

idp

idp

MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

**GESTÃO LOGÍSTICA NA SAÚDE PÚBLICA DO BRASIL:
ANÁLISE DA EFICIÊNCIA E DOS CUSTOS A PARTIR DO ESTUDO
DE CASOS MÚLTIPLOS**

PATRICIA THEREZINHA LAZZARINI

Brasília-DF, 2025

PATRICIA THEREZINHA LAZZARINI

**GESTÃO LOGÍSTICA NA SAÚDE PÚBLICA DO BRASIL:
ANÁLISE DA EFICIÊNCIA E DOS CUSTOS A PARTIR DO
ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Administração Pública, do Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientador

Professor Doutor Milton de Souza Mendonça Sobrinho

Brasília-DF 2025

PATRICIA THEREZINHA LAZZARINI

**GESTÃO LOGÍSTICA NA SAÚDE PÚBLICA DO BRASIL:
ANÁLISE DA EFICIÊNCIA E DOS CUSTOS A PARTIR DO
ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Administração Pública, do Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Aprovado em 29 / 07 / 2025

Banca Examinadora

Prof. Dr. Milton de Souza Mendonça Sobrinho - Orientador

Prof. Dr. Paulo Alexandre Batista de Castro

Prof. Dr. Bruno Saboya de Aragão

Código de catalogação na publicação – CIP

<p>L432g Lazzarini, Patricia Therezinha Gestão logística na saúde pública do Brasil: análise da eficiência e dos custos a partir do estudo de casos múltiplos / Patricia Therezinha Lazzarini. — Brasília: Instituto Brasileiro Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa, 2025. 155 f. : il.</p> <p>Orientador: Prof. Dr. Milton de Souza Mendonça Sobrinho</p> <p>Dissertação (Mestrado Profissional em Administração Pública) — Instituto Brasileiro Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa – IDP, 2025.</p> <p>1. Gestão pública. 2. Logística. 3. Transparência na administração pública. 4. Despesa pública. I.Título</p> <p>CDD 355.41</p>
--

Elaborada pela Biblioteca Ministro Moreira Alves

RESUMO

Esta dissertação investiga como a implementação de processos logísticos no setor público da saúde contribui para a redução de custos nos estados brasileiros. Adota abordagem exploratória e descritiva, baseada em análise documental e dados secundários obtidos de plataformas institucionais (CNES, IBGE, DATASUS, InvestSUS) e respostas via e-SIC das Secretarias Estaduais de Saúde. Embora a análise inicial previsse as 27 unidades federativas, a amostra foi restrita a Alagoas, Distrito Federal e Santa Catarina, devido à escassez, falta de padronização e baixa transparência dos dados. A pesquisa traz uma contribuição prática e metodológica por meio da construção e adaptação de um conjunto em partes inédito de indicadores logísticos, agrupados em três dimensões: eficiência operacional, continuidade da atenção e impacto sistêmico e governança. Os resultados indicam que Santa Catarina possui maior estruturação logística, menor índice de perdas, menor judicialização e maior racionalidade nos gastos. O Distrito Federal destacou-se negativamente pela alta judicialização, possivelmente associada a falhas logísticas. Alagoas apresentou baixos custos médios, mas carece de documentação que comprove a qualidade da gestão, gerando dúvidas sobre a confiabilidade dos dados. Conclui-se que uma logística estruturada se relaciona positivamente com a eficiência do gasto público em saúde. Como contribuição prática e metodológica, propõe-se a criação de um Painel Nacional de Indicadores Logísticos da Saúde, de acesso público, para padronização e monitoramento. Sugere-se também o uso do diagrama de Pareto para priorização de ações corretivas. Entre as limitações, destacam-se a impossibilidade de generalização estatística e a baixa adesão das secretarias ao fornecimento de dados. O estudo avança na sistematização de métricas logísticas e oferece subsídios para novas investigações e formulação de políticas públicas.

Palavras chave: Logística em saúde; Gestão pública; Gastos públicos; Indicadores logísticos da Saúde; Governança e Transparência.

ABSTRACT

This dissertation investigates how the implementation of logistics processes in the public health sector contributes to cost reduction in Brazilian states. It adopts an exploratory and descriptive approach, based on documentary analysis and secondary data obtained from institutional platforms (CNES, IBGE, DATASUS, InvestSUS) and responses via e-SIC from State Health Departments. Although the initial analysis included 27 federal units, the sample was restricted to Alagoas, the Federal District, and Santa Catarina due to data scarcity, lack of standardization, and low transparency. The research offers a practical and methodological contribution through the construction and adaptation of a previously unpublished set of logistics indicators, grouped into three dimensions: operational efficiency, continuity of care, systemic impact, and governance. The results indicate that Santa Catarina has better logistics structure, a lower loss rate, less litigation, and greater rationality in spending. The Federal District stood out negatively due to its high litigation rate, possibly associated with logistical failures. Alagoas presented low average costs, but lacks documentation to demonstrate the quality of management, raising doubts about the reliability of the data. The conclusion is that structured logistics positively correlates with the efficiency of public health spending. As a practical and methodological contribution, the proposal is to create a publicly accessible National Panel of Health Logistics Indicators for standardization and monitoring. The use of the Pareto diagram to prioritize corrective actions is also suggested. Limitations include the impossibility of statistical generalization and the low compliance of departments with data provision. The study advances the systematization of logistics metrics and provides support for further research and public policy formulation.

Keywords: Health Logistics; Public Management; Public Expenditures; Health Logistics Indicators; Governance and Transparency.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALMT	Assembleia Legislativa de Mato Grosso
APLIC	Sistema de Auditoria Pública Informatizada de Contas
BSB	Metodologia Balanced Scorecard
Conex-e	Sistema de Controle Externo Eletrônico (
DASP	Departamento de Administração do Serviço Público
EC	Emenda Constitucional
FIA	Fundação Instituto de Administração
GEO-Obras	Sistema de Gerenciamento de Obras Públicas
GESPÚBLIC A	Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização
GPE	Gerenciamento de Planejamento Estratégico)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 Visão esquemática do conceito de logística	24
Figura 2 Variação da expectativa de vida ao nascer dos brasileiros, a partir de 1960 até a atualidade	32
Figura 3 Despesas com saúde no Brasil. Participação em relação ao PIB (%)	36
Figura 4 Prevalência (%) do uso de medicamentos para tratamento de hipertensão arterial, diabetes, asma e depressão por adultos (18 anos ou mais) que referiram diagnóstico médico dessas doenças, segundo grandes regiões do país	39
Figura 5 Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos muito idosos (idade \geq 80 anos), segundo sexo	40
Figura 6 Resposta Estado Bahia	64
Figura 7 Resposta Estado Rio Grande do Sul	64
Figura 8 Resposta Estado São Paulo	64
Figura 9 Dados custos, perdas e aquisições Estado de Santa Catarina	71
Figura 10 Custos Distrito Federal	72
Figura 11 Número de Atendimentos na Atenção Básica de Alagoas	73
Figura 12 Valor Gasto (R\$) na Atenção Básica de Alagoas abaixo	74
Figura 13 Número de leitos Estado de Alagoas (2023)	74

Figura 14

Número de leitos Estado de Alagoas (2024)
75

Figura 15

Valor Gasto (R\$) com Internação em Alagoas (2023/2024)
76

Figura 16

Número de internações do Estado de Alagoas (2023/2024)
77

Gráfico 1

Comparativo do Índice de consumo de insumos (2023 x 2024)
89

Gráfico 2

Comparativo: Índice de Consumo x Gasto com Internação (2023 - 2024)
92

Gráfico 3

Comparativo: Indicadores de Continuidade da Atenção à Saúde (2023-2024)
99

Gráfico 4

Comparativo: Indicadores de impacto sistêmico e governança (2023-2024)
116

LISTA DE QUADROS

Quadro 1

Definições de logística

.....25

Quadro 2

A evolução da participação da logística no desenvolvimento econômico

.....27

Quadro 3

Mecanismos para o exercício da governança pública

.....34

Quadro 4

Dados coletados CONASS

.....49

Quadro 5

Análise documental

.....50

Quadro 6

Matriz de opções metodológicas

.....58

Quadro 7

Retorno das Unidades Federativas

.....61

Quadro 8

Documentos e-SIC

.....62

Quadro 9

Dados Ano 2023

.....68

Quadro 10

Dados Ano 2024

.....69

Quadro 11

Indicadores de Eficiência Operacional Logística

86

Quadro 12

Índice de perda financeira de medicamentos

86

Quadro 13

Índice de eficiência de consumo de insumos

88

Quadro 14

Gasto Médio com Internação Hospitalar

90

Quadro 15

Indicadores de Continuidade da Atenção à Saúde

94

Quadro 16

Índice de Judicialização

95

Quadro 17

Custo médio por atendimento na atenção básica

97

Quadro 18

Indicadores de Impacto Sistêmico e Governança

102

Quadro 19

Indicador taxa de leito por habitante

102

Quadro 20

Gasto internação per capita

105

Quadro 21

Percentual do PIB Estadual destinado à Internação Hospitalar

107

Quadro 22

Índice de investimento em saúde

109

Quadro 23

Índice de pressão hospitalar

.....111

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO..... 15

1. CAPÍTULO 1 – O REFERENCIAL TEÓRICO 24

1.1 LOGÍSTICA E SAÚDE..... **24**

1.1.1 LOGÍSTICA APLICADA À SAÚDE..... **27**

1.1.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS **30**

1.1.3 A DISCUSSÃO DE GOVERNANÇA..... **32**

1.2 A LOGÍSTICA NO SETOR PÚBLICO..... **34**

1.2.1 CUSTOS NO SETOR PÚBLICO..... **37**

1.2.2 O DESAFIO DA OPERAÇÃO LOGÍSTICA DE MEDICAMENTOS NO BRASIL
..... **39**

2. CAPÍTULO 2 – O MÉTODO E A ESTRATÉGIA EMPÍRICA 44

2.1 NATUREZA E ABORDAGEM DA PESQUISA..... **44**

2.2 DA FUNDAMENTAÇÃO EMPÍRICA: DADOS E INSTRUMENTOS DE COLETA
..... **46**

2.3 DA ANÁLISE DOS DADOS E VERIFICAÇÃO DAS HIPÓTESES..... **49**

2.3.1 DOS INDICADORES DE ANÁLISE EMPÍRICA..... **54**

2.3.2 MATRIZ METODOLÓGICA..... **56**

3. CAPÍTULO 3 – OS RESULTADOS E AS DISCUSSÕES 61

3.1 FONTE DOS DADOS..... **67**

3.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS..... **77**

3.3 SÍNTESE FINAL DA DISCUSSÃO..... **113**

CONCLUSÃO 120

REFERÊNCIAS 129

APÊNDICES 140



INTRODUÇÃO

O desafio da entrega de medicamentos no Brasil está relacionado à garantia do acesso equitativo e sustentável aos medicamentos para a população, especialmente para aqueles que dependem do sistema público de saúde, o SUS, reafirmando no conteúdo apresentado neste tópico, a importância de fortalecer políticas de apoio logístico e financiamento para otimizar a distribuição e garantir a equidade no acesso aos medicamentos.

No contexto da saúde pública, a eficiência da logística, definida como o processo de planejamento, implementação e controle do fluxo de informações desde o ponto de origem até o consumidor final (Novaes, 2001; Ballou, 2009), é fator determinante para o funcionamento adequado do Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para a redução de desperdícios, melhoria da gestão de estoques de medicamentos e continuidade dos tratamentos dos pacientes, sendo um componente estratégico na promoção da equidade no acesso à saúde (Bastos; Gadelha, 2023).

A saúde é um direito garantido a todos, sendo um dever do Estado conforme este previsto na Constituição Federal de 1988.

Art. 6º - São direitos sociais (...) a saúde...

[...]

Art. 196 - 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 (Constituição Federal, 1988).

O SUS é uma rede integrada e descentralizada de serviços de saúde, que foi criado pela Constituição Federal de 1988 (Brasil, 2007) e institucionalizado pela Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990), com o objetivo de garantir acesso universal, integral e gratuito à saúde para todos os brasileiros o que permite a prestação de serviços de saúde de qualidade para toda a população.

Considerando o conceito de universalização do SUS, podemos dizer que os medicamentos são bens comuns e que devem ser geridos pelo Estado de forma responsável e equilibrada (Minayo; Gualhano,

2021), garantindo sua disponibilidade para todos. No entanto, a falta de financiamento adequado e desafios de gestão impedem o cumprimento integral desse objetivo. Vieira (2019) e Rover *et al.* (2021) identificam que o subfinanciamento e as falhas estruturais no sistema impactam diretamente a assistência farmacêutica, restringindo a continuidade e a eficiência da distribuição de medicamentos, especialmente os de alto custo.

Outro fator agravante é o processo de descentralização na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), que representa uma dicotomia essencial no equilíbrio entre autonomia local e a necessidade de coordenação centralizada. Por um lado, essa descentralização permite que estados e municípios desenvolvam políticas de saúde adaptadas às necessidades locais, uma medida essencial para uma resposta eficaz às especificidades regionais e para o fortalecimento de uma gestão de saúde pública inclusiva (Ministério da Saúde, 1990). No entanto, a autonomia local, sem a devida articulação com os demais níveis governamentais, pode dificultar a implementação de políticas de saúde de forma harmonizada e equitativa em todo o território nacional, como destacam Pereira *et al.* (2018), ao analisarem as dificuldades de coordenação em redes descentralizadas.

Fatel *et al.* (2021) acrescentam que uma gestão pública bem-sucedida na área de saúde exige não apenas flexibilidade e autonomia, mas também uma capacidade de planejamento estratégico robusta que seja sustentada por uma coordenação intergovernamental efetiva. Para Rech e Farias (2021), a falta de coordenação entre as esferas federal, estadual e municipal gera inconsistências na provisão de medicamentos, resultando em disparidades regionais e na fragmentação do atendimento à saúde.

Segundo Rover *et al.* (2021), a qualidade e a segurança dos medicamentos fornecidos à população dependem de um controle rigoroso, o que inclui desde a aquisição até a entrega final nos locais de distribuição e a necessidade de um monitoramento cuidadoso em cada etapa da cadeia de abastecimento é evidenciada pela variabilidade na qualidade dos medicamentos e pelos desafios logísticos de um sistema descentralizado (Rech; Farias, 2021). De acordo com Vieira (2019), os obstáculos logísticos, especialmente em regiões de difícil acesso, intensificam as dificuldades da distribuição eficiente, resultando em atrasos e desigualdade no acesso a medicamentos essenciais e esses problemas logísticos são mais críticos em áreas rurais

ou remotas, onde a infraestrutura de transporte e armazenagem é limitada.

Barreto e Guimarães (2010) destacam que, para superar essas barreiras, a administração pública deve adotar estratégias de planejamento que integrem tecnologias de rastreamento e controle de qualidade durante a entrega, de modo a garantir que os medicamentos cheguem com segurança aos pontos mais distantes e vulneráveis, enquanto Vieira (2019) sugere que o aprimoramento da infraestrutura e o fortalecimento de parcerias entre governos locais e federais são passos cruciais para assegurar a eficiência do processo de distribuição.

A logística do SUS também sofre com problemas estruturais, como a falta de controle de estoques, o que contribui para perdas financeiras e limita a eficácia na entrega de produtos (Vieira, 2019), daí a maior causa do desperdício de medicamentos, que ocorre quando os mesmos não são utilizados dentro do prazo de validade ou são descartados de forma inadequada. Este problema é de extrema importância pois interfere diretamente na administração pública e nos direitos da população (Wannmacher, 2006).

O objetivo é fornecer a maior cobertura possível dentro das limitações financeiras existentes (Almeida, 2021). O envolvimento e a participação ativa dos cidadãos são fundamentais para garantir que os recursos destinados às políticas de saúde sejam utilizados de forma eficiente e racional (Wannmacher, 2006).

Os cidadãos têm um papel importante como fiscalizadores e defensores do uso adequado dos recursos públicos, sendo fundamental que os cidadãos participem ativamente do processo democrático, expressando suas opiniões, fazendo perguntas e cobrando transparência e prestação de contas do poder público (Gennaro, 2012). De acordo com Ferreira-Filho (2010, p. 178) “no Brasil, em média, os gastos com aquisição de medicamentos são de 37%. [...] Estima-se que 51,7% dos brasileiros interrompem o tratamento devido à falta de recursos para adquiri-los (OPAS, 2005)”.

