo desse percentual sob a justificativa da crise econômica dos anos 1990. Condição agravada com o mecanismo de Desvinculação das Receitas da União (DRU) como busca do ajuste fiscal. Situação que vem estabelecendo importante instabilidade no setor<sup>2</sup>.

Como marcos normativos da institucionalização do financiamento do SUS, as Normas Operacionais Básicas de 1993 e 1996 (NOB-93 e NOB-96) regulamentaram os repasses de recursos, a serem automáticos e descentralizados por critério populacional<sup>5</sup>. Como alternativa ao subfinanciamento, foi criada a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira em 1996 (CPMF/1996), cuja arrecadação se destinaria exclusivamente às ações e serviços de saúde. Somente com a Emenda Constitucional nº 29, de 2000 (EC29/2000),

houve sentimento de maior estabilidade do financiamento federal e participação dos estados e municípios, pois estabeleceu percentuais mínimos de alocação de recursos por estas esferas de governo. Contudo, só vigorou a partir da Lei Complementar nº 141, de 2012 (LC141/2012)<sup>2</sup>.

A referida emenda foi importante no sentido de promover descentralização e aumento da participação dos estados e municípios no financiamento da saúde, entretanto não ampliou o volume do financiamento por parte do governo federal.

Durante todo esse percurso, o Pacto pela Saúde, de 2006, formalizou que a transferência dos recursos do governo federal ocorreria por meio de seis blocos de financiamento. Especificamente, eles são para a atenção básica, a atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), a vigilância em saúde, a assistência farmacêutica, a gestão do SUS e o investimento. Assim, os repasses regulares e automáticos passaram a ser em conta única para cada um desses blocos, via fundo a fundo de cada unidade subnacional. Condicionalidade que levantou críticas por ter dificultado a execução discricionária dos gestores em saúde<sup>6</sup>.

Em 2013, uma intensa mobilização reuniu esforços em torno do Movimento Saúde +10, que buscou, mediante Emenda Popular nº 321/2013, a destinação de 10% da receita corrente bruta da União para o setor saúde. Todavia, esta iniciativa não foi aceita pelo Congresso Nacional, mesmo tendo obtido 2,2 milhões de assinaturas<sup>7</sup>.

Recentemente, três iniciativas do poder legislativo e executivo provocaram importantes ajustes na estruturação do financiamento do SUS. Por meio da Emenda Constitucional nº 86, de 2015, alterou-se o método de cálculo do piso constitucional a ser aplicado pela união, preservou-se o dos demais entes federados e instituiu-se o denominado Orçamento Impositivo (em que é obrigatória a execução de 1,2% da receita corrente líquida em emendas parlamentares,

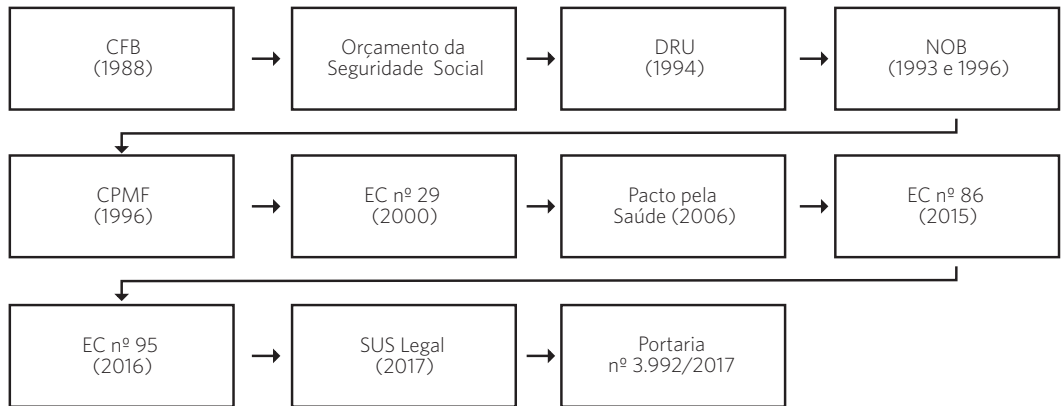
em que metade desse percentual deve ser destinada ao setor saúde)<sup>6</sup>, contrariando a lógica do planejamento orçamentário ascendente.

Outras duas mudanças decorreram de um cenário político austero. Uma foi a aprovação da Emenda Constitucional nº 95, de 2016 (EC95/2016), conhecida como Teto dos Gastos Públicos, que instaurou um novo regime fiscal federal à seguridade social, cujo congelamento dos gastos vigorará por 20 anos, a partir de 2017<sup>8</sup>. Já a outra foi a Portaria nº 3.992, de 2017, que alterou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS, passando a ser por intermédio dos dois únicos blocos de custeio e de investimento. Esse novo modelo de plano

orçamentário federal, estadual e municipal foi conhecido como SUS Legal<sup>9</sup>, e, apesar da justificativa de desburocratizar os recursos destinados à saúde e atender à reivindicação antiga dos gestores, suscitou críticas porque deveria ser analisada à luz da complexa forma que o financiamento da saúde é tratado enquanto políticas públicas no Brasil<sup>10</sup>.

Assim, com essa reconstrução histórica, ilustrada na *figura 1*, percebe-se quanto o financiamento se tornou um dos fatores mais importantes e, provavelmente, o mais complexo para a consolidação do SUS universal e integral<sup>5</sup> e como ele é fator desafiante aos gestores na organização da oferta, qualificação e adequação da atenção às necessidades da população sendo desde a criação do sistema<sup>1</sup>.

Figura 1. Marcos normativos do financiamento na história do SUS, da Constituição Federal de 1988 ao SUS Legal de 2017



Paralelamente, existem medidas que agravam a situação dessa problemática, sendo hipóteses para o subfinanciamento, como a autorização da entrada do capital estrangeiro; sucessivas prorrogações da DRU<sup>2</sup>; a renúncia fiscal para os seguros e planos de saúde; ampliação da destinação de parte orçamentária à relação público-privada; o não acolhimento do SUS por nenhum partido ou sindicatos de trabalhadores; e o compromisso

com o pagamento dos juros da dívida externa<sup>11</sup>.

Ao restringir a análise para o bloco da MAC, atenta-se ainda para as alterações nos recursos destinados para ele. A atenção hospitalar, sempre em evidência nas crises da atenção à saúde, tem sofrido com a remuneração de serviços aquém dos valores reais estimados e diminuição do percentual de recursos no decorrer dos anos<sup>12</sup>. De tal modo, para além dos marcos normativos da política de financiamento do

SUS, emerge a importância de compreender como ocorre o financiamento da atenção hospitalar, enquanto processo de alocação de recursos nesse nível de atenção.

Conforme o Pacto pela Saúde, os recursos advindos do componente financeiro da MAC ambulatorial e hospitalar cobriam, entre outras, as unidades de pronto atendimento, as redes de atenção, a adesão a contratualizações, a assistência ambulatorial hospitalar, o atendimento móvel de urgência e os hospitais de pequeno porte. Ademais, por meio do componente destinado ao Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec), contemplava o custeio de procedimentos como terapia renal substitutiva, regulação da alta complexidade, os transplantes e as ações estratégicas emergenciais<sup>7</sup>.

Com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), instituída em 2013, ratificou-se o financiamento como tripartite e voltados aos seus eixos estratégicos de assistência, gestão, formação, desenvolvimento da força de trabalho, financiamento, contratualização e corresponsabilidades das esferas de gestão. De tal modo, ela foi relevante para sustentabilidade da rede e alinhamento estratégico à população de referência, perfil epidemiológico do território e importância do serviço hospitalar nas redes de atenção<sup>13</sup>.

Assim, percebe-se quão complexa é a questão do financiamento para a capacidade de gestão voltada à implementação da atenção hospitalar no SUS. Considerando a importância dessa temática, este estudo tem como objetivo identificar os desafios vinculados ao financiamento da atenção hospitalar no estado da Bahia, incluindo todas as unidades da rede própria de gestão direta e indireta no período de 2007 a 2014.

## Procedimentos teórico metodológicos

A rede de atenção hospitalar do estado da Bahia é constituída por unidades privadas

com ou sem fins lucrativos (filantrópicas) e públicas estatais. Neste estudo, foi considerada a rede própria do estado, cujas unidades são públicas e pertencentes à Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (Sesab). Atualmente, existem 43 unidades hospitalares, sendo 18 localizadas na capital e 25 no interior do estado<sup>14</sup>. Com relação ao modelo de administração, 22 unidades são administradas por gestão direta, ou seja, geridas pelo próprio estado. Além disso, outras 21 estão sob gestão indireta, em que o estado transfere a gestão para Organizações Sociais (OS) e Parceria Público-Privada (PPP), corresponsabilizando-se pela prestação dos serviços<sup>15,16</sup>.

Essa rede hospitalar própria do SUS Bahia merece destaque por ser uma das maiores redes próprias entre os estados brasileiros; ter ampliado cobertura territorial com a abertura de cinco novos hospitais entre 2007 e 2014 e outros três até 2017<sup>17-19</sup>, melhorando a relação de leitos gerais por habitantes e por leitos de unidade de terapia intensiva, bem como ter implementado estratégias ministeriais de reestruturação da rede hospitalar no SUS<sup>20,21</sup>.

Esta pesquisa é parte do estudo intitulado Modelos Alternativos de Gestão na Atenção Hospitalar do SUS, de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso e aprovada pelo Comitê de Ética com CAAE nº 41872715.2.0000.5030. Teve como característica a possibilidade de compreender esquemas estruturais durante exame detalhado dos processos organizacionais<sup>22</sup> citados pelos gestores hospitalares da rede própria do SUS Bahia. Em específico, focou-se nos fatores que incidem sobre o financiamento da referida rede, entre 2007 e 2014.

Como instrumento de coleta de dados, foi adotada entrevista semiestruturada. No presente estudo, foram analisadas 28 entrevistas dos diretores da referida rede. Entre eles, 13 eram de serviços sob gestão direta e 15 sob gestão indireta. Esse recorte decorreu do critério de inclusão das entrevistas transcritas no plano de análise, em que deveria apontar aspectos do financiamento relacionados com a capacidade de gestão hospitalar. Assim,

após plano de tratamento dos dados, constituiu-se banco de dados submetidos a sucessivas leituras em profundidade que permitiram reconhecimento de 11 núcleos de sentidos.

Outrossim, identificaram-se aqueles núcleos correlacionados à problemática do financiamento da atenção hospitalar no SUS, com os quais se avançou na categorização e análise de conteúdo, que é “[...] um procedimento analítico aplicável a qualquer comunicação, entrevistas, depoimentos desde que devidamente transcritos”<sup>23(98)</sup>.

A fundamentação teórica adotada foi a estruturação do Triângulo de Ferro de Matus (TFM) que aponta elementos para análise da capacidade de gestão, conforme objetivo do estudo. Os três vértices que compõem o TFM são a agenda de prioridades do dirigente, a prestação de contas por desempenho e a gestão por operações. Destaca-se que esta última é base estruturante do triângulo por permitir, primeiramente, distinguir a gestão como responsável e criativa ou, ao contrário, uma atividade gestora medíocre e rotineira. A segunda importância teórica está na consideração da responsabilidade do gestor com a eficiência e eficácia do serviço prestado. Por último, no destaque dado ao cumprimento de metas contratuais pactuadas<sup>24</sup>.

De tal forma, a gestão por operações foi tomada como concepção teórica deste estudo, pois permitirá análise crítica após apresentação dos

resultados da pesquisa sobre as complexidades do financiamento na gestão da atenção hospitalar, partindo da perspectiva dos gestores de serviços da rede própria do SUS Bahia.

## Resultados

A análise das entrevistas com gestores hospitalares da rede própria do SUS Bahia permitiu reconhecimento de 11 núcleos de sentidos que são delineamentos da complexidade do financiamento, para capacidade de gestão destes serviços de saúde. Eles estão agrupados em três categorias de análise: a primeira trata sobre os recursos financeiros, a segunda sobre a autonomia financeira e, por último, o processo decisório. Os diversos aspectos que conformam essa complexidade do financiamento na gestão hospitalar estão estruturados no *quadro 1*, separados, respectivamente, pelos modelos de gestão direta e indireta.

A seguir, serão apresentados e discutidos os resultados, primeiro quanto à Gestão Direta e, em seguida, quanto à Gestão Indireta, baseados nas categorias de análise citadas anteriormente. Atenta-se que, para as entrevistas com os gestores, adotou-se a sigla GD ou GI e um número ordinal para identificá-los e diferenciá-los, conforme suas respectivas unidades hospitalares e modelos de gestão.

Quadro 1. Delineamento da complexidade do financiamento na gestão hospitalar da rede própria do SUS Bahia, conforme modelos de gestão direta e indireta, no período de 2007 a 2014

Núcleos de Sentidos	Modelo de Gestão	
	Gestão Direta	Gestão Indireta
Recursos financeiros	Subfinanciamento	Subfinanciamento
	Atrasos nos repasses financeiros	Atrasos nos repasses financeiros
	Restrições de gastos	Corte de recursos por não cumprimento de metas contratuais
	-	Reequilíbrio econômico financeiro
Autonomia financeira	Ausente	Parcial
	Parcial	Total
	Total	-

Quadro 1. (cont.)

Processo decisório	Enfrentamento dos problemas financeiros	Enfrentamento dos problemas financeiros
	Redução de custos	Redução de custos
	Otimização na alocação dos recursos	-

Fonte: Desenvolvido pelos autores a partir da análise dos dados.

## Delimitação da complexidade do financiamento hospitalar com gestão direta

Na categoria de análise recursos financeiros, foram identificados entraves no financiamento dos hospitais. O subfinanciamento foi apontado pelos(as) gestores(as) como um dos fatores que mais interferem negativamente na assistência prestada, já que provoca suspensão de alguns serviços, como citado: “Nos primeiros meses eu pedi R\$300.000,00, veio R\$150.000,00. A minha necessidade era 300 de consumo, veio a metade, e aí? Eu deixo de fazer” (GD05). Relataram, ainda, que os montantes repassados precisam ser compatíveis com o nível de complexidade do perfil assistencial, pois

*[...] a questão financeira é um desafio. O planejamento interno de um hospital de trauma, onde o gasto com as UTIs e serviço de internamento domiciliar é muito alto, depende de financiamento compatível com a realidade. (GD02).*

Sendo assim, busca-se formas de garantir ou aumentar o valor desses repasses, seja por meio das esferas de governo, seja mediante órgãos externos, como relataram que “Os insumos são comprados com dinheiro e nós estamos lutando para aumentar nossas verbas tanto do nível federal, como do nível estadual e municipal” (GD01) e que

*[...] uma das nossas metas esse ano é tornar essa maternidade um Hospital Amigo da Criança, título da Unicef. Uma vez recebendo esse título, a gente tem um aumento no valor da nossa AIH. (GD03).*

Vale ressaltar que houve, por outro lado, menção à suficiência dos recursos financeiros. Nesse caso, quando a unidade tem menor nível de complexidade, como relatado abaixo por um dos gestores de unidades que atendem à média complexidade:

*Olhe, a gente tem, na verdade, um dos orçamentos que eu acho menores da rede, mas por ser também um hospital que não tem grande complexidade. Então assim, a gente não tem tido muito problema com isso não. Geralmente o recurso cobre, [...] o perfil favorece a questão financeira. (GD10).*

Outros fatores marcantes nas falas foram com relação aos atrasos nos repasses financeiros e restrições de gastos das unidades hospitalares, principalmente por ações de controle das Secretarias de Administração e da Fazenda do Estado. Isso tem se configurado um fator dificultador para o suprimento das unidades hospitalares, já que os contratos de serviços precisam ser pagos, e os insumos comumente aumentam de preço no mercado.

*Esse processo de compra, é muito complicado e está havendo cada vez mais restrições. Os controles são imensos, inúmeros e a Secretaria de Administração junto com a Fazenda fazem efetivamente esses controles, buscando a redução dos gastos. Só que chega um momento que fica inviável o suprimento do hospital, porque há um aumento nos gastos, reajuste de medicamentos e todos os produtos. (GD05).*

Na tentativa de solucionar os problemas



causados por esses fatores e continuar prestando a assistência devida, os gestores estabeleceram prioridades no pagamento dos serviços.

*A gente precisa apagar incêndio e a gente faz o que é prioritário, eu não posso desabastecer meu hospital, não posso deixar de pagar o que é prioridade, que é medicamento, suprimento, material de penso, para que tenha um mínimo de recurso para os profissionais trabalharem. Em segundo plano estão, por exemplo, contrato de tratamento de piso, contrato de lavanderia, que apesar de ser essencial, precisa que a Sesab repasse para gente poder fazer o pagamento. (GD04).*

À categoria de análise, que trata sobre autonomia financeira, as percepções dos gestores foram divergentes. Alguns apontaram para a ausência de autonomia, expressando que

*[...] o planejamento que nós fazemos não tem garantia nenhuma que ele vai ser cumprido, nós não temos autonomia de gestão, porque nós não podemos comprar equipamentos. Uma cadeira não pode ser comprada! (GD11).*

Enquanto também são apontados aspectos que caracterizam um tipo de autonomia parcial e pouco suficiente, muito relacionada com o poder de compra e contratação dos serviços, tendo em vista a descentralização desses processos pela Sesab. Esse mecanismo é, provavelmente, voltado para o controle e contenção de gastos, mas se configura como um obstáculo. Outro aspecto que prejudica a autonomia do gestor é a falta dos recursos financeiros, que não permite a concretização da tomada de decisão.

Quanto aos fatores analisados que caracterizaram a autonomia financeira, os entrevistados referem que, dentro dos limites da legislação que orienta a administração pública, eles têm autonomia para planejar. No entanto, a capacidade de execução é relativa porque muitas ações foram centralizadas na sede da Secretaria de Saúde, tais como: compras, contratos e licitações,

dificultando a agilidade nos procedimentos. Pelos depoimentos, pode-se inferir que existe uma autonomia relativa, ou seja, o dirigente tem autonomia interna de gestão da unidade, pode definir o planejamento e gastos, no entanto não tem governabilidade sobre muitos processos que envolvem a gestão financeira dos recursos e aquisições de equipamentos e insumos. Talvez a autonomia 'total' referida por um dos entrevistados seja em relação aos aspectos que estão dentro da sua governabilidade.

*Acredito que deveria haver um grau de autonomia maior, nós somos uma unidade gestora, mas com uma capacidade de execução relativa, em que, parte dos contratos e das aquisições são feitas pelo hospital e a outra parte, por exemplo, os bens permanentes só é feita pela Sesab. Então, nós podemos licitar, comprar e contratar parcialmente. Isso eu acho que é um problema. (GD07).*

*Então, essa para mim foi a bola fora do final da administração passada, essa questão de centralizar, homologar. Talvez por contenção de despesa ou para maior controle, eles centralizaram tudo na Sesab. Esse é um grande problema nosso. (GD08).*

*Essa palavra autonomia me remete muita responsabilidade, porque ao mesmo tempo que eu tenho autonomia, mas não tenho os recursos necessários para revolver os problemas, ela cai por terra. (GD13).*

*Nós temos total autonomia, claro que desde que o que se pretende esteja de acordo com as rubricas orçamentárias que estão previstas para um hospital. (GD08).*

*Nós somos unidade gestora, então temos realmente autonomia dentro dos parâmetros da Sesab e do porte da unidade. Então, nós fazemos um planejamento, falamos dos nossos custos e eles enviam o dinheiro, e a gente faz a gestão, como qualquer hospital da rede própria. (GD12).*

Na categoria processo decisório, as falas se concentraram nas estratégias adotadas para enfrentamento dos problemas financeiros; redução de custos e otimização na alocação dos recursos. Sobre o enfrentamento dos problemas financeiros, os(as) gestores(as) apontaram que o planejamento é uma saída para minimizar os efeitos na assistência. da mesma forma, para estruturar internamente a gestão da unidade, diante das dificuldades financeiras, de modo que estas se tornem mais fáceis de serem superadas. “[...] planejamento, gestão, orçamento precisam caminhar atrelados, porque quando qualquer um desses falham impacta na assistência” (GD04).

*Temos as dificuldades normais de toda estrutura pública: escassez de recursos orçamentários e financeiros, o que a gente vem enfrentando há uns dois anos aproximadamente, mas com a estruturação que a gente alcançou, talvez administrar estas dificuldades em 2014 já tenha sido mais fácil do que 2012 e 2013. A nossa experiência é coma apuração de custos aqui do hospital, em que sabemos qual é o custo médio de cada paciente, de cada uma das enfermarias, por exemplo, um paciente/dia da UTI custa em torno de 3.220 reais; paciente da clínica médica custa em torno de 800 reais/dia. Construímos diversos mecanismos de controle.* (GD08).

Na tentativa de redução dos custos, as medidas foram baseadas na priorização de atividades com menor comprometimento orçamentário e que fosse alinhado ao controle dos gastos e monitoramento do consumo médio da unidade hospitalar.

*Um dos aspectos que a gente anda muito bem é custos, a gente conseguiu reduzir custos. Fomos o sétimo mais econômico [...] priorizamos determinadas atividades e de modo geral é o custo realmente que tem um peso maior.* (GD12).

*A gente tentou fazer um controle das coisas, fez uma racionalização das compras. Então, baseado no estoque, na farmácia, no que a gente tem, isso*

*foi implantado para utilizar melhor os recursos públicos.* (GD10).

*Nós estamos tentando organizar a questão da gestão interna, subdividir em administração de RH e administração financeira para que possamos ter mais cuidado com aplicação do recurso. Nós trabalhamos hoje com o Tribunal de Contas do Estado, Auditoria do SUS e Ministério Público, que realmente cobram a aplicação devida e com transparência.* (GD02).

Houve ainda preocupação com a otimização na utilização dos recursos financeiros, havendo reorganização interna voltada ao aprimoramento da alocação dos recursos e atendimento às exigências dos órgãos de regulação do Estado.

### **Delineamento da complexidade do financiamento hospitalar com gestão indireta**

As mesmas categorias foram analisadas nas entrevistas dos dirigentes das unidades hospitalares sob gestão indireta, identificando semelhanças e divergências em relação aos desafios mencionados. Na primeira categoria de análise, o núcleo de sentido subfinanciamento também esteve presente na fala dos gestores do modelo, e é percebido como um dos maiores problemas, exigindo deles flexibilidade nos enfrentamentos.

*Eu acho que hoje as unidades são geridas com muita criatividade, porque sem dinheiro realmente não tem muita coisa a fazer, enfrentando as dificuldades que tem no dia a dia. A questão financeira para mim, é a mais grave! Os hospitais hoje têm sobrevivido, na verdade, mais por mágica, porque não tem o que você fazer sem dinheiro.* (GI11).

Nessa perspectiva, já que o valor repassado é estabelecido via contrato de gestão, os administradores se sentem impossibilitados, “[...] porque não existe uma forma de você



*gerenciar sem captação, eu não tenho como captar mais recursos para poder melhorar tal setor, por exemplo!”* (GI11). Embora esse valor seja o planejado e pactuado entre o contratante e contratado da gestão indireta, levando a acreditar que existe uma incongruência entre o planejamento orçamentário do contrato e o perfil assistencial a ser cumprido pelo serviço.

A questão dos atrasos nos repasses financeiros também foi muito presente na fala dos gestores indiretos. Existe a garantia do recebimento, mas não quando ele ocorrerá, assim como sugere GI09 quando diz que:

*[...] como prestador do Estado temos a garantia do recebimento, não temos do prazo, da data. Então assim, esses repasses eles deveriam acontecer mensalmente, mas a gente sabe que em alguns meses tem atraso.* (GI09).

A demora na transferência da verba pode durar até três meses; e segundo os(as) gestores(as), as OS não possuem suporte financeiro para suprir as necessidades da unidade durante todo esse período. Com isso, surgem os atrasos internos, no pagamento de fornecedores e recursos humanos, por exemplo, gerando, por conseguinte, insegurança na instituição.

*Então, nós estamos com fornecedores em atraso, os médicos eram para ter recebido, não tem previsão de receber. Isso vai gerando uma insegurança, uma instabilidade na instituição, que não é o cerne do contrato. O estado deveria ter assiduidade nos repasses.* (GI03).

Oposta a essa realidade encontra-se a gestão indireta por PPP, que não sofre com atrasos no recebimento dos recursos, pois o modelo de pagamento da prestação dos serviços favorece a gestão. O atraso no repasse é fator que também gera outra problemática: o corte de recursos por não cumprimento de metas contratuais.

*Dentro da modelagem da PPP o direcionamento do recurso ele é muito bem feito, então assim o trânsito do recurso entre a fonte pagadora e a fonte receptora ele é bem desenhado, é rápido, ele não sofre interferências outras, é de outros fluxos do tesouro estadual, essa transferência direta é dentro de uma alça curta, mais curta possível. Assim o recurso ele vem a tempo e hora.* (GI01).

*[...] esse é o grande desafio, está tudo ligado ao financeiro! Aqui temos um valor fixo e as metas de produção, se você atinge até 91% das metas você recebe o valor cheio, se cai para 89% já começa o percentual de corte. Se tivesse regularidade dos repasses, aí não teria problema nenhum.* (GI02).

O cumprimento das referidas metas é observado trimestralmente e se classificam em qualitativas e quantitativas, de modo que *“Cada uma com uma pontuação e se não atingida ou pelo menos não justificada quando não atingida, acarretam em punição financeira”* (GI02), medida julgada como um ponto negativo. Em contrapartida, quando as metas são ultrapassadas, não ocorre incremento no valor dos recursos, como explicado.

*[...] se eu cumprir 150, 200 não recebo a mais por isso. O repasse não aumenta, o crédito que a gente fica é na moral mesmo, de ter conseguido uma gestão que atendeu além do contratualizados. Eficiência na utilização do recurso público.* (GI09).

*[...] dificuldade grande é de efetivamente ressarcir aquilo que é feito, por que? O contrato foi pensado para uma contraprestação financeira equivalente a uma unidade que tivesse 90% de ocupação, vivemos com superior a 100% desde o dia 1 de funcionamento do hospital. Transitamos por 112, 114, 115, 116% de ocupação e isso leva a uma necessidade de ressarcimento. [...] Necessidade de ressarcimento, que a gente chama de reequilíbrio econômico financeiro.* (GI01).

*[...] nós estamos com valores que acumulam um déficit hoje de quase dezoito milhões de reais. Isso está nos deixando preocupados' e GI01 reforça 'esse reequilíbrio econômico financeiro hoje está num delay muito grande. A gente recebe valores que estão a mais de um ano para trás desse reequilíbrio, então isso dificulta. (GI06).*

Segundo esses gestores, entretanto, o referido equilíbrio amenizaria o problema do déficit financeiro, já que pressupõe reajuste no valor pago pelo serviço prestado, com respectivação das metas contratuais. Contudo, esse fato não é uma realidade.

Prosseguindo com a categoria de análise autonomia financeira, as falas permitiram reconhecimento de dois núcleos de sentido, quantitativamente diferente da GD, mas com significados semelhantes. O primeiro foi autonomia financeira parcial, tendo em vista que os gestores alegaram ter autonomia em alguns aspectos,

*Bem, a autonomia é na questão da prestação do serviço. Autonomia para mexer na estrutura física, na aquisição de equipamentos a gente não tem. Isso é atribuição exclusiva da Sesab. (GI09).*

*Não, a tomada de decisão aqui dentro no momento é minha! Mas, foi como falei, a gente não pode comprar, a gente administra mais a gente não compra. (GI10).*

Com relação ao núcleo autonomia financeira total, alguns entrevistados informaram que a possuem; entretanto, está vinculada à prestação de contas com o ente contratante que é o Estado. Ademais, outra exigência, também citada pela GI, é a necessidade de cumprimento de metas e uma espécie de tutela à autonomia, Como se percebe nas falas adiante:

*[...] aqui, uma coisa que a gestão do hospital tem é autonomia! (GI01).*

*Nós temos autonomia, agora ela é policiada, certo? Temos que fazer uma prestação de contas mensal, no relatório de informação hospitalar! (GI02).*

*A Sesab não interfere em nada. Ela nos cobra metas, mas como vamos fazer é problema nosso, ela não exige que a gente faça de um jeito A ou B, nós definimos. Autonomia total, inclusive com relação a contratação de pessoas. (GD06).*

Ao analisar a categoria processo decisório, assim como na gestão direta, os núcleos de sentidos se concentraram em enfrentamento dos problemas financeiros e redução de custos. Para enfrentamento dos problemas financeiros, gerados principalmente pelo atraso nos repasses e defasagem contratual, a tática mais citada foi o empréstimo bancário, utilizado para garantir o pagamento de recursos humanos e prestadores de serviço em tempo.

*Para gente, na condição de obras sociais, conseguimos gerir isso através de empréstimos. Então, conseguimos alocar outros recursos e vamos conseguindo fazer esse jogo financeiro, mantendo a estrutura e o serviço funcionando sem atraso de profissional. Então, mesmo com os atrasos nos repasses por parte do estado, a instituição não atrasa nem pagamento de salário, nem pagamento de fornecedor. (GD09).*

*[...] nós estamos implantando um programa, temos que dar uma enxugada em quase quinhentos mil reais de despesa mensal e vamos conseguir. Vamos desativar uma série de ações que existem aqui para não mexer com a assistência direta ao paciente, porque chegou um ponto insustentável. (GD06).*

Como relatado acima, sobre a redução de custos, entende-se como sendo necessária a sua realização por parte dos gestores que buscam se organizar internamente. Um exemplo foi a elaboração de um programa baseado na priorização de ações estratégicas.

## Discussão

A leitura e análise das entrevistas permitiram identificação de aspectos comuns e diversos da complexidade do financiamento da rede

hospitalar da Bahia, de 2007 a 2014. Sobre a categoria recursos financeiros, os modelos de GD e GI se assemelharam quanto ao sofrimento com o subfinanciamento e atraso nos repasses, apontados como um dos maiores problemas da gestão. O financiamento insuficiente é um dos inúmeros conflitos que dificultam o cumprimento dos objetivos dos hospitais de forma qualificada, sendo necessário vencê-lo<sup>25</sup>.

Já sobre as diferenças, a GD enfrentou as restrições de gastos, enquanto a GI buscou cumprimento de metas para não ter cortes em seu orçamento e também apontou para a necessidade de reequilíbrio econômico financeiro dos contratos. O contrato de gestão é um instrumento de controle das entidades, fixação de responsabilidades e metas públicas, contendo uma parte fixa e outra variável, condicionadas aos cumprimentos de metas de produção e qualidade respectivamente<sup>26</sup>.

Esse mecanismo de repasse é coerente com a lógica da organização do SUS, pois o provedor de serviços, o hospital, passa a trabalhar na perspectiva da realização dos serviços que tragam a melhor resolubilidade, e não mais na lógica da remuneração pela tabela SUS<sup>27(254)</sup>.

Esse modelo se diferencia da administração direta, pois o não cumprimento das metas implica cortes nos repasses financeiros, criando assim um estímulo à eficácia e à eficiência, mas descontentamento nos(as) gestores(as), que referiram que muitos problemas, principalmente gerados pela falta de infraestrutura, estavam fora da sua governabilidade.

Sobre o reequilíbrio financeiro, fala que é um conjunto de mecanismos jurídicos que permitem restabelecer o equilíbrio original entre os encargos do contratado e a retribuição do contratante, favorecendo ambas as partes. Observa ainda que esse equilíbrio pode ser gerado pelo aumento da inflação ou por acontecimentos previstos e imprevistos<sup>28</sup>.

Com relação à categoria de análise autonomia financeira, a GD oscilou entre não ter autonomia, ter parcialmente e ter total autonomia. O que chama a atenção é o fato de, no mesmo modelo de gestão, haver opiniões tão distintas sobre o mesmo aspecto, podendo ser provocadas pelas diferentes concepções dos(as) gestores(as) sobre o termo autonomia financeira. Para a gestão indireta, a existência de autonomia financeira foi clara, sendo limitada apenas por questões previstas em contrato, como a necessidade de prestar contas e a impossibilidade de alterar a estrutura física das unidades e fazer aquisições de equipamentos, sendo estas responsabilidades do Estado.

O estudo apresentou que entre as unidades hospitalares, com modelos de gestão distintos, a autonomia financeira se estabelece em maior grau para GI e menor para GD. Essa evidência converge com outras pesquisas, quando afirmam que em um extremo, com menor autonomia, estão os estabelecimentos com administração direta, e no mais autônomo, as entidades empresariais, equivalentes à GI, segundo natureza jurídica. A baixa autonomia conferida à GD, em relação à GI, é uma questão central no SUS<sup>26</sup>.

Por último, na categoria processo decisório, os modelos foram semelhantes com relação à necessidade de reduzir custos e ao enfrentamento de problemas financeiros, mas, é importante ressaltar que as táticas utilizadas para isso foram distintas entre eles e descritas anteriormente nos resultados. Com a atual situação do financiamento hospitalar, faz-se necessário controlar e reduzir custos dentro do possível. Contudo, essa redução não deve comprometer a qualidade do serviço prestado, “o que é adequado, racional e inteligente é gastar o necessário para se assegurar uma assistência de boa qualidade”<sup>28(844)</sup>.

Para GD, também foi identificada a questão da otimização na alocação dos recursos, objetivando empregá-los da melhor forma e responder devidamente aos órgãos de controle.

## Considerações finais

O estudo apresentado permitiu reconhecimento dos marcos normativos do financiamento do SUS, da CFB/1988 até os dias atuais. No decorrer dessa linha do tempo, foi possível constatar que o Sistema sempre enfrentou sérios desafios com relação ao seu financiamento. Baseado em dados empíricos, cumpriu-se o objetivo de identificar e analisar os desafios desse financiamento, relacionado especificamente com a capacidade de gestão direta e indireta dos serviços hospitalares da rede própria do SUS. Para tanto, adotou-se o caso SUS Bahia, entre 2007 e 2014. Foi oportuno o estabelecimento de categorias de análises comuns aos dois modelos de gestão, contudo, os núcleos de sentidos que emergiram das falas ora apresentaram semelhanças, ora diferenças.

A partir do referencial teórico da capacidade de gestão, segundo o TFM, a gestão por operações foi elemento-chave para reconhecer a responsabilidade gestora e criativa dos administradores hospitalares com GD e GI. Eles sempre apontaram busca de diversas estratégias para enfrentamento dos problemas financeiros, na intenção de minimizar prejuízos assistenciais à população.

Fato que, de certo modo, relaciona-se com a responsabilidade do gestor com a eficiência e eficácia do serviço prestado, levando em consideração a preocupação em empregar corretamente os recursos públicos, com o emprego de medidas para reduzir custos e otimizar a alocação deles.

Quanto ao cumprimento de metas contratuais pactuadas, somente as falas dos gestores por GI as apontaram como essenciais, principalmente por elas serem parte estruturante dos contratos de gestão e de concessão, efetuando-se como ferramentas de controle do Estado sobre a OS e a PPP. Com ela, portanto, exige-se alcance de metas qualitativas e quantitativas, sob pena de descontos nos repasses, caso não sejam cumpridas.

Assim, o estudo apresenta relevância analítica, levando a acreditar o quão importante é a gestão criativa e responsável financeiramente, para enfrentar as complexidades impostas pelo financiamento à capacidade de gestão hospitalar na rede própria do SUS Bahia. Como todo estudo, este também tem limites. Nesse sentido, aponta-se a necessidade de novas investigações que aprofundem o planejamento e execução orçamentária na atenção hospitalar. ■

---

## Referências

1. Coelho TCBC, Scatena JHG. Financiamento do SUS. In: Paim JS, Almeida Filho N. Saúde Coletiva Teoria e Prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 271-286.
2. Mendes A, Funcia FR. O SUS e seu financiamento. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC. Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; 2016. p. 139-168.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS: atenção hospitalar [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 2017 maio 20]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizasus\\_atencao\\_hospitalar.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf).
4. Santos TBS, Sales SO, Vieira SL, et al. Contornos da Administração Pública e repercussões no Âmbito Hospitalar: problemáticas, objetos e perspectivas. In: Teixeira CF, organizadora. Observatório de Análise Política em Saúde: abordagens, objetos e investigações. Salvador: Edufba; 2016. p. 397-430.
5. Teles AS, Coelho TCBC. Evolução do Financiamento da Saúde no Brasil. In: Teles AS, Coelho TCBC. Financiamento da Saúde: abrindo a caixa preta. Feira de Santana: UEFS; 2016. p. 24-34.
6. Santos RJM, Luiz VR. Transferências federais no financiamento da descentralização. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC. Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; 2016. p. 169-204.
7. Barros, MED, Piola SF. O Financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC. Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; 2016. p. 101-138.
8. Brasil. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências [internet]. [acesso em 2017 maio 18]. Diário Oficial da União. 15 dez 2016. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm).
9. Brasil. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. SUS Legal: Conasems, Conass e Ministério pactuam novo modelo de repasse de recursos do SUS [internet]. Brasília, DF: Conanems; 2017 [acesso em 2017 maio 18]. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/sus-legal-conasems-conass-e-ministerio-pactuam-novo-modelo-de-repasse-do-sus>.
10. Funcia FR. Nota introdutória sobre a nova portaria da CIT que trata das transferências do SUS fundo a fundo [internet]. Rio de Janeiro: Cebes; 2017 [acesso em 2017 maio 18]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2017/01/nota-introdutoria-sobre-a-nova-portaria-da-cit-que-trata-das-transferencias-sus-fundo-a-fundo>.
11. Marques RM, Piola SF, Ocké-Reis CO. O financiamento do SUS numa perspectiva futura. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC. Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; 2016. p. 247-258.
12. Carvalho DMT. Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. Ciênc. Saúde Colet. [internet] 2007 jul-ago [acesso em 2017 maio 20]; 12(4):879-892. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000400010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400010).
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS) [internet]. [acesso em 2017 maio 20]. Diário Oficial da União. 30 dez 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html).

14. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Hospitais Estaduais [internet]. [acesso em 2018 fev 22]. Salvador: Secretaria da Saúde; [data desconhecida]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/atendimento-ao-cidadao/hospitais>.
15. Teixeira C, Silveira P. Glossário de análise política em Saúde. Salvador: Edufba, 2016.
16. Santos TBS. Modelos Alternativos de Gestão na Atenção Hospitalar do SUS Bahia [tese]. [Salvador]. Universidade Federal da Bahia; 2014. 217 p.
17. Revista Baiana de Saúde Pública. Plano Estadual de Saúde, 2008-2011 [internet]. 2009 [acesso em 2018 fev 22]; 33(1):13-87. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2009/v33nsupl1/a001.pdf>.
18. Revista Baiana de Saúde Pública. Plano Estadual de Saúde, 2012-2015 [internet]. 2012 [acesso em 2018 fev 22]; 36(1):1-165. Disponível em: [http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2012/v36nSupl\\_1/a3491.pdf](http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2012/v36nSupl_1/a3491.pdf).
19. Revista Baiana de Saúde Pública. Plano Estadual de Saúde, 2016-2019 [internet]. 2016 [acesso em 2018 fev 22]; 40(3):1-124. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/10/Plano-Estadual-de-Saude\\_Revista40-Sup3-2016-PES2016-2019.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/10/Plano-Estadual-de-Saude_Revista40-Sup3-2016-PES2016-2019.pdf).
20. Barreto LD, Freire RC. Tendências da atenção hospitalar no SUS da Bahia: uma análise de 2006 a 2009. Rev Baiana de Saúde Pública. 2011 abr-jun; 35(2):334-347.
21. Machado JP, Martins M, Leite IC. O mix público-privado e os arranjos de financiamento hospitalar no Brasil. Saúde debate. 2015 dez; 39(esp):39-50.
22. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
23. Gil AC. Estudo de caso: fundamentação científica, subsídios para coleta e análise de dados, como redigir o relatório. São Paulo: Atlas; 2009.
24. Matus C. Los cinturones del gobierno. Caracas: Fondo Editorial Altadir; 1997.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS: atenção hospitalar [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2018 fev 26]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_humanizasus\\_atencao\\_hospitalar.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf).
26. Ferreira Junior WC. Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas por meio das organizações sociais de saúde. Rev. Administração Pública [internet]. 2003 fev [acesso em 2018 abr 22]; 37(2):243-264. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6486>.
27. Medeiros RM. O reequilíbrio econômico-financeiro do contrato administrativo de prestação de serviço de limpeza [monografia] [internet]. Rio de Janeiro: Escola de Administração Judiciária; 2005. 46 p. [acesso em 2018 abr 22]. Disponível em: [http://www.tjrj.jus.br/c/document\\_library/get\\_file?uuid=11297ce8-237a-4070-a485-8323dcd8dd](http://www.tjrj.jus.br/c/document_library/get_file?uuid=11297ce8-237a-4070-a485-8323dcd8dd).
28. Rehem R. Os hospitais e a nova realidade. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2007 [acesso em 2018 abr 20]; 12(4):840-848. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v12n4/03b.pdf>.