


DELINEAMENTO INICIAL DA APLICAÇÃO DO ÍNDICE DE DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS ADICIONAIS NOS HOSPITAIS POLO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA DO ESTADO DO CEARÁ

INITIAL DESIGN OF THE APPLICATION OF THE ADDITIONAL RESOURCE DISTRIBUTION
INDEX IN SECONDARY CARE HUB HOSPITALS IN THE STATE OF CEARÁ

DELINEAMIENTO INICIAL DE LA APLICACIÓN DEL ÍNDICE DE DISTRIBUCIÓN DE
RECURSOS ADICIONALES EN LOS HOSPITALES POLO DE ATENCIÓN SECUNDARIA DEL
ESTADO DE CEARÁ

Izabel Janaina Barbosa da Silva¹

 <https://doi.org/10.57108/iesj.2025.5-1.6>

RESUMO

Objetivo: Comparar a alocação orçamentária da SESA nos Hospitais Polo e avaliar, pelo índice proposto, a equidade na distribuição dos recursos. **Método:** Foram analisados os centros de custos e os principais indicadores hospitalares de eficiência e desempenho hospitalar, no período de 2011 a 2015. Os dados foram fornecidos pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará; tratados e calculadas as médias dos custos unitários finais e das taxas hospitalares de cada hospital, correspondentes ao período de estudo, em seguida, desenvolvido o índice de distribuição de recursos adicionais e simulada a aplicação nos hospitais envolvidos na pesquisa. **Resultados:** Foi elaborado e aplicado um índice que mostrou que, dos 12 hospitais selecionados, 6 foram considerados eficientes, tendo direito ao recurso adicional. **Conclusão:** Para que se tenha eficiência e equidade na Alocação de Recursos em Saúde nos HPAS é necessária uma política de repasse que estimule a adoção de técnicas estratégicas de gestão que levem em consideração os indicadores de eficiência hospitalar.

Palavras-chave: eficiência hospitalar; indicadores hospitalares; custos hospitalares; alocação de recursos e gestão Hospitalar.

¹ Mestrado Profissional pelo Curso de Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará – UECE. Doutoranda pelo Curso de Administração da Ivy Enber Christian University (Florida), izabel.jbds@gmail.com

ABSTRACT

Objective: To compare the resources allocated in the SESA budget for the Polo Hospitals, according to the current resource allocation criteria and, according to the proposed index, to verify if there was equity in the distribution of resources. **Method:** It was analyzed the cost centers and the main hospital indicators of efficiency and hospital performance, from 2011 to 2015. The data were provided by the Secretary of Health of the State of Ceará; treated and calculated the averages of the final unit costs and the hospital rates of each hospital, corresponding to the study period, then developed the index and simulated the application in the hospitals involved in the research. **Results:** An index was developed and applied that showed of the 12 hospitals selected, 6 were considered efficient, being entitled to the additional resource. **Conclusion:** In order to have efficiency and equity in the allocation of health resources in HPAS, a pass-through policy is required to stimulate the adoption of strategic management techniques that take into account hospital efficiency indicators.

Keywords: hospital efficiency; hospital indicators; hospital costs; resource allocation and hospital management.

RESUMEN

Objetivo: Comparar los recursos asignados en el presupuesto de la SESA para los Hospitales Polo, de acuerdo con los criterios de asignación de recursos actuales y, según el índice propuesto, verificar si hubo equidad en la distribución de los recursos. **Método:** Se analizaron los centros de costos y los principales indicadores hospitalarios de eficiencia y desempeño hospitalario, en el período de 2011 a 2015. Los datos fueron proporcionados por la Secretaría de Salud del Estado de Ceará; tratados y calculadas las medias de los costos unitarios finales y de las tasas hospitalarias de cada hospital correspondiente al período de estudio. A continuación, se desarrolló el índice de distribución de recursos adicionales y se simuló su aplicación en los hospitales involucrados en la investigación. **Resultados:** Se elaboró y aplicó un índice que mostró que, de los 12 hospitales seleccionados, 6 fueron considerados eficientes, teniendo derecho al recurso adicional. **Conclusión:** Para lograr eficiencia y equidad en la Asignación de Recursos en Salud en los HPAS es necesaria una política de transferencia que incentive la adopción de técnicas estratégicas de gestión que tengan en cuenta los indicadores de eficiencia hospitalaria.

Palabras clave: eficiencia hospitalaria; indicadores hospitalarios; costos hospitalarios; asignación de recursos y gestión hospitalaria.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) se depara com situações favoráveis e desfavoráveis à sua execução. Algumas estão relacionadas às diferenças socioeconômicas existentes entre as

regiões ou entre os municípios, e outras são pertinentes ao universo do sistema de saúde, como a lógica da gestão e o critério de financiamento. A superação das primeiras depende de mudanças estruturais no campo da macroeconomia. Mudanças na engenharia de gestão e nos critérios para alocação de recursos podem promover melhoras na oferta e na qualidade dos serviços de saúde.

A ampliação da estratégia saúde da família vem promovendo um aumento da cobertura da atenção primária em saúde nos últimos anos. Esse fato gera uma demanda por procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, em particular, nas áreas distantes dos grandes centros urbanos.

Uma das alternativas para absorver essa demanda tem sido a estratégia de regionalização da oferta dos serviços de saúde de média e alta complexidade. A política de regionalização dos serviços de saúde no estado do Ceará se deu por meio da estruturação de hospitais polo de atenção secundária (HPAS), cuja missão é assegurar à população residente nas diversas regionais de saúde o acesso oportuno aos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica compatível a procedimentos de média complexidade (Ceará, 2012).

A qualidade da resposta esperada desses estabelecimentos está diretamente associada a duas questões básicas, quais sejam: as estratégias de gestão e as restrições orçamentárias. As estratégias de gestão sinalizam para necessidade de os gestores da saúde incorporarem em suas práticas conceitos como equidade e eficiência e adotarem os indicadores, em particular, os de desempenho hospitalar, como norteadores do planejamento de suas atividades. Apesar do esforço político e técnico em desenvolver ferramentas de planejamento e avaliação que promovam resultados mensuráveis para sociedade, ainda não se conseguiu um nível de sintonia entre indicadores de gestão e qualidade que sirvam de subsídio para elaboração dos orçamentos de modo a obter efetividade na gestão (Sousa, 2013).

As restrições orçamentárias podem ser enfrentadas com melhores processos de gestão. A maneira de alocar o orçamento para alcançar a equidade, a eficiência e a qualidade dependem de conhecimento sobre métodos e técnicas que, por vezes, não são de domínio de quem operacionaliza a elaboração da distribuição dos recursos e/ou não tem decisão política de como alocar (Sousa, 2013).

O critério adotado pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA) para reajustar valores destinados ao cofinanciamento de custeio dos HPAS com recursos do Tesouro do Estado segue as resoluções do Conselho Estadual de Saúde do Ceará (CESAU), que define os reajustes dos valores mensais por clínica em função da abrangência de atuação dos hospitais (Ceará, 2013).

A regra é condicionar o repasse de valor de cofinanciamento do custeio reajustado para os hospitais pelo Tesouro do Estado ao atendimento de pré-requisitos como dispor de: alvará sanitário, capacidade de oferta para o SUS de, no mínimo, 50 leitos; serviços auxiliares de diagnóstico e terapêutico (laboratório, raio X, ultrassom ECG e agência transfusional); e gerador, quando no perfil assistencial constar as clínicas cirúrgicas e gineco-obstetrícia. Os hospitais que não atendem os pré-requisitos previstos nas resoluções, permanecem com os valores por clínica sem alteração (Ceará, 2013, 2015).

Tendo em vista que o critério utilizado pela SESA para alocação de recursos destinados aos HPAS é discutível quanto à capacidade de promover eficiência técnica e alocativa, o presente estudo tem como objetivo de construir um delineamento inicial de distribuição de recursos adicionais do erário estadual direcionada ao custeio de hospitais polo de atenção secundária. Para tanto, foi desenvolvido um índice composto que possa sinalizar para uma alocação de recursos com base na eficiência dos HPAS no estado do Ceará.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo fundamentado por uma pesquisa exploratória e aplicada. A unidade de análise foi composta pelos HPAS no estado do Ceará, contemplados com a



implantação do sistema de custos por meio do Projeto Swap II, financiado pelo Banco Mundial, totalizando 15 estabelecimentos de saúde. Essa implantação do sistema de custos nos HPAS teve início em março de 2010 e prosseguiu até maio de 2011.

Para composição do índice de alocação de recursos com eficiência para os hospitais polo, foram coletados na SESA os dados do custo unitário final dos serviços prestados pelos hospitais polo e das taxas de permanência dia, de mortalidade hospitalar e de reinternação.

A regularidade na alimentação do sistema de custos foi utilizada como critério de inclusão dos hospitais polo no estudo. De acordo com este critério, foram selecionados 12 hospitais polo que, no período 2011-2015, alimentaram sem interrupção o sistema de custos disponibilizado pela SESA, sendo 3 descartados. Para efeito de análise, o nome de cada hospital foi substituído por uma letra alfabética maiúscula, variando de A a M.

Para evitar viés na análise dos dados dos centros de custos dos hospitais, adotou-se o seguinte procedimento: a) exclusão dos centros de custos com informação apenas de um período; b) retirada daqueles existentes apenas em um hospital e que não foi possível ser incorporado a outro centro equivalente; c) exclusão dos centros que, no período de um ano, faltavam informações de pelo menos seis meses; d) adequação dos centros de custos de cada hospital para os serviços de ambulatório, centro cirúrgico, emergência, exame, imagem, internação, laboratório e centro obstétrico; e) cálculo da média aritmética dos custos agregados de cada hospital, nos anos de 2011 a 2015, sendo que, quando um ano não existia dentro do intervalo, obteve-se a média dos anos correspondentes; e f) exclusão dos centros de custos que, no tratamento dos dados, obtiveram médias incompletas de 2011 a 2012 e 2013 a 2015 e índices de relação maiores ou iguais a 3. Como resultado, obteve-se 97 variáveis para análise. O número de variáveis por hospital está associado à quantidade de centros de custos de cada hospital, após a adequação, mais as taxas hospitalares.

Definidas as variáveis, foram executados os cálculos das variações das médias por meio do aplicativo estatístico Stata[®] 13. A metodologia aplicada foi a mesma desenvolvida por Sousa para os hospitais públicos terciários (Sousa, 2013).

Os dados foram recebidos em formato xls do Microsoft Excel[®] e submetidos a três etapas de sistematização de análise. A primeira etapa foi a criação de uma planilha consolidada a partir dos dados originais de cada hospital fornecido pela SESA.

A nomenclatura dos centros de custos não possuía padronização, então, buscou-se ajustar os mesmos, chegando ao total de 113 diferentes centros de custos e taxas. Para efeito deste estudo, optou-se por agregar centros de custos por grupos maiores, resultando em oito grupos (*centro custo ajustado*). A nova planilha derivada dos dados originais passou a conter somente o nome do hospital, descrição do centro de custo, ano de competência, valores de custo unitário final e taxas hospitalares. A segunda etapa foi a obtenção das médias de cada centro de custo e das taxas em dois períodos: 2011 a 2012 (*media_2011_2012*) e 2013 a 2015 (*media_2013_2015*). Foram excluídos centros de custos de hospitais que não obtiveram médias em um dos períodos. A terceira etapa consistiu na construção de variáveis intermediárias que entraram na composição do índice final, quais sejam: razão entre as médias de todos os custos dos dois períodos por hospital (*r_per2_pr2*); média de cada centro de custo de todos os hospitais (*r_per2_pr1_mean_mean*); razão entre as médias de todos os custos dos dois períodos por hospital e média de cada centro de custo de todos os hospitais (*r_proc_total*).

Para o índice final foi criada uma nova planilha com variáveis agregadas por hospital, são elas: total de centro de custos e taxas por hospital; média da variável *rl_proc_total* por hospital (*media_rl_proc_total*); variável oriunda da subtração da variável *media_rl_proc_total* pela variável erro padrão (*indice*); valor inverso da variável *indice* (*inverso_indice*); variável composta pelo somatório da variável *inverso_indice* (*denominador_de_distribicao*) e o percentual de distribuição final de cada hospital, a partir da proporção da variável *inverso_indice* em relação ao denominador de distribuição.

O método tem como premissa que os hospitais que alcançarem índice menor que “1” sinalizam experiências positivas de eficiência técnica e alocativa por parte do gestor.

A partir da definição do índice de distribuição de recursos dos hospitais polo de atenção secundária (IDR-HPAS), foi realizada uma simulação comparando os recursos recebidos pelos hospitais polo em 2016 e os valores que deveriam receber em 2017, segundo a distribuição de recursos pelo método proposto. A simulação buscou verificar se houve equidade na distribuição dos recursos.

Foi utilizado como parâmetro o valor empenhado do ano de 2016 e o orçamento de 2017. Em seguida, foi calculada a diferença entre esses valores e aplicado o índice de distribuição de cada hospital sobre o valor do total em reais da diferença do orçamento de 2017 em relação ao empenhado no ano de 2016. Em seguida, foi realizado o cálculo de qual hospital recebeu a mais ou a menos, conforme o IDR-HPAS.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Compreende-se que a busca pela eficiência e maior responsabilização da utilização dos recursos públicos, com a maior transparência e visibilidade, norteia o novo foco de gestão pública. Nesse sentido, conforme Chaves (2016), a análise de custos e suas implicações econômicas na área de saúde é hoje um dos grandes focos de estudo. Notadamente, este interesse tem sido alimentado pela preocupação com a elevação crescente dos gastos em saúde. À medida que a responsabilidade e a demanda pelo sistema de saúde público têm aumentado e a disponibilização de recursos não tem ocorrido na mesma extensão, conduzindo assim os gestores a reexaminar os benefícios e custos de nossas ações para assegurar que haja uma alocação eficiente dos recursos.

Os estudos sobre custos têm obtido pouca atenção dos gestores de saúde, órgãos de controle, organizações financiadoras e da sociedade em geral, por ter relação direta com a prestação de serviços de saúde à população, os gastos públicos e a decisão na alocação dos recursos disponíveis (Silva, 2011).



De acordo com o Ministério da Saúde, independentemente do modelo de financiamento adotado, a grande maioria dos países tem enfrentado um aumento contínuo dos custos com os cuidados de saúde, caracterizado pelo alto grau de inovação tecnológica da área, o que tem determinado uma busca contínua pela eficiência alocativa (Silva, 2011).

No contexto da tomada de decisão gerencial, a apuração dos custos fornece informações valiosas e necessárias para uma boa gestão dos recursos e para avaliação de alternativas de solução de problemas, tanto de ordem financeira quanto da produção de bens e serviços do setor saúde. As informações sobre os custos de uma unidade de saúde são de grande valia para o planejamento e controle de custos, segundo as necessidades de saúde da população, no controle dos custos na perspectiva do financiamento da saúde e, por último, na avaliação dos programas e serviços de saúde numa dimensão alocativa dos recursos com equidade (Duarte *et al*, 2011).

Do ponto de vista da gestão de custos, cujo conceito está diretamente correlacionado à questão contábil (contabilidade de custos), que entende custo como valor de todos os bens e serviços efetivamente utilizados na produção de outros bens e serviços assistenciais ou ações de saúde, durante um determinado tempo (Duarte *et al.*, 2011).

Assim, reportando-se ao conceito de custos, a princípio, custo hospitalar é um instrumento fundamental para o controle e o desenvolvimento das operações do hospital.

Compreende-se assim, que diante das características hospitalares, os sistemas de custos nessas instituições devem objetivar não somente à determinação dos preços dos serviços, mas também a uma análise interna que permita um melhor conhecimento dos resultados da gestão e uma melhoria no funcionamento da organização.

A redução do custo dos serviços de saúde não é em si um objetivo válido. O que se deve perseguir é a obtenção dos mesmos benefícios, a um custo mais baixo, ou aumentar os benefícios sem a subida do custo. Quando ambos os parâmetros são suscetíveis de alteração, é preciso que a análise de benefícios se faça junto à análise de custo (Silva, 2013).

Existem algumas razões para se priorizar, dentro do setor público, a apuração dos custos na área de saúde. Uma das mais relevantes deve-se à escassez de recursos, na qual o gestor necessita fazer opções dentre as alternativas postas no gerenciamento dos recursos. Somam-se a isto as restrições orçamentárias, já que são inúmeras as necessidades de uma população, sendo a saúde apenas uma das áreas a serem contempladas (Duarte *et al.*, 2011).

A intensificação nos últimos anos às referências ao custo na área de saúde envolve desde aspectos relacionados aos crescentes gastos públicos na área, aos problemas relacionados ao financiamento desses gastos, à grande necessidade e ainda pequena disseminação de métodos adequados de apuração ou mensuração de custos, à importância de seu gerenciamento, de seu controle e de seu uso para decisão, análise e escolha de programas e estabelecimento de políticas para a área (Abbas, 2001).

Os métodos de apuração de custos são importantes para se atingir eficiência alocativa na medida em que contribuem para otimizar os recursos escassos por meio de metodologia que promove o conhecimento sobre os custos dos serviços, dos procedimentos ou de uma atividade. Além disso, facilita os estudos de avaliação econômica na medida em que, sendo conhecidos os custos, é possível a efetivação desses estudos num curto espaço de tempo (Sousa; Souza; Silva, 2018).

Um dos pressupostos principais de um sistema de custos é a organização de todas as áreas que disponibilizam informações para esse sistema. Com isso, é possível detectar possíveis distorções entre a capacidade instalada e a produção dos serviços, já que os sistemas de custos apresentam, como resultado, os custos unitários dos serviços, o que significa a relação entre custo total e a produção (Sousa; Souza; Silva, 2018).

Alguns autores identificam três métodos de apuração de custos que são aplicados na gestão dos serviços de saúde: sistemas de custeio por absorção, sistema de custeio por patologia ou enfermidade e sistema de custeio por procedimento. A literatura ainda acrescenta o sistema de custeio por atividade, ou ABC (Activity Based Costing), e o sistema de custeio

direto ou variável (Medice; Marques, 1996)

A metodologia de custeio por absorção representa o instrumento mais tradicional de gestão de custo. Trata-se de uma abordagem de custeio sob os fundamentos da contabilidade de custos (Matos, 2002). O sistema de custeio por absorção é considerado um sistema integral, pois ele apropria todos os custos incorridos para a produção de um bem ou um serviço. Esse método permite estimar os custos unitários por serviço produzido, apropriando-se, para aos centros de custos finais, dos custos intermediários e de apoio por meio de métodos de apuração de custos (Castro, 2000).

A escolha do método depende dos objetivos do gestor. Entretanto, qualquer que seja o método, seus resultados podem contribuir para o alcance da eficiência do sistema de saúde, principalmente quando se trata de serviços hospitalares, por sua alta complexidade e custo (Sousa; Souza; Silva, 2018).

Sobre alocação de recursos, o termo significa distribuir recursos de acordo com prioridades pré-estabelecidas. Neste conceito está embutido o conceito de custo de oportunidade, na medida em que, com a alocação de recursos para uma atividade, deixa-se de alocá-los para outra. Indica, também, a prioridade que está sendo dada a cada atividade, o que, conseqüentemente, revela a concepção ideológica e política do gestor (Sousa *et al.*, 2007).

Alguns autores conceituam alocação de recursos como o princípio pelo qual recursos existentes são distribuídos entre usos alternativos, que podem ser finais (programas ou atividade – fim), intermediários (os diversos insumos e atividades necessários à produção do serviço final) ou definidos em termos dos usuários dos serviços (Couttolenc & Zucchi, 1998).

A alocação eficiente dos recursos nos sistemas públicos é um dos principais desafios que instiga a sociedade a buscar resultados que promovam a maximização de resultados sociais. A alocação dos recursos por parte do governo tem como objetivo principal a oferta de bens e serviços necessários à população e que não são providos pelo sistema privado, devido à sua inviabilidade econômica (Silva *et al.*, 2012).

Existe uma tensão entre a necessidade de manutenção de um grau de consistência das prioridades da política de saúde em todo o sistema e os benefícios propostos da descentralização, por meio da participação das esferas subnacionais na definição das prioridades locais. O resultado disso é a fragmentação de prioridades, a desarticulação das intervenções nas esferas de governo e ineficiência na alocação dos recursos (Vieira, 2009).

A possibilidade de dissonância entre as visões e estratégias adotadas em cada esfera é elevada e, assim, não se alcança maior eficiência na alocação de recursos e maior efetividade das políticas públicas para a resolução dos problemas de saúde da população (Vieira, 2009).

A existência de desigualdades em relação ao setor de saúde, sobretudo nos componentes da oferta desses serviços e na ineficiência da aplicação dos recursos públicos, reflete nas disparidades e desenvolvimento socioeconômico das regiões e, conseqüentemente, na qualidade de vida da população (Silva et al., 2012).

As duas principais dimensões que envolvem a alocação de recursos nos orçamentos de saúde são: a da eficiência e da equidade (Sousa *et al.*, 2013).

A dimensão da equidade abarca o campo da macroeconomia, pois se utiliza de recursos metodológicos para distribuição geográfica dos recursos com fins de justiça social. Alocar recursos com equidade pressupõe uma distribuição justa dos recursos disponíveis para a saúde, para que um número cada vez maior de pessoas tenha acesso aos serviços públicos de saúde (Sousa *et al.*, 2013).

Para Sousa *et al.* (2013), a dimensão da eficiência abrange o campo da microeconomia, na medida em que se utiliza métodos que permitem aperfeiçoar a alocação de recursos.

A noção de eficiência é usada para designar a relação existente entre os resultados obtidos em dada atividade e os recursos utilizados, sendo convencionalmente dividida por

economistas em eficiência técnica, eficiência de gestão e eficiência econômica ou alocativa (Ortún-Rubio, 1992).

A eficiência técnica induz a noção de custos. Conceitualmente, uma combinação de recursos produtivos será eficiente tecnicamente se, para atingir um nível de produção pré-especificado e para os preços dos fatores produtivos, tiver custo mínimo. Para o autor, essa concepção de eficiência obriga que uma combinação, para ser tecnicamente eficiente, também seja tecnologicamente eficiente (Barros, 1997).

A eficiência alocativa predispõe a eficiência técnica, com minimização dos custos na fronteira de produção e eficiência tecnológica, ou seja, no nível ótimo de utilização tecnológica (Sousa, 2013).

Para Rubio (1992), a eficiência alocativa significa a produção ao menor custo social dos bens e serviços que mais valoram a sociedade e a distribuição destes de uma maneira socialmente ótima.

Um sistema de saúde com eficiência alocativa consegue distribuir os recursos entre ações e serviços de saúde de modo a atender plenamente às necessidades de saúde de uma população (Sousa et al., 2013).

Para Counttolenc & Zucchi (1998), a função de alocação tem sido tradicionalmente menosprezada, à medida que os mecanismos de planejamento e programação financeira são bastante rígidos e centralizados, e, em grande parte, desvinculados do planejamento de atividades de serviços.

Duas abordagens podem interferir positivamente na eficiência alocativa: a primeira é por meio da utilização dos métodos de avaliação econômica para se escolher entre formas alternativas, aquela que é melhor para a sociedade; a outra é mediante a apuração dos custos dos serviços de saúde (Sousa et al., 2013).

A noção de equidade se associa de modo diverso à igualdade e, sobretudo, à

justiça, no sentido de propiciar a correção daquilo em que a igualdade agride e, portanto, naquilo que a justiça deve realizar. Tomada neste sentido, a equidade requer a igualdade para produzir efeitos, pois se constitui justamente em corretora da situação igualdade, na medida em que a adoção do recurso se revele imperfeita diante dos objetivos da promoção de justiça (Elias, 2005).

Para Medeiros (2000), equidade é um termo jurídico que denota o princípio fundamental do Direito ao evocar a realização da justiça. É de grande pertinência a articulação entre a noção de equidade como entendida pela ciência jurídica transposta para o campo da saúde, na perspectiva da ética da justiça e dos direitos (apud Costa, 2006).

A equidade é hoje uma noção basilar no âmbito problemático da alocação de recursos em saúde assim destacada também pela Organização Mundial de Saúde (OMS), reconhecida como princípio, enquanto ideia reguladora da ação humana e do procedimento das instituições sociais e políticas. Em termos gerais, a equidade refere-se desde sempre a uma aplicação esclarecida, singular e flexível da justiça expressa pela lei universal e rígida que, cumprida indiferenciada e implacavelmente nas diversas situações concretas, pode ser pervertida num fator de injustiça (Neves, 2016).

No domínio específico a que nos dedicamos, o princípio da equidade reporta-se ainda a uma aplicação casuística da justiça que, ratificando a igual dignidade de todos os homens, estabelece uma igual acessibilidade aos cuidados de saúde através de sua redistribuição diferenciada: isto é, atribuindo mais a quem tem menos e vice-versa; e atribuindo o mesmo aos que se encontram em iguais condições, numa ação antidiscriminatória, reguladora das desigualdades. Este é um procedimento de grande impacto em todas as sociedades, com particular relevância nos países menos desenvolvidos em que o problema da acessibilidade se coloca com maior acuidade (Neves, 2016).

Assim sendo, o princípio da equidade apela ao princípio da solidariedade como sua condição de efetivação: a igualdade de direito entre todos os homens só pode ser

restabelecida de fato se também todos os homens redistribuírem os bens entre si. O princípio da solidariedade destaca uma realidade social que se refere à interdependência de todos os homens, de forma que cada um de nós é sempre devedor do outro em cada uma das suas realizações; reconhecido este fato no domínio específico da saúde, a solidariedade exige a partilha dos custos financeiros com a saúde de todos proporcionais ao rendimento de cada um (Neves, 2016).

Segundo Malta (2001), a equidade é entendida como a superação de desigualdades que, em determinado contexto histórico e social, são evitáveis e consideradas injustas, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por meio de ações governamentais também diferenciadas. Subjacente a este conceito está o entendimento de que as desigualdades sociais entre as pessoas não são dadas ‘naturalmente’, mas sim criadas pelo processo histórico e pelo modo de produção e organização da sociedade.

A institucionalização desta lógica na formulação e na gestão das políticas em saúde permite enfrentar a complexidade dos processos relacionados à saúde e à doença, às desigualdades e às iniquidades (Costa, 2006).

Na atual conjuntura de debate teórico da Saúde Coletiva no Brasil, tornou-se consenso afirmar que a superação das desigualdades em saúde requer a formulação de políticas públicas equânimes, o que corresponde ao reconhecimento da saúde como direito e à priorização das necessidades como categoria essencial para as formas de justiça. Priorizar necessidades não significa impor necessidades, porém definir o padrão tecnicamente aceitável interagindo com as expectativas dos diversos modos de vida dos diferentes grupos sociais (Vieira da Silva, 2009).

A qualificação no conceito e nas formas de mensuração da equidade nas políticas sociais, em particular no planejamento da saúde, parece ser imprescindível para a construção de um sistema de saúde resolutivo, adequado às reais necessidades do seu entorno e capaz de produzir qualidade de vida, de forma crescente, para a população (Drachler., 2005).

Segundo Lucchese (2003), o conceito de equidade sugere que pessoas diferentes deveriam ter acesso a recursos de saúde suficientes para suas *necessidades* de saúde e que o nível de saúde observado entre pessoas diferentes não deve ser influenciado por fatores além do seu controle. Como consequência, a iniquidade ocorre quando diferentes grupos, definidos por suas características sociais e demográficas como: renda, educação, ou etnia, têm acesso diferenciado a serviços de saúde ou diferenças nas condições de saúde (*health status*). Essas diferenças são consideradas iníquas se elas ocorrem porque as pessoas têm escolhas limitadas, acesso a mais ou menos recursos para saúde ou exposição a fatores que afetam a saúde, resultantes de diferenças que expressam desigualdades.

Na Saúde, alocar recursos financeiros ou físicos, de maneira mais eficiente e equitativa, é um desafio que o gestor e os profissionais enfrentam cotidianamente. Isso se aplica tanto no nível da macrogestão, quanto da microgestão da saúde. Ou dito de outra forma, tanto nas decisões para distribuição de recursos entre estados, regiões e municípios, quanto na opção clínica em solicitar ou não, para um indivíduo, a realização de determinado procedimento de diagnóstico ou terapia (Granja, 2013).

Quando se discute o uso de recursos públicos em um regime democrático, especialmente em casos de escassez, é inaceitável que o princípio ético da distribuição dos bens norteie-se por valores que não são reconhecidos como legítimos pela maioria das pessoas, o que pode ocorrer mais facilmente quando as decisões são tomadas individualmente. Por isso, na gestão de recursos públicos, é fundamental que as diretrizes éticas referentes aos princípios de alocação sejam claras e, ao máximo possível, elaboradas com a participação coletiva. Se essas diretrizes não parecerem adequadas à sociedade, os regimes democráticos possuem diversos mecanismos (como as leis e as eleições) que permitem que elas sejam alteradas (Medeiros; Gomes, 1999).

O porte populacional de uma região é completamente insuficiente para produzir o efeito da equidade, para se obter a justiça, na linha da melhor tradição dos sistemas universais como se pretende o SUS, caberia recuperar o desafio do acesso igualitário aos serviços e

ações de saúde, o que está muito além de ser equacionado apenas pela alocação diferenciada de recursos e, muito menos, pelo diferencial *per capita* a ser transferido as regiões. Se faz presente a inadequação da redução da noção de equidade a expressões de base matemática para a alocação de recursos financeiros, por mais engenhosas que elas possam se constituir (Elias, 2005).

Não é fácil estabelecer diretrizes sempre “justas”, uma vez que os princípios norteadores são quase sempre muito gerais e derivam de valores nem sempre bem definidos (Medeiros; Gomes, 1999).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O comportamento das médias dos custos unitários finais nos 12 hospitais polo, no período 2011-2015, mostra que 46 centros de custo tiveram aumento variando de 1,3% a 193,6% e que 15 registraram redução com variação de -3,8% para -81,0% (Tabela 1).

Tabela 1 – Comportamento das médias (aumento/diminuição) dos custos unitários finais entre hospitais polo de atenção secundária. Ceará, 2011-2015.

Hospital	Média dos custos unitários finais – aumento/diminuição (%)							
	Centro Cirúrgico	Centro Obstétrico	Imagem	Internação	Ambulatório	Emergência	Laboratório	Exame
A	6,1	-12,4	49,9	64,3	-55,8	87,8	-	-
B	33,7	-	-	42,9	-	36,9	-	96,0
C	21,6	19,4	156,0	31,5	-	-	-	-
D	36,6	37,4	-	7,4	-	76,5	1,3	-
E	-	-	-	-	66,0	-52,0	104,0	-
F	21,6	10,5	25,1	-18,7	-	58,7	-	-70,0
G	45,0	70,4	-	126,3	-	-	-	-
H	56,2	35,2	-	39,7	42,1	99,5	-9,3	-
I	33,9	-	-	-4,0	-23,7	-	-4,4	-64,0
J	-81,0	-4,8	-	135,4	96,7	-	84,9	193,6
L	-	27,0	-	73,4	13,3	-3,8	10,5	-7,3
M	85,4	-	-6,9	33,1	9,3	12,2	117,0	22,7

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do sistema SICS/Web da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA), por meio do Núcleo de Economia da Saúde (NUCONS).

Os hospitais polo que registraram aumento superior a 50,0% na média dos custos unitários foram: Hospital A, com 64,3% na Internação. Hospital B, 96,0% no Exame; Hospital C, 156,0% na Imagem; Hospital D, 76,5% na Emergência; Hospital E, 66,0% no



Ambulatório e 104,0% no Laboratório; Hospital F, 58,7% na Emergência; Hospital G, 126,3% na Internação; Hospital H, 56,2% no Centro Cirúrgico e 99,5% na Emergência; Hospital J, 135,4% na Internação, 96,7% no Ambulatório e 193,6% no Exame; e Hospital L, 85,4% no Centro Cirúrgico e 117,0% no Laboratório. O Hospital I foi o único hospital polo com aumento inferior a 50% (Tabela 1).

A redução na média dos custos unitários finais foi observada nos seguintes hospitais: Hospital A, 12,4% no Centro Obstétrico e 55,8% no Ambulatório; Hospital B, 55,8% na Emergência; Hospital F, 18,7% na Internação e 70,0% no Exame; Hospital H, 9,3% no Laboratório; Hospital I, 4,0% na Internação, 23,7% no Ambulatório, 4,4% no Laboratório e 64% no Exame; Hospital J, 81% no Centro Cirúrgico e 4,8% no Centro Obstétrico; Hospital L, 3,8% na Emergência e 7,3% no Exame; e Hospital M, 6,9% na Imagem (Tabela 1).

O comportamento das médias das taxas hospitalares está registrado na Tabela 2, a seguir. Observa-se que 25 taxas registraram aumento em suas médias e 11 sofreram redução. Os hospitais B, E, G, I e L registraram aumento em todas as médias das taxas hospitalares. Os hospitais C, D e F reduziram a média da taxa de reinternação e aumentaram as médias das taxas de mortalidade e de permanência/dia. Os hospitais A, H, J e M diminuíram as médias das taxas de mortalidade e de reinternação e aumentaram a média da taxa de permanência/dia. Chama atenção o fato de a média da taxa de permanência/dia ter aumentado em todos os HPAS.

Tabela 2 – Comportamento das médias (aumento/diminuição) das taxas hospitalares entre hospitais polo de atenção secundária. Ceará, 2011-2015.

Hospital	Média das taxas hospitalares – aumento/ diminuição (%)		
	Taxa de Mortalidade	Taxa de Permanência/dia	Taxa de Reinternação
A	-0,03	0,3	-0,1
B	0,3	0,4	0,2
C	0,05	0,06	-0,7
D	0,2	0,5	-0,5
E	1,7	0,7	1,3
F	3,7	0,5	-0,4
G	0,02	0,5	0,1
H	-0,03	0,5	-0,5
I	0,1	0,6	0,4
J	-0,6	0,5	-0,2
L	0,3	0,6	1,0
M	-0,1	0,5	-0,4

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do sistema TabWin/DataSUS, fornecido pela Coordenadoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria (CORAC) da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA).

A Tabela 3 registra o IDR-HPAS e o percentual de distribuição para o cálculo do valor correspondente aos recursos adicionais que deveriam ser repassados para os 12 HPAS estudados. Os hospitais I, A, D, M, C e H obtiveram índice menor que “1” e percentual de

distribuição variando de 18,5% a 15,6%, respectivamente. Os hospitais L, F, J, B, G e E alcançaram índice maior que “1” e percentual de distribuição correspondente a “0”.

Tabela 3 – Índice de distribuição de recursos para os hospitais polo de atenção secundária da Rede SESA

Hospital Polo	Gestão	Índice	Distribuição (%)
I	Filantrópico	0,81	18,5
A	Filantrópico	0,86	17,4
D	Filantrópico	0,91	16,5
M	Filantrópico	0,93	16,0
C	Filantrópico	0,93	16,0
H	Filantrópico	0,96	15,6
L	Filantrópico	1,02	0,0
F	Filantrópico	1,04	0,0
J	Filantrópico	1,08	0,0
B	Filantrópico	1,08	0,0
G	Filantrópico	1,14	0,0
E	Público Municipal	1,40	0,0

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do aplicativo estatístico Stata[®] 13.

Os recursos do Tesouro do Estado destinados à manutenção dos HPAS estão previstos no Plano Plurianual 2016-2019, por meio de iniciativa programática correspondente, sendo operacionalizadas por meio dos orçamentos aprovados para cada ano deste período.

A proposta de distribuição de recursos adicionais do erário estadual para os HPAS, desenvolvida neste estudo, utiliza, como parâmetro, o valor empenhado do ano de 2016 e o orçamento de 2017. Em seguida, foi calculada a diferença entre esses valores e aplicado o

índice de distribuição de cada hospital sobre o valor do total em reais da diferença do orçamento de 2017 em relação ao empenhado no ano de 2016 (Tabela 4).

Tabela 4 – Simulação dos recursos adicionais para o ano de 2017, segundo o IDR-HPAS

Hospital	Valor (R\$)		Diferença 2017/2016	Distribuição pelo IDR-HPAS (%)	Valor adicional recebido pelo IDR-HPAS (R\$)	Deixou de receber (R\$)	Recebeu a maior (R\$)
	Empenhado 2016	Orçamento 2017					
I	1.872.000,00	1.872.000	0,00	18,5	115.440,00	115.440,00	-
A	3.744.000,00	3.744.000	0,00	17,4	108.576,00	108.576,00	-
D	3.744.000,00	3.744.000	0,00	16,5	102.960,00	102.960,00	-
M	3.744.000,00	3.744.000	0,00	16,0	99.840,00	99.840,00	-
C	4.056.000,00	4.680.000	624.000,00	16,0	99.840,00	-	524.160,00
H	3.744.000,00	3.744.000	0,00	15,6	97.344,00	97.344,00	-
L	1.872.000,00	1.872.000	0,00	-	-	-	-
F	3.744.000,00	3.744.000	0,00	-	-	-	-
J	1.872.000,00	1.872.000	0,00	-	-	-	-
B	3.744.000,00	3.744.000	0,00	-	-	-	-
G	4.680.000,00	4.680.000	0,00	-	-	-	-
E	540.000,00	540.000	0,00	-	-	-	-
Total	37.356.000,00	37.980.000,00	624.000,00	-	624.000,00	524.160,00	524.160,00

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do sistema SICS/Web da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA), por meio do Núcleo de Economia da Saúde (NUCONS).

Observa-se, portanto, que o valor empenhado no ano de 2016 permaneceu sem nenhuma alteração no orçamento de 2017 para os hospitais I, A, D, M, H, L, F, J, B, G e E. Somente para o Hospital C, verificou-se um adicional no valor de R\$ 624.000,00. Quando aplicado o índice na diferença do valor do orçamento de 2017 em relação ao valor empenhado

de 2016, percebe-se que o referido hospital deveria receber R\$ 99.840,00 como valor adicional. Considerando o valor recebido pelo mesmo, conclui-se ter havido um excesso de R\$ 524.160,00 no valor adicional (Tabela 4).

Ainda de acordo com a Tabela 4, com a aplicação do IDR-HPAS, os hospitais I, A, D, M e H deixaram de receber recursos adicionais nos valores de R\$ 115.440,00, R\$ 108.576,00, R\$ 102.960,00, R\$ 99.840,00 e R\$ 97.344,00, respectivamente. Os hospitais L, F, J, B, G e E permaneceriam com seu recebimento sem adicionais, pois não conseguiram atingir um desempenho hospitalar eficiente segundo o IDR-HPAS.

Sendo assim, é notório que os critérios de repasse de recursos financeiros para os HPAS adotados atualmente pela SESA trouxeram prejuízos àqueles que se esforçaram para gerir os recursos com maior eficiência, implementando os recursos escassos em saúde.

O IDR-HPAS classificou os hospitais envolvidos no estudo em dois grupos distintos, quais sejam: hospitais com índice menor que “1” e hospitais com índice maior que “1”. Os primeiros sinalizariam para experiências positivas de eficiência. Sobre esse aspecto, alguns autores, como Souza e Scatena (2013), afirmam que um hospital eficiente é aquele capaz de obter o máximo de resultados e consumir o mínimo possível de recursos. Dessa maneira, a eficiência é a busca pela maximização de resultados com os mesmos recursos ou a redução do consumo de recursos com a manutenção dos resultados.

Alguns aspectos, como controle e eficiência na gestão, sistemas de informações, acompanhamento e avaliação do desempenho, entre outros, que compreendem a gestão contábil financeira não são observados pelas organizações hospitalares brasileiras de modo geral. Especificamente sobre o controle da gestão, há evidências de que essas organizações necessitam de ferramentas que disponibilizem, no mínimo, sistemas e modelos de monitoramento de indicadores e de avaliação dos resultados, informações sobre o custeamento e a precificação dos serviços prestados e informações gerenciais que subsidiem o processo de tomada de decisão (Souza *et al.*, 2009).

Fazendo uma conexão desses aspectos levantados por Souza *et al.* (2009) com as planilhas contendo registros de custos dos centros de custos dos hospitais do estudo, observa-se certa fragilidade em termos de ausência de informações, rigor na qualidade dos dados e regularidade na alimentação no sistema de custos. Nota-se, no estudo, que, a partir de 2014, começou a ocorrer descontinuidade na alimentação dos dados em alguns HPAS.

Com relação aos centros de custos dos HPAS selecionados para este estudo, foi evidenciado um aumento na média dos custos unitários finais dos serviços de 46 centros, variando de 1,3% a 193,6%, no período estudado. Os centros de custos relacionados a exames, imagem, internação, laboratório, emergência e ambulatório se destacaram com maior aumento no período de 2011-2012 para 2013-2015. Por outro lado, 15 centros registraram uma diminuição nos custos, que variou de -3,8% para -81,0%.

O estudo mostrou também que, entre os 10 serviços de custos mais elevados, destacam-se aqueles com percentuais de aumento das suas médias variando de 103,7% a 193,6%, sendo: exame e internação (Hospital J), imagem (Hospital C), internação (Hospital G) e laboratório (Hospitais M e E). Esse resultado pode sinalizar uma fragilidade no processo de trabalho voltado para apuração e controle dos custos dos serviços prestados pelos centros destacados.

No tocante ao comportamento das médias das taxas hospitalares dos HPAS entre 2011-2012 e 2013-2015, foi registrado o aumento em 25 médias das taxas hospitalares, com variação de 1,8% a 365,4%, tendo maior frequência o indicador taxa de permanência hospitalar/dia. Por sua vez, 11 médias das taxas hospitalares sofreram uma redução no mesmo período, variando de -3,0% para -68,1%, tendo uma maior frequência à taxa de reinternação, seguida da taxa de mortalidade.

De acordo com o IDR-HPAS, é desejável atingir valores mais baixos de taxas de mortalidade hospitalar. Contudo, altas taxas de mortalidade institucional não refletem necessariamente problemas na qualidade da assistência hospitalar prestada ao paciente, tendo



em vista que diferenças entre instituições em grande parte podem ser atribuíveis ao conjunto de serviços disponibilizados e aos distintos perfis de complexidade clínica dos pacientes admitidos. Diferenças nas taxas de mortalidade hospitalar podem ser decorrentes, também, de distorções nos registros e tratamentos dos dados nos hospitais (Noronha *et al.*, 2003; Escrivão Junior, 2004).

Merece destaque a dificuldade encontrada para coleta dos dados necessários para elaboração da taxa de reinternação dos HPAS envolvidos no estudo, já que, para sua construção, foi necessário o desenvolvimento de um programa, em virtude de não existir sistema que pudesse cruzar todas as variáveis que compõe o indicador.

Colaborando com as dificuldades encontradas para elaboração da taxa de reinternação, Schout e Novaes (2007) afirmam que não é por acaso que a implantação de sistemas de informação nos hospitais, na maioria dos casos, se inicia pelas áreas administrativas para, a partir daí, se disseminar para as áreas clínicas e de apoio. No entanto, não se reconhece, em geral, que o modo de implantação dos sistemas irá condicionar as definições utilizadas como base dos programas dos sistemas informatizados e, assim, influenciar as formas de entrada e consolidação dos dados de produção dos hospitais, não permitindo que as especificidades das perspectivas clínicas, epidemiológicas e de gestão sejam adequadamente reconhecidas e contempladas.

No estudo realizado, foi observado que dos 12 hospitais selecionados apenas 6 seriam beneficiados com o recurso adicional, quais sejam: os hospitais I, A, D, M, C e H, que obtiveram o IDR-HPAS abaixo de “1”, caracterizando eficiência hospitalar. Enquanto que os hospitais L, F, J, B, G e E, por apresentarem uma taxa de crescimento maior que “1”, tiveram desempenho hospitalar ineficiente.

Cabe ressaltar que os hospitais caracterizados eficientes mantiveram uma regularidade satisfatória na alimentação dos seus dados no sistema de custos desde sua implantação até o ano de 2016, período final do estudo.

Sobre esse aspecto, Souza e Scatena (2013) afirmam que um hospital eficiente é aquele capaz de obter o máximo de resultados e consumir o mínimo possível de recursos. Dessa maneira, a eficiência é a busca pela maximização de resultados com os mesmos recursos ou a redução do consumo de recursos com a manutenção dos resultados.

No tocante ao orçamento público para saúde, esta pesquisa mostrou ausência de planejamento a partir do momento em que se observa a fragilidade nos critérios de alocação de recursos para hospitais polo. Os valores repassados permanecem fixos, sem gerar nenhuma motivação para gestão em termos de busca pela qualidade e eficiência dos serviços prestados para população.

O estudo revelou que, no período utilizado para aplicação do IDR-HPAS (2016-2017), os critérios que buscam garantir maior equidade na distribuição de recursos financeiros, assim como a capacidade redistributiva – que afeta positiva ou negativamente as desigualdades sociais nas regiões onde os hospitais polo se fazem presente –, não foram aplicados de maneira equitativa.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O índice de distribuição de recursos sinaliza ser possível alocar recursos adicionais do Tesouro do Estado para os HPAS com base na eficiência técnica e alocativa de cada estabelecimento. A aplicação desse índice permitiu classificar os hospitais polo em dois grupos, quais sejam: hospitais com desempenho eficiente para efeito de recebimento de recursos adicionais e hospitais com desempenho não satisfatório. Os primeiros alcançaram índice menor que “1”, e o segundo grupo apresentou índice acima de “1”.

Para que se tenha eficiência e equidade na alocação de recursos em saúde nos HPAS é necessária, primeiramente, uma política de repasse que estimule a adoção de técnicas estratégicas de gestão que levem em consideração os indicadores de eficiência hospitalar, além de outros importantes fatores como: planejamento das necessidades; qualificação da gestão dos serviços; e otimização dos serviços ofertados, com vistas ao alcance das metas

pactuadas no plano de saúde e estabelecidas no Plano Plurianual. Tudo isso estimula a eficiência e reduz a utilização de critérios políticos para alocar recursos.

É importante reconhecer algumas limitações que permeiam este estudo. Primeiramente, a análise baseou-se em dados secundários fornecidos pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, que, apesar de relevantes, apresentaram fragilidades quanto à regularidade e qualidade do registro em determinados períodos e hospitais. Além disso, a pesquisa concentrou-se apenas em hospitais-polo de atenção secundária do Ceará, não permitindo generalizações imediatas para outras regiões ou níveis de atenção. Tais limitações, no entanto, não diminuem a relevância dos achados; pelo contrário, reforçam a necessidade de novos estudos que ampliem a abrangência territorial, aprimorem os sistemas de informação hospitalar e explorem variáveis complementares capazes de enriquecer a compreensão sobre eficiência e equidade na alocação de recursos em saúde.

REFERÊNCIAS

ABBAS, K. Gestão de custos em organizações hospitalares. **Dissertação (mestrado). Pós-graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis**, p. 171, 2001.

BARROS, P. P. APES, Documento de Trabalho nº 3. **Eficiência e Modos de Pagamento aos Hospitais**, 1997.

CASTRO, J. D. **A utilização do sistema de custeio por absorção para avaliar custos da atenção básica de saúde: reformulações e aprimoramentos metodológicos**. [s.l.] UNICAMP, 2000.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Conselho Estadual de Saúde. **Resolução nº 56/2013 – CESAU, de 22 de novembro de 2013**. Aprova o reajuste do valor de cofinanciamento de custeio dos Hospitais Polo com recursos do Tesouro do Estado repassados de forma automática para o Fundo Municipal de Saúde dos municípios beneficiados. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2013.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Distribuição de recursos do tesouro dos estados aos municípios para ações e serviços de públicos de saúde**. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2015.



- CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Plano Estadual de Saúde: 2012 a 2015**. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2012.
- COUTTOLENC, B. F.; ZUCCHI, P. Gestão de Recursos Financeiros. **Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – IDS**, v. 10, p. 1–139, 1998.
- DUARTE, R. R. S. et al. Sistema de Custos como instrumento de Eficiência nas Unidades Assistenciais de Saúde do Ceará (Brasil) - Relato de Experiência. In: **Temas de Economia da Saúde III - Contribuições para a gestão do SUS**. Fortaleza: Editora da Universidade Estadual do Ceará - EdUECE, 2011. p. 43–63.
- DRACHLER., M. L. M. DE P. J. D. DE C. M. DE L. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (2). **Eqüidade na alocação de recursos para a saúde : a experiência do Estado do Rio Grande do Sul, Brazil**, p. 275–286, 2005.
- ELIAS, P. E. *Ciência e Sociedade Coletiva*, 10 (2). **A utilização da noção de eqüidade na alocação de recursos em tempos do pensamento (neo) liberal : anotações para o debate**, p. 289–292, 2005.
- ESCRIVÃO JUNIOR, A. **Uso de indicadores de saúde na gestão de hospitais públicos da região metropolitana de São Paulo**. São Paulo: FGV/EAESP/NPP, 2004. (Relatório de Pesquisa, n. 9).
- GRANJA, G. F. *Ciência & Saúde Coletiva (Temas Livres)*, 18 (12). **O discurso dos sobre a equidade : um desafio para o SUS**, p. 3759–3764, 2013.
- MATOS, A. J. **Gestão de custos hospitalares: técnicas, análise e tomada de decisão**. 2. ed. São Paulo: Editora STS, 2002.
- MEDEIROS, M.; GOMES, G. M. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Texto para Discursão nº 687, IPEA, Rio de Janeiro. **Princípios de Justiça na Alocação de Recursos em Saúde**, p. 1–18, 1999.
- MEDICE, A. C.; MARQUES, R. M. Sistemas de custos como instrumento de eficiência e qualidade dos serviços de saúde. *CadernoS FUNDAP*, p. 19, 1996.
- NEVES, M. DO C. P. Alocação de Recursos em Saúde: Considerações Éticas. **RevistaBioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/307**, 2016.
- NORONHA, J. C. de; TRAVASSOS, C.; MARTINS, M.; CAMPOS, M. R.; MAIA, P.; PANEZZUTI, R. Avaliação da relação entre volume de procedimentos e a qualidade do cuidado: o caso de cirurgia coronariana no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1781-1789, nov./dez. 2003.
- ORTÚN-RUBIO, V. Editorial La Llar del Llibre. **La economía en sanidad y medicina: instrumentos y limitaciones**, 1992.

SCHOUT, D.; NOVAES, H. M. D. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 935-944, 2007.

SILVA., R. C. N. H. L. S. I. L. G. C. DA. Estudos de Custo-Consequência: Conceito e Aplicabilidade. In: **Temas de Economia da Saúde III - Contribuições para a gestão do SUS**. Fortaleza: Editora da Universidade Estadual do Ceará - EdUECE, 2011. p. 30-42.

SILVA, M. G. C. DA. Economia da Saúde: da Epidemiologia à Tomada de Decisão. In: **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Medbook-Editora Científica Ltda., 2013. p. 559-583.

SILVA, A. D. A. P. et al. Eficiência na Alocação de Recursos Públicos Destinados à Educação, Saúde e Habitação em Municípios Mineiros. **Contabilidade, Gestão e Governança**, v. 15, n. 1, p. 96-114, 2012.

SOUSA, M. H. L.; SOUZA, R. M. P. DE; SILVA, M. G. C. DA. Alocação de Recursos na Saúde. In: MEDBOOK (Ed.). **Rouquayrol: epidemiologia & saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: [s.n.]. p. 548.

SOUSA, M. H. S. et al. Divulg. saúde debate, Rio de Janeiro. **Alocação equitativa de recursos para a atenção secundária e terciária: uma proposta para o estado do Ceará (Brasil)**, n. 38, p. 14-34, 2007.

SOUSA, M. H. L. **Proposta de alocação de recursos para hospitais terciários gerenciados pelo Estado do Ceará baseada em eficiência e resultados**. 2013. 255 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

VIEIRA DA SILVA, L. M. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S217-S226,. **Equidade em saúde : uma análise crítica de conceitos**, p. 217-226, 2009.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1565-1577, 2009.