É importante ressaltar que a falta de acessibilidade dos pacientes aos medicamentos é um problema complexo e multifatorial e pode contribuir para o aumento do número de internações e de pacientes nos ambulatórios, nas UPAs e UBs, principalmente devido aos recursos limitados e/ou a falta de recursos financeiros que pode onerar ainda mais os custos da administração pública também pelo

aumento das ações judiciais. Conforme exposto por Vieira e Zucchi (2007, p. 217), “o gasto total com medicamentos dessas ações foi de R\$ 876 mil (US\$374 mil). [...] somente foi considerado o recurso extra que a SMS-SP despendeu para a compra dos medicamentos solicitados por meio das ações judiciais”.

Segundo Paim (2009), existem diversos problemas na saúde pública do Brasil que geram o aumento dos gastos, onerando os custos da administração pública. O Brasil possui grandes desigualdades na distribuição de recursos de saúde entre as diferentes regiões e estados por ser um país que possui grandes dimensões continentais, além da complexidade de sua geografia, o que resulta em deficiências no atendimento em algumas áreas e sobrecarga em outras (Viacava et al., 2019).

Muitas unidades de saúde no país sofrem com problemas na gestão de estoques, de acordo com Rosa, Xavier e Braga (2015), o que pode resultar em desabastecimento de medicamentos e materiais médicos essenciais para o tratamento de pacientes, além disso, a falta de uma coordenação eficiente entre diferentes unidades de saúde pode dificultar o acesso dos pacientes a tratamentos e serviços adequados, além de aumentar os custos e desperdícios de recursos.

Outro fator muito importante que devemos considerar é de que alguns medicamentos e vacinas exigem condições especiais de armazenamento e transporte para manter sua eficácia, e a falta de uma logística eficiente pode comprometer a qualidade desses produtos, gerando a perda e conseqüentemente o atendimento dos usuários.

Para garantir o acesso equitativo e sustentável da população aos medicamentos, é necessário adotar medidas eficazes, além de investir em infraestrutura e logística para garantia de uma distribuição eficiente. É importante também fortalecer o controle de qualidade dos medicamentos entregues, por meio de ações de fiscalização e monitoramento, garantindo a eficácia e segurança na administração dos mesmos.

O presente estudo parte da problematização sobre as conseqüências da ineficiência logística na gestão de medicamentos nos Estados brasileiros, que pode gerar rupturas no tratamento, desperdício de insumos e aumento da judicialização. Tais falhas impactam diretamente nos custos da administração pública e na qualidade do atendimento à população, sendo fundamental investigar

qual é o papel da logística no provimento dos serviços de saúde no Brasil.

Como destacado por Bastos (2023), deve-se avaliar de que forma o Estado poderá obter redução de custos na administração pública analisando processos logísticos tais como: otimização das rotas para a distribuição dos produtos às várias unidades de saúde, mitigando desperdícios, facilitando a chegada dos medicamentos aos pacientes e contribuindo de forma geral para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população.

Considerando todo o exposto acima, o estudo da implantação de uma logística eficiente no Estado faz-se relevante não apenas para identificar um melhor controle dos estoques de medicamentos, evitando a falta ou o excesso de remédios, que gerará o desperdício à administração pública, mas também do impacto positivo no atendimento aos pacientes com a garantia de que os medicamentos cheguem aos seus destinos com maior agilidade e eficiência, evitando atrasos ou interrupções que poderão elevar o número de internações hospitalares e de quantidade de pacientes atendidos na Rede de Atenção Básica do Estado, além do aumento de ações judiciais.

Se por um lado almeja-se debater a possibilidade de gerar economia para a administração pública com a melhoria da qualidade no atendimento da saúde através da inclusão dos processos logísticos, outro ponto de extrema importância, é discutir sobre a oportunidade na diminuição de fraudes ou desvios de recursos públicos dando uma transparência maior aos processos com a implementação de sistemas de monitoramento e controle em todas as fases envolvidas.

Deste modo, algumas perguntas podem ser feitas a título preliminar neste estudo sobre a questão do benefício da logística para a administração pública, tais questões compõem o cenário da problemática: a logística pode ajudar a garantir que os medicamentos e equipamentos médicos essenciais estejam disponíveis em tempo hábil nas áreas remotas do país ou em situações emergenciais? Qual o grau de criticidade e as consequências que a falta de acesso a esses recursos pode trazer para a administração pública? Qual a relação entre o aumento do gasto nos cofres públicos com a ruptura no tratamento dos pacientes? Considerando todos os questionamentos da referida problemática acima exposta, podemos assim explicitar a pergunta norteadora desta dissertação: “como a implementação de processos

logísticos na área da saúde contribui para a redução de custos nos estados brasileiros?”

Assim, apresenta-se como objetivo geral do trabalho analisar, no âmbito da administração pública estadual, de que forma a atuação logística na área da saúde contribui para a eficiência operacional e à redução de custos nas unidades federativas do Brasil, a partir da observação dos impactos gerados entre os anos de 2023 e 2024. Para tanto, pretende-se identificar os principais desafios logísticos enfrentados pelas unidades federativas brasileiras na gestão de medicamentos e insumos de saúde, considerando aspectos como tempo médio de entrega, abastecimento e estrutura de armazenagem, além de analisar os efeitos da atuação logística sobre a eficiência operacional dos sistemas estaduais de saúde, com foco na redução de perdas, melhoria no fluxo de suprimentos e otimização de recursos públicos. Pretende-se, ainda, investigar a relação entre práticas logísticas e a continuidade dos tratamentos de pacientes, especialmente no que se refere à disponibilidade de medicamentos de uso contínuo e ao impacto na taxa de internações evitáveis e, por fim, analisar a incidência de processos de judicialização da saúde como indicador de falhas logísticas ou de ineficiência no fornecimento regular de medicamentos essenciais.

Para operacionalizar o objetivo geral proposto, a pesquisa foi desdobrada em cinco objetivos específicos, que orientaram a delimitação empírica e analítica do estudo. Em primeiro lugar, buscou-se identificar as principais dificuldades logísticas enfrentadas pelos estados, com ênfase na falta de medicamentos e na sobrecarga das unidades básicas de saúde (UBS). Em seguida, pretendeu-se avaliar a compatibilidade entre o consumo de insumos e os orçamentos públicos, considerando o número de habitantes e a disponibilidade de leitos hospitalares. Outro objetivo consistiu em mensurar a judicialização da saúde como reflexo de falhas logísticas na prestação de serviços. Também foi realizada a identificação das perdas de medicamentos por vencimento, analisando sua magnitude financeira e operacional. Por fim, elaborou-se um conjunto de indicadores inéditos para mensurar a eficiência logística e sua relação com a racionalização dos recursos públicos.

A presente pesquisa foi conduzida por meio de uma abordagem empírica comparativa, com foco em três unidades federativas: Alagoas, Distrito Federal e Santa Catarina, selecionadas com base na

disponibilidade parcial de dados fornecidos por suas respectivas Secretarias Estaduais de Saúde. Inicialmente, a proposta metodológica previa a análise comparativa das 27 unidades federativas brasileiras, de forma a oferecer um panorama nacional mais abrangente sobre a relação entre gestão logística e racionalização de custos na saúde pública. No entanto, diante das expressivas dificuldades encontradas no processo de coleta de dados com a ausência de respostas, respostas incompletas ou a negativa de envio de informações por parte da maioria dos entes estaduais, foi necessário readequar o escopo da pesquisa. Essa limitação metodológica será debatida no Capítulo 3, discorrendo sobre as barreiras relativas à transparência e ao acesso à informação nas Secretarias Estaduais de Saúde.

Optou-se, assim, por concentrar a análise nos três estados que forneceram o maior volume de dados passíveis de mensuração e comparação, permitindo a continuidade da pesquisa empírica sem prejuízo ao rigor analítico, com metodologia dedicada majoritariamente na análise de dados secundários obtidos por meio de relatórios oficiais como os Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA), sistemas públicos de informação como DATASUS, CNES, IBGE e portais de transparência, complementados por informações pontuais obtidas via Lei de Acesso à Informação (LAI) e e-SIC. A técnica utilizada foi a análise documental, permitindo a extração de indicadores logísticos e financeiros, como perdas de medicamentos, gastos com judicialização e estrutura hospitalar, os quais foram organizados em planilhas comparativas e interpretados estatisticamente.

Os principais resultados desta pesquisa revelaram que há uma relação significativa entre a estruturação logística na saúde pública e a eficiência na utilização de recursos públicos. O estado de Santa Catarina, por exemplo, apresentou os melhores desempenhos nos indicadores analisados, com redução expressiva no gasto médio por internação, baixa pressão hospitalar e melhora no índice de consumo de insumos, sugerindo uma logística mais racionalizada e eficaz. Em contrapartida, o Distrito Federal manteve elevados níveis de gastos com judicialização, o que indicou falhas no abastecimento regular de medicamentos. Alagoas, apesar de apresentar baixos custos médios, não forneceu dados fundamentais, comprometendo a confiabilidade de seus indicadores. Desta maneira, pode-se dizer que a principal contribuição deste trabalho está na proposição de um modelo analítico baseado em indicadores logísticos e financeiros integrados, permitindo

ao poder público diagnosticar ineficiências e fomentar políticas baseadas em dados objetivos.

Além desta introdução, esta dissertação está organizada em três capítulos e a conclusão. O Capítulo 1 apresenta a fundamentação teórica, abordando os conceitos essenciais de logística em saúde, gestão pública, eficiência operacional e políticas de racionalização de custos, que sustentam a pergunta de pesquisa e as hipóteses formuladas. No Capítulo 2, são descritos o método e a estratégia empírica adotados, detalhando a abordagem comparativa, os critérios de seleção dos estados analisados (Alagoas, Distrito Federal e Santa Catarina) e os indicadores utilizados. O Capítulo 3 expõe os dados obtidos, sua organização em planilhas analíticas e os resultados comparativos entre os estados, com base nos três eixos: eficiência logística, continuidade da atenção à saúde e impacto sistêmico/governança. Por fim, a Conclusão é dedicada às discussões dos achados à luz do referencial teórico, evidenciando as implicações práticas e políticas da pesquisa. A dissertação é finalizada com as referências bibliográficas e os anexos que sustentam a análise.



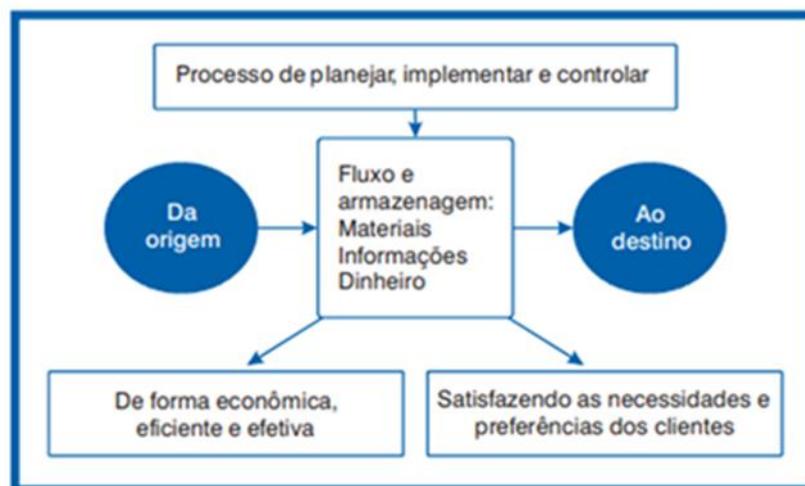
1

CAPÍTULO 1 – O REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 LOGÍSTICA E SAÚDE

Para Anaba (2024), a logística é o processo de planejar, implementar e controlar o fluxo eficiente de materiais, informações e recursos, desde a origem até o destino, com o objetivo de atender às necessidades dos clientes ou das organizações. A eficiência da logística é vital para as organizações, uma vez que afeta diretamente os custos, a satisfação do cliente e a capacidade de competir no mercado, ou seja, uma logística “moderna” pode resultar em maior lucratividade, maior agilidade e vantagem competitiva (Novaes, 2001). Na Figura 1, podemos observar o conceito de Logística de forma esquemática:

Figura 1 – Visão esquemática do conceito de logística



Fonte: Novaes (2001).

Conforme o Quadro 1 abaixo, podemos concluir que a logística é o processo estratégico de planejar, executar e controlar o fluxo de produtos e informações, garantindo que cheguem com eficiência e no tempo adequado aos pontos de atenção, com o objetivo de assegurar a continuidade dos serviços.

Quadro 1 – Definições de logística

AUTOR	DEFINIÇÃO DE LOGÍSTICA
Nunes (2015)	Logística é o processo que cria utilidade de tempo e de localização aos bens e serviços de uma organização.
Łukasik et al. (2024)	Envolve o planejamento estratégico das atividades de produção, incluindo controle de materiais e informações, para atender eficientemente às demandas organizacionais.
Anaba et al. (2024)	Conjunto de práticas modernas voltadas para otimizar o fluxo de bens, serviços e informações, desde a origem até o consumidor final, com foco em eficiência operacional.
Menezes (2024)	Processo integrado de planejamento, execução e controle do fluxo de materiais, produtos e informações, desde a origem até o consumo, visando atender às necessidades dos clientes com eficácia.

Fonte: elaborado pela autora (2025).

Segundo (Vieira, 2009), podemos identificar as principais atividades executadas pela logística como sendo: aquisição, recebimento do produto acabado, armazenamento, transporte, distribuição, gestão de estoque, planejamento da demanda, roteirização e tecnologia da informação.

Ballou (2009) destaca o planejamento estratégico como a etapa central do processo de gestão logística, enfatizando sua relevância na definição do nível adequado de atividades necessárias para atender às demandas do mercado. Segundo o autor, a missão do planejamento estratégico consiste em assegurar que produtos e serviços sejam disponibilizados no momento, local e condições ideais, alinhando-se às expectativas do cliente. Além disso, o autor ressalta a importância de alcançar esses objetivos de forma eficiente, maximizando a lucratividade ou minimizando custos operacionais, consolidando o planejamento estratégico como uma função essencial para a eficácia e competitividade das operações logísticas.

A implantação de uma logística adequada, de acordo com Novaes (2007)–minimiza os custos envolvidos na movimentação e armazenagem de produtos e materiais com a otimização de rotas e gestão eficaz dos estoques, através da integração de diferentes processos que garantirão uma operação contínua, mantendo um alto

nível de qualidade no atendimento, aumentando conseqüentemente a satisfação dos clientes.

Competência logística decorre de uma avaliação relativa da capacitação de uma empresa para fornecer ao cliente um serviço competitivamente superior ao menor custo total possível. Em resumo, a estratégia é fornecer um serviço superior por um custo total inferior à média do segmento industrial respectivo (Bowersox, 2007).

Segundo a afirmação de Chopra e Meindl (2001) a informação desempenha um papel fundamental na tomada de decisões eficazes no gerenciamento da cadeia de suprimentos, ao fornecer a visão abrangente necessária para decisões estratégicas e operacionais. Nesse contexto, a tecnologia da informação é apresentada como um recurso indispensável, ao permitir a coleta, o processamento e a análise de dados, visando à otimização das decisões relacionadas à cadeia de suprimentos. Assim, a integração entre informação e tecnologia é destacada como uma base essencial para melhorar o desempenho e a competitividade das operações logísticas. Entende-se que a logística fornece dados e informações que auxiliam na tomada de decisões estratégicas e táticas nas organizações, aumentando a agilidade e visibilidade em toda a cadeia de suprimentos com a redução do lead time de compras e a gestão de informações, rastreando o movimento de produtos até o consumidor final.

Além disso, de acordo com (Moura, 2006), a logística desempenha um papel de extrema relevância na melhoria da qualidade de vida e até mesmo na garantia da sobrevivência da humanidade, assegurando a entrega oportuna, em qualquer parte do mundo, dos produtos e serviços necessários tanto para consumidores quanto para organizações. Isso abrange a gestão eficaz de elementos como transporte, matérias-primas, alimentos, equipamentos hospitalares, medicamentos e até mesmo recursos militares, garantindo a gestão de operações e a melhoria da eficiência das instituições, entre eles serviços públicos e de saúde, principalmente através da chamada Logística 4.0, que conforme exemplificado abaixo no Quadro 2 por (Bastos, 2023), demonstra a participação da logística nas revoluções tecnológicas e o seu grau de importância para o desenvolvimento.

Quadro 2 – A evolução da participação da logística no desenvolvimento econômico

Evento Histórico	Período	Tecnologias	Paradigma	Participação da Logística
1ª Revolução Industrial	Século XVIII	Máquina a vapor; Metalurgia; Mineração; Transportes e Infraestrutura	Produção em massa: substituição do trabalho artesanal pelo trabalho assalariado	Exportações do comércio triangular entre os continentes europeu, africano e americano e movimentação de produtos e pessoas
2ª Revolução Industrial	Século XIX	Desenvolvimento tecnológico; Avanço dos meios de transportes; Invenção dos meios de comunicação; Inovações Organizacionais	Regulação técnica e de trabalho: instituição da linha de montagem semiautomática nas linhas de produção e separação do trabalho manual do intelectual	Escoamento da produção com a distribuição em maior escala dos produtos industrializados por meio de caminhões
3ª Revolução Industrial	Século XX	Tecnologia digital (Internet); Telefonia celular; Robótica; Eletrônica; Softwares; Dispositivos móveis	Transformação digital: o conhecimento na forma de informação	Operadores logísticos atuando como extensão da indústria oferecendo soluções logísticas
4ª Revolução Industrial	Século XXI	Internet das coisas; Inteligência artificial; Big data; Automação; Nanotecnologia; Conectividade; Impressão 3D; Realidade aumentada	Interconectividade entre o conhecimento e a informação. Aumento da eficiência por meio dos recursos cibernéticos	Logística 4.0 propicia o aumento da produtividade e a conectividade pela integração tecnológica entre os atores da cadeia de suprimentos

Fonte: Bastos (2023).

1.1.1 LOGÍSTICA APLICADA À SAÚDE

De acordo com (Gadelha, 2018), a saúde desempenha um papel essencial no desenvolvimento econômico e social do país e para garantir o cumprimento dessa missão, a base produtiva depende da

operação contínua das cadeias de suprimentos, nas quais a logística desempenha um papel estratégico no conceito de acesso universal à saúde, especialmente no contexto da logística farmacêutica, que assegura que o alcance a saúde chegue efetivamente aqueles que necessitam, da maneira correta e nos locais necessários, conferindo-lhe eficiência, já que um desenvolvimento sem acesso igualitário torna-se incompleto e ineficaz, como citado por Bermudez e colaboradores (2007) que explicam que as atividades da assistência farmacêutica, conforme definido pela Política Nacional de Medicamentos, têm como objetivo principal assegurar à população o acesso contínuo e equitativo a medicamentos essenciais de qualidade. Esse enfoque busca não apenas atender às necessidades de saúde pública, mas também promover o uso racional dos medicamentos, alinhando os princípios da segurança, eficácia e eficiência no consumo de insumos farmacêuticos. Assim, a assistência farmacêutica desempenha um papel estratégico na integração entre políticas de saúde e logística, garantindo a sustentabilidade e a equidade no fornecimento de medicamentos.

Um ótimo exemplo da afirmação acima foi a campanha de vacinação contra a Covid-19, (Bastos, 2023) onde destacou-se as disparidades na distribuição e acesso às vacinas, evidenciando que cidades mais ricas e desenvolvidas avançaram mais rapidamente na imunização em comparação com outras localidades, e que populações menos necessitadas foram imunizadas antes das mais necessitadas, simplesmente por estarem situadas em grandes centros com melhores índices de desenvolvimento.

A logística da cadeia de frio de vacinas envolve a manutenção de uma faixa de temperatura precisa durante o transporte e o armazenamento para garantir a potência das vacinas e a saúde pública depende muito do gerenciamento eficaz da cadeia de frio das vacinas para evitar a deterioração do produto, manter a eficácia da mesmo e maximizar a cobertura vacinal. Conforme Assi (2011), o controle de temperatura, o monitoramento e o planejamento de contingência são componentes essenciais da logística da cadeia de frio de vacinas e essa situação é o maior desafio a ser superado pelo SUS, que pode ser minimizado com a implantação de uma logística adequada que facilite o transporte dos medicamentos para todos os lugares necessários em tempo hábil, garantindo a equidade no acesso.

Em concordância com (Starks,2006) a universalidade dos sistemas de saúde demanda a acessibilidade generalizada aos serviços

oferecidos, e a logística, por meio da abrangência de suas atividades, detém um potencial substancial para promover um acesso mais equitativo aos benefícios do desenvolvimento e às tecnologias em saúde.

Embora a logística exerça uma influência significativa no desenvolvimento dos países, é imperativo que esse setor participe de maneira ativa nas discussões e na formulação de políticas públicas, para assegurar a consonância com as demandas dos sistemas de saúde e as reais necessidades da população. Quando tratamos de logística no setor público existem particularidades diferenciadas em relação ao setor privado. No contexto das organizações privadas, a logística frequentemente surge como uma estratégia para reduzir custos e, por conseguinte, aumentar os lucros, em contrapartida, nas organizações públicas, o foco na redução de custos é igualmente relevante, mas deve coexistir com a garantia de direitos, a promoção do acesso à população e a assegação da legalidade nos procedimentos que regem a gestão pública. (Costa, 2000)

Uma gestão logística eficiente na área da saúde exige uma cuidadosa planificação, implementação e controle, com processos bem definidos desde a aquisição dos produtos até sua distribuição em todos os pontos de consumo, em outras palavras, o setor de gestão de materiais tem como objetivo assegurar a permanente disponibilidade de estoque, e sua estrutura deve garantir a inexistência total de escassez de qualquer item que integre o estoque, sem, no entanto, elevar o investimento global. (Biazon; Silva, 2013).

Essa abordagem é crucial para evitar a escassez ou excesso de medicamentos e insumos em postos de saúde e hospitais, garantindo assim o atendimento adequado às necessidades dos pacientes. Com frequência, identificamos desperdícios nas unidades de saúde, que, quando associados a fluxos inadequados de materiais e serviços, podem comprometer a qualidade dos cuidados oferecidos aos pacientes, que conforme apontam Rosa, Xavier e Braga (2015), o controle de estoques em uma farmácia hospitalar tem como objetivo central garantir a disponibilidade de medicamentos e materiais de maneira contínua e alinhada às demandas de utilização. Essa gestão deve equilibrar a prevenção de rupturas no estoque com a minimização de excessos ou insuficiências, elementos críticos para assegurar a eficiência operacional e a prontidão no atendimento às necessidades dos pacientes. Dessa forma, o controle de estoques desempenha um

papel estratégico na manutenção da qualidade e sustentabilidade dos serviços hospitalares.

Assim, cada vez mais na área da saúde, torna-se evidente a necessidade da logística desempenhar um papel central nas discussões para superar a crise sanitária e impulsionar a retomada do crescimento econômico, com significativos ganhos especialmente para a saúde pública, onde além dos problemas de territorialidade, o Brasil ainda possui o iminente risco de colapso nos sistemas de saúde, que estão diretamente relacionados as falhas dos fluxos operacionais de centros hospitalares, laboratórios e unidades de saúde.

1.1.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

As políticas públicas têm suas ações e programas institucionalizados para a solução de problemas, mas, tais ações precisam de estratégia no processo decisório e a aprovação pela alta cúpula da gestão através da identificação dos problemas, diagnósticos, alternativas, avaliação e tomada de decisão, de acordo com Dos Reis, (2017, p. 49):

(...) políticas públicas, após desenhadas e formuladas, desdobram-se em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistema de informação e pesquisas. Quando postas em ação, são implementadas, ficando daí submetidas a sistemas de acompanhamento e avaliação."

Segundo (Howlett; Ramesh; Perl,2013) as políticas públicas são compreendidas como subsistemas onde cada um tem seu conjunto de atores, instituições e ideias, constituindo-se, desta forma, como parte de um sistema político , conclui-se assim, que as redes de políticas públicas na área da saúde referem-se a uma estrutura organizacional que permite a coordenação e a integração de diferentes serviços e instituições, com o objetivo de oferecer serviços de saúde de qualidade e acessíveis à população e estes subsistemas podem ser definidos como conjuntos de serviços de saúde que funcionam de forma integrada, compartilhando recursos, informações e responsabilidades que podem ser criados em nível municipal, estadual ou federal, e podem ser formados por diferentes tipos de serviços, como hospitais, postos de saúde, laboratórios, centros de referência, entre outros.

O melhor exemplo de política pública na área da saúde no Brasil é o SUS (Sistema Único de Saúde), que foi criado pela Constituição

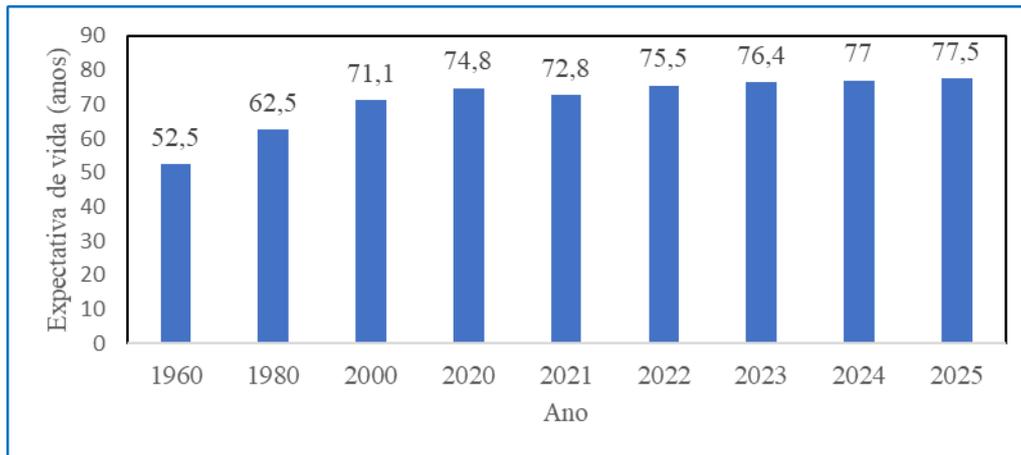
Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (*Lei n° 8.080/1990*) e pela *Lei n° 8.142/1990*. Ele é um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, diretamente ou por meio de convênios e contratos com entidades do setor privado visando o princípio da eficiência pública e da satisfação da sociedade.

Essa rede de serviços de saúde é regulamentada e supervisionada pelo Ministério da Saúde, que define diretrizes e normas para a prestação de serviços de saúde em todo o país. Além disso, o SUS conta com a participação ativa da sociedade civil e de conselhos de saúde, que têm o papel de monitorar e fiscalizar as políticas públicas de saúde e contribuir para a melhoria do sistema.

Conforme (Brasil,1990) o SUS é uma política pública que tem como princípios: universalidade, integralidade e equidade, levando a um papel fundamental na promoção da saúde e no atendimento às necessidades da população, buscando assegurar que todos os cidadãos brasileiros tenham acesso aos serviços de saúde, independentemente de sua condição socioeconômica, gerando um sistema hierarquizado de atendimento, promovendo a prevenção, promoção, recuperação e a reabilitação da saúde.

Em resumo, o SUS é um exemplo de rede pública na área da saúde que pode ser utilizado como instrumento analítico, fornecendo informações importantes sobre as condições de saúde da população e permitindo a avaliação da efetividade das políticas públicas de saúde, como é o caso referido no Figura 2 abaixo, onde os indicadores de saúde destacam o aumento da expectativa de vida nos últimos anos graças a existência de um sistema unificado e igualitário.

Figura 2 – Variação da expectativa de vida ao nascer dos brasileiros, a partir de 1960 até a atualidade



Fonte: IBGE – Tábuas Completas de Mortalidade e Projeções Populacionais (2025)

O SUS é composto por uma rede de serviços de saúde, que inclui hospitais, clínicas especializadas, unidades básicas de saúde e unidades de pronto atendimento tendo sua gestão executada pelo Ministério da Saúde em nível federal, mas descentralizado para estados e municípios, que possuem autonomia para planejar e executar ações de saúde de acordo com as necessidades locais.

1.1.3 A DISCUSSÃO DE GOVERNANÇA

O setor público há muito que passa por crises, com escândalos de fraudes e corrupção. Desde então, as corporações passaram a ter um foco maior em governança, seguindo padrões internacionais e com reforço em acordos de cooperação visando o aumento no combate ao ato ilícito, com ênfase na prevenção.

O Instituto Brasileiro de Governança Cooperativa – IBGC (2015, p. 20) recomenda atenção para a deliberação ética e define a governança corporativa:

Governança corporativa é o sistema pelo qual as empresas e demais organizações são dirigidas, monitoradas e incentivadas, envolvendo os relacionamentos entre sócios, conselho de administração, diretoria, órgãos de fiscalização e controle e demais partes interessadas. As boas práticas de governança corporativa convertem princípios básicos em recomendações objetivas, alinhando interesses com a finalidade de preservar e otimizar o valor econômico de longo prazo da organização, facilitando seu acesso a recursos e contribuindo para a qualidade da gestão da organização, sua longevidade e o bem comum (*ibidem*).

Condizente com as boas práticas de governança os princípios básicos são: transparência, equidade, prestação de contas (*accountability*) responsabilidade cooperativa. O crescimento da máquina pública faz com os gestores adotem estratégias para a melhor decisão dentro do processo organizacional (Chiavenato, 2000). Dentro do processo decisório instrumentos de controle, *accountability* e de *compliance* têm demonstrado ferramentas vitais para aumentar a transparência dos atos administrativos, combate a corrupção e fraudes (Lobo, 2022).

Segundo o IBGC, tais princípios exemplificados acima, devem ser aplicados a governança pública, o que implica responsabilidades para os agentes de governança que devem assegurar que toda a organização esteja em conformidade com princípios e valores em que deve assegurar a identidade organizacional com comportamento ético.

Boas práticas, implica na tarefa dos agentes públicos em instituir um código de ética e políticas na corporação, que reflitam decisões antecipadas e monitoramento de implementação, com disseminação e sua adoção em todos os níveis da organização, mas para isso necessita da colaboração da alta administração (IBGC, 2017. p.19).

A governança pública goza do conceito como o poder é exercido dentro dos parâmetros econômicos e sociais. No Brasil, a governança pública é definida no Decreto federal nº 9.203/2017, como: “governança pública - conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade” (*ibidem*).

Os princípios da governança pública são valores que orientam a atuação da organização, definindo seus valores e os resultados almejados, como capacidade de resposta, integridade, confiabilidade, melhoria regulatória, prestação de contas, responsabilidade e transparência, enquanto as diretrizes da governança pública são orientações que indicam o caminho a seguir, podendo ser estabelecidas por meio de normas e procedimentos.

Os mecanismos para exercer a governança são distribuídos conforme o Quadro 3, e cada órgão ou entidade deve adaptá-los de acordo com sua organização, estrutura, complexidade e tamanho.

Quadro 3 – Mecanismos para o exercício da governança pública



Fonte: Tribunal de Contas da União – TCU (2020).

Uma das ações a serem dadas pela corporação, está o alimento e implementação à integridade como valor da organização, apoiado em valores éticos, direcionar e monitorar a gestão da integridade na organização e encabeça mecanismos de controle para evitar que preconceitos, vieses ou conflitos de interesse influenciem as decisões e as ações da liderança base nos riscos de integridade identificados (TCU, 2020, p. 25).

Conclui-se, que a governança é o efetivo desempenho, interagindo com os stakeholders, para os melhores resultados a serem alcançados pela administração pública.

O SUS também pode ser considerado um exemplo de governança na área da saúde, já que envolve a participação ativa de diversos atores, como o governo, os prestadores de serviços de saúde, a sociedade civil e os conselhos de saúde, na definição e implementação de políticas públicas de saúde.

1.2 A LOGÍSTICA NO SETOR PÚBLICO

Conforme afirmação de (Bastos, 2023), a logística desempenha um papel fundamental ao movimentar bens e serviços de saúde pelos territórios com uma visão multidisciplinar, interagindo vários setores, porém, com foco no atendimento integral da população, configurando-se como um recurso essencial de gestão para políticas nas áreas de saúde e economia, viabilizando a redução de custo na administração

pública e o acesso às tecnologias geradas pelo processo de desenvolvimento.

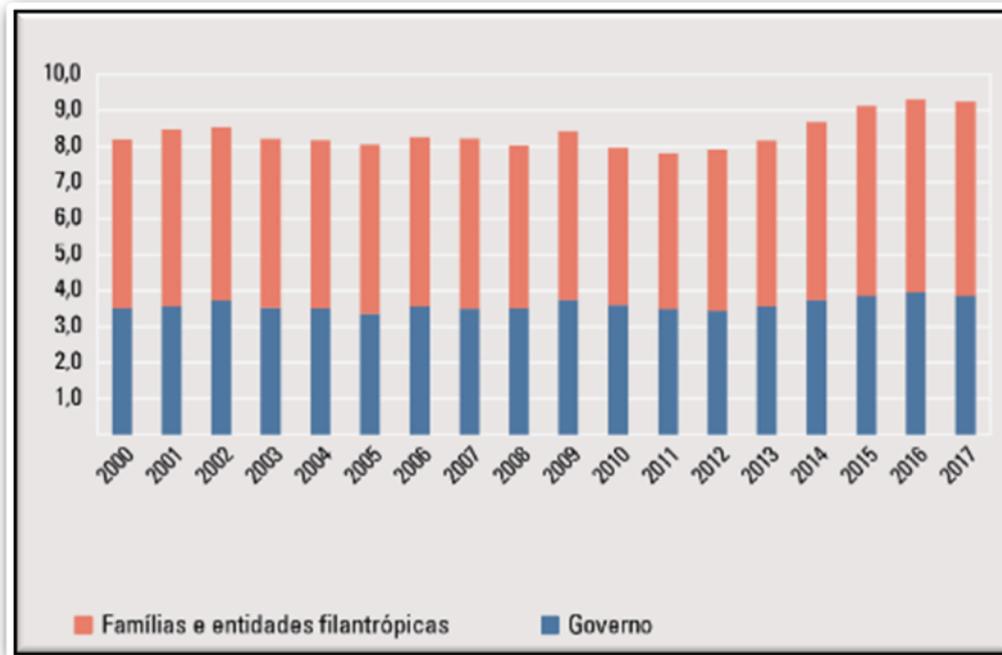
Sousa (2011) ressalta a importância da logística como ferramenta estratégica para garantir uma distribuição eficiente, especialmente em contextos relacionados à saúde pública. O autor enfatiza que os recursos disponíveis para processos produtivos, incluindo a distribuição de medicamentos e suprimentos, são escassos e, portanto, precisam ser geridos com eficiência para atingir a qualidade esperada, sem ultrapassar os limites orçamentários. Segundo Sousa, o foco não deve estar na redução dos investimentos, mas sim na eliminação de desperdícios, utilizando os princípios e técnicas logísticas para alcançar um serviço de qualidade ao menor custo possível. Essa abordagem contribui não apenas para impedir a progressão de doenças por meio de um fornecimento adequado, mas também para reduzir gastos públicos futuros, ao promover a racionalização de recursos e o uso sustentável de insumos, alinhando eficiência operacional e sustentabilidade econômica.

Segundo (Vasconcelos,2012), a importância do planejamento logístico na otimização das aquisições conduzidas pelo Ministério da Saúde é evidenciada através das iniciativas que promovem a eficiência econômica e a agilidade nos processos de aquisição, armazenamento e distribuição.

Além do benefício na aquisição de medicamentos, a logística é salutar para sanar o desabastecimento de produtos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e hospitais públicos, sendo fator preponderante na sua importância para a saúde pública.

Conforme referenciado por (Macedo, 2012), o abastecimento adequado de produtos, assegura que as unidades de saúde estejam equipadas para fornecer atendimento adequado à população, necessário para garantir a eficácia dos tratamentos, já que a falta de produtos essenciais pode levar a complicações de saúde, agravando condições existentes ou criando novos problemas. A despesa com saúde no Brasil, já é algo de extrema relevância para o Setor Público como pode ser observado no Figura 3:

Figura 3 – Despesas com saúde no Brasil. Participação em relação ao PIB (%)



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2019).

O desabastecimento dos centros de saúde por sua vez, pode levar a gastos adicionais com a busca de produtos em outras fontes, aumentando os custos operacionais das unidades de saúde e, por consequência, impactando o orçamento público, já tão comprometido nesta área.

Wids (2017) destaca que um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) é garantir o abastecimento adequado de insumos em todas as unidades de saúde, independentemente de sua localização geográfica, promovendo a equidade no acesso aos serviços de saúde. O autor argumenta que o problema do desabastecimento não é limitado a falhas de planejamento em licitações e compras, mas reflete a necessidade de uma reformulação abrangente nos procedimentos administrativos, buscando maior eficiência na gestão pública. Essa eficiência é essencial não apenas para evitar a fragmentação do orçamento estatal, mas também para assegurar a efetivação do direito fundamental à saúde, que é um dever do Estado e uma garantia para todos os cidadãos. Dessa forma, a logística no SUS desempenha um papel estratégico, sendo um elemento-chave para a sustentabilidade orçamentária e a qualidade no atendimento, contribuindo diretamente para a promoção da justiça social e da equidade no sistema de saúde pública.

1.2.1 CUSTOS NO SETOR PÚBLICO

O orçamento público desempenha um papel crucial na gestão financeira governamental, proporcionando um guia para a alocação eficiente dos recursos e garantia na utilização do dinheiro público, proporcionando transparência e *accountability* na gestão deles. Conforme destacado por Guimarães (2001, p. 35), fica evidente a importância de um controle eficiente de custos para uma boa administração pública:

O controle dos gastos públicos e a mensuração dos custos tornaram-se necessários para a geração de informações seguras na forma de administrar e subsidiar bases sólidas no planejamento do orçamento e de tomar decisões sobre a melhor forma de aplicar os recursos arrecadados, reafirmando o compromisso com a sociedade de gerenciar com transparência e eficiência obtendo-se resultados na avaliação de desempenho das atividades desenvolvidas (*ibidem*).

No âmbito da administração pública, os custos representam os gastos incorridos na produção de bens ou serviços destinados à sociedade, sendo elementos fundamentais para avaliar a eficiência e a eficácia na aplicação dos recursos públicos. Segundo o Manual de Informações do Sistema de Custos do Governo Federal (MIC), esses custos correspondem aos sacrifícios financeiros realizados para a obtenção de bens ou serviços, cuja mensuração adequada é essencial para o planejamento, o controle e a tomada de decisões gerenciais.

Nesse contexto, a redução de custos deve estar necessariamente associada a uma gestão estratégica e responsável, de modo a garantir que os serviços essenciais à população não sejam comprometidos. Trata-se de um desafio complexo, que exige a análise e a otimização dos processos internos de cada setor, conforme citado nos exemplos a seguir:

- a) Introdução de processos logísticos (próprios ou terceirizados) pode identificar oportunidades de eficiência pela simplificação de procedimentos burocráticos e a eliminação de redundâncias, bem como o controle dos desperdícios, segundo (Abriel, 2022);**
- b) Inovação e implantação de sistemas de automação, softwares de gestão e soluções digitais também podem simplificar tarefas e processos, conforme citado por (Gadelha; Fialho, 2001), na dinâmica da inovação do setor farmacêutico;**

- c) **Explorar parcerias público-privadas para a realização de projetos e serviços permitindo a transferência de riscos e a utilização da expertise do setor privado (Bresser-Pereira, 2009); e,**
- d) **Adotar práticas de compras públicas mais eficientes, com licitações competitivas, negociações favoráveis e busca por parcerias que resultem em economias de escala, além de implementar medidas rigorosas para combater a corrupção, que pode ser uma fonte significativa de desperdício de recursos públicos, segundo Sousa (2023, p. 5).**

As licitações públicas são procedimentos administrativos utilizados pelos órgãos públicos para selecionar empresas ou fornecedores que irão prestar serviços, fornecer bens ou realizar obras para o setor público. Tais procedimentos visam garantir a obtenção das melhores condições de contratação, promovendo a eficiência, a competitividade, a transparência e a igualdade de oportunidades entre os participantes (*ibidem*).

Falando especificamente deste último tópico, deve-se salientar que as compras têm uma relação intrínseca com a administração pública, e que a legalidade e transparência do processo licitatório é vital para uma governança eficiente, por isso, a importância das mudanças proporcionadas pela Lei 14.133/21.

A Nova Lei de Licitações dedicou alguns artigos à Integridade e um capítulo inteiro ao controle de contratações, além de medidas preventivas contra fraude e corrupção, maximizando a governança pública com mais eficácia e eficiência na fiscalização das compras públicas, gerando transparência e responsabilidade nas licitações e contratos públicos.

O Procedimento de Manifestação de Interesse – PMI não é uma novidade, já era um conhecido da Lei de Concessões. O legislador pátrio incluiu no capítulo instrumentos auxiliares da licitação, o art. 81, § 2º, II da lei 14.133/2021, o Procedimento de Manifestação de Interesse – PMI como procedimento de mera consulta, onde a administração poderá solicitar à iniciativa privada, através da publicação de edital de chamamento público, a realização de estudos, investigações, levantamentos e projetos de soluções inovadoras que contribuam com questões de relevância pública.

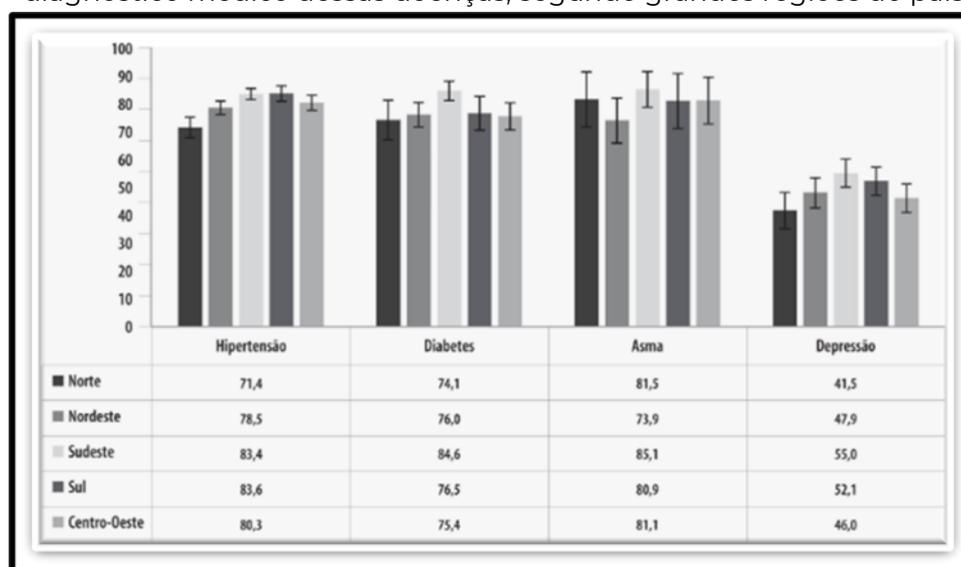
O diálogo competitivo (art. 32, da NLLC) tem a finalidade de apresentar estudos e soluções para a administração pública, que não se

confunde com o PMI que é um procedimento auxiliar, aquele é uma modalidade licitatória, mas ambos, destinam-se a parcerias de colaboração com empresas privadas para apresentar soluções que diminuam os custos. Fica claro que o legislador teve a real intenção de introduzir o PMI e o diálogo competitivo, como ferramentas de fomento que possam trazer soluções satisfatórias para o custo público.

1.2.2 O DESAFIO DA OPERAÇÃO LOGÍSTICA DE MEDICAMENTOS NO BRASIL

A entrega de medicamentos no território brasileiro é de extrema importância por vários motivos relacionados à saúde pública, contribuindo diretamente para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, aumentando a longevidade e construindo a base de uma sociedade mais saudável e produtiva, desempenhando um papel vital na prevenção, tratamento e controle de diversas doenças. Muitos medicamentos são essenciais para o tratamento de doenças crônicas, tais como diabetes, hipertensão e depressão, conforme a Figura 4 abaixo:

Figura 4 – Prevalência (%) do uso de medicamentos para tratamento de hipertensão arterial, diabetes, asma e depressão por adultos (18 anos ou mais) que referiram diagnóstico médico dessas doenças, segundo grandes regiões do país

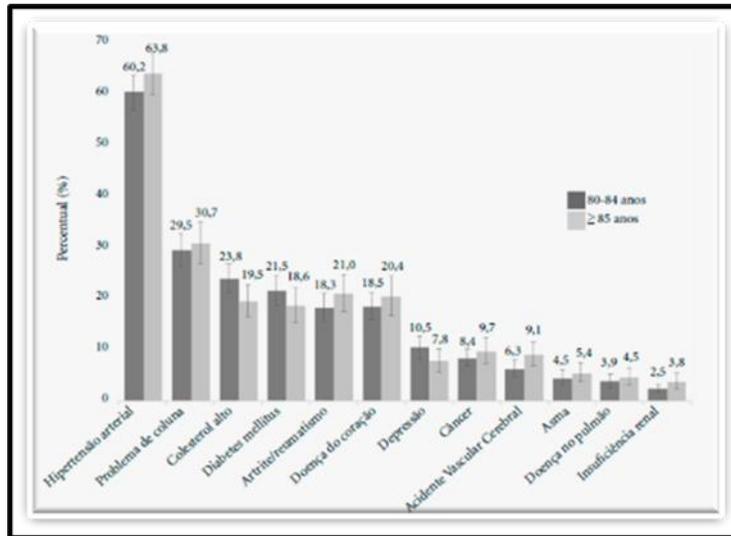


Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde (2013).

A entrega regular dos medicamentos de uso crônico é crucial para a prevenção de complicações, evitando o aumento do número de internações hospitalares que sobrecarregam o Sistema Único de Saúde (SUS) conforme demonstrado na Figura 5, portanto, a entrega oportuna

destes produtos, contribui para a prevenção de complicações de saúde, reduzindo a necessidade de tratamentos hospitalares mais custosos, resultando em economias significativas para o sistema público de saúde.

Figura 5 – Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos muito idosos (idade ≥ 80 anos), segundo sexo



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde (2019).

Conclui-se que a entrega eficiente de medicamentos está alinhada com as políticas de saúde pública, que muitas vezes incluem programas de distribuição de medicamentos essenciais para a promoção da saúde e o combate a doenças específicas, refletindo diretamente no desempenho geral do sistema público de saúde, garantindo a capacidade de rápida resposta as emergências de saúde, levando a administração eficaz de programas de saúde pública e a gestão de recursos, assim afirma Bastos (2023, p. 183).

É necessário que temas como esses sejam mais explorados nos ambientes de produção de conhecimentos para estimular o debate e a participação de outras ciências na formulação de políticas que contribuam para o desenvolvimento econômico e a sustentabilidade do SUS (*ibidem*).

Pode-se dizer que resolver o desafio na entrega destes medicamentos é a garantia do acesso da população aos tratamentos necessários sendo vital para promover a equidade e garantir que todos tenham alcance aos medicamentos essenciais, independentemente de sua localização geográfica.

Mediante toda a necessidade exposta acima sobre o abastecimento adequado do Hospitais e Unidades de saúde no Brasil, enfrentam-se diversos desafios, refletindo a complexidade geográfica, infraestrutura e logística do país, vindo daí a grande preocupação do Governo em sanar o desabastecimento na rede nacional, confirmado por Reis (2008, p. 7).

O desabastecimento de medicamentos compromete a segurança do processo assistencial (...) Em geral, os custos com assistência à saúde são aumentados devido ao emprego de alternativas de preço mais elevado (*ibidem*).

Na mesma linha de pensamento, Vasconcelos (2012, p. 17) assevera:

O número elevado de contratações que o Ministério da Saúde realiza de insumos estratégicos para a saúde e o risco de desabastecimento da rede pública de saúde têm sido motivo de preocupação constante para os gestores deste órgão (*ibidem*).

De acordo com Bastos (2023) e Lima (2022), o Brasil é um país de dimensões continentais, com vastas distâncias entre regiões e a entrega de medicamentos pode ser desafiadora devido às longas distâncias, especialmente para áreas remotas e de difícil acesso.

Além disso a infraestrutura de transporte, incluindo rodovias, ferrovias e portos, nem sempre está adequada para garantir entregas rápidas e eficientes, devido a grande quantidade de estradas precárias e falta de acessibilidade que podem dificultar a distribuição, afirma Marchetti (2012). Além das grandes distâncias, o mesmo autor ainda salienta que o Brasil possui como característica a sua diversidade geográfica e climática, que inclui regiões urbanas densamente povoadas, áreas rurais e a Floresta Amazônica, exigindo estratégias logísticas adaptadas a diferentes contextos. As condições climáticas, como chuvas intensas, inundações e secas, afetam as vias de transporte e compromete a entrega de medicamentos, especialmente em regiões mais suscetíveis a fenômenos climáticos extremos.

Como se não bastasse todos os tópicos citados acima como desafios no efetivo abastecimento da Rede de saúde pública, ainda existe em algumas áreas, questões relacionadas à segurança que representam uma preocupação significativa para as operações logísticas, incluindo preocupações com roubos de carga e outros

eventos que podem impactar a integridade das entregas, conforme Silva (2018, p. 3).

Roubos de cargas de medicamentos, venda de medicamentos ilegais (sem registro no Brasil ou contrabandeados) e medicamentos de baixa qualidade ou validade vencida formavam um quadro de grande preocupação e insegurança com os medicamentos no País (*ibidem*).

Segundo (Dos Santos Nogueira, 2023), a demora nas entregas pode resultar em produtos vencidos, comprometendo a qualidade e eficácia dos tratamentos e garantir a gestão eficiente de estoques e o controle da validade dos medicamentos ao longo da cadeia logística é crucial, além disso em alguns locais remotos, a capacidade de armazenamento adequada pode ser limitada, com falta de instalações apropriadas dificultando a manutenção das condições ideais para armazenar medicamentos.

Verificou-se diante do contexto que a entrega de medicamentos no Brasil enfrenta diversos desafios, como a falta de recursos financeiros para a aquisição de medicamentos em quantidade suficiente, bem como a necessidade de garantir a qualidade e segurança dos medicamentos entregues à população. Além disso, há desafios relacionados à distribuição e logística dos medicamentos, especialmente em regiões mais distantes e de difícil acesso.

Superar esses desafios requer uma abordagem integrada que envolva parcerias público-privadas, investimentos em infraestrutura, tecnologia e planejamento logístico estratégico e a busca por soluções inovadoras e adaptação às características específicas de cada região são essenciais para melhorar a eficiência na entrega de medicamentos em todo o território brasileiro. (Bresser-Pereira, 2009).



?

2

CAPÍTULO 2 – O MÉTODO E A ESTRATÉGIA EMPÍRICA

É crucial estabelecer uma abordagem metodológica que esteja em sintonia com o objeto de estudo e a realidade investigada, pois esses aspectos estão intrinsecamente relacionados. Essa interligação é essencialmente fundamentada na harmonização entre teoria e empiria, que constitui a base da produção do conhecimento científico. A teoria proporciona a explicação, generalização e sistematização dos conhecimentos, orientando a seleção da metodologia mais apropriada para a investigação (Gil, 2002). Partindo do princípio de que o conhecimento científico é fruto da prática da pesquisa, é crucial enfatizar os elementos fundamentais da metodologia adotada como guia para a investigação.

2.1 NATUREZA E ABORDAGEM DA PESQUISA

A estratégia metodológica adotada na pesquisa destina-se a examinar de forma abrangente e fundamentada o papel da logística na área da saúde na administração pública. Esta pesquisa utilizará uma abordagem multimétodos valendo-se das abordagens qualitativa e quantitativa com vistas a uma análise completa e aprofundada.

A abordagem mista integra elementos de pesquisa qualitativa e quantitativa em um único estudo para obter uma compreensão mais completa e aprofundada do fenômeno pesquisado. Essa abordagem é descrita, portanto, como uma combinação de métodos qualitativos e quantitativos para melhorar a validade e a abrangência da pesquisa (Johnson; Onwuegbuzie, 2004).

A adoção do estudo de caso múltiplo como estratégia metodológica nesta pesquisa justifica-se pela necessidade de se compreender, em profundidade, como diferentes unidades federativas enfrentam desafios logísticos na área da saúde pública. Segundo Yin (2015), o estudo de caso é particularmente apropriado quando se busca responder a perguntas do tipo "como" e "por que", permitindo a análise de fenômenos contemporâneos em seu contexto real, especialmente quando o pesquisador possui pouco controle sobre os eventos observados. No presente trabalho, tal abordagem possibilita o exame

das práticas logísticas adotadas nos estados de Alagoas, Distrito Federal e Santa Catarina, oferecendo um panorama comparativo e contextualizado sobre a eficiência operacional e o uso racional de recursos públicos.

Além disso, o uso de múltiplos casos amplia o potencial de generalização analítica dos resultados, ao permitir a identificação de padrões, variações e boas práticas entre diferentes contextos. Conforme argumenta Yin (2015), estudos de caso múltiplos fortalecem a robustez metodológica da pesquisa, ao possibilitar a replicação lógica entre os casos, ampliando a validade externa das conclusões. Ao selecionar estados com diferentes graus de maturidade na gestão logística e distintos níveis de transparência e disponibilidade de dados, a pesquisa explora proposições teóricas relacionadas à eficiência, governança e judicialização da saúde pública sob uma lente comparativa.

Complementarmente, John Gerring (2007) destaca que o estudo de caso pode ser definido como uma análise intensiva de uma unidade delimitada, com o objetivo de elucidar um conjunto mais amplo de fenômenos. No contexto desta pesquisa, ao concentrar-se em três unidades federativas selecionadas em razão da disponibilidade de dados, a investigação não pretende esgotar o tema, mas sim fornecer subsídios analíticos e empíricos para o aprimoramento da gestão logística em saúde no âmbito da administração pública brasileira.

Segundo Seawright e Gerring (2008), o critério de seleção de casos mais adequado ao desenho metodológico adotado em sua dissertação é o “most different systems” design (MDS), também chamado de “divergent case selection”.

Esse critério é apropriado quando o pesquisador escolhe casos que diferem significativamente em diversas variáveis contextuais, mas compartilham ou não compartilham a variável dependente, com o intuito de observar como a presença ou ausência de uma variável-chave (no caso, a estruturação logística) afeta o fenômeno investigado (no caso, a eficiência e os custos na gestão da saúde pública).

A seleção dos três estados (Alagoas, Distrito Federal e Santa Catarina) segue a lógica do critério de máxima divergência (MDS), pois essas unidades federativas apresentam contrastes significativos em termos de estrutura logística, nível de desenvolvimento institucional, capacidade de gestão e transparência de dados. Enquanto Santa

Catarina se caracteriza por possuir uma logística estruturada, com registros sistematizados e indicadores gerenciais disponíveis, Alagoas e o Distrito Federal carecem de documentação consistente e evidenciam fragilidades na organização logística.

A escolha do desenho comparativo “most different systems design” revela-se especialmente estratégica nesse contexto, por possibilitar a identificação de padrões recorrentes em ambientes institucionais distintos, o que confere maior solidez às inferências produzidas, mesmo em um estudo de natureza exploratória e descritiva. De acordo com Gil (2017), pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema de pesquisa, tornando-o mais explícito ou mesmo subsidiando a formulação de hipóteses. Já a abordagem descritiva permite responder a questões como “o quê”, “quem”, “quando” e “onde”, oferecendo uma compreensão detalhada do fenômeno investigado, sem pretensão de estabelecer relações causais diretas, mas sim de observar associações empíricas relevantes para a compreensão do objeto de estudo. Nesse sentido, a combinação entre diversidade empírica e delimitação teórica fortalece os resultados obtidos, especialmente diante da pergunta central da pesquisa: “A implementação da logística na área da saúde tem gerado redução de custos nos estados brasileiros?”.

2.2 DA FUNDAMENTAÇÃO EMPÍRICA: DADOS E INSTRUMENTOS DE COLETA

Neste estudo, os instrumentos adotados para a coleta de dados serão delineados considerando diferentes técnicas conforme ordem prioritária a seguir: pesquisa e análise documental. Ao analisar os documentos, busca-se extrair informações relevantes e conteúdos reais, visando a compreensão do tema e do objeto de pesquisa. Para tanto, a fundamentação empírica será construída com base na análise de fontes primárias e fontes secundárias, de forma a garantir robustez, confiabilidade e diversidade no tratamento do objeto de estudo. A distinção entre esses dois tipos de fontes é essencial para sustentar a validade da análise empírica e assegurar o rigor metodológico.

Segundo Marconi e Lakatos (2021, p. 89), as fontes primárias correspondem aos “documentos originais que fornecem dados diretos e ainda não processados por outros autores”, ou seja, são dados brutos, produzidos no momento da ocorrência ou diretamente pelo

pesquisador. Nesse sentido, Gil (2017, p.72) reforça que essas fontes contêm “informações obtidas diretamente da realidade investigada, não sendo intermediadas por interpretações alheias”.

Assim, no presente estudo, constituem fontes primárias:

- a) Respostas obtidas junto às Secretarias Estaduais de Saúde das 27 unidades federativas, via e-mail e ofícios, com base na Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527/2011);**
- b) Relatórios administrativos enviados pelas secretarias que contenham dados sobre prazos de entrega de medicamentos, estrutura logística, perdas por vencimento, entre outros;**
- c) Registros diretos ou documentos de acompanhamento interno compartilhados pelas instituições públicas mediante solicitação formal.**

Nesse contexto, Cellard (2008, p. 302) destaca que “documentos administrativos podem ser considerados fontes primárias quando obtidos diretamente dos órgãos produtores e utilizados como base empírica da análise”, o que se aplica especialmente aos registros obtidos via acesso direto às secretarias estaduais.

As fontes secundárias, por sua vez, são dados já sistematizados, analisados ou interpretados por outros autores ou instituições. Gil (2017, p.72) define essas fontes como aquelas “disponíveis na literatura ou em bancos de dados consolidados, utilizadas como apoio e contextualização para a análise”. Yin (2015) também diferencia as evidências diretas de campo (primárias) das fontes documentais e estatísticas preexistentes (secundárias), sugerindo que seu uso combinado fortalece a análise empírica em estudos de caso.

Constituem fontes secundárias desta pesquisa:

- a) Relatórios públicos do Tribunal de Contas da União (TCU) sobre logística e governança;**
- b) Dados estatísticos do IBGE (expectativa de vida, estrutura federativa, gastos públicos);**
- c) Publicações do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS);**
- d) Artigos científicos, dissertações e teses relacionadas à gestão logística no SUS e à administração pública;**

e) Informações obtidas por meio de bancos de dados públicos como DATASUS, SIOPS e portal da transparência do Governo Federal.

A clara distinção entre fontes primárias e secundárias permite que a pesquisa mantenha o rigor metodológico necessário, ao cruzar dados coletados diretamente da realidade com referências já consolidadas na literatura científica e em relatórios institucionais, fortalecendo as evidências empíricas apresentadas ao longo da análise.

Por meio dessa abordagem metodológica abrangente, a pesquisa busca fornecer *insights* e recomendações práticas para melhorar a gestão logística na saúde pública e, conseqüentemente, fortalecer a administração pública nesse setor essencial. A seleção e análise preliminar dos documentos serão realizadas antes da análise de dados propriamente dita, conforme preconizado por (Cellard, 2008) a fim de situar os registros em uma estrutura teórica para compreensão de seu conteúdo, onde a comparação entre os materiais coletados e o estudo dos documentos ajudarão na identificação das tendências e significados.

Para a realização da pesquisa sobre a eficácia ou ineficiência da utilização da logística em saúde nos estados brasileiros, foi estabelecido um método de levantamento de informações junto às 27 Unidades Federativas brasileiras em que a primeira tentativa de obtenção de dados ocorreu em outubro de 2024, mediante o envio de e-mails conforme Anexo A.

Utilizando as informações disponibilizadas pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), foi criado o Quadro 4 para acompanhar os retornos das respostas das respectivas secretarias estaduais de saúde para posterior acompanhamento gráfico dos dados.

Quadro 4 – Dados coletados CONASS

Estado	Secretário	Endereço	Telefone Gabinete	E-mail Gabinete
Acre	Edvaldo de Souza Lima	Rua 4, nº 545, Centro - Rio Branco/AC - CEP: 69300-000	(68) 3215-3031	gabinete@saude.ac.gov.br
Alagoas	Alexandre Ayres	Rua Major Jorge, nº 43, Centro - Maceió/AL - CEP: 57020-010	(82) 3315-3600	saude@saude.al.gov.br
Amapá	Robson de Souza	Av. Dom José Alves, nº 1233 - Bairro do Meio - Macapá/AP - CEP: 68900-000	(96) 2101-1910	secretaria@saude.ap.gov.br
Amazonas	Nayara de Oliveira Maksoud Moraes	Av. André Araújo, 701 - Aleixo - Manaus/AM - CEP: 69067-375	(92) 98417-4600	chefelegabinete@saude.am.gov.br
Bahia	Vitor Bonfim	Av. ACM, nº 285 - Edifício 2, 2º andar - Salvador/BA - CEP: 41815-901	(71) 3115-2222	gabinetesaudef@saude.ba.gov.br
Ceará	Marcos Gadelha	Av. Almirante Barroso, 600 - Centro - Fortaleza/CE - CEP: 60060-100	(85) 3101-1639	gabinete@saude.ce.gov.br
Distrito Federal	Jorge Alberto Bittar	SGAN 603, Bloco A, Edifício Centro de Saúde - Brasília/DF - CEP: 70830-502	(61) 3340-1888	gabinetesaudef@saude.df.gov.br
Espírito Santo	Nélio Fernandes	Av. Marechal Campos, nº 1684 - Centro - Vitória/ES - CEP: 29015-015	(27) 3132-3400	gabinete@saude.es.gov.br
Goiás	Rafael dos Reis Santos Junior	Rua SC1 nº 299 - Parque Santa Cruz - Goiânia/GO - CEP: 74980-270	(62) 3201-3838	secretaria.saude@goias.gov.br
Maranhão	Tiago José Mendes Fernandes	Av. Professor Carlos Cunha, s/n - Jaracaty - São Luís/MA - CEP: 65076-620	(98) 3198-5549/5500	chefelegabinete@saude.ma.gov.br
Mato Grosso	Juliano Silva Melo	Centro Político Administrativo, Palácio Paiaguás, Rua D, S/N, Bloco 05 - Cuiabá/MT - CEP: 78049-902	(65) 3613-5310	gbses@ses.mt.gov.br
Mato Grosso do Sul	Maurício Simões Corrêa	Avenida Poeta Manoel de Barros - s/n - Parque dos Poderes - Bloco 7 - Campo Grande/MS - CEP: 790	(67) 3318-1720/1716	gabinete_ses@saude.ms.gov.br
Minas Gerais	Fábio Baccheretti Vitor	Rodovia Papa João Paulo II, nº 4143, Edifício Minas Bairro Serra Verde - Belo Horizonte/MG - CEP: 31631	(31) 3916-0618/0606/0607	gabinete@saude.mg.gov.br
Pará	Ivete Gadelha Vaz	Travessa Lomas Valentinias, nº 2150 Bairro Marco - Belém/PA - CEP: 66033-677	(91) 4006-4356/4319	gabinete_ses@sespa.pa.gov.br
Paraíba	Animatheus Silva Reis	Av. Dom Pedro II, 1826 - Torre - João Pessoa/PB - CEP: 58040-440	(83) 3211-9066	gabinetesespb@gmail.com
Paraná	César Augusto Neves Luiz	Rua Piquiri 170 - Rebouças - Curitiba/PR - CEP: 80230-140	(41) 3330-4400/4403/4300	gabinete@sesa.pr.gov.br
Pernambuco	Zilda do Riego Cavalcanti	Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519 - Bongô - Recife/PE - CEP: 50751-535	(81) 3184-0148/0158	adm.gab_ses@gmail.com
Piauí	Antonio Luiz Soares Santos	Av. Pedro Freitas - s/n - Bloco "A" Centro administrativo - Teresina/PI - CEP: 64018-900	(86) 3216-1583/3535/3553/362713	saude_pi@saude.pi.gov.br
Rio de Janeiro	Claudia Mello	Rua Mévio, nº 128, 5º andar - Centro - Rio de Janeiro/RJ - CEP: 20261-005	(21) 2333-3705	gab_ses@saude.rj.gov.br
Rio Grande do Norte	Liane Ramalho	Av. Marechal Deodoro da Fonseca, 730, 8º andar - Cidade Alta - Natal/RN - CEP: 53025-600	(84) 3232-7432 / 2666 / 2802	gs-sesap@rn.gov.br
Rio Grande do Sul	Aita Gilda Hübner Bergmann	Av. Borges de Medeiros, 1501 - 6º andar - Centro - Porto Alegre/RS - CEP: 90119-900	(51) 3288-5803/5806	secretaria@saude.rs.gov.br
Rorondônia	Jefferson Ribeiro da Rocha	Avenida Farquar, 2386 - Palácio Rio Madeira - Ed. Rio Machado Bairro Pedrinhas - Porto Velho/RO - CE	(69) 3216-7357 / 3216-7347	gabinetesesau@gmail.com
Roraima	Cecília Smith Lorenzon Basso	Rua Madrid, nº 180 - Campus do Panacarana - Bairro Aeroporto - Boa Vista/RR - CEP: 69310-043	(95) 98407-0236	gabinete@saude.rr.gov.br
Santa Catarina	Diogo Demarochi Silva	Rua Esteves Júnior, 160, Ed. Halley, 7º and. Centro - Florianópolis/SC - CEP: 88015-130	(48) 3664-8833/8834	secretaria@saude.sc.gov.br
São Paulo	Elieuzes Paiva	Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 188 - 7º andar - Cerqueira César - São Paulo/SP - CEP: 05403-000	(11) 3066-8000/8660/8801	gabinetedesecretario@saude.sp.gov.br
Sergipe	Cláudio Milden	Av. Augusto Franco, 3150 - Ponto Novo - Aracaju/SE - CEP: 49097-670	(79) 3226-8378	gabinete@saude.se.gov.br
Tocantins	Carlos Felinto Júnior	Avenida NS-01, AANQ, Praça dos Grassóis s/n - Palmas/TO - CEP: 77015-007	(63) 3218-1730 / 1157	gabinete@saude.to.gov.br

Fonte: elaborado pela autora (2024).

2.3 DA ANÁLISE DOS DADOS E VERIFICAÇÃO DAS HIPÓTESES

Conforme destacado por (Cellard, 2008) a análise documental é uma das técnicas mais decisivas para a pesquisa em ciências sociais e humanas, pois permite aos pesquisadores explorar uma ampla gama de documentos, incluindo relatórios oficiais, cartas, diários, leis, regulamentos, entre outros.

Ao utilizar documentos como fonte de dados, pode-se acessar informações em primeira mão, segundo a classificação de (Gil, 2002) que oferecem insights valiosos sobre eventos históricos, práticas culturais, processos administrativos e outros aspectos relevantes para a pesquisa. Esses documentos proporcionam uma perspectiva única e autêntica sobre o objeto de estudo, permitindo analisar detalhes e nuances que podem não estar disponíveis em outras fontes.

Ao conduzir uma análise documental Quadro 5, deve-se levar em conta o contexto histórico e o propósito para o qual os documentos foram produzidos e isso envolve considerar o público-alvo, o período histórico, as circunstâncias políticas e sociais, entre outros fatores, a fim de interpretar adequadamente o conteúdo dos documentos e extrair conclusões significativas.

Quadro 5 – Análise documental

Informações Levantadas	Histórico do valor gasto pelo Estado na compra de medicamentos de uso crônico; Histórico do número de internações por doenças crônicas; Porcentagem de perda de medicamentos por vencimento; Comparativo do gasto em medicamentos e internações entre Estados que possuem x não possuem logística na saúde
Fonte	Dados gerados por sistemas oficiais, tais como: Ministério da Saúde; Secretarias de Saúde Municipais e Estaduais; Tribunais de Justiça Estaduais; Tribunais de Contas dos Estados e União; Datasus; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Organização Mundial da Saúde (OMS); Portal da Transparência
Objetivo	Avaliar o impacto da logística nas instituições de saúde em relação a administração pública; Identificar áreas de sucesso e oportunidades de mitigação dos gastos na administração pública; Avaliar os recursos disponíveis e os impactos da implementação logística na qualidade dos serviços prestados; Identificar as principais limitações da administração pública na área da saúde; Entender a eficácia da gestão de saúde em relação a economia dos gastos públicos; Abordar o impacto das doenças crônicas na demanda por serviços de saúde; Estruturar banco de dados da pesquisa para análise e discussão

Fonte: elaborado pela autora (2024).

Nesta pesquisa serão utilizadas análise de dados coletados no portal da transparência e de dados bibliográficos, levando-se em consideração possíveis problemas e gargalos, além da utilização de métodos estatísticos. Esta etapa de coleta, segundo (Borges; Berberian, 2019), é o estágio inicial da pesquisa, no qual ocorre a busca para obter evidências empíricas a fim de responder às perguntas de pesquisa e testar hipóteses formuladas.

Por outro lado, nestes próximos parágrafos, trataremos da análise de dados, que é o processo de examinar, interpretar e dar sentido aos dados coletados. Como destacado por Babbie (2016) a análise de dados envolve a organização e a transformação dos dados brutos em informações significativas, por meio de técnicas estatísticas, métodos qualitativos, ou uma combinação de ambos, dependendo da natureza do estudo e dos objetivos de pesquisa. Nesse estágio são identificados padrões, tendências, relações e insights relevantes, contribuindo para a construção de argumentos e conclusões robustas.

É importante ressaltar que a coleta e a análise de dados são processos iterativos e interativos, que frequentemente se retroalimentam ao longo do curso da pesquisa. Por exemplo, os insights obtidos durante a análise inicial dos dados podem influenciar a seleção de novas estratégias de coleta de dados, enquanto novos

dados coletados podem exigir ajustes ou refinamentos nas técnicas de análise utilizadas. Como observado por (Borges; Berberían, 2019), esse ciclo contínuo de coleta e análise de dados é essencial para o progresso da pesquisa e a geração de novos conhecimentos.

Este trabalho baseia-se na pesquisa quali-quantitativa, onde a análise dos dados desempenha um papel crucial na compreensão aprofundada e na interpretação dos fenômenos estudados. Segundo Gil (2002) existem várias técnicas de análise que podem ser empregadas para extrair significado dos dados qualitativos e quantitativos e a escolha delas dependerá da natureza dos dados, dos objetivos da pesquisa e das questões de pesquisa específicas que estão sendo investigadas.

Destacam-se abaixo, as técnicas utilizadas nesta pesquisa de abordagem mista:

- a) Análise exploratória e descritiva: envolve a descrição e o resumo dos dados coletados, destacando suas características principais, padrões e tendências, sem necessariamente buscar inferências ou generalizações para além dos dados específicos analisados, visando fornecer uma compreensão clara e concisa dos dados, apresentando informações relevantes das variáveis estudadas. Essa análise é frequentemente realizada por meio de medidas estatísticas descritivas como médias, medianas, desvios padrão, frequências e porcentagens.**

Após as explanações prévias, cumpre-se agora discernir a estratégia de defesa concernente às duas hipóteses mencionadas a seguir, bem como à importância em delinear uma argumentação sólida e substancial com a apresentação de fatores explicativos que permitam verificá-las.

A primeira delas é a de que a logística é um estímulo à redução de custos na administração pública e fundamenta-se no pressuposto de que uma gestão logística eficiente e eficaz contribui diretamente para a otimização dos recursos públicos, promovendo o equilíbrio entre o uso racional dos recursos e a maximização do valor entregue à sociedade. A logística, nesse contexto, não se limita apenas à movimentação de bens, mas abrange uma cadeia integrada de processos, incluindo planejamento, aquisição, armazenamento, distribuição e controle, que são essenciais para o bom funcionamento do Estado.

Estes custos citados acima podem ser classificados em econômicos, financeiros e operacionais. Entre os custos econômicos, destacam-se o custo de oportunidade, relacionado à alocação inadequada de recursos que poderiam ser direcionados para setores prioritários, como saúde e educação; o custo de indisponibilidade, associado à falta de insumos essenciais que podem resultar em internações prolongadas ou tratamentos mais onerosos; e o custo ambiental, proveniente de desperdícios logísticos que demandam esforços para mitigação de impactos. Nos custos financeiros, incluem-se o custo de aquisição, decorrente de negociações e compras descentralizadas que aumentam os preços por falta de economias de escala; o custo de transporte e distribuição, influenciado por rotas mal planejadas e ineficiências no uso da frota; e o custo de armazenagem, relacionado a estoques mal dimensionados que elevam despesas com espaço, equipamentos e pessoal.

Finalmente, os custos operacionais englobam o custo de ineficiência, resultante da ausência de sistemas automatizados que geram retrabalho e perdas, e o custo de mão de obra (MO), causado pela sobrecarga de funcionários devido a processos ineficazes, acarretando perda de produtividade e aumento de despesas com horas extras. Esses fatores evidenciam como uma logística bem estruturada pode otimizar o uso dos recursos, promover sustentabilidade e melhorar a eficiência na gestão pública e privada. Justifica-se esta hipótese de pesquisa considerando que a logística desempenha um papel fundamental, caracterizando-se como um recurso essencial de gestão para políticas nas áreas de saúde e economia, viabilizando a redução do custo na administração pública (Bastos 2023). Assim sendo, a primeira hipótese (H1) está diretamente enunciada como:

H1: a adoção da gestão logística de saúde estimula a redução de custos na administração pública.

A segunda hipótese do estudo se desdobra em dois aspectos complementares relacionados à eficiência logística no contexto da gestão de medicamentos no setor público. Argumenta-se, em primeiro lugar, que estados que adotam uma estrutura logística consolidada tendem a apresentar menor tempo de entrega de medicamentos, o que contribui diretamente para a agilidade no atendimento às demandas da população. Essa proposição é formulada na hipótese:

H2a: Estados com gestão logística estruturada apresentam menor tempo de entrega de medicamentos.

Em segundo lugar, parte-se do pressuposto de que a redução nos prazos logísticos também favorece a continuidade dos tratamentos prescritos, especialmente para pacientes com condições crônicas ou de longa duração, reduzindo o risco de interrupções terapêuticas e, por consequência, contribuindo para a qualidade e a resolutividade do atendimento. Tal entendimento fundamenta a hipótese:

H2b: Estados com gestão logística estruturada favorecem a continuidade do tratamento de pacientes.

Ambas as hipóteses reforçam a importância da logística como elemento estratégico na promoção da equidade, na efetividade da atenção à saúde e na eficiência dos sistemas públicos, além de seu papel na prevenção de agravos e na redução de hospitalizações evitáveis (Sousa, 2011).

Em resumo, as hipóteses estão interligadas e a análise realizada neste estudo visa salientar alguns dos princípios básicos do SUS que é a acessibilidade e equidade, assegurando o abastecimento em todas as unidades de saúde independentemente da localização geográfica e nível social (Wids, 2017), impedindo a falta de provisão destes locais pela complexidade geográfica e/ou infraestrutura logística do território brasileiro (Reis, 2008), o que gera o aumento dos gastos e, por consequência, o impacto no orçamento público.

A verificação das hipóteses delineadas requer uma abordagem metódica e fundamentada, pertinente ao contexto específico deste estudo, contudo, é importante ressaltar que esta dissertação caracteriza-se por um estudo de natureza exploratória e descritiva, não tendo por objetivo a aplicação de modelos estatísticos inferenciais nem a realização de testes formais com validade estatística.

A análise proposta foi desenvolvida a partir de uma leitura comparativa e qualitativa dos dados obtidos, considerando as evidências empíricas disponíveis. Dessa forma, as hipóteses formuladas foram examinadas por meio de uma análise criteriosa dos fatos, documentos e indicadores logísticos, com o intuito de elucidar as nuances e particularidades que envolvem cada uma das proposições levantadas, conferindo ao trabalho uma exposição clara e fundamentada, embora não inferencial, dos pontos cruciais que

sustentam as relações observadas entre logística e custos na gestão pública da saúde.

2.3.1 DOS INDICADORES DE ANÁLISE EMPÍRICA

Com base no estudo de caso e na fundamentação empírica já desenvolvida, este tópico contempla a apresentação dos indicadores empíricos definidos para responder à pergunta norteadora da pesquisa e verificar as hipóteses formuladas. Nele são descritas a técnica analítica empregada, a forma como os dados serão tratados, organizados e interpretados, bem como o papel dos indicadores na estrutura metodológica do estudo.

Os indicadores serão organizados em planilhas analíticas e submetidos a tratamento estatístico descritivo, com o objetivo de possibilitar a comparação entre as unidades federativas quanto ao grau de estruturação logística e seus efeitos sobre os resultados da gestão pública em saúde.

De forma alinhada à pergunta central da pesquisa, foram definidos três grupos principais de indicadores, cada um voltado a uma dimensão específica da análise:

- a) Indicadores de Eficiência Operacional Logística: avaliam a capacidade do sistema de saúde em utilizar recursos logísticos (como aquisição, consumo, perdas e entrega de insumos) de maneira racional, econômica e oportuna, refletindo o desempenho técnico e a organização dos processos internos.**
- b) Indicadores de Continuidade da Atenção à Saúde: mensuram a regularidade na oferta e manutenção dos tratamentos aos pacientes, permitindo identificar potenciais interrupções no cuidado, desabastecimento de medicamentos ou falhas na articulação entre os níveis assistenciais.**
- c) Indicadores de Impacto Sistêmico e Governança: avaliam os efeitos estruturais, institucionais e fiscais da logística sobre o sistema de saúde, por meio de variáveis como judicialização, grau de transparência e peso financeiro das internações hospitalares, revelando aspectos da governança pública e da sustentabilidade das políticas adotadas.**

1 – Indicadores de Eficiência Operacional Logística

Indicador	Fórmula / Variáveis	Objetivo / Interpretação	Fonte
Índice de perda financeira em medicamentos	$\frac{\text{Valor de perdas}}{\text{Valor de aquisição}} \times 100$	Mede a ineficiência logística na gestão de estoques e compras públicas	Torres et al., 2022 Ocké-Reis, 2023
Índice de eficiência de consumo de insumos	$\frac{\text{Valor de consumo}}{\text{Valor de aquisição}} \times 100$	Avalia a correspondência entre aquisição e uso, indicando alinhamento logístico	Autora
Gasto médio com internação hospitalar	$\frac{\text{Valor total de internações}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes internados}}$	Avalia o custo unitário do serviço hospitalar (eficiência hospitalar)	SIH-SUS - Ministério da Saúde

Fonte: elaborado pela autora (2024).

2 – Indicadores de Continuidade da Atenção à Saúde

Indicador	Fórmula / Variáveis	Objetivo / Interpretação	Fonte
Proporção de gastos com judicialização de medicamentos	$\frac{\text{Valor judicialização}}{\text{Valor aquisição medicamentos}} \times 100$	Mede o impacto da judicialização como falha na provisão logística regular	Autora
Custo Médio por Atendimento na Atenção Básica	$\frac{\text{Gasto com atenção básica}}{\text{Número de atendimentos}}$	Mede a eficiência econômica da atenção básica	Autora
Gasto médio por paciente	Valor médio gasto calculado	Mede eficiência do sistema e custo por caso	Autora

Fonte: elaborado pela autora (2024).

3 – Indicadores de Impacto Sistêmico e Governança

Indicador	Fórmula / Variáveis	Objetivo / Interpretação	Fonte
Taxa de leitos hospitalares por habitante	$\text{Número de leitos} / \text{População} \times 1000$	Relaciona infraestrutura hospitalar disponível à população	OMS/DATASUS
Gasto com internação hospitalar per capita	$\text{Gasto com internação} / \text{População}$	Mostra o peso da hospitalização nos gastos públicos por cidadão	Ocké-Reis, 2023 Marinho, 2022
Percentual do PIB estadual destinado a internação hospitalar	$\text{Gasto com internação} / \text{PIB do Estado} \times 100$	Indica o esforço econômico do estado com hospitalização (pressão fiscal)	Autora
Índice de investimento em saúde	$\text{Gasto com saúde} / \text{PIB estadual} \times 100$	Relaciona esforço fiscal com capacidade econômica do estado	InvestSUS
Índice de pressão hospitalar	$\text{Internações} / \text{Leitos}$	Mede ocupação média do sistema, indicativo de sobrecarga	OPAS/OMS

Fonte: elaborado pela autora (2024).

2.3.2 MATRIZ METODOLÓGICA

A inclusão de uma matriz metodológica no capítulo de metodologia é um recurso essencial para garantir a organização, clareza e coerência do percurso investigativo desta uma pesquisa. Essa matriz permite sistematizar a articulação entre os objetivos específicos, as hipóteses, os indicadores, as fontes de dados, os instrumentos de coleta e as estratégias de análise, tornando o processo metodológico mais transparente e acessível tanto para o leitor quanto para a banca avaliadora.

Além de contribuir para a visão integrada do projeto, a matriz metodológica favorece a rastreabilidade lógica entre o problema de

pesquisa e os meios utilizados para sua investigação, reforçando a consistência interna do estudo. No caso desta dissertação, que se propõe a avaliar a eficiência da logística na saúde pública sob múltiplas dimensões (operacional, terapêutica e sistêmica), a matriz metodológica cumpre o papel de alocar com precisão os elementos empíricos que sustentam a análise de cada dimensão investigada.

Do ponto de vista técnico e acadêmico, a matriz também é uma exigência cada vez mais presente em projetos de pesquisa aplicada, por permitir que os critérios de reprodutibilidade científica e rigor metodológico sejam observados. Conforme orientações metodológicas de Gil (2017), a estruturação clara entre variáveis, métodos e objetivos contribui diretamente para a validação dos achados e para a objetividade da análise.

Quadro 6 – Matriz de opções metodológicas

Objetivos específicos	Abordagem	Coleta de dados	Fontes	Instrumentação	Análise de Dados
Identificar as dificuldades logísticas dos Estados: falta de medicamentos, número de atendimento UBS	Mista	Documentos públicos e respostas obtidas via e-SIC junto às Secretarias de Saúde	Primárias (respostas via e-SIC); Secundárias (TCU, portais oficiais)	Documentos administrativos, portais oficiais, planilhas Excel e gráficos	Análise exploratória e descritiva
Avaliar o consumo x orçamento dos Estados em comparação ao número de habitantes e de leitos	Mista	Relatórios públicos e dados via e-SIC junto às Secretarias de Saúde e Finanças	Primárias (respostas via e-SIC); Secundárias (dados orçamentários IBGE, SIOPS)	Relatórios, planilhas comparativas, documentos orçamentários	Análise descritiva com comparação entre estados com e sem logística estruturada
Mensurar número de processos de judicialização dos Estados	Mista	Registros oficiais e respostas via e-SIC das Secretarias de Saúde	Primárias (dados via e-SIC); Secundárias (relatórios de judicialização do CNJ, Ministério da Saúde)	Formulários de dados via e-SIC, relatórios governamentais	Análise descritiva visando comparação da judicialização com e sem gestão logística

Identificar perda de medicamentos por vencimento	Mista	Documentos e planilhas enviados via e-SIC das Secretarias de Saúde e Finanças	Primárias (dados enviados pelas secretarias); Secundárias (SUS, DATASUS, CONASS)	Planilhas de controle de estoque e vencimento; documentos oficiais	Análise descritiva da perda de medicamentos em contextos com e sem logística estruturada
Criar indicadores para mensurar eficiência logística e utilização de recursos na administração pública	Mista	Documentos e planilhas enviados via e-SIC das Secretarias de Saúde e Planejamento	Primárias (dados enviados pelas secretarias); Secundárias (CNES, DATASUS, IBGE, RDQA, InvestSUS, e-SIC)	Planilhas de indicadores específicos criados especificamente para a pesquisa	Análise exploratória e descritiva

Fonte: elaborado pela autora (2025)



3

3

CAPÍTULO 3 – OS RESULTADOS E AS DISCUSSÕES

Durante o desenvolvimento desta pesquisa, tornou-se inevitável registrar as significativas barreiras encontradas no processo de coleta empírica, onde, em uma investigação cujo objetivo central é avaliar a eficiência da gestão logística na saúde pública e sua influência na redução de custos, a disponibilidade de dados precisos e transparentes é uma condição fundamental.

No entanto, o cenário enfrentado revelou-se alarmante conforme demonstrado no Quadro 7, onde das 27 unidades federativas brasileiras, apenas 10 responderam à solicitação inicial de informações, enviada por e-mail institucional às secretarias estaduais de saúde em outubro de 2024, exibido no Anexo A. Os demais estados permaneceram em completo silêncio institucional, sem apresentar qualquer justificativa formal ou orientação alternativa para o fornecimento dos dados.

Essa baixa adesão comprometeu de maneira significativa a amplitude da análise pretendida, limitando a representatividade da amostra e a possibilidade de cruzamento estatístico mais robusto entre diferentes realidades logísticas do país, e essa escassez de respostas também levantou questionamentos sobre a cultura de transparência ativa nos estados brasileiros, reforçando a percepção de que, mesmo diante da vigência da Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527/2011), ainda há uma considerável resistência institucional em fornecer dados públicos de interesse social.

Quadro 7 – Retorno das Unidades Federativas

ESTADO	DATA ENVIO	DATA RETORNO	RESPOSTA	DADOS INFORMADOS
AMAPÁ	7 Outubro de 2024	9 Outubro de 2024	Forneceu link para protocolo. Cadastramento realizado. Sem resposta posterior	Sem retorno
AMAZONAS	7 Outubro de 2024	9 Outubro de 2024	Solicitou documentos (Anexos A e B) enviados, mas sem resposta posterior	Sem retorno
BAHIA	7 Outubro de 2024	8 Outubro de 2024	E-mail retornado como inválido	Sem retorno
CEARÁ	7 Outubro de 2024	8 Outubro de 2024	Informou encaminhamento à assessoria do gabinete, sem resposta posterior	Sem retorno
ESPIRITO SANTO	7 Outubro de 2024	8 Outubro de 2024	Encaminhou para a Subsecretaria de Estado da Atenção à Saúde (SSAS: doc. 2024-M99SB8), sem resposta posterior	Sem retorno
GOIÁS	7 Outubro de 2024	8 Outubro de 2024	Encaminhou à Coordenação de Pesquisa da Escola de Saúde e solicitou cópia do projeto de pesquisa. Enviado, mas sem resposta posterior	Sem retorno
MINAS GERAIS	7 Outubro de 2024	8 Outubro de 2024	Informou que o contato deveria ser via e-SIC. Contato realizado, mas sem resposta posterior	Sem retorno
PARÁ	7 Outubro de 2024	7 Outubro de 2024	E-mail retornado como inválido	Sem retorno
SANTA CATARINA	7 Outubro de 2024	7 Outubro de 2024	Informou necessidade de anuência institucional, com envio de projeto ao NPES/ESPSC. Projeto ainda não enviado.	Sem retorno
TOCANTINS	7 Outubro de 2024	9 Outubro de 2024	Acusou recebimento do e-mail, mas não houve resposta posterior	Sem retorno

Fonte: elaborado pela autora (2024).

Diante da ausência de retorno formal por parte das outras 17 unidades federativas e com o prazo de coleta de dados se esgotando, optou-se, em 20 de maio de 2025 acionar os canais oficiais de transparência, por meio do Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (e-SIC) e das ouvidorias estaduais, onde no Quadro 8 especifica-se os locais, datas e devidos protocolos dos envolvidos.

Quadro 8 – Documentos e-SIC			
Unidade Federativa	E-mail de Contato	Data envio	Nº Protocolo
Acre (AC)	ouvidoriasesacre@gmail.com		acesso indisponível
Alagoas (AL)	sic@saude.al.gov.br	20/05/2025	02000.0000019417/2025
Amapá (AP)	servicos.tce.ap.gov.br/ouvidoria	20/05/2025	F905B6
Amazonas (AM)	gab@cada.am.gov.br	20/05/2025	acesso indisponível
Bahia (BA)	tce.ba.gov.br/institucional/ouvidoria	20/05/2025	005794/2025
Ceará (CE)	tce.ce.gov.br/ouvidoria/servico-de-informacoes-aocidadao-sic	20/05/2025	7331274
Distrito Federal (DF)	e-mail já respondido pela secretaria		
Espírito Santo (ES)	ouvidoria@es.gov.br	20/05/2025	2025051522
Goiás (GO)	ouvidoria.tce.go.gov.br/SolicitacaoAcessoInformacao	20/05/2025	OUV20250522201405034140297
Maranhão (MA)	e-sic.ma.gov.br/sistema/site/index.aspx	20/05/2025	00001.001024/2025-32
Mato Grosso (MT)	ouvidoria@cge.mt.gov.br	20/05/2025	444504

Mato Grosso do Sul (MS)	tce.ms.gov.br/ouvidoria	20/05/2025	2791565
Minas Gerais (MG)	crouvidoria.tce.mg.gov.br	20/05/2025	OUV0101220250522
Pará (PA)	ouvidoria.pa.gov.br	20/05/2025	1307/2025
Paraíba (PB)	sic.pb.gov.br	20/05/2025	00099.001093/2025-1
Paraná (PR)	sic/sesapr	20/05/2025	31981725
Pernambuco (PE)	ouve.pe.gov.br	20/05/2025	202529913
Piauí (PI)	ouvidoriasetorial@saude.pi.gov.br	20/05/2025	03378.2025.000558-25
Rio de Janeiro (RJ)	eouve.com.br/#/ouvidoria	20/05/2025	2475688
Rio Grande do Norte (RN)	falabr.cgu.gov.br/web/manifestacao	20/05/2025	02594.2025.000288-35
Rio Grande do Sul (RS)	tcers.tc.br/sic/	20/05/2025	008067-0299/25-0
Rondônia (RO)	jira.tcero.tc.br	20/05/2025	20250609185728579
Roraima (RR)	sei.tcerr.tc.br/sei/ouvidoria	20/05/2025	002138/2025
Santa Catarina (SC)	e-mail já respondido pela secretaria		
São Paulo (SP)	tce.sp.gov.br/ouvidoria/sic	20/05/2025	SIC0000002195
Sergipe (SE)	tce.se.gov.br/ouvidoria	20/05/2025	006957/2025
Tocantins (TO)	tceto.ond.com.br/ouvidoria/externo	20/05/2025	250.155.773.230

Fonte: elaborado pela autora (2025).

Esta tentativa de ampliar o acesso às informações gerou apenas duas respostas telefônicas (dos estados da Paraíba e Rondônia), sem entrega formal de documentos. A exceção foi o estado de Alagoas, que, por meio do protocolo nº 02000.0000019417/2025, mencionado no Anexo B respondeu parcialmente ao questionário, fornecendo alguns dados quantitativos relacionados à atenção básica e à internação hospitalar, contudo, informações essenciais como os valores relativos à judicialização de medicamentos e perdas logísticas não foram disponibilizadas.

As demais unidades federativas ou indeferiram os pedidos alegando ausência de competência direta ou exigindo redirecionamento a outros órgãos, ou simplesmente não responderam dentro do prazo legal, conforme alguns exemplos nas Figuras 6 a 8.

Figura 6 – Resposta Estado Bahia

	Tribunal de Contas do Estado da Bahia		
Despacho de Trâmite			
Protocolo:	TCE/005794/2025	Tipo:	Documento
Origem:	Gerência de Métodos, Técnicas e Normas para Auditoria		
Destino:	Ouvidoria		
Data:	17/06/2025 15:47	Motivo:	Com a devida manifestação
Despacho:	<p>À Ouvidoria,</p> <p>De ordem, para informar que não dispomos das informações solicitadas.</p> <p>Sugerimos obtê-las junto à Secretaria da Saúde.</p>		

Fonte: elaborado pela autora (2025).

Figura 7 – Resposta Estado Rio Grande do Sul

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

DECISÃO EM PEDIDO DE ACESSO À INFORMAÇÃO

Assunto: Pedido de acesso a informações (Lei nº 12.527/2011)

Pedido: Dados sobre materiais, medicamentos, insumos, disponibilidade de leitos, atenção básica, e outros concernentes à Saúde.

Data do Pedido: 22/05/2025

Visto em gabinete.

Inicialmente, cumpre destacar que o Serviço de Informações ao Cidadão (SIC) foi instituído para assegurar o direito fundamental de acesso à informação, atendendo à Lei 12.527/2011. Através dele, é possível conhecer as informações de interesse público, nos termos do disposto no art. 7º da mencionada Lei.

A solicitante preenche os requisitos exigidos no art. 13 da Instrução Normativa nº 10/2017 para que o pedido seja analisado.²⁴²

Entretanto, as informações pretendidas enquadram-se em hipóteses de vedação previstas nos incisos IV e V do art. 15 da norma acima citada²⁴³, conforme se verifica da manifestação da área técnica competente (AT-SASOT).

Assim sendo, **indefer-se o pedido de informações**, disponibilizando-se à solicitante, no documento anexo, os links para pesquisa das informações de seu interesse, além de um Relatório de Levantamento a respeito da estrutura e do funcionamento da rede hospitalar do SUS no Estado do RS, produzido por este Tribunal de Contas.

Na data da assinatura eletrônica.

Ana Lucia Pereira
Diretora-Geral.

Fonte: elaborado pela autora (2025).

Figura 8 – Resposta Estado São Paulo

☆ **Re: dados para análise pesquisa mestrado [#SIC0000002195]**

De: Tribunal de Contas do Estado de São Paulo - Atendimento
 Para: ptlazzarini@uol.com.br
 Cópia:

Cópia oculta:
 Assunto: Re: dados para análise pesquisa mestrado [#SIC0000002195]
 Enviada em: 16/06/2025 | 09:49
 Recebida em: 16/06/2025 | 09:49

Prezado(a) Sr(a). PATRICIA LAZZARINI,

Arquivado em face do decurso do prazo, in albis. Para novo chamado, será necessário abrir um novo protocolo.

Fonte: elaborado pela autora (2025).

Tal cenário evidenciou não apenas a ineficiência operacional no cumprimento da Lei de Acesso à Informação, mas também um preocupante padrão de descomprometimento com a transparência administrativa, limitando severamente o direito constitucional de acesso à informação pública e comprometendo a produção científica pautada em dados oficiais e verificáveis.

Tais obstáculos indicam não apenas a necessidade de insistência e adaptação metodológica para viabilizar a coleta de dados, mas também evidenciam níveis variados de cumprimento da legislação de transparência ativa e passiva, que deveria assegurar o direito constitucional de acesso à informação pública (CF/88, art. 5º, inciso XXXIII).

Essa indisponibilidade de dados públicos por parte de instituições que, por dever legal, deveriam prestar contas de suas ações, revela uma preocupante fragilidade nas práticas de governança e no cumprimento dos princípios constitucionais da administração pública, como destacam De Amorim et al. (2024), devendo a transparência ser um dos pilares essenciais do controle social e da accountability democrática, sendo inaceitável que informações críticas como perdas de medicamentos, judicialização e destinação de recursos públicos sejam tratadas com descaso ou omissão por parte dos entes estatais.

Arretche (2012), faz um debate contemporâneo em sua obra sobre as instituições públicas brasileiras, reforçando que a transparência não é apenas uma ferramenta de fiscalização, mas um instrumento essencial para o engajamento cidadão e a construção de uma cultura política baseada na responsabilização e na equidade. Nesse sentido, o não fornecimento de informações solicitadas por meio de canais oficiais não apenas compromete o desenvolvimento de pesquisas acadêmicas, mas também enfraquece a própria democracia, ao restringir o acesso da sociedade civil à gestão dos recursos públicos.

A ausência de retorno e a falta de mecanismos eficazes de responsabilização também comprometem o papel dos órgãos de controle, como Tribunais de Contas e Ministérios Públicos Estaduais, cuja omissão diante de reiteradas negativas de informação agrava o cenário de opacidade e dificulta ainda mais o monitoramento das políticas públicas. A escassez de dados concretos impede não apenas o aprofundamento da análise científica, mas fere o direito do cidadão de

conhecer como seus recursos estão sendo utilizados, violando princípios constitucionais como o da publicidade e da eficiência (art. 37 da Constituição Federal). Essa negligência institucional compromete a função fiscalizadora desses órgãos e evidencia uma fragilidade estrutural na cultura de prestação de contas no Brasil.

Conforme advertem Pires e Gomide (2016), a ausência de dados confiáveis representa um dos maiores entraves para a avaliação de políticas públicas, sobretudo em áreas sensíveis como saúde e educação, onde os impactos da má gestão podem ser imediatos e profundos. Além disso, a falta de responsabilização efetiva por parte dos entes públicos diante da recusa de informações solicitadas em conformidade com a Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527/2011) reforça a sensação de impunidade e descomprometimento com a gestão transparente e participativa. Em última instância, esse cenário compromete a legitimidade democrática e dificulta o exercício pleno da cidadania, transformando o acesso à informação em um privilégio, e não em um direito universal garantido por lei.

Neste contexto, a presente pesquisa, apesar de conduzida com rigor metodológico e esforço técnico, foi prejudicada em sua integralidade pela ausência de comprometimento institucional dos órgãos estaduais e, em parte, dos próprios órgãos fiscalizadores, já que a falta de transparência limita a construção de diagnósticos realistas, a formulação de propostas e o aprimoramento de políticas públicas.

Para além do impacto acadêmico, essa opacidade compromete a cidadania plena, ao impedir que a população acompanhe e compreenda de maneira efetiva como os recursos públicos estão sendo aplicados, especialmente em setores sensíveis como a saúde.

Quando informações sobre perdas logísticas, judicializações e destinação de recursos não são publicamente acessíveis, cria-se um ambiente institucional marcado pela assimetria informacional e pela falta de accountability, elementos que corroem a confiança pública e inibem a participação social qualificada, o que enfraquece a produção científica voltada ao interesse público, pois a ausência de dados compromete a replicabilidade das análises, a comparação entre cenários e a avaliação longitudinal das políticas implementadas.

Conclui-se, portanto, que a deficiência na disponibilização de dados públicos por parte dos estados brasileiros, em especial nas áreas da saúde e da gestão logística, representa não apenas um obstáculo

técnico, mas uma falha estrutural do sistema administrativo e democrático.

Que esta pesquisa, ainda que limitada, sirva de alerta para a urgência de fortalecimento dos mecanismos de transparência e prestação de contas, essenciais para a construção de uma administração pública mais eficiente, ética e comprometida com os interesses coletivos.

É imprescindível que os entes federativos adotem sistemas integrados e padronizados de dados, e que o cumprimento da Lei de Acesso à Informação seja fiscalizado com maior rigor, impondo que a transparência não pode ser tratada como mera formalidade, mas como um princípio estruturante do Estado democrático, capaz de viabilizar o controle social, qualificar a gestão pública e assegurar que os recursos arrecadados pela população retornem em forma de serviços eficazes e sustentáveis.

Isto posto, observa-se que entre os entes federativos contatados, apenas três estados, Alagoas, Distrito Federal e Santa Catarina, forneceram volume substancial de dados em resposta aos ofícios encaminhados, contudo, é relevante destacar que, com exceção do estado de Santa Catarina, os demais não apresentaram informações relacionadas às perdas de produtos, embora estes dados tenham sido previamente destacados, no item anterior, como de elevada importância para a análise da eficiência logística e para a garantia do direito à saúde da população.

Complementarmente às respostas oficiais recebidas, os dados necessários à pesquisa foram obtidos também por meio de fontes públicas disponíveis, tais como os Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA) dos respectivos estados, além de outras bases institucionais e governamentais, que serão devidamente referenciadas ao longo do desenvolvimento do trabalho.

3.1 FONTE DOS DADOS

Para garantir a transparência e a rastreabilidade dos dados utilizados na presente pesquisa, considera-se essencial esclarecer as fontes de onde foram extraídas as informações que compõem os Quadros 9 e 10 abaixo. Ressalta-se que os dados apresentados não são prontamente disponíveis em plataformas padronizadas ou

consolidadas, sendo, em grande parte, resultantes de esforço analítico que envolveu a coleta, o cruzamento e a sistematização de diferentes bases, conforme a proposta metodológica deste trabalho.

Dessa forma, é relevante destacar os dados que compõem cada uma das colunas, de modo que o leitor possa, caso julgue necessário, realizar a conferência ou o confronto das informações. A construção dessa base de dados envolveu inicialmente o envio do documento mencionado no Anexo A – Pedido de Acesso à Informação às Secretarias Estaduais de Saúde dos estados selecionados. É importante destacar, no entanto, que nenhum dos três estados (Alagoas, Distrito Federal e Santa Catarina) respondeu integralmente ao questionário, sendo assim, necessário complementar a base empírica por meio de busca ativa em bases públicas e institucionais.

Quadro 9 – Dados Ano 2023			
ANO 2023			
DADOS/ESTADOS	ALAGOAS	DISTRITO FEDERAL	SANTA CATARINA
Gestão logística	Não	Não	Sim
Valor anual de perdas (R\$)	0	0	R\$ 728,37
Quantidade anual de perdas	0	0	3
Valor anual destinado à aquisição (R\$)	R\$ 140.915.653,00	R\$ 231.991.755,00	R\$ 1.008.644.174,26
Valor anual de consumo (R\$)	R\$ 86.257.715,94	R\$ 288.219.659,61	R\$ 262.303.743,00
Gasto anual com internações (R\$)	R\$ 214.495.785,99	R\$ 1.715.526.736,95	R\$ 2.527.965.494,42
Número de internações	154.829	224.777	435.238
Atendimentos atenção básica	3.613.483	6.933.153	62.565.098
Gasto com atenção básica (R\$)	R\$ 9.004.883,42	R\$ 215.437.384,00	R\$ 38.476.169,27

Judicialização medicamentos (R\$)	0	R\$ 941.665,65	R\$ 493.360.540,91
Gasto médio por paciente (R\$)	R\$ 1.385,37	R\$ 2.568,85	R\$ 5.808,23
Leitos hospitalares públicos	1.295	4.478	11603
População estimada	3.127.683	3.167.502	7 610 361
PIB total	R\$ 95,09 bilhões	R\$ 368,9 bilhões	R\$ 504,6 bilhões

Fonte: elaborado pela autora (2025).

Quadro 10 – Dados Ano 2024			
ANO 2024			
DADOS/ESTADOS	ALAGOAS	DISTRITO FEDERAL	SANTA CATARINA
Gestão logística	Não	Não	Sim
Valor anual de perdas (R\$)	0	0	R\$ 115.037,00
Quantidade anual de perdas	0	0	257
Valor anual destinado à aquisição (R\$)	R\$ 110.820.619,51	R\$ 218.000.849,00	R\$ 829.505.771,00
Valor anual de consumo (R\$)	R\$ 84.024.534,78	R\$ 314.819.223,04	R\$ 240.495.841,00
Gasto anual com internações (R\$)	R\$ 263.245.164,18	R\$ 864.711.783,00	R\$ 837.566.142,64
Número de internações	174.220	238.733	370.207
Atendimentos atenção básica	4.257.240	7.695.084	52.118.250
Gasto com atenção básica (R\$)	R\$ 9.653.200,00	R\$ 224.900.326,00	R\$ 42.863.612,78
Judicialização medicamentos (R\$)	0	R\$ 996.609,38	R\$ 390.477.542,63

Gasto médio por paciente (R\$)	R\$ 1.510,99	R\$ 3.622,09	R\$ 2.262,42
Leitos hospitalares públicos	1.317	4.820	11757
População estimada	3.220.104	3.204.070	8 058 441
PIB total	R\$ 101,88 bilhões	R\$ 379,9 bilhões	R\$ 531,4 bilhões

Fonte: elaborado pela autora (2025).

Em relação à existência de logística implantada nos estados consultados, observa-se que nenhum deles declarou formalmente possuir tal estrutura de forma sistematizada nas respostas encaminhadas aos pedidos oficiais de informação, o que limita a avaliação direta desse componente. Contudo, é sabido por parte da discente, com base em documentos institucionais, que o estado de Santa Catarina possui uma logística estruturada na área da saúde. Ainda assim, na ausência de confirmação formal por parte da Secretaria Estadual, foi necessário inferir a efetividade logística a partir da análise de dados operacionais, como consumo, perdas e desempenho da cadeia de suprimentos.

Quanto à informação sobre perdas de produtos, tanto em termos de quantidade quanto de valor financeiro, apenas o estado de Santa Catarina forneceu dados completos referentes aos anos de 2023 e 2024. A justificativa para tal está devidamente comprovada pelo conteúdo do Anexo C desta dissertação. Este anexo reúne evidências documentais do envio de e-mail pela empresa prestadora de serviços logísticos responsável pela cadeia de suprimentos do estado de Santa Catarina, contendo os dados solicitados no contexto da pesquisa.

O anexo apresenta de forma sistematizada, conforme exposto na Figura 9, os valores correspondentes à aquisição, ao consumo e às perdas de insumos, tanto em volume quanto em termos financeiros, referentes aos dois anos analisados. Ademais, consta no mesmo anexo a comunicação de agradecimento enviada pela discente ao superintendente da DLOG-SC (Diretoria de Logística da saúde de Santa Catarina), Sr. Rodrigo, responsável pelo fornecimento das informações, reforçando a legitimidade e a origem institucional dos dados recebidos.

Essa documentação reforça a validade empírica dos dados utilizados na análise do estado de Santa Catarina, distinguindo-o das

demais unidades federativas que, conforme registrado no corpo do trabalho, não atenderam de forma satisfatória às solicitações realizadas via e-SIC ou por outros meios formais de contato, portanto, o Anexo C cumpre papel central como evidência de colaboração institucional, garantindo a rastreabilidade e a transparência das informações empregadas na pesquisa.

Figura 9 – Dados custos, perdas e aquisições Estado de Santa Catarina

Media de Estoque			
Ano	Total geral	Período	Valor estoque GEBER
2024\02	R\$ 162.763.474,20	2023/01	R\$ 161.605.623,11
2024\03	R\$ 184.195.241,68	2023/02	R\$ 152.995.062,85
2024\04	R\$ 179.338.805,88	2023/03	R\$ 166.483.632,54
2024\05	R\$ 176.047.265,73	2023/04	R\$ 154.695.468,52
2024\06	R\$ 202.652.998,33	2023/05	R\$ 156.481.537,65
2024\07	R\$ 184.445.250,31	2023/06	R\$ 164.883.950,74
2024\08	R\$ 163.640.132,88	2023/07	R\$ 179.271.968,54
2024\09	R\$ 203.603.290,56	2023/08	R\$ 176.368.126,60
2024\10	R\$ 187.387.323,79	2023/09	R\$ 166.931.415,87
2024\11	R\$ 177.959.898,85	2023/10	R\$ 165.854.178,55
2024\12	R\$ 184.423.809,17	2023/11	R\$ 156.660.188,56
2025\01	R\$ 225.070.238,59	2023/12	R\$ 176.487.277,02
Média	R\$ 185.960.644,16	Média	R\$ 164.893.202,55

NFs Recebidas		2024	
Média de documentos emitidos por mês			4.488
Média de quantidades de itens distribuídas por mês			20.041.320
Média de valores de distribuição por mês	R\$	69.125.480,92	
Total de documentos emitidos			53.857
Total de quantidades distribuídas			240.495.841
Total de valores de distribuição	R\$	829.505.771,00	

NFs Recebidas		2023	
Média de documentos recebidos por mês			863
Média de quantidades de itens distribuídas por mês			21.858.645
Média de valores de recebimento por mês	R\$	84.053.681,19	
Total de documentos recebidos			10.350
Total de quantidades recebidas			262.303.743
Total de valores de recebimento	R\$	1.008.644.174,26	

Avarias Procedentes		
Ano	Qtd	Valor total
2024	257	R\$ 115.037,00
2023	3	R\$ 728,37

Fonte: Serviço Atendimento Cliente – Secretaria Estado Saúde Santa Catarina/Gabinete (2025).

Os demais dados necessários à análise foram complementados a partir dos Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA) de 2023 e 2024, disponíveis nos portais institucionais do estado. Além disso, foram utilizados dados provenientes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), para o levantamento do número de leitos hospitalares; do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para os dados demográficos; e da Secretaria de Planejamento do Estado de Santa Catarina (SEPLAN-SC), para os dados relativos ao

Produto Interno Bruto (PIB), conforme referenciado no corpo deste trabalho.

No caso do Distrito Federal, conforme exposto no Anexo D , houve o envio de um ofício com informações parciais e com orientações para complementação dos dados por meio de plataformas digitais. A Secretaria de Estado de Saúde do DF indicou os seguintes painéis públicos como fontes oficiais para levantamento de dados:

- a) **Número anual de internações hospitalares (2013 a 2023): disponível no Painel Produção Hospitalar dos Estabelecimentos da SES-DF, acessível em: <https://info.saude.df.gov.br/sala-de-situacao/painel-infosaude-producao-de-servicos-procedimento-principal/>**
- b) **Número anual de atendimentos realizados na atenção básica à saúde (2013 a 2023): disponível no Painel Atendimentos Individuais na APS, no endereço: <https://info.saude.df.gov.br/sala-de-situacao/painel-infosaude-atencao-primaria-atendimento-individual-na-aps-tipo-de-demanda/>**
- c) **Número de leitos hospitalares públicos disponíveis anualmente (2013 a 2023): disponível no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS), no link: https://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=53**

Além dessas fontes, foram utilizados dados financeiros sobre custos com medicamentos, despesas com internações e o custo médio por paciente, conforme demonstrado na na Figura 10 que acompanha esta seção.

Figura 10 – Custos Distrito Federal

ANO	MATERIAL DE CONSUMO	MEDICAMENTOS	CUSTO TOTAL INTERNAÇÃO	CUSTO MÉDIO PACIENTE/DIA
2013	R\$ 39.592.212,43	R\$ 18.268.495,15	R\$ 91.490.391,64	R\$ 1.640,25
2014	R\$ 119.566.744,49	R\$ 72.884.777,78	R\$ 463.312.234,80	R\$ 1.871,50
2015	R\$ 122.658.223,71	R\$ 78.607.932,02	R\$ 541.459.271,93	R\$ 2.080,93
2016	R\$ 112.061.616,94	R\$ 99.291.283,87	R\$ 581.048.438,84	R\$ 1.957,31
2017	R\$ 89.223.685,28	R\$ 87.077.542,98	R\$ 570.524.816,75	R\$ 1.702,16
2018	R\$ 146.702.665,35	R\$ 112.768.519,51	R\$ 433.583.789,87	R\$ 1.036,02
2019	R\$ 193.514.032,92	R\$ 124.856.423,18	R\$ 541.884.281,20	R\$ 1.280,04
2020	R\$ 292.284.794,03	R\$ 161.306.016,03	R\$ 1.039.578.098,68	R\$ 2.378,90
2021	R\$ 354.253.909,07	R\$ 195.007.124,02	R\$ 1.252.910.844,15	R\$ 2.419,27
2022	R\$ 386.117.933,93	R\$ 250.084.261,64	R\$ 1.571.067.328,60	R\$ 2.334,17
2023	R\$ 408.706.549,33	R\$ 288.219.659,61	R\$ 1.715.526.736,95	R\$ 2.568,85

Fonte: Ofício N° 1155/2025 - Secretaria Estado Saúde DF/Gabinete (2025).

Ainda no que se refere às informações disponibilizadas pelo Distrito Federal, é pertinente destacar que os dados encaminhados oficialmente referiam-se exclusivamente ao exercício de 2023. Dessa forma, os dados relativos ao ano de 2024, indispensáveis para a análise longitudinal proposta neste estudo, não foram fornecidos de maneira direta. A obtenção dessas informações demandou, portanto, um esforço adicional por parte da pesquisadora, com a realização de busca ativa em fontes públicas, análise documental complementar e cruzamento de dados dispersos em plataformas oficiais, o que resultou em um processo significativamente mais trabalhoso e demorado para a consolidação da base empírica.

Cabe destacar que a Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas não respondeu de forma imediata ao e-mail encaminhado em outubro de 2024, conforme descrito no Anexo A deste trabalho, contudo, a obtenção das informações necessárias foi viabilizada por meio da abertura de protocolo no sistema e-SIC (Serviço de Informação ao Cidadão), sob o número 02000.0000019417/2025. O acesso aos dados foi assegurado com base na Lei Estadual nº 8.087, de 11 de janeiro de 2019, que dispõe sobre o direito de acesso à informação no âmbito do estado de Alagoas, regulamentando os procedimentos para garantir a transparência e a publicidade dos atos da administração pública.

A resposta da secