



Universidade de Brasília – UnB  
Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas  
Departamento de Gestão de Políticas Públicas  
Especialização Profissional em Orçamento e Políticas Públicas

**ESTUDO SOBRE O USO E A IMPORTÂNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO DE  
SISTEMAS DE CUSTOS EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – UPA  
OBJETO DA APLICAÇÃO DO PROJETO LEAN**

BRASÍLIA DF  
2020

**VANESSA BARBOSA DE PAULO**

**ESTUDO SOBRE O USO E A IMPORTÂNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO DE  
SISTEMAS DE CUSTOS EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – UPA  
OBJETO DA APLICAÇÃO DO PROJETO LEAN**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização de Orçamento e Políticas Públicas, desenvolvido na parceria do Departamento de Administração da Universidade de Brasília, Brasília-DF, com o Ministério da Saúde.

Orientador

Professor Doutor José Marilson Martins Dantas

BRASÍLIA DF  
2020

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, a Deus, pela oportunidade e por me conceder saúde para enfrentar essa jornada acadêmica visando meu amadurecimento profissional e pessoal por meio dessa especialização em minha área de atuação com foco na melhoria da gestão pública.

Agradeço também à minha mãe, ao meu marido e ao meu filho Davi pelo apoio, incentivo, compreensão e paciência durante todo esse período em busca de novos conhecimentos.

Agradeço ao meu orientador por sua disponibilidade, paciência e por suas experiências acadêmico-profissionais que contribuíram grandemente para o meu aprendizado durante a execução do presente trabalho. Sua postura possibilitou a mim conciliar a dedicação à especialização e às demandas profissionais e pessoais de forma equilibrada e tranquila.

Gostaria de agradecer aos demais professores do curso pelos conhecimentos repassados e pelas experiências profissionais apresentadas, que contribuíram para ampliar e amadurecer meus conceitos e formas de observar a realidade que estamos envolvidos.

Meu agradecimento sincero à Profa. Dra. Rosana Maria Pio (in memoriam), que mesmo passando por problemas de saúde, nunca deixou isso transparecer a nós alunos, mostrando sua preocupação em nos ajudar a fazer o nosso melhor nesta especialização.

Além disso, agradeço aos colegas de curso e de trabalho do Ministério da Saúde por terem me auxiliado no desenvolvimento ao longo de todo o percurso, por compartilharem comigo suas vivências e expectativas de melhoria para o setor público e para nosso ambiente de trabalho.

Agradeço em especial aos meus colegas de Coordenação, Márcia, Leonardo, Loyane e ao meu chefe imediato, Pedro, pelo companheirismo, apoio e cumplicidade durante todo o curso, sem eles a carga ficaria bem mais pesada.

Muito obrigada a todos, que eu não tenha mencionado os nomes, mas que de alguma maneira se fizeram presentes e me ajudaram a tornar esse processo de aprendizado leve e prazeroso!

## RESUMO

A análise e a gestão de custos permitem aos gestores avaliar a eficiência de instituições públicas bem como subsidiar a tomada de decisões para melhor alocação de recursos. O presente estudo fez um levantamento da trajetória de implementação das Unidades de Pronto Atendimento no Brasil, como uma política pública de saúde e, observou-se, através da literatura técnico-científica a respeito do tema, o quanto a gestão de custos e boas práticas de governança podem contribuir positivamente na tomada de decisões na implementação de políticas públicas, bem como na sua operacionalização. Apesar de todas as dificuldades para implementação das UPAs, é possível compreender a importância dessas unidades na Rede de Atenção à Saúde. Além disso, analisou-se a relevância do projeto *Lean* nas UPAs, desenvolvido pela UFF em parceria com o Ministério da Saúde, cujo objetivo principal se ateu à melhoria dos fluxos de procedimentos e em mecanismos para se evitar o desperdício nas unidades e, conseqüentemente, a melhoria na qualidade e eficiência dos serviços prestados aos usuários do sistema único de saúde, com foco na humanização no atendimento de pacientes. Considerando a literatura e as experiências relatadas no estudo, conclui-se que a implementação de sistemas de gestão de custos pode tornar exequível a promoção de uma nova cultura de gestão e aprimorar a qualidade dos serviços públicos prestados.

**Palavras-chaves:** UPA. Política Pública de Saúde. Gestão de custos públicos. Governança pública. Lean.

## **ABSTRACT**

Cost analysis and management allow managers to assess the efficiency of public institutions as well as support decision-making for better allocation of resources. The present study made a survey of the implementation trajectory of the Emergency Care Units in Brazil, as a public health policy and, through the technical-scientific literature on the subject, how much the management of costs and good practices was observed governance can positively contribute to decision-making in the implementation of public policies, as well as in their operationalization. Despite all the challenges for implementing the UPAs, it is possible to understand the importance of these units in the Health Care Network. In addition, the relevance of the Lean project in the UPAs, developed by UFF in partnership with the Ministry of Health, was analyzed. The main objective was to improve the flow of procedures and mechanisms to avoid waste in the units and, consequently, to improve the quality and efficiency of the services provided to users of the single health system, with a focus on the humanization of patient care. Considering the literature and the experiences reported in the study, it is concluded that the implementation of cost management systems can make it possible to promote a new management culture and improve the quality of public services provided.

**Key words:** UPA. Public Health Policy. Management of public costs. Public governance. Lean.

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Quantidade de cadastros de UPAs por ano .....	30
<b>Gráfico 2</b> - Distribuição das UPAs financiadas pelo MS em funcionamento no Brasil por UF.....	31
<b>Gráfico 3</b> - Situação atual das UPAs em relação ao planejado.....	32
<b>Gráfico 4</b> - Cancelamentos de obra de UPA por UF.....	33

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Classificação do Porte das UPAs .....	16
<b>Quadro 2</b> – Valor mensal repassado pelo MS para o custeio das UPAs .....	16
<b>Quadro 3</b> – Comparativo de dados positivos X dados negativos da implementação da UPAs no País .....	31

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Representação do diagrama de pesquisa .....	28
---	----

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Quantidade de UPAS em funcionamento por região .....	30
--	----

## APÊNDICE

APÊNDICE .....	44
----------------	----

## **ABREVIACÕES E SIGLAS**

CNS Conferência Nacional de Saúde

CIT Comissões Intergestores Tripartite

CONASS Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CCUSTOS Coordenação de Gestão de Custos

DESID Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento

DATASUS Departamento de Informática do SUS

FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz

GM Gabinete do Ministro

MS Ministério da Saúde

OMS Organização Mundial de Saúde

PNAU Política Nacional de Atenção às Urgências

PPA Plano Plurianual

PNGC Programa Nacional de Gestão de Custos

APURASUS Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS

RUE Rede de Atenção às Urgências e Emergências

SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SISMOB Sistema de Monitoramento de Obras do Ministério da Saúde

SISMAC Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade

SIA/SUS Sistema de Informações Ambulatoriais de Saúde do SUS

SUS Sistema Único de Saúde

TCU Tribunal de Contas da União

UFF Universidade Federal Fluminense

UPA Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	8
1.1. Formulação do problema de pesquisa .....	10
1.2. Objetivos .....	10
1.2.1. <i>Objetivo geral</i> .....	10
1.2.2. <i>Objetivos específicos</i> .....	10
1.3. Justificativa .....	11
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	12
2.1. Políticas Públicas de Saúde .....	12
2.2. Estrutura dos SUS (Tripartite) .....	13
2.3. Programa de Média Complexidade em Saúde .....	14
2.4. Gestão de Custos e Governança Pública .....	17
2.5. Acompanhamento de informação de custos nas UPAs pelo SUS .....	21
2.6. Lean .....	23
2.6.1. <i>Base Conceitual</i> .....	23
2.6.2. <i>Lean aplicado a Saúde</i> .....	24
2.6.3. <i>Projeto Lean nas UPAs</i> .....	24
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	26
3.1. Estratégia, abordagem e tipo de pesquisa .....	26
3.2. Procedimentos de coleta .....	27
3.3. Amostra da pesquisa .....	28
<b>3. ANÁLISE DOS DADOS</b> .....	29
4.1. Considerações gerais sobre a pesquisa .....	29
4.2. Percepção dos respondentes da pesquisa quanto à importância de um sistema de gestão de custos nas UPAs .....	34
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	37
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	39



## INTRODUÇÃO

Imaginem o cenário de saúde no início dos anos 80, quando o acesso à assistência à saúde poderia ser considerado como um privilégio. Em decorrência disso, foram os vários movimentos e lutas em prol de uma saúde, verdadeiramente pública, que levaram à avanços na sociedade brasileira para garantir direitos básicos à assistência, que conferisse dignidade à pessoa humana. Assim, a Saúde Pública no Brasil teve como marco determinante deste processo, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em 1986, em Brasília, com debates que se pautaram em três temas principais: a saúde como dever do Estado e direito do cidadão, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial, que influenciou na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) que temos hoje.

Foram propostas mudanças para uma atenção à saúde baseada no acesso igualitário e com ampla participação da sociedade nos processos decisórios e, isso se tornou possível com a promulgação da norma suprema, a Constituição Federal de 1988, Art. 196, em que a saúde ficou caracterizada como um direito universal, conforme segue:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Nesse sentido, após a Constituição de 88 e, buscando organizar, estruturar e implantar definitivamente o SUS, foi publicada a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispôs sobre a organização e o funcionamento dos serviços de saúde e, a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que regulamentou a participação popular na gestão do SUS, sendo estas duas normativas singularmente relevantes para este novo modelo de atenção à saúde.

Após a universalização da saúde, de forma integral e gratuita, políticas públicas foram sendo implementadas, ao longo desses mais de 30 anos, para que atendessem a grande demanda absorvida pelo sistema. Essas políticas públicas são criadas visando minimizar os problemas existentes em um sistema complexo, utilizando-se recursos orçamentários e financeiros que devem acolher e atender uma enorme população que demanda, além de investimentos, o custeio para a operacionalização dos serviços de saúde. Com toda essa magnitude e complexidade de um sistema, concretizar o desenho das políticas públicas de saúde e, disponibilizar os serviços de assistência à população, em todos os níveis de atenção, se tornou um desafio a ser vencido. Pineault (2016) estabelece que diante do cenário com recursos limitados na saúde, há de se falar em ligação entre o problema prioritário e a prioridade de intervenção, onde o orçamento é acordado e determinado em relação aos problemas, necessidades e prioridades de saúde.

Sobre essa responsabilidade do Estado em garantir os direitos, Lucio et.al. (2014) esclarece que:

[...] o Estado se diferencia das demais instituições por realizar direitos na forma de serviços. Nesse sentido, ao propor e implementar políticas públicas esta instituição social seria ao mesmo tempo guardiã e promotora destes direitos, papel distinto daquele exercido por outras instituições sociais nacionais e internacionais, que ao proporem serviços ou benefícios públicos não se comprometem com a realização dos direitos individuais e coletivos inscritos na Carta Magna. Neste contexto, o Estado guarda em sua estrutura as organizações que operacionalizam esses direitos.

Andreazza et al. (2007) revisitaram a literatura e uma variedade de artigos que tratavam sobre os problemas e desafios enfrentados pelos gestores públicos no processo de gestão em saúde e, constataram que um dos maiores desafios para gestores no SUS é o processo de planejamento e da alocação de recursos que, além de limitados, são disputados com as demais políticas públicas e outras atividades básicas da administração. Por fim Andreazza et al. (2007) ressaltam que referente ao processo de gestão em saúde:

[...] este novo modelo de gestão não requer apenas gestores capazes de implantar políticas e novos modelos de atenção, mas requer que tenham também capacidade e competência para administrar graves problemas que se apresentam neste processo.

Diante do exposto e, dada a importância de se alocar eficientemente os recursos públicos, é relevante para os gestores o conhecimento dos custos envolvidos para o governo disponibilizar bens e serviços, quais os resultados gerados e, se esses mesmos resultados poderiam ser alcançados com custos menores, mantendo a eficiência, o que permitiria ampliar investimentos e qualificar serviços gerando uma sensação aos pagadores de impostos de que há um retorno satisfatório. A preocupação com a geração de informações sobre o custo nas atividades exercidas pelo governo vem ganhando força na perspectiva de melhoria da eficiência na prestação dos serviços no setor público, haja vista, a limitação dos recursos em relação ao tamanho da demanda.

Alonso (1999) descreve que o gerenciamento dos custos no setor privado difere do setor público, pois, enquanto no primeiro o foco está no controle de estoque e nos lucros, o segundo deve focar na qualidade da execução dos serviços prestados à sociedade, o que exige sistemas de informações que auxiliem na tomada de decisões e, isso envolve medir o custo para se obter bons resultados e, infelizmente, não existe essa cultura na administração pública, e quando tentam, essa medição não acontece de forma sistemática ou adequada.

Dentre as muitas políticas de saúde pública, o programa de implementação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), apresentado pelo Ministério da Saúde, marca uma iniciativa

inédita na tentativa de reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada, recepcionando pessoas com condições de saúde com menor grau de complexidade, visando desafogar os prontos socorros hospitalares. Implantadas pelo governo federal desde 2009, as Unidades de Pronto Atendimento são estabelecimentos pertencentes à Rede de Atenção às Urgências, idealizadas com o objetivo de concentrar os atendimentos de saúde de complexidade intermediária, entre as Unidades Básicas de Saúde e a Rede Hospitalar (BRASIL, 2009).

Inicialmente, a meta do governo era o de financiar e implantar 1.000 UPAs no País, porém, passados mais de 10 anos, o programa conta, atualmente, com aproximadamente 539 UPAs habilitadas e em funcionamento. As despesas de manutenção são compartilhadas entre os 3 (três) entes federativos, sendo que o repasse por parte da União faz parte dos repasses do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde (BRASIL, 2013).

### **1.1. Formulação do problema de pesquisa**

Neste contexto, cabem questões que abrem um leque de oportunidades de pesquisa, como: se fizermos uma comparação com seu desenho institucional, até que ponto o programa das UPAs, como parte de uma política pública de saúde, foi efetivado como pretendido na sua formulação? Qual a necessidade de se compreender os modelos de gestão de custos alinhados à governança pública e qual a importância de sua implementação nas Unidades de Pronto Atendimento, especialmente, daquelas envolvidas no projeto LEAN?

### **1.2 Objetivos**

#### **1.2.1 Objetivo geral**

O presente trabalho se propõe a estudar e compreender a importância da gestão de custos alinhados à governança pública no programa Unidades de Pronto Atendimento 24h.

#### **1.2.2 Objetivos específicos**

- Estudar o desenho institucional do Programa de Unidades de Pronto Atendimento 24h;
- Identificar Unidades de Pronto Atendimento 24h que se destacaram na implantação desse programa;
- Identificar na literatura disponível, relacionada à gestão de custos e governança, os modelos conceituais aplicados ao setor público;

- Identificar as formas de utilização das informações de custos e governança nas UPAs envolvidas no projeto LEAN

### **1.3 Justificativa**

Vários estudos apontam experiências exitosas relacionadas à implementação das UPAs na Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e, com o conhecimento e aperfeiçoamento do programa, essa expectativa de melhoria da qualidade da atenção tende a aumentar. Nesse sentido, o presente trabalho é de grande valia para a reflexão e ações que possam despertar nos gestores maior apoio à manutenção do programa, o possível aumento quantitativo e, principalmente, o crescimento qualitativo das UPAs, sob a ótica da avaliação da gestão de custos e da governança.

Ressaltar a importância de se conhecer dados de custos para operacionalização no atendimento na atenção especializada, analisar a aplicabilidade na gestão de custos dos investimentos e manutenção, tendo em vista que na atenção especializada à saúde pública, além de complexa, os custos de manutenção são bem elevados, exigindo assim, melhor planejamento e gestão dos recursos utilizados, dado que os recursos são limitados e dependem de uma série de fatores para sua utilização.

Analisar como a governança interfere no processo de execução do planejamento da gestão de custos e como o uso de ferramentas adequadas podem impactar o usuário final da prestação do serviço. Hoje, a importância e o foco da transparência está em saber quanto o governo gasta para disponibilizar bens e serviços, porém, mais importante que somente saber o valor do gasto, é saber qual o resultado gerado por esse gasto e, se esse mesmo resultado, poderia ser alcançado com custos melhor mensurados, o que permitiria ampliar investimentos e qualificar serviços, gerando uma sensação aos pagadores de impostos de que há um retorno satisfatório (ALONSO,1999). A Administração pública tem buscado constantemente mecanismos que visem a melhoria da prestação de serviços e o uso eficiente do recurso público. Dentre essas ferramentas, na área de saúde, essencialmente, na atenção especializada, o uso da metodologia Lean tem sido amplamente difundida e implementada em Hospitais. O que levou ao interesse da pesquisa em entender de que forma o Lean poderia contribuir para melhoria dos fluxos de procedimentos e em mecanismos para se evitar o desperdício nas UPAs

## REFERENCIAL TEÓRICO

Estudos recentes sobre a gestão de custos na Administração Pública têm demonstrado a importância e necessidade de sistemas que facilitem a apuração e a análise de custos que permitam aos gestores avaliar a eficiência das entidades públicas na implementação e execução de suas políticas (CARVALHO et al., 2017). Além disso, a gestão de custos se apresenta como instrumento de governança pública capaz de aprimorar o controle, o planejamento e a orçamentação de recursos, além de facilitar o processo de transparência dos gastos públicos (BLANSKI, 2015).

### 2.1 Políticas Públicas de Saúde

Por definição, Políticas Públicas de Saúde compreende-se como um conjunto de programas e ações em saúde que estão sujeitas às decisões tomadas pelos governos federal, estadual e municipal, a partir de problemas que afetam todos ou uma maioria dos cidadãos com objetivo de garantir-lhes os direitos constitucionais à saúde, proporcionando melhor qualidade de vida.

Em 1990, surge o SUS como a principal política pública brasileira, com o objetivo precípua de levar assistência integral, gratuita a todos, garantido a promoção, a prevenção e o cuidado à saúde da população sem distinção (BRASIL, 1990).

Sobre os aspectos da dinâmica de construção e gestão da política de saúde, autores argumentam que:

A construção da política de saúde como política social envolve diversos aspectos políticos, sociais, econômicos, institucionais, estratégicos, ideológicos, teóricos, técnicos, culturais, dentre outros, tornando-se muito difícil isolar a participação de cada um deles em um momento definido. Como atividade de proteção social, a política de saúde se coloca na fronteira de diversas formas de relação social, como a relação entre gestores e atores políticos de unidades governamentais e empresas, entre indivíduos e grupos sociais (famílias, grupos ocupacionais, religiosos, entre outros), entre cidadãos e os poderes públicos, entre consumidores e provedores de bens e serviços etc. A ação da política de saúde sobre essas formas de relação é diferente em cada caso e envolve estratégias, planos, instrumentos e processos mediados por instituições e significados culturais (FLURY E OUVÉNEY, 2014, p.17).

Atualmente, o SUS atende aproximadamente 75% da população de maneira integral e gratuita, em todos os níveis de atenção e, mesmo os que possuem planos privados de saúde, são beneficiados pela atuação do sistema público, a exemplo das campanhas de imunizações, dos atendimentos efetuados via Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), dos

transplantes de órgãos, das ações da vigilância sanitária em saúde, que somados à assistência, tornam a gestão dos recursos disponíveis para a saúde um verdadeiro desafio (MENDES E BITTAR, 2014).

Assim, o papel das políticas públicas assume uma importância primordial para o atendimento da demanda absorvida pelo sistema de saúde, cujas ações desenvolvidas pelo Estado e seus agentes, com a participação social, sejam capazes de garantir a todos o direito à saúde (SOUSA E BATISTA, 2012). Dessa forma, nascem as políticas públicas, para minimizar os problemas da população, utilizando-se recursos públicos orçamentários e financeiros para investimentos, como a construção, ampliação e reformas de unidades de atenção à saúde, além do custeio, como a contratação de mão-de-obra especializada e manutenção dessas unidades.

## **2.2 Estrutura do SUS (Tripartite)**

As políticas públicas de saúde se tornaram possíveis e foram viabilizadas através da descentralização de competências com destaque na municipalização, com a criação e funcionamento das Comissões Intergestores (Tripartite nacional e Bipartites estaduais), dos fundos de saúde com repasses fundo a fundo, com a criação e funcionamento dos conselhos de saúde, e principalmente, com a influência dos valores éticos e sociais da política pública do SUS junto à população usuária, os trabalhadores de saúde, os gestores públicos e os conselhos de saúde, levando a grande expectativa no alcance dos direitos sociais, diante da força e pressão social (SANTOS, 2007).

Essa estrutura tripartite funciona como um mecanismo de participação social, que busca trazer mais legitimidade as ações do governo e aplicação de recursos públicos em locais onde a população de fato necessita, com o propósito de preencher os vazios assistenciais em saúde, para que o princípio da equidade se torne efetivo. Esse mecanismo fortalece a governança nestes espaços, priorizando a responsabilização dos entes a fim de que a tomada de decisão na gestão tenha transparência e integralidade na assistência à saúde. A organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde devem ser pactuados entre as Comissões Intergestores Tripartite (CIT), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), valorizando assim esse espaço de governança (BRASIL, 2011).

Considerando as enormes diferenças entre as regiões da federação brasileira, o governo federal tem ao longo dos anos estruturado políticas públicas em saúde visando corrigir muitas

das desigualdades sociais, na utilização dos serviços de saúde, entre Estados e Municípios do País, porém, devendo respeitar e considerar a autonomia dos entes. Ainda sobre essa questão, estudiosos afirmam que:

O Brasil expressa de forma contundente as tensões na construção de um sistema de saúde universal em um país capitalista periférico extremamente desigual. Configura-se uma situação contraditória, de coexistência de um sistema público de dimensões expressivas, baseado na diretriz da universalidade, com mercados privados dinâmicos e em ascensão, que disputam os recursos do Estado e das famílias, espoliam a possibilidade de consolidação de um sistema de saúde de fato único e igualitário, reiteram a estratificação e as desigualdades sociais. (MACHADO et al., 2017, p. 159)

### **2.3 Programa de Média Complexidade na Saúde**

A saúde no Brasil está dividida em três (3) níveis de atenção, seguindo a classificação da OMS: no primeiro, chamado de “porta de entrada” do SUS e, considerado o eixo estruturante do sistema, está a Atenção Primária, com suas Unidades Básicas ou Postos de Saúde, onde são marcadas consultas e exames e realizados procedimentos menos complexos, como vacinação e curativos; no segundo, entendido como de média complexidade, estão as Clínicas, Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais Escolas, que dão conta de alguns procedimentos de intervenção, bem como tratamentos a casos crônicos e agudos de doenças e, no terceiro, a alta complexidade, em que estão os hospitais de grande porte, onde são realizados procedimentos mais invasivos e de maior risco à vida (BRASIL, 1996).

Assim, para que as Redes de Atenção funcionem adequadamente e permitam certo grau de resolutividade no território onde atuam, garantindo atendimento suficiente na atenção primária, e em casos de necessidade de saúde, passem pela atenção da média e alta complexidade, são necessários alguns requisitos como a pactuação entre as regiões e entre os gestores de saúde para a articulação, integração e coordenação de várias pessoas e unidades. Para garantir a atenção de alta complexidade e parte da média, as regiões devem pactuar entre si (ARAÚJO, 2012).

Ainda, de acordo com Hartz e Contandriopoulos (2004, p. 332):

Num sentido mais amplo, a integração em saúde é um processo que consiste em criar e manter uma governança comum de atores e organizações autônomas, com o propósito de coordenar sua interdependência, permitindo-lhes cooperar para a realização de um projeto (clínico) coletivo.

Com a publicação da Portaria GM nº 1.863 GM/MS, em setembro de 2003, o Ministério da Saúde cria a Política Nacional de Atenção às Urgências – PNAU, com objetivo de organizar e estabelecer os serviços de urgências, a serem implantados e administrados pelas esferas de

governo, seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e qualificando a atenção integral às urgências e, em 2008, tem-se a Portaria GM/MS nº 2.922, onde o projeto UPA surge como parte integrante da Política Nacional de Atenção às Urgências no Brasil, tendo como marco a implantação das unidades, como novo espaço de atenção, regionalizando, qualificando e a interiorizando a média complexidade, através da ampliação do acesso, com vistas à equidade.

Para que o processo de regionalização funcionasse adequadamente, havia a necessidade de integração da UPA com SAMU e com a atenção básica, diferenciando-se dos tradicionais serviços de pronto atendimento ou prontos-socorros (BRASIL, 2008) e, passaram a existir como estruturas intermediárias entre a atenção básica e hospitalar (alta complexidade). Segundo o Ministério da Saúde, nos locais onde UPAs 24h entraram em funcionamento, a necessidade de o paciente buscar atendimento em hospital foi reduzida em 96%.

Mais tarde, em 2011, reformulou-se a política, através da Portaria 1.601 GM/MS, que revogou a Portaria 1.600 GM/MS/2009, com objetivo de aprimorar os objetivos da PNAU de 2003, promovendo a melhoria na articulação e na comunicação entre os diversos pontos de atenção às urgências e emergências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no SUS, composto por diferentes pontos de atenção à saúde, que incluem a Atenção Básica à Saúde como centro de comunicação, os pontos de atenção secundária e terciária (UPA, Hospitais), os sistemas de apoio (SAMU 192) os sistemas logísticos e o sistema de governança.

Conforme definido em legislação do Ministério da Saúde, as UPAs, funcionam como componentes pré-hospitalares que atendem 24 horas por dia, todos os dias da semana e, oferecem uma estrutura simplificada, com exames de diagnóstico por imagem, eletrocardiograma, pediatria, laboratório de exames clínicos e leitos de observação por até 24 horas e, prestam atendimento à pacientes acometidos por quadros agudos de natureza clínica, estabilizam e realizam a investigação diagnóstica inicial, definindo assim a conduta necessária para cada caso, encaminhando aqueles que não tiveram suas queixas resolvidas, com a garantia da continuidade do cuidado, para internação em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial (BRASIL, 2011).

São classificadas em três diferentes portes, de acordo com a população do município sede, a capacidade instalada (área física), número de leitos disponíveis, gestão de pessoas e a capacidade diária de realizar atendimentos médicos, conforme o quadro a seguir:



**Quadro 1** – Classificação do Porte das UPAs

UPA	POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UPA	ÁREA FÍSICA MÍNIMA	NÚMERO DE ATENDIMENTOS MÉDICOS EM 24 HORAS	NÚMERO MÍNIMO DE MÉDICOS POR PLANTÃO	NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS DE OBSERVAÇÃO
<b>PORTE I</b>	50.000 a 100.000 habitantes	700 m <sup>2</sup>	até 150 pacientes	2 médicos	7 leitos
<b>PORTE II</b>	100.001 a 200.000 habitantes	1.000 m <sup>2</sup>	até 300 pacientes	4 médicos	11 leitos
<b>PORTE III</b>	200.001 a 300.000 habitantes	1.300 m <sup>2</sup>	até 450 pacientes	6 médicos	15 leitos

Fonte: Portaria Nº 342/2013 do Ministério da Saúde. Brasil (2013).

Com a publicação da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 que trata do financiamento e da transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS, o Ministério da Saúde adotou como forma de contrapartida, o custeio mensal, de acordo com a capacidade operacional de funcionamento, declarada em Termo de Compromisso, encaminhado pelo gestor.

**Quadro 2** – Valor mensal repassado pelo MS para o custeio das UPAs

Opções	Nº de profissionais médicos/24h para o funcionamento da Unidade	Valor do incentivo financeiro para custeio de UPA 24h Nova	Valor do incentivo financeiro para qualificação de UPA 24h Nova	Valor do incentivo financeiro para custeio/qualificação de UPA 24h Ampliada
I	2 (1 diurno e 1 noturno)	R\$ 50.000,00	R\$ 35.000,00	R\$ 50.000,00
II	3 (2 diurnos e 1 noturno)	R\$ 75.000,00	R\$ 52.500,00	R\$ 75.000,00
III	4 (2 diurnos e 2 noturnos)	R\$ 100.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 100.000,00
IV	5 (3 diurnos e 2 noturnos)	R\$ 137.000,00	R\$ 98.000,00	R\$ 137.000,00
V	6 (3 diurnos e 3 noturnos)	R\$ 175.000,00	R\$ 125.000,00	R\$ 175.000,00
VI	7 (4 diurnos e 3 noturnos)	R\$ 183.500,00	R\$ 183.500,00	R\$ 233.000,00
VII	8 (4 diurnos e 4 noturnos)	R\$ 216.500,00	R\$ 216.500,00	R\$ 267.000,00
VIII	9 (5 diurnos e 4 noturnos)	R\$ 250.000,00	R\$ 250.000,00	R\$ 300.000,00

Fonte: Portaria Nº 342/2013 do Ministério da Saúde. Brasil (2013).

De acordo com o Quadro 1, a legislação também estabelece critérios para repasse de incentivo financeiro de custeio mensal diferenciado para UPAs 24h com qualificação, que são aquelas que atendem requisitos específicos e padronizados determinados em Portaria, pelo MS, como por exemplo, cobertura do SAMU 192 e comprovação de cobertura da Atenção Básica, de no mínimo, 50% da população do município sede. Além disso, municípios situados na Amazônia Legal, tem um acréscimo de 30% (trinta por cento) no valor do repasse. O repasse,

por parte do governo federal, de recursos para custeio mensal da UPA 24h, está condicionado ao registro no SIA/SUS dos atendimentos e procedimentos realizados pelo estabelecimento de saúde (BRASIL, 2017).

#### **2.4 Gestão de Custos e Governança Pública**

A implementação de um sistema de custos em um estabelecimento de saúde, em qualquer que seja o nível de atenção, possibilita estimar os custos envolvidos em determinada ação, cujos resultados permitem adequação do uso, bem como qualificar e até ampliar serviços aos usuários do SUS, auxiliando os gestores na tomada de decisão quanto a alocação eficiente dos recursos, principalmente em estabelecimentos hospitalares da média e alta complexidade com insumos e equipamentos de alto custo.

O Brasil avançou consideravelmente na coleta de dados e na elaboração de informações de vigilância epidemiológica, mortalidade infantil, informações de atendimento hospitalares e de produção hospitalar. Avançou em sistemas de monitoramento de investimentos em saúde e de planejamento orçamentário, porém, se mostra incipiente quando o assunto se refere à dados e gestão de custos que subsidie gestores a melhor alocar recursos, principalmente quanto à prestação de serviços de saúde.

A Contabilidade Pública tem avançado no sentido de ampliar seu escopo de atuação e trazer para a Administração Pública modelos que sejam aplicáveis ao tipo de negócio que ela presta, a saber, a prestação de serviços. Sobre a importância da gestão de custos no setor público e o atual cenário dessa evolução, Dantas (2014) diz que:

Diante do cenário de consolidação das normas internacionais voltadas ao setor público, do posicionamento dos órgãos que normatizam a Contabilidade pública no Brasil, notadamente CFC e STN, e da importância econômica dos recursos do orçamento da União, é necessário o desenvolvimento de um modelo de custos aplicados ao setor público que possa ser utilizado por toda a Administração Pública de forma a manter a comparabilidade das informações de custos entre os órgãos centrais e as unidades administrativas.

Fernandes (2011) apresentou em seu trabalho o quão importante é o gerenciamento de informações de custo nos processos de melhoria da qualidade do gasto público, sugerindo inclusive que a promoção da cultura de gestão de custos no setor público alinhada à promoção da qualidade em padrões de excelência na gestão pública fosse proposto ao Tesouro Nacional como uma política de Estado.

Silva (2019) trouxe uma abordagem significativa para a complementariedade existente na relação entre gestão e governança, quando disse que:

A governança está ligada ao direcionamento, monitoramento e avaliação das atividades. É ela quem fornece a estratégia que será utilizada pela gestão. Está relacionada com a tomada de decisão. A gestão, por sua vez é responsável pelo planejamento, execução, controle e ação. Sua atuação se dá no nível prático. A boa governança é responsável pela economicidade das ações públicas. Complementarmente, a boa gestão está relacionada com a eficácia.

Ainda nesse contexto, e, na tentativa de difundir e homogeneizar conceitos e metodologias, fornecendo meios que estimulassem os gestores a elaborar informações gerenciais que os auxiliasse na tomada de decisões, na adoção de medidas que propiciasse a redução de custos, sem impactar negativamente a qualidade do serviço prestado ao usuário do SUS, ou seja, aumentar a eficiência sem prejudicar a eficácia e efetividade e, a fim de desenvolver essa cultura e implementar a gestão de custos, o Ministério da Saúde, publicou em 2006, o Manual Técnico de Custos, como parte do Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), no âmbito do SUS (BRASIL, 2006).

O referido Manual em sua introdução deixa claro que:

O PNGC surgiu da necessidade de conhecer os custos dos produtos e serviços, para apurar e avaliar seus respectivos resultados, além de aprimorar a própria gestão de custos. Com a crescente complexidade das instituições de saúde integradas ao SUS, o instrumento passou a ser utilizado como eficiente técnica gerencial (utilização das informações de custos, para auxiliar na tomada de decisão), tornando-se uma vantagem competitiva e fazendo parte das ações estratégicas dessas instituições. [...] A maioria dessas instituições utiliza métodos contábeis tradicionais, que não levam ao conhecimento de seus custos reais, ou seja, não fazem uso de sistema de custos que oriente e ofereça parâmetros para suas decisões administrativas e para o controle de suas atividades (BRASIL, 2006, pág. 7).

Apesar de sua importância, muitas instituições utilizam a contabilidade de custos apenas para fins fiscais e não como instrumento de gestão na apuração de custos. Essa é uma prática que vem sendo implementada de forma gradativa pelos estabelecimentos públicos de saúde. Ainda sobre as finalidades da gestão de custos nessas instituições, o Manual resume que a ferramenta serve para:

1. Calcular os custos dos serviços prestados, relacionados à atividade produtiva.
2. Fornecer, a todos os setores da instituição, informação referente a seus recursos, independente da natureza produtiva, despertando assim a co-responsabilidade, para que todos exerçam uma efetiva gestão dos custos.
3. Subsidiar a tomada de decisão, a definição orçamentária, a política de investimentos e o planejamento das atividades operacionais.
4. Possibilitar a troca de informações e a comparação de resultados entre instituições.
5. Facilitar a identificação de atividades ineficientes na aplicação de recursos e/ou na prática organizacional.
6. Realizar prestação de contas, visando maior transparência ao controle social. (BRASIL, 2006, p. 8,9)

Antes da implementação de novas ferramentas e de sistemas de custos, a literatura tem evidenciado que para se obter sucesso, torna-se imprescindível que conceitos, normas e rotinas sejam trabalhados a fim de que procedimentos padrões sejam adotados para facilitar a compreensão prática do programa. O uso de termos técnicos padronizados facilita a adesão. No caso da gestão de custos do PNGC, a terminologia comumente utilizada se resume em compreender termos como: Centro de Custos, Contabilidade de Custos, Custo (direto, indireto, fixo, marginal, médio unitário, operacional, não-operacional, total, variável), depreciação, desembolso, despesa, gasto, gestão de custos, investimento, preço, rateio, receita.

Vieira (2017) faz uma abordagem relevante quanto à importância da informação de custos e sua relação com a garantia de direitos no âmbito da saúde, quando da análise da obra “O custo dos direitos - por que a liberdade depende dos impostos”, de dois professores universitários norte-americanos, Holmes e Sunstein (2000), onde ela diz que:

Ainda que esses autores abordem a questão dos custos dos direitos do ponto de vista orçamentário, e não contábil, ambas as perspectivas estão vinculadas, sendo seu trabalho importante e oportuno para instigar uma reflexão sobre os custos da garantia desses direitos, entre os quais o direito à saúde, e também sobre a relevância de saber quanto dos recursos públicos são necessários para garanti-los e sobre como se pode fazer melhor gestão dos recursos disponíveis, a fim de que os resultados das políticas implementadas para assegurá-los sejam otimizados. Nesse sentido, partindo-se da visão ampliada do direito para o olhar focado na política de saúde, é preciso avançar não só com a discussão dos custos da oferta de bens e serviços, como também sobre o uso dessa informação na formulação de políticas que visem à eficiência do uso dos recursos, sejam eles humanos, tecnológicos ou financeiros. (VIEIRA, 2017, p.)

Cabe ressaltar que são distintos os conceitos entre custos e gastos públicos, enquanto o primeiro, de acordo com Martins (2010) é a expressão monetária de consumo com objetivo de produzir bens ou serviços, o segundo é descrito pelo autor como compra, aquisição de bens ou serviços que geram a obrigação de pagar. Dessa forma, o foco do estudo está nas metodologias utilizadas por algumas Unidades de Saúde para fazer a gestão de custos, que de acordo com Santos (2017), implantar esse controle em estrutura como hospitais se torna uma tarefa desafiadora, por se tratar de estruturas complexas e com uma variedade de atividades que executam (laboratório, farmácia, clínica de imagem, etc).

De acordo com Leite (2014) os métodos de custos mais utilizados nos estabelecimentos de saúde público são custeio por absorção e por atividades, pois trabalham com o conceito de centro de custos (departamentos, setores).

Essa busca em fazer mais e com qualidade no uso do recurso, que no caso do público, é escasso e, tendo em vista as limitações impostas por leis que conduzem a Administração Pública, como a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) que cooperam também com os princípios da universalidade e integralidade do SUS, maximizando os benefícios para a sociedade.

De acordo com o Referencial Básico de Governança Aplicável a Órgãos e Entidades da Administração Pública, publicado pelo TCU, em 2014, a governança pública foi inserida na administração pública como forma de trazer novos olhares, práticas e processos que admitisse a participação de diversos segmentos da sociedade na gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade. Esse termo, surgiu no ápice da *New Public Management* (NPM), com foco na nova gestão pública, respeitando a estrutura normativa, porém, aprimorando o processo de coordenação, integração e articulação das ações (BRASIL, 2018).

No âmbito do SUS, os debates e normas relativos à governança são focados nas redes de atenção à saúde, também chamada de governança colaborativa (TCU, 2018), cuja ideia central é a de que as diversas organizações e atores envolvidos devam atuar de forma horizontal.

Em relação à governança das Redes de Atenção à Saúde, estabelecida na Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, com o propósito de:

[...] criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações (BRASIL, 2010).

Mais importante ainda e, a fim de concretizar metodologias em estabelecimentos de saúde, é a aplicação de sistemas de gestão de custos alinhados à governança pública, ou seja, a implementação irá depender da capacidade de coordenação, articulação e integração para sua efetivação. Pode existir a melhor tecnologia, a melhor estrutura, os melhores profissionais, mas se não houver essas capacidades mencionadas, qualquer melhoria na qualidade de serviços ofertados, se tornam inviáveis, complexas e, de difícil implantação.

## **2.5 Acompanhamento de informação de custos nas UPAs pelo SUS**

O cerne deste trabalho está em compreender os modelos de gestão e possíveis ferramentas de custos aplicados em estabelecimentos de saúde e sua importância, especialmente nas UPAs. A Contabilidade de Custos na iniciativa privada foi se adequando no passar dos anos e buscando aprimorar seus processos de gestão de custos, uma vez que essa questão impacta diretamente na margem de lucro do setor, com isso a necessidade cada vez maior de sistemas capazes de melhorar a qualidade da informação para tomada de decisões.

Por meio da revisão teórica foi possível identificar que a gestão de custos na alta gestão está frequentemente colocada como um relevante instrumento de acompanhamento e avaliação da gestão orçamentária, financeira e patrimonial, porém, em estabelecimentos de saúde aonde de fato ocorre a prestação direta do serviço, esse instrumento é pouco utilizado, o que provavelmente pode levar a distorções na avaliação e na tomada de decisões por parte dos gestores públicos por não conhecerem as reais necessidades de determinado “centro de custos”, o que, conforme Blanski (2015), muitas vezes pode gerar desperdícios, falta de foco assistencial e até dificultar a otimização dos recursos públicos.

Entendemos neste contexto a importância de estabelecer sistemas capazes de organizar as informações de custos e transformá-las em uma ferramenta capaz de auxiliar gestores na tomada de decisões, sobre o assunto, Lúcio e Dantas (2019) consideram que:

As informações organizadas e mediadas pelo Sistema de Governança baseado em Custos são capazes de mediar e orientar a gestão e governança de gestores públicos. De igual forma, possibilita a ação daqueles responsáveis pela fiscalização da efetiva utilização de recursos públicos, órgãos de controle externo. Outrossim, é possível ressaltar o potencial prospectivo do Sistema como um mediador entre o planejamento e a execução do Orçamento Público, a ele vinculado (LÚCIO E DANTAS, 2019).

Simões e Silva (2017) em um estudo sobre a identificação e custos na prestação de serviço em uma UPA, chegaram à conclusão de que administrar corretamente e eficientemente os recursos públicos é um dos principais fatores de melhoria da saúde coletiva e da gestão dos desembolsos e que identificar componentes de custos e relacioná-los à receita disponível em uma unidade de saúde pode ser considerado como uma ferramenta importantíssima de transparência interna, externa e social. Em suas considerações finais, após todos os levantamentos da pesquisa e os desafios encontrados na UPA estudada:

É necessário e indispensável a aquisição de um sistema integrado de gestão onde os mesmos pudessem controlar desde a aceitação do paciente até as receitas, custos e despesas, específico para organizações públicas de saúde, para auxiliar os gestores a solucionar problemas e a tomarem decisões com maior segurança, e assim, poderem aplicar de forma mais eficiente e proveitosa os recursos obtidos. [...] sugere-se a verificação do custo unitário da prestação de serviços numa UPA, também a criação de framework para a implantação de um sistema integrado de custeamento aplicado

ao setor público, especificamente a unidades de prestação de serviços de saúde. (SIMÕES E SILVA, 2017).

Com objetivo de auxiliar as Unidades de Saúde e as Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais e, apesar de o Ministério da Saúde ter iniciado o processo em 2006, somente em 2018, o órgão federal do executivo instituiu o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) e o Sistema de Apuração e gestão de Custos do SUS (APURASUS), facilitando para os gestores que, voluntariamente, quisessem aderir ao programa e dessa maneira, iam promovendo à cultura de utilização da ferramenta contábil também como instrumento de gestão de custos no âmbito do SUS.

Aos gestores de Unidades de Saúde, o sistema deu a oportunidade de conhecer melhor seus custos, a estimar o valor final de procedimentos e serviços, a elaborar orçamentos com base nos custos apurados, a fazer comparação de seus custos com os de outras unidades semelhantes. Já aos Secretários de Saúde, o sistema permitiu estimar custos de um novo serviço ou procedimento, auxiliar na elaboração do planejamento, analisar o desempenho dos estabelecimentos, fortalecer o controle social através da transparência e melhorar a gestão. (SILVA, 2017)

Como parte do PNCG, foi criado o APURASUS, trata-se de um sistema de apuração de custos em plataforma web e banco de dados em Oracle, desenvolvido pelo DATASUS/MS. Silva (2017) explica como é o funcionamento do sistema:

[...] efetua a apuração de custos de forma padronizada e estruturada, utilizando para isso a metodologia de custo custeio por absorção, com alocação recíproca em base matricial, que possibilita identificar os custos dos serviços executados pelos setores da unidade e gera relatórios com diferentes indicadores, que vão desde o custo total da unidade ao custo unitário médio, como por exemplo: custo do paciente/dia, do parto, do atendimento ambulatorial, de exames laboratoriais, dentre outros.

Para entender melhor a aplicabilidade e usabilidade do sistema, a coordenadora da Coordenação de Gestão de Custos (CCUSTOS/DESID/SE/MS), área responsável pelo PNGC e pelo sistema APURASUS, concedeu entrevista presencial, o que enriqueceu o presente estudo com dados e, possibilitou mostrar de maneira prática como o sistema é operado por diversos estabelecimentos de saúde no Brasil, como Hospitais Universitários e UPAs. De acordo com a coordenadora, o projeto piloto do PNGC foi implementado no Distrito Federal, a fim de testar o que fora proposto, no período compreendido entre 2008 a 2011, e com acompanhamento de experiências positivas “*nos estados de Minas Gerais, Ceará e Rio Grande do Sul, formou-se o conhecimento necessário com vistas a subsidiar desenvolvimento*

*do Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (APURASUS)*” (SILVA, 2017). E, em 2011, o Departamento do MS em parceria com o DATASUS/MS, iniciou o desenvolvimento do sistema, que teve sua primeira versão concluída em 2013, passando a ser utilizada por unidades hospitalares da Secretaria de Estado de Saúde da Bahia, e posteriormente, por unidades do Distrito Federal, Pernambuco, Rio Grande do Sul e Paraíba. Hoje, de acordo com dados repassados pela Coordenação, após capacitação e adesão voluntária, tem-se 231 unidades de saúde cadastradas que alimentam o sistema com as informações de custos.

Apenas em 2015, as UPAs, objeto deste estudo, foram inseridas na implementação do sistema APURASUS, dada sua similaridade com componentes hospitalares e hoje tem-se 53 unidades cadastradas que inserem os dados de seus centros de custos no sistema.

Ainda sobre a importância de sistemas que podem auxiliar no gerenciamento e governança das informações de custos, Lúcio e Dantas (2019) tratam de um Sistema de Governança Pública que utiliza dois softwares, Sicgesp e Recasp, desenvolvidos pela UnB a partir da tese de doutorado de Dantas (2013) que oferece aos gestores, de forma objetiva, a visão dos custos e da produtividade na administração pública, pois agrupam dados contábeis de vários órgãos do governo no mesmo local criando um referencial de boas práticas, além de dialogar com as leis de Responsabilidade Fiscal e de Acesso à Informação. Sobre a sua aplicabilidade:

As informações de custos realizados depreendidas da contabilidade aplicada ao setor público, expressas de maneira inequívoca por meio do Sistema, transforma-se num fértil espaço para as instituições, depreendidas da seguinte maneira: o controle externo que expressa os interesses da sociedade e o gestor que encarna o espírito democrático para a realização de um projeto pactuado nas urnas. Ambos passam a utilizar informações de boa qualidade, claras e auditáveis, portanto, de confiança. [...] o Sistema privilegia estes dois usuários para que possam então reverberar para todos os demais interessados nas informações contábeis, agora traduzidas para a gestão pública por meio da informação de políticas públicas em execução (LÚCIO E DANTAS, 2019).

## **2.6 Lean**

### **2.6.1 Base conceitual geral**

Em 1950, nasce no Japão, a filosofia Lean, que foi adotada pelo sistema Toyota de produção, e, a partir dos anos 90, foi introduzida no sistema ocidental, após a propagação informativa do livro “A máquina que mudou o mundo” de Womack, Jones e Roos (1992) que trouxe a filosofia da produção enxuta, trata-se de uma metodologia cujo propósito é o de gerar



o máximo de valor para o cliente/usuário, reduzindo o desperdício de recursos e aproveitando o potencial humano na realização de um trabalho.

De acordo com o *Lean Institute Brasil*, pequenas iniciativas lean são capazes de reduzir filas, aumentar a agilidade e dos processos de trabalho, reduzir erros e custos indiretos (estoques, administração, logística), eliminar diversas formas de desperdícios e otimizar a utilização dos recursos. E na saúde, essa metodologia pode ser transformadora, pois reúne ferramentas que visam minimizar erros, diminuir os custos e consequentemente o desperdício e que atenda as reais necessidades dos seus usuários, que é o que todos esperam. De acordo com o Instituto, adicionar mais recursos (materiais, tecnológicos, financeiros ou humanos) nem sempre é a melhor maneira de agir quando se está diante de um processo fragilizado, onde os recursos existentes são mal utilizados, consumidos por desperdícios de diversas naturezas.

### 2.6.1 Lean aplicado a Saúde

Um estudo publicado por Brito et al. (2018), demonstrou que 58% dos artigos que tratavam da aplicação da produção enxuta para operações de serviços se concentravam no setor de saúde, o que a literatura tem nomeado como Lean Healthcare. O estudo observou que existem muitas possibilidades de aplicações disponíveis no setor de saúde e que há um grande potencial para aprofundamento do tema no segmento de serviços.

Min et al. (2019) descreveu a aplicação do Lean na saúde:

[...] além de auxiliar na redução dos desperdícios, entregando ao cliente o que ele precisa, no tempo e maneira que deseja, melhora os processos de trabalho e aumenta a satisfação dos colaboradores. Uma vez que os processos estão padronizados e organizados, as pessoas sabem o que fazer compreendem seu valor nas atividades. As instituições Lean podem ser consideradas como um laboratório de melhoria contínua, onde as pessoas são ouvidas e as suas sugestões de melhorias implementadas, produzindo motivação e trabalho colaborativo.

### 2.6.1 Projeto Lean nas UPAs

Sobre essa ótica do Lean Healthcare, o Ministério da Saúde fez, recentemente, uma parceria com a Universidade Fluminense (UFF) e levou para 50 Unidades de Pronto Atendimento em diferentes Estados do Brasil, a metodologia Lean, cujas ferramentas de gestão, visam qualificar serviços de emergência, tornando mais ágil os atendimentos, melhorando o fluxo do cuidado com o paciente e organizando a rede de assistência. Essas primeiras unidades foram escolhidas a partir da situação epidemiológica, em decorrência do Covid-19, além de

alguns critérios essenciais de elegibilidade como a estrutura, governança institucional e características da emergência com a prioridade estratégica.

O projeto viabilizado por um Termo de Execução Descentralizada (TED) do MS, cuja iniciativa envolve pesquisadores da UFF, que atuam nos campi de Niterói e Rio das Ostras, conta com oito docentes, quatro discentes de graduação, um discente de pós-graduação lato sensu e dois discentes de doutorado, dos cursos de Biotecnologia, Enfermagem, Engenharia Civil, Engenharia Industrial e Engenharia de Produção e a participação de três pós-doutorandos da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Universidade Federal do Pará (UFPA), além de um especialista em apoio técnico na implantação do método.

O Coordenador do Laboratório Design Thinking, Gestão e Engenharia Industrial (LabDGE-UFF) e do projeto “Lean nas UPAs” junto à UFF, o professor Dr. Robisom Calado, traz a seguinte explicação para o método lean aplicado à saúde:

“A metodologia Lean Healthcare se baseia nos conceitos e aplicação de métodos e boas práticas enxutas nos processos de atendimento em saúde. Usa uma abordagem colaborativa e humanizada para melhorar o fluxo contínuo do processo de acolhimento, focando no que agrega valor e aumentando a qualidade sob a ótica do paciente. Ela tem se mostrado uma boa opção estratégica na área médica e no Sistema Único de Saúde (SUS). O projeto ‘Lean nas UPAs 24h’ também propõe implementar o ‘fast track’, ou seja, o fluxo ágil de atendimento, através da equipe interna de melhoria contínua, com a intenção de reduzir a superlotação” (UFF.BR, 2020).

Participam do projeto 50 UPAs, cuja escolha considerou a situação epidemiológica dos estados diante da pandemia e, alguns critérios essenciais de elegibilidade, como estrutura, governança institucional e características das unidades.

## **METODOLOGIA**

Neste capítulo serão descritas as estratégias metodológicas do estudo com a finalidade de caracterizar: estratégia, abordagem e tipo de pesquisa, procedimentos de coleta, procedimentos de análise de dados e, contextualização da unidade de pesquisa.

### **3.1. Estratégia, abordagem e tipo de pesquisa**

Para atender o objetivo do trabalho, quanto aos meios utilizados para pesquisa, foi adotado o método descritivo com revisão bibliográfica no âmbito do Ministério da Saúde, através de documentos oficiais, da pesquisa em artigos científicos, monografias, dissertações e teses de autores que estudaram o assunto e que foram publicados em revistas científicas, periódicos, livros e meios eletrônicos, dados relativos ao “estado da arte” do programa, como: entes da federação que aderiram ao programa e classificados quanto à adesão e permanência, além da coleta de dados e revisão bibliográfica para análise de estudos similares que abordam a gestão de custos públicos aliados à governança pública em estabelecimentos de saúde, como em Unidades de Pronto Atendimento nos municípios.

Trata se de um estudo de caráter descritivo-exploratório, do tipo qualitativo, com enfoque em avaliação de amostras por acessibilidade, ou seja, seleção de elementos a que se tem acesso, sem que esses representem o universo e que não é requerido elevado nível de precisão estatística. Sobre esse método de estudo, Lakatos et. al (2003), 5ª ed. diz que:

O estudo descritivo-exploratório visa à aproximação e familiaridade com o fenômeno-objeto da pesquisa, descrição de suas características, criação de hipóteses e apontamentos, e estabelecimento de relações entre as variáveis estudadas no fenômeno.

Descritivo, pois tem como objetivo, caracterizar o objeto a ser estudado. Na primeira etapa da pesquisa bibliográfica, foram encontradas diversas publicações com termos de busca do tema, como “SUS”, Políticas Públicas “Implementação de UPAs”, “Custos”, “Sistemas de Custos”, “Gestão de Custos”, “Informação de Custos”, “Governança”, “Lean na saúde”.

Após leitura de publicações, títulos e resumos que tinham aplicações teóricas relacionadas ao tema estudado foram considerados como referencial bibliográfico. E, ao final foram selecionadas publicações para leitura completa e que foram utilizadas como referências indispensáveis, a fim de balizar discussões prático-teóricas relacionadas ao tema.

Os dados relativos ao “estado da arte” do programa UPA foram levantados a partir de documentos oficiais e sistemas oficiais do Ministério da Saúde, explorando também a Pesquisa Bibliográfica e o Levantamento Bibliográfico, o que proporcionou embasamento teórico do assunto a ser tratado e ajudou a responder questões referentes aos objetivos do estudo (MINUSI et al., 2018).

Para auxiliar na coleta de dados em relação às UPAs, foram utilizados os seguintes sistemas: Sistema de Monitoramento de Obras do Ministério da Saúde (SISMOB) onde são monitoradas as obras para construção, reforma e ampliação de estabelecimentos de saúde com projeto de referência, para as quais o Ministério da Saúde transfere os recursos aos estados e municípios. O Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade do Ministério da (SISMAC) que foi criado pelo Ministério da Saúde, para auxiliar o gestor do SUS a acompanhar a evolução dos recursos federais destinados ao cofinanciamento de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade, executados sob gestão dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.

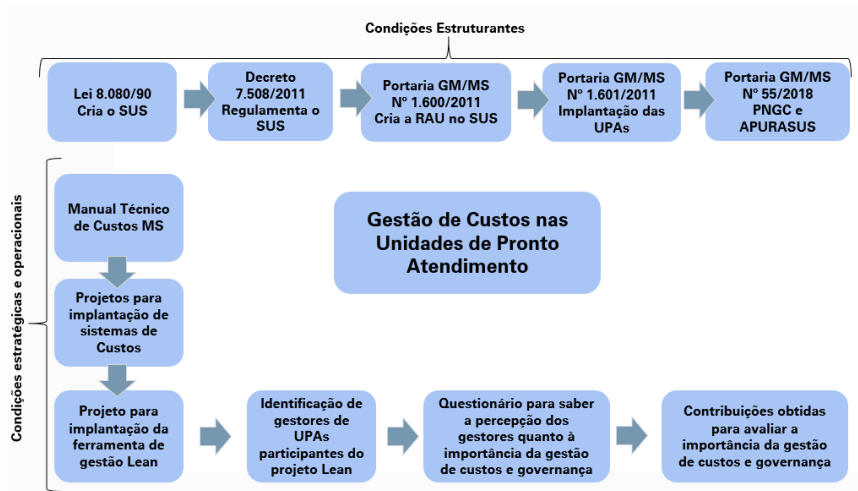
Em um dos levantamentos nos sistemas e dados do Ministério da Saúde, identificou-se 50 UPAs que faziam parte de um Projeto da Universidade Federal Fluminense – UFF com o MS, chamado de “Lean nas UPAs”, assim, após análise de informações dos dados de investimento e custeio das referidas UPAs, foi possível selecionar 35 unidades para o desenvolvimento de uma pesquisa, visando obter diagnóstico de uma amostra, por meio da aplicação de um questionário com 12 perguntas subjetivas, que buscou abordar o tema gestão de custos e governança na perspectiva e olhar desses respondentes. A pesquisa foi elaborada no formato de formulário com questionário semiestruturado, via *google forms*, com envio via correio eletrônico, o que permitiu ao gestor ou responsáveis por unidades responder com maior comodidade, pois, notou-se a dificuldade para a realização de encontros presenciais para entrevista com gestores, tendo em vista o cenário atual de pandemia e a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde devido a essa situação excepcional.

### **3.2. Procedimentos de coleta**

O roteiro, apresentado no Apêndice 1, foi definido considerando as informações teóricas de sistemas de custos sob a perspectiva da governança, bem como as condições estruturais de implementação das UPAs, identificadas por meio das legislações atuais que norteiam o gerenciamento das unidades de saúde, bem como as condições estratégicas e operacionais, que envolvem a identificação de projetos que visam a melhoria contínua na gestão dessas unidades.

Segue abaixo representação esquemática (figura 1) que subsidiou a elaboração do roteiro da pesquisa:

Figura 1 – Representação do diagrama de pesquisa



Fonte: Adaptado de Teles (2017).

Considerando o diagrama acima, o roteiro da pesquisa foi desenvolvido com perguntas relacionadas às condições estruturantes e, as condições estratégicas e operacionais envolvendo questões sobre a participação dessas unidades em projetos, incluindo o projeto Lean nas UPAs e a percepção de gestores sobre a importância de gestão de custos.

### 3.3. Amostra da pesquisa

A amostra da pesquisa com os gestores de trinta e cinco Unidades de Pronto Atendimento espalhadas pelo Brasil, onde foi levado em consideração a participação dessas unidades no projeto “Lean nas UPAs” do Ministério da Saúde em parceria com a UFF. Considerou-se como uma amostragem não probabilística por conveniência.

### 3.4. Limitações à pesquisa

Destacam-se dois eventos que afetaram a pesquisa, sendo o primeiro, a pandemia do COVID-29, que dificultou além do esperado o contato e as respostas das UPAs selecionadas. E segundo, na etapa final do trabalho, houve limitações (restrições) na verificação e confirmação de dados e informações em sistemas e redes do MS, devido à inoperância e instabilidade na rede por ataque cibernético de hacker à estrutura de computadores do ministério da saúde. Porém, com todos os dados já obtidos, no decorrer da pesquisa, foi possível ter clareza da importância do tema gestão de custos para a saúde pública.

## **ANÁLISE DOS DADOS**

Constam neste tópico os resultados obtidos através da leitura e análise dos dados coletados, tanto nos materiais pesquisados quanto na percepção dos respondentes acerca do tema proposto, bem como as contribuições do Ministério da Saúde nas suas relações com os demais entes na busca por melhoria na efetivação das políticas públicas e na melhoria contínua dos processos de gestão e, conseqüentemente na prestação de serviços à população.

Assim, a apresentação e discussão dos resultados dos dados analisados foi estruturada com base em um encadeamento temporal e histórico da implementação do programa UPA 24h nos Brasil, passando pelo processo de gestão e governança existente nessas unidades de saúde. O intuito dessa pesquisa foi permitir uma visão geral e, ao mesmo tempo, comparativa entre os resultados encontrados. Considerando a relevância dos dados coletados, ressalta-se que é consenso, entre os estudiosos, a implementação de ferramentas de gestão de custos nas instituições públicas, inclusive, as de saúde.

A pesquisa foi encaminhada aos responsáveis de trinta e cinco UPAs, via e-mail, com a informação de que se tratava de uma pesquisa acadêmica com objetivo de obter informações de gestores quanto a importância da gestão de custos, bem como o uso de ferramentas que facilitem essa atividade. Também, como forma de conseguir informações adicionais, enviamos o material para o coordenador do projeto Lean nas UPAs, da UFF, uma vez que a equipe mantém contato direto com os gestores dessas unidades participantes do projeto.

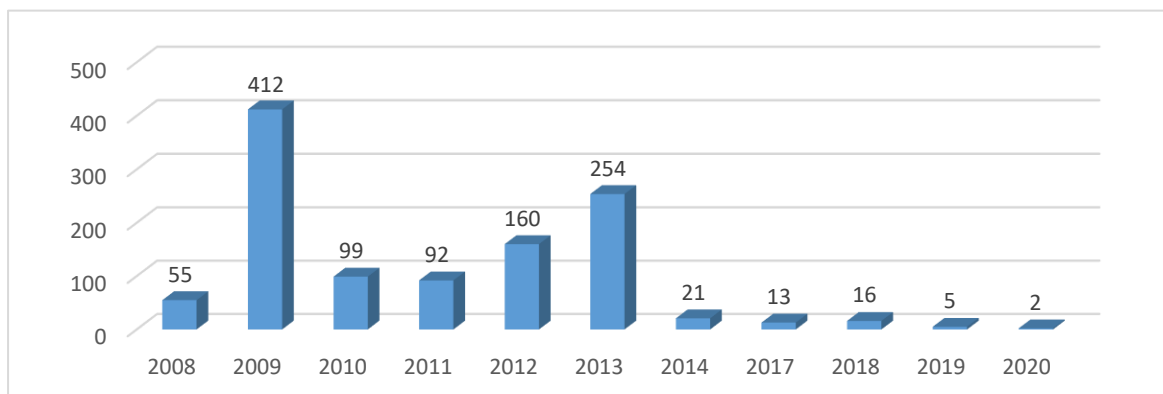
Porém, após o envio do questionário, das 35 unidades em municípios controle que fazem parte do projeto “Lean nas UPAs, apenas 9% dos gestores/responsáveis por UPAs responderam à pesquisa. Por se tratar de um estudo qualitativo, a quantidade de respondentes não prejudicou a análise das informações, no obstante a tornaria mais robusta.

### **4.1. Considerações gerais na análise dos dados**

Sobre o objetivo da pesquisa, no tocante ao desenho institucional do programa das UPAs como parte de uma política pública de saúde, se o mesmo foi efetivado como pretendido na sua formulação, constatou-se a partir do estudo que, no lançamento do programa das UPAs, em 2009, como a meta do governo federal era o de alcançar a quantidade de mil unidades com financiamento tripartite, sendo boa parte do investimento com recursos da União, houve grande interesse de gestores em implementar unidades em seus estados e municípios e houve uma grande expectativa de que essa seria uma maneira de desafogar as emergências dos hospitais.

Dessa forma, um expressivo número de propostas, foram cadastradas para a construção de unidades, isso pode explicar o maior quantitativo nesse exercício, conforme demonstrado no gráfico a seguir:

**Gráfico 1** – Quantidade de cadastros de UPAs por ano



Fonte: SISMOB/MS, dados extraídos em jul/2020 (elaboração própria)

Ainda sobre o gráfico 1, notamos que em 2013, tem-se um aumento no quantitativo de propostas cadastradas, a publicação da Portaria nº 324 GM/MS/2013 que atualizou os valores de investimento e de custeio para o programa pode ter motivado essa ampliação de cadastros para implantação de UPAs.

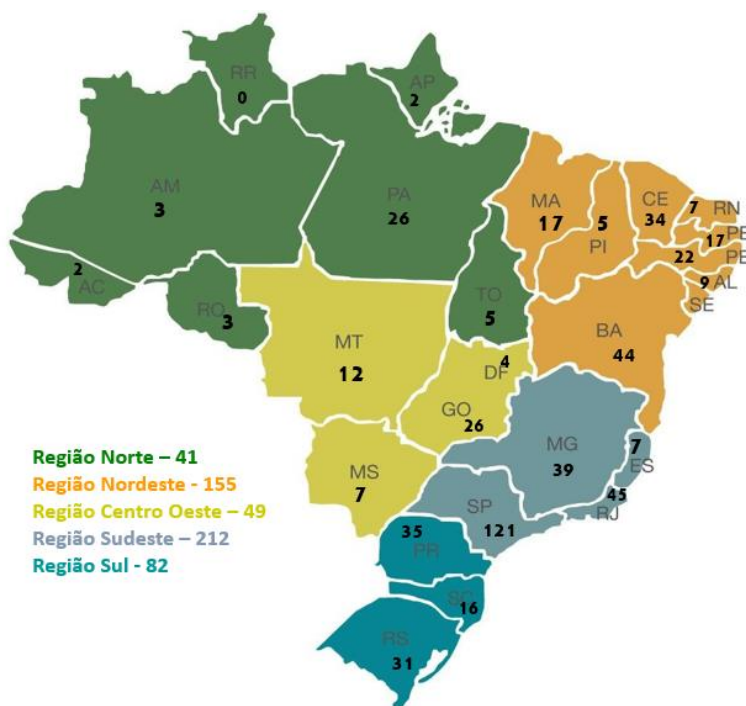
Porém, a partir de 2014, a quantidade de propostas para implementação de UPAs caiu significativamente (gráfico 1), esse baixo número pode ser resultado das limitações impostas pela própria política, ou seja, alguns dos critérios, como o tamanho da população, ter hospital de referência, o valor do incentivo para o custeio repassado para essas UPAs, que pode variar de acordo com o tipo de unidade (nova ou ampliada), a quantidade de profissionais por turno e número de atendimentos médicos/mês que justifiquem a existência de uma UPA em um determinado município, além dos desafios enfrentados pelos municípios em relação à manutenção dessas unidades de média complexidade.

**Tabela 1** - Quantidade de UPAS em funcionamento por Região

Região	Em funcionamento
Sudeste	212
Nordeste	155
Sul	82
Centro Oeste	49
Norte	41
<b>Total</b>	<b>539</b>

Fonte: SISMOB/MS, dados extraídos em jul/2020 (elaboração própria)

**Gráfico 2** – Distribuição das UPAs financiadas pelo MS em funcionamento no Brasil por UF



Fonte: SISMOB/MS, dados extraídos em jul/2020 (elaboração própria)

A Tabela 1 evidencia que a maioria das UPAs se concentram em regiões com municípios ou estados com mais de um milhão de habitantes, pois, possuem como vantagem terem melhores condições socioeconômicas e melhor oferta de serviços de saúde de média e alta complexidade, como a região Sudeste. Das 539 UPAs em funcionamento, conforme Gráfico 2, identificamos que São Paulo tem o maior parque de UPAs em funcionamento. O Norte foi a região que menos solicitou implantação e expansão de UPAs, com exceção do Pará.

**Quadro 3** - Comparativo de dados positivos X dados negativos da implementação da UPAs no País

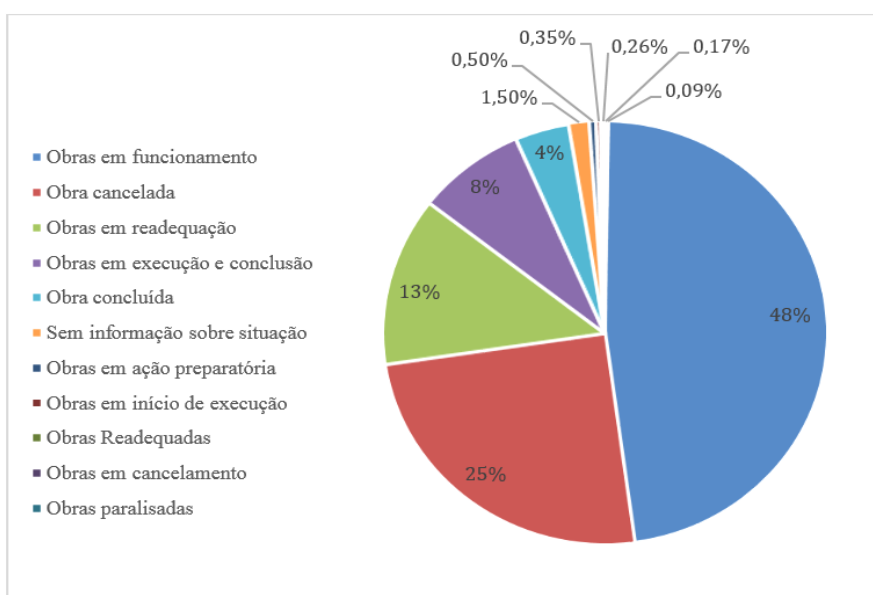
Propostas cadastradas: 1.129 UPAs					
Dados positivos		Valor médio do Investimento	Dados negativos		Valor médio do Investimento
Obras em funcionamento	539	R\$ 1.075.484.366,00	Obras canceladas	281	R\$ 555.861.346,00
Obras concluídas	48	R\$ 80.548.335,00	Obras em readequação	144	R\$ 284.600.000,00
Obras em execução e conclusão	85	R\$ 196.878.115,00	Obras readequadas	3	R\$ 4.800.000,00
Obras em ação preparatória	5	R\$ 14.350.000,00	Obras em cancelamento	2	R\$ 4.2000,00
Obras em início de execução	4	R\$ 8.800.000,00	Obras paralisadas	1	R\$ 1.400.000,00
Outras situações não informadas	17	R\$ 48.200.000,00			
<b>Total</b>	<b>681</b>	<b>R\$ 1.376.060.816,00</b>	<b>Total</b>	<b>431</b>	<b>R\$ 846.703.346,00</b>

Fonte: SISMOB/MS, dados extraídos em jul/2020 (elaboração própria)



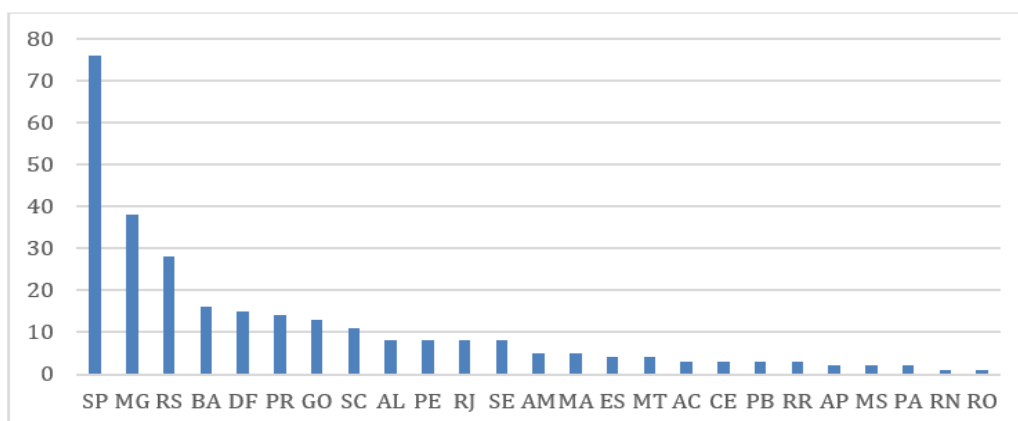
No Quadro 3 é possível mensurar os custos com investimento proposto para a implementação dessas UPAs, baseando-se nos valores repassados pelo MS, aprovados em Portaria específica, foram destinados, em média, mais de 2 bilhões de reais de orçamento para a política, sem contar o investimento em equipamentos e custeio. Verificamos que embora a política tenha tido sucesso com a implantação de mais da metade do previsto, ao longo desses mais de 10 anos, ainda surpreende a quantidade de unidades que não deram prosseguimento e não cumpriram com objetivo do programa, ou seja, muitas foram construídas e estruturadas, mas por razões diversas, que merecem um estudo aprofundado não chegaram a entrar em funcionamento, mudando sua finalidade, como os casos de readequação.

**Gráfico 3** - Situação atual das UPAs em relação ao planejado



Fonte: SISMOB/MS, dados extraídos em jul/2020 (elaboração própria)

A meta, em 2009, estabelecida pelo governo federal era o de implementar 1.129 UPAs, conforme Quadro 3, deste montante, 60% deram prosseguimento, na qual, 48% das unidades já estão em pleno funcionamento e, 13% estão em alguma fase que antecede seu funcionamento. Porém, os dados também demonstram que 38% de UPAs que já estavam com obras em andamento e até concluídas, sofreram algum tipo de alteração em sua destinação, como readequação e cancelamento. Isso explica o fato de vermos tantas denúncias de obras paradas sem funcionamento e a população sem entender o motivo.

**Gráfico 4** - Cancelamentos de obra de UPA por UF

Fonte: SISMOB/MS, dados extraídos em jul/2020 (elaboração própria)

Durante o levantamento da pesquisa documental e bibliográfica foram identificados alguns motivos mais recorrentes na literatura que auxiliaram na identificação dos motivos que levaram aos números observados no Gráfico 3, no Quadro 3, bem como no Gráfico 4.

O lançamento do programa gerou uma grande expectativa e euforia por parte de gestores, o que elevou o número de cadastros para implementação de UPAs. De acordo com estudos e relatórios públicos, à medida que o tempo passava e os gestores não tinham condições de absorver os custos de operacionalização e manutenção dessas unidades, mesmo tendo auxílio financeiro da União, assim, muitos passaram a solicitar o cancelamento (Gráfico 4), readequação (Quadro 3) ou as obras entraram em situações que inviabilizam sua continuidade, como a paralização (Quadro 3) de algumas delas. O'Dwyer et al. (2017), elencou, em entrevista com diversos gestores que dentre os maiores desafios estão: os custos com manutenção das UPAs, o fato de sua implantação depender mais de incentivo financeiro federal, que pode custar caro aos municípios e, conseqüentemente produziu capacidades de respostas, por vezes, frustradas. Nota-se no Gráfico 4, que proporcionalmente São Paulo teve a maior quantidade de cancelamentos, seguido por Minas Gerais

Isso reafirma a informação de que implementar uma UPA, não se trata apenas de uma vontade política, há de se falar em condições técnicas, financeiras e estruturais, o que explicaria o alto número de obras canceladas e com solicitação para readequação. A conclusão de um estudo de O'Dwyer et al. (2017), pode explicar esse fenômeno:

A unidade de pronto atendimento tem o mérito de ter recursos tecnológicos e ser arquitetonicamente diferenciada, mas só será bem-sucedida dentro de uma rede de urgência. A indução federal gerou respostas contraditórias, pois nem todos os estados

consideram a unidade de pronto atendimento como prioritária. O fortalecimento da gestão estadual foi identificado como desafio para a implantação da rede de urgências.

#### **4.1. Percepção dos respondentes da pesquisa quanto à importância de um sistema de gestão de custos nas UPAs, no âmbito do projeto Lean nas UPAs**

Quanto à expectativa em relação ao projeto Lean nas UPAs e a gestão de custos: *“Melhoria no fluxo de atendimento com menor custo financeiro”* (R1). Nesse aspecto, o projeto Lean nas UPAs, conforme o 1º Relatório da 1ª Etapa (2020) demonstrou que, o principal objetivo da pesquisa concentra-se no acompanhamento da implantação do pensamento enxuto e sistema puxado, a fim de agregar valores aos pacientes de forma humanizada para alavancar a mudança de cultura nas UPAs, com a proposta de melhoria nos fluxos operacionais, com agilidade e qualidade, permitindo aos profissionais de saúde que estão na ponta, tomar decisões de forma mais acertada.

O Relatório informa ainda que, através de visitas técnicas à 50 UPAs abrangendo 9 estados da federação, que atendem em média 11 milhões de pessoas, os profissionais da UFF fizeram diagnósticos e, a partir daí passaram a promover as capacitações aos profissionais de saúde para efetivação de boas práticas nas unidades, cujos passos seguintes são o de monitoramento e avaliação dos resultados.

Se a metodologia Lean poderia contribuir na gestão de custos e também ampliar os horizontes da governança pública em relação ao desempenho dos processos na UPA, os respondentes foram unânimes em dizer que *“Sim”*. Essa afirmação é corroborada pela análise do Relatório da UFF, da primeira Visita Técnica na UPA de Cajamar – SP, onde o objetivo principal, após levantamento e diagnóstico, foi o de reduzir os custos e ineficiência em 25% decorrentes dos desperdícios na unidade, identificar os 8 tipos de desperdícios com maior impacto no desempenho da UPA e, identificar as ações que mitigassem ou eliminassem os desperdícios.

Quanto à forma de controle das informações de insumos, equipamentos e pessoas que esse estabelecimento de saúde tem utilizado, *“planejamento, treinamento, orientação”*, *“Utilizamos um sistema informatizado na unidade”*, *“Utilizamos sistema de informação que nos dá informação em tempo real a quantidade de estoque em nossos almoxarifados, já equipamentos é utilizado planilha, o controle de pessoas é via sistema, este tem um banco de*

*dados que podemos mensurar o tempo de espera, regiões que mais nos procuram mensalmente e etc”.*

Nessas respostas confirmamos a importância do uso de sistemas para controle. Neste sentido, no Relatório Lean nas UPAs, só a palavra “controle” aparece 74 vezes no documento, o que denota sua necessidade, associada à máxima da filosofia Lean Healthcare, que é o de se evitar o desperdício e melhorar a qualidade do serviço de saúde prestado.

Sobre ter uma ferramenta capaz de comparar o desempenho de sua UPA com outras em relação à gestão de custos: *“Muito Positivo”, “Seria interessante”, “Excelente, hoje tudo está atrelado com a gestão de custos”.* Sobre qual a importância na avaliação de custos no planejamento em saúde: *“Avaliação de custos é considerada essencial e pode trazer melhorias de processo”, “A avaliação de custos pode definir um próximo planejamento estratégico”, “Primordial, com o custo planejado podemos estabelecer novas metas, com isso melhorar o serviço prestado para a população”.* Quando perguntados se utilizam algum software para gestão de custos da Unidade, os que responderam, informaram que *“Sim”.*

Quando perguntados se a implantação da gestão de custos visando a qualidade em saúde, poderia promover integração, comprometimento, melhorias de processos e diminuição de desperdícios, os respondentes disseram que *“Sim”.*

Perguntados sobre a importância da tecnologia da informação na gestão de custos e como instrumento de governança pública em saúde, responderam: *“Melhoria de processos”, “Clareza e Compromisso”, “Alta, gestão em saúde é o pilar fundamental, tanto para a esfera pública quanto para a iniciativa privada”*

Perguntados sobre se é possível atribuir o sucesso na qualidade da informação e gestão de custos ao conhecimento exato da demanda por parte do gestor, os respondentes disseram que *“Sim”, “O gestor tem uma parte fundamental, mas ninguém faz nada sozinho”.*

Perguntados sobre de que forma o uso de uma ferramenta de governança pública auxiliou na tomada de decisões, os respondentes opinaram: *“Auxilia para um bom desenvolvimento de um plano estratégico”, “É uma ferramenta que alinha liderança e estratégia, para adquirir o conhecimento dos problemas para planejar e direcionar ações com o propósito de posteriormente avaliar se as mesmas estão no caminho certo”.*

E, finalmente, sobre qual a contribuição de um modelo de custeio para a governança pública nas Unidades de Pronto Atendimento, a visão dos respondentes foi: *“A integração da equipe e diminuição de desperdícios”, “Diminui desperdícios onde não há necessidade e assim poderá ser incluído algum serviço que seja essencial”, “Relevante, pois o objetivo é trazer um serviço público de qualidade para a sociedade”*.

Concluimos com as respostas dadas ao questionário que há um interesse por ferramentas que auxiliem os gestores na tomada de decisões e na melhoria dos processos de trabalho em suas unidades, além de uma visão positiva desses mecanismos, como forma de qualificar a gestão e transformar isso em satisfação para os usuários do SUS. A governança se torna imprescindível, pois, para que essa engrenagem funcione, há necessidade de engajamento de todas as partes envolvidas no processo. O Guia de Governança em Saúde do TCU (2018), traz uma abordagem bem interessante sobre a importância da participação dos diferentes *stakeholders* nos processos de melhoria dos fluxos:

No âmbito do SUS, o principal foco de debate e normatização relativo à governança tem sido sob a ótica de redes de atenção à saúde, também chamada de governança colaborativa, cuja ideia central é a de que as diversas organizações e atores envolvidos devam atuar de forma horizontal, ou seja, sem hierarquia, para o alcance dos objetivos do SUS. Isso decorre, principalmente, da ideia de que o Sistema é formado por partes autônomas, mas interdependentes entre si (BRASIL, 2018).

Ainda sobre o projeto Lean nas UPAs, no 1º Encontro de Lideranças ocorrido virtualmente, em agosto de 2020, o atual Reitor da UFF, enfatizou que a missão central da Universidade Federal é a de colaborar com o poder público para a construção e execução de políticas públicas de interesse nacional e essa iniciativa proporcionou parcerias no sentido de colaborar para a melhoria da saúde da população e o que o torna ainda mais relevante é a forma de cooperar, utilizando-se de elementos de inteligência de ciências da academia aliados a vivência prática na unidades assistenciais de saúde, no caso, as UPAs. Para a Diretora do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência, Adriana Teixeira, o Lean é a mudança de comportamento das pessoas e o envolvimento dos gestores no projeto para que o mesmo obtenha resultados positivos.

O Coordenador do Projeto, o professor Dr. Robisom Calado (2020), apontou muitos resultados positivos nas 50 UPAs envolvidas, e relata que já é possível observar grandes mudanças, constatado pelos gestores das referidas unidades, conforme registro em encontros promovidos durante o processo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve seu foco em demonstrar a importância e a necessidade das unidades de saúde, em especial, as UPAs, em conhecer e fazer a gestão adequada dos custos alinhados à governança pública visando a melhoria da prestação dos serviços de saúde, além da demonstração na qualidade do gasto público.

Podemos considerar como pressuposto que, por causa de requisitos estabelecidos, como tamanho da população, capacidade de atendimento de demanda da média complexidade e pelos custos de manutenção, não seria viável e nem estratégico que todos os 5.570 municípios comportassem esse tipo de unidade de saúde, isso poderia justificar o valor de apenas 14% de municípios do País possuírem UPAs em funcionamento. Além disso, a literatura demonstra que elas foram criadas para desafogar os hospitais de locais com maiores demandas e como parte de uma rede de atenção interligada às UBS em diversas regiões de saúde.

Em que pese alguns autores considerarem esse contexto da gestão de custos alinhado à governança, como relevante para o avanço da administração pública na prestação de seus serviços, destaca-se que o processo de internalização desses conceitos nos gestores da ponta é um processo que ocorre lentamente. O Governo tem buscado diversas tentativas a fim de auxiliar os entes estaduais e municipais, como o incentivo à adesão ao Programa Nacional de Gestão de Custos e implementação de sistemas que fazem a gestão de custos, projeto como o Lean nas UPAs que tem como objetivo levar. Infere-se que alguns fatores que contribuem para esse fenômeno de lentidão, conforme o estudo, podem estar relacionados à: alta rotatividade da gestão, dificuldades de sistematização das informações, bem como a própria disposição em se adequar a uma nova cultura e aceitar processos de mudança e inovação.

Na avaliação da implementação de sistemas de custos nas UPAs estudadas, identificamos que embora muitos tenham a noção de sua importância, nota-se que existem dificuldades quanto a seu uso efetivo. Mesmo em unidades onde há, por exemplo, a ferramenta APURASUS, do MS, os servidores que acompanham e monitoram os dados do sistema admitem que muitas vezes falta atualização, justificado pela não obrigatoriedade em seu preenchimento.

O tema vem crescendo em importância e já vem sendo amplamente discutido a alguns anos, Fernandes, 2011 relata que o I Congresso “Informação de Custos e Qualidade do Gasto no Setor Público”, realizado em agosto de 2010, em ação conjunta pelos Ministérios da Fazenda

e do Planejamento, Orçamento e Gestão, em que especialistas trouxeram evidências de que promover a cultura da gestão de custos no setor público está necessariamente relacionada à qualidade da gestão nas organizações públicas.

Por último, vale citar Silva, 2019, que em seu estudo fez uma colocação interessante, que corrobora com a conclusão deste trabalho, que existe uma complementariedade entre a gestão e a governança, mesmo que sejam trabalhadas em âmbitos e momentos, às vezes, distintos:

A governança está ligada ao direcionamento, monitoramento e avaliação das atividades. É ela quem fornece a estratégia que será utilizada pela gestão. Está relacionada com a tomada de decisão. A gestão, por sua vez é responsável pelo planejamento, execução, controle e ação. Sua atuação se dá no nível prático. A boa governança é responsável pela economicidade das ações públicas. Complementarmente, a boa gestão está relacionada com a eficácia.

Ao concluir, pode-se afirmar que não restam dúvidas sobre quão importante é o uso e a implementação de sistemas de gestão de custos em unidades de saúde, para melhoria na tomada de decisões e, conseqüentemente na eficiência da prestação de serviço nas UPAs, bem como, o uso de ferramentas que proporcione à política pública continuidade e excelência. Sugere-se em próximos estudos o aprofundamento sobre as possibilidades de aplicação das ferramentas de gestão levantadas na literatura analisada por este estudo, em outros componentes do SUS, visando melhorar não somente locais específicos, mas todo o sistema de saúde e em todos os níveis de atenção.

Além disso, considerando a literatura e as experiências relatadas no estudo, conclui-se que a implementação de sistemas de gestão de custos pode tornar exequível a promoção de uma nova cultura de gestão e aprimorar a qualidade dos serviços públicos prestados.

## REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

ALONSO, Marcos. **Custos no serviço público**. Revista do Serviço Público, v. 50, n. 1, p. 37-63, 1999. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/issue/view/63> . Acesso em: 07 set 2020.

ANDREAZZA, Rosemarie; CECÍLIO, Luiz Carlos Oliveira. **O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios**. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.200-207, jul.-dez., 2007. Disponível em <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewFile/903/1546>

ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. **Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo**. Ciênc. saúde coletiva, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 455-479, 2002. Disponível em [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232002000300006](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000300006) . Acesso em: 20 de set 2020.

BERTANI, Thiago Moreno. **Lean Healthcare: recomendações para implantações dos conceitos de produção enxuta em ambientes hospitalares**. 166f. Dissertação de Mestrado - Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, da Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo. São Carlos, 2012. Disponível em <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/18/18156/tde-29102012-235205/pt-br.php>

BLANSKI, Márcia Beatriz Schneider. **Gestão de custos como instrumento de governança pública: um modelo de custeio para os hospitais públicos do Paraná**. 2015. 149f. Dissertação (Mestrado em Planejamento e Governança Pública) – Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Governança Pública (PPGPGP), Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR). Curitiba, 2015. Disponível em [http://repositorio.utfpr.edu.br/jspui/bitstream/1/1195/1/CT\\_PPGPGP\\_M\\_Blanski,%20M%C3%A1rcia%20Beatriz%20Schneider\\_2015.pdf](http://repositorio.utfpr.edu.br/jspui/bitstream/1/1195/1/CT_PPGPGP_M_Blanski,%20M%C3%A1rcia%20Beatriz%20Schneider_2015.pdf) . Acesso em: 07 set 2020.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Portal da Legislação, Brasília/DF, 5 de out. de 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)

\_\_\_\_\_. **Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011**. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras



providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/112466.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112466.htm)

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)**. Brasília: CONASS, 2015. 400 p. 43 (CONASS Documenta, 28). Disponível em [https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Conass\\_Documenta\\_28.pdf](https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Conass_Documenta_28.pdf)

\_\_\_\_\_. **Guia de governança e gestão em saúde: aplicável a secretarias e conselhos de saúde**. – Brasília : TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2018. 112p. Disponível em <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/guia-de-governanca-e-gestao-em-saude.htm>

\_\_\_\_\_. **Referencial básico de governança aplicável a órgãos e entidades da administração pública** / Tribunal de Contas da União. Versão 2 - Brasília: TCU, Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão, 2014. Disponível em <https://portal.tcu.gov.br/data/files/84/34/1A/4D/43B0F410E827A0F42A2818A8/2663788.pdf>

\_\_\_\_\_. **Relatório de Auditoria Operacional nas Unidades de Pronto Atendimento**. TC nº 013.247/2012-3. Fiscalis nº: 572/2012. Brasília, 2013. Disponível em <https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?inline=1&fileId=8A8182A14D6E85DD014D7327BE294A0A>

\_\_\_\_\_. **Relatório UFF - Projeto Lean nas UPAs**. Projeto de iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com a Universidade Federal Fluminense, 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Introdução à Gestão de Custos em Saúde**. Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/introducao\\_gestao\\_custos\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/introducao_gestao_custos_saude.pdf). Acesso em 10 jun 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Gestão de Custos: manual técnico de custos – conceitos e metodologia** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Economia da Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 76 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/06\\_0243\\_M.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/06_0243_M.pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica - SUS 01/1996**. Portaria 2.203 de 5 de novembro de 1996. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>. Acesso em: 24 jul 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600/GM/MS**, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.601/GM/MS**, de 7 de julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto-Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601\\_07\\_07\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria N° 342/GM/MS**, de 4 de março de 2013. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. (Redação dada pela PRT MS/GM n° 104 de 15.01.2014). Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342\\_04\\_03\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n° 10/GM/MS**, de 3 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010\\_03\\_01\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n° 55/GM/MS**, de 10 de janeiro de 2018. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) e o Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (APURASUS), com a finalidade de gerar e incentivar a efetiva utilização da informação de custos pelos gestores de saúde, no intuito de otimizar o desempenho do SUS. Disponível em [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/1775058/do1-2018-01-12-portaria-n-55-de-10-de-janeiro-de-2018-1775054](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/1775058/do1-2018-01-12-portaria-n-55-de-10-de-janeiro-de-2018-1775054)

BRITO, Taíse Camara et al. **Produção enxuta em operações de serviços: uma revisão sistemática**. Revista Produção Online, Florianópolis, v. 18, n. 3, p. 1016-1042, set. 2018. ISSN 16761901. Disponível em: <https://producaoonline.org.br/rpo/article/view/3092> . Acesso em: 15 set. 2020.

DANTAS, José Marilson Martins. **Sistema de Custos para Organizações de Serviços Complexos: O caso do Setor Público**. Painel 31. VII Congresso CONSAD de Gestão Pública. Brasília DF, 2014. Disponível em <http://marilsondantas.blogspot.com/2014/03/sistema-de-custos-para-organizacoes-de.html>

DANTAS, José Marilson Martins; CROZATTI, Jaime. **Implantação do sistema de custos no governo federal: percepção da maturidade das setoriais de custos**. Cad. Fin. Públ., Brasília, n. 14, p. 221-264, dez. 2014. Disponível <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3816/1/Cadernos%20de%20Finan%c3%a7as%20%c3%bablicas%20n.%2014%20Dez%202014.pdf>

FERNANDES, Júlio Cesar de Campos. **O uso da informação de custos na busca pela excelência da gestão pública**. Painel 18/065. Sistema de Custos do Governo Federal: novas perspectivas para o aumento da eficiência na gestão dos recursos públicos. IV Congresso CONSAD de Gestão Pública. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/100016580/O-uso-da-informacao-de-custos-na-busca-pela-excelencia-da-gestao-publica>

FLEURY, Sonia; OUVENEY, Assis M. **Política de Saúde; Uma Política Social**. In: GIOVANELLA, I; ESCOREL, S; LOBATO, L. V. C; NORONHA, J. C; CARVALHO, A. I. (ORG's). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro - R. J. Fiocruz, 2008. p. 23 – 64. Disponível em: [http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/uploads/documentos-pessoais/documento-pessoal\\_11957.pdf](http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/uploads/documentos-pessoais/documento-pessoal_11957.pdf). Acesso em: 15 set. 2020.

HARTZ, Zulmira M. de Araújo; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. **Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros"**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004, Sup 2: S331-S336.

Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000800026&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000800026&script=sci_arttext). Acesso em: 15 set. 2020.

PINEAULT, Raynald. **Compreendendo o sistema de saúde para uma melhor gestão**. Coleção: PUMCorpus. 1ª Edição. Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde – LEIASS – Volume 2. Brasília, 2016. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/compreendendo\\_sistema\\_saude\\_melhor\\_gestao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/compreendendo_sistema_saude_melhor_gestao.pdf)

PROJETO LEAN NAS UPAs. **1º Encontro de Liderança Lean nas UPAs 24h**. 2020. LabDGE – UFF. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=zvzX4uO2fXw>. Acessado em 7 nov 2020.

PROJETO LEAN NAS UPAs. **2º Encontro do Projeto Lean nas UPAs 24H - Pensamento A3, o Ciclo PDCA e as Boas Práticas**. 2020. LabDGE – UFF. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=sBBSil2O-70>. Acessado em 15 nov 2020.

PROJETO LEAN NAS UPAs. **3º Encontro do Projeto Lean nas UPAs: 5S - Organização, Qualidade e Eficiência do Ambiente de Saúde**. 2020. LabDGE – UFF. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=3ShIQAMWLK0>. Acessado em 15 nov 2020.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. Fundamentos de metodologia científica. 5ª ed. São Paulo: Atlas 2003

LUCIO, Magda de Lima; DAROIT, Dorian; BESSA, Luiz F. M e ABREU, MADURO-ABREU, Alexandre. **Sentidos e Significados de se Planejar Estrategicamente nas Organizações Públicas - Planejamento Estratégico Sociotécnico (PLANES): análise de uma experiência**. Revista NAU SOCIAL, V. 5, n. 9, p.151-160, 2014. Disponível em: <http://www.periodicos.adm.ufba.br/index.php/rs/article/viewFile/456/340>. Acesso em 19 ago 2020.

LUCIO, Magda de Lima; DANTAS, José Marilson Martins. **Gestão, custos e governança pública - desenvolvimento nacional baseado em Public Intelligence (PI)**. Revista NAU Social - v.09, n.17, p. 92 – 101 Nov 2018 / Abr 2019. Disponível em <https://portalseer.ufba.br/index.php/nausocial/article/view/31447>

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. **Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal**. Cad. Saúde Pública. 2017; 33 Sup 2:e00129616. Disponível em <https://www.scielo.org/article/csp/2017.v33suppl2/e00129616/pt/>

MARTINS, Eliseu. **Contabilidade de custos**. 10. ed. São Paulo: atlas, 2010. MARTINS, E.; ROCHA, W. Métodos de custeio comparados. São Paulo: Atlas, 2010.

MENDES, José Dínio Vaz; BITTAR, Olímpio J. Nogueira V. **Perspectivas e desafios da gestão pública no SUS**. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. ISSN eletrônico 1984 - 4840, v. 16, n. 1, p. 35-39, 2014. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/18597/pdf>. Acesso em: 15 de ago 2020.

MIN, Li Li; SARANTOPOULOS, Alice; SPAGNOL, Gabriela e CALADO, Robsom D. **O que é esse tal de Lean Healthcare?** Campinas: ADCiência Divulgação Científica, 2019. 59p.

Disponível em [https://issuu.com/adcincia/docs/e-book\\_leanhealthcare](https://issuu.com/adcincia/docs/e-book_leanhealthcare). Acesso em: 10 set 2020.

MINUSI, Sandro Gindri; MOURA, Augusto Albuquerque; JARDIM, Mateus L. Gomes; RAVASIO, M. Homrich. **Considerações sobre estado da arte, levantamento bibliográfico e pesquisa bibliográfica: relações e limites**. Revista Gestão Universitária, n.9 p.04-14. Santa Catarina. LEGISLE, 2018. Disponível em <http://gestaouniversitaria.com.br/artigos/consideracoes-sobre-estado-da-arte-levantamento-bibliografico-e-pesquisa-bibliografica-relacoes-e-limites>. Acesso em: 14 ago. 2020.

O'DWYER, Gisele, et al., 2017. **O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil**. Rev Saude Publica. 2017; 51:125. Disponível em [https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000072.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000072.pdf)

SANTOS, N. **Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, abr. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a19v12n2.pdf>. Acesso em: 10 ago 2020.

SILVA, Maciene Mendes da. **Programa Nacional de Gestão de Custos: estudo descritivo sobre seus resultados e estratégias de implementação**. Trabalho Final (Especialização) – Universidade Federal de Goiás, Unidade Acadêmica Especial de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Economia, Goiás, 2017. Disponível em [http://files.bvs.br/upload/bvsecos/tcc\\_Maciene\\_Mendes.pdf](http://files.bvs.br/upload/bvsecos/tcc_Maciene_Mendes.pdf)

SILVA, Khalil César Santarém da. **Evolução dos conceitos e dos princípios da governança pública no Brasil**. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) - Departamento de Ciências Contábeis e atuariais da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de Brasília. 2019. Disponível em

SIMÕES, Luís Humberto S.; SILVA, Paulo César Pereira da. **Identificação das Receitas e Custos na Prestação de Serviço em uma Unidade de Pronto Atendimento de Saúde – UPA**. IV Encontro Brasileiro de Administração Pública. GT 4: Gerenciamento de Organizações Públicas. João Pessoa/PB, 2017. Disponível em <https://www.ufpb.br/ebap/contents/documentos/1051-1066-identificacao-das-receitas-e-custos-na-prestacao-de-servico-em-uma-unidade-de-pronto-atendimento-de-saude.pdf>

TELES, Karen Cristina Cremer Francisco Sá. **Contribuições da Controladoria-Geral da União para Promoção da Governança em Rede nas Políticas Públicas**. 171p. Dissertação (Mestrado Profissional Gestão Pública) - Universidade de Brasília, 2017. Disponível em [https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/24032/1/2017\\_KarenCristinaCremerFranciscoS%C3%A1Teles.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/24032/1/2017_KarenCristinaCremerFranciscoS%C3%A1Teles.pdf)

TRAVASSOS, Cláudia et al. **Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000, vol 5n.1, pp 133-149. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100012>. Acesso em 17 set 2020.

VIEIRA, Fabiola Supino. **Produção de informação de custos para a tomada de decisão no Sistema Único de Saúde: uma questão para a política pública**. Rio de Janeiro; 2017. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td\\_2314.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2314.pdf). Acessado em: 11 set 2020.

## APÊNDICE

Pesquisa on-line via formulário *google forms*:

Endereço de e-mail \*

Município/Estado/UPA/CNES pela qual reponde:\*

- MANAUS/AM/UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO TIPO I - UPA ITACOATIARA/7458606
- FORTALEZA/CE/UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SER III AUTRAN NUNES/7018800
- FORTALEZA/CE/UPA JANGURUSSU/7429398
- FORTALEZA/CE/UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SER V CANINDEZINHO/7018800
- FORTALEZA/CE/UPA EDSON QUEIROZ/9526293
- FORTALEZA/CE/UPA VILA VELHA/7980310
- FORTALEZA/CE/UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SER VI MESSEJANA COAÇU/7006810
- FORTALEZA/CE/UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SER II PRAIA DO FUTURO/6985483
- FORTALEZA/CE/UPA CRISTO REDENTOR/7434308
- BRASILIA/DF/UPA DE SAMAMBAIA/6708714
- BRASILIA/DF/UPA DO RECANTO DAS EMAS/7078730
- BRASILIA/DF/UPA DO NÚCLEO BANDEIRANTE/7111924
- BRASILIA/DF/UPA DE SÃO SEBASTIÃO/7116756
- ANAPOLIS/GO/UPA/7529368
- CALDAS NOVAS/GO/UPA/7064578
- SENADOR CANEDO/GO/UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO- PORTE II/7157681
- TRINDADE/GO/UPA - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H/9058079
- SÃO LUÍS/MA/UPA ITAQUI-BACANGA/6568734
- SÃO JOSÉ DE RIBAMAR/MA/UPA PARQUE VITÓRIA/6826393
- BARRA DO GARÇAS/MT/UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE SAUDE DE BARRA DO GARÇAS/7761929
- FLORIANÓPOLIS/SC/UPA CONTINENTE/9717552
- GUARULHOS/SP/UPA PORTE III SÃO JOÃO-LAVRAS/6916074
- COTIA/SP/UPA ATALAIA/7522738
- SÃO BERNARDO DO CAMPO/SP/UPA DEMARCHI\_BATISTINI/6535798
- MAUÁ/SP/UPA SÃO JOÃO/2061562
- FRANCO DA ROCHA/SP/UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)/9093931
- RIO GRANDE DA SERRA/SP/UPA/9033351
- SANTANA DE PARNAÍBA/SP/UPA FAZENDINHA/7999917
- GUARULHOS/SP/UPA PORTE II PAULISTA/9242295
- MOGI DAS CRUZES/SP/UPA - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - PORTE II/9128093
- GUARULHOS/SP/UPA PORTE II CUMBICA/9400109
- MAUÁ/SP/UPA VILA MAGINI/6950051
- RIBEIRÃO PRETO/SP/DR. ATILIO LOSI VIANA/7038747
- SÃO BERNARDO DO CAMPO/SP/UPA RUDGE RAMOS/7030878
- CAJAMAR/SP/UPA I/7068824

Nome do (a) Responsável pelas informações: \*

Sexo: \*

- Feminino
- Masculino

Cargo: \*

Tempo no Serviço Público: \*

- 0 a 3 anos
- 3 a 5 anos
- 5 a 10 anos
- Mais de 10 anos

Exerce alguma função? \*

- Sim
- Não

Se sim, qual função exerce:

Tempo na função:

- 0 a 3 anos
- 3 a 5 anos
- 5 a 10 anos
- Mais de 10 anos

1. Sabemos que a sua Unidade de Saúde está incluída em um projeto da UFF, cujo objetivo é o de implantar a metodologia Lean na gestão da UPAs 24h, assim, gostaria de saber quais são suas expectativas em relação ao projeto? \*
2. Um dos pilares da metodologia Lean é o de diminuir o desperdício. Na sua visão, a metodologia poderá contribuir na gestão de custos e também ampliar os horizontes da governança pública em relação ao desempenho dos processos na UPA? \*
3. Qual a forma de controle das informações de insumos, equipamentos e pessoas que esse estabelecimento de saúde tem utilizado? \*
4. Usa ou já ouviu falar do ApuraSus? \*
5. Qual sua opinião sobre ter uma ferramenta capaz de comparar o desempenho de sua UPA com outras em relação à gestão de custos? \*
6. Na sua visão, qual a importância na avaliação de custos no planejamento em saúde? \*
7. Utilizam algum software para gestão de custos da Unidade? \*
8. Na sua visão, implantar a gestão de custos visando a qualidade em saúde, pode promover integração, comprometimento, melhorias de processos e diminuição de desperdícios? \*
9. Qual a importância da tecnologia da Informação na gestão de custos e como instrumento de governança pública em saúde? \*
10. Você atribui o sucesso na qualidade da informação e gestão de custos ao conhecimento exato da demanda por parte do gestor? \*
11. De que forma o uso de uma ferramenta de governança pública auxiliou na tomada de decisões? \*
12. Na sua visão, qual a contribuição de um modelo de custeio para a governança pública nas Unidades de Pronto Atendimento? \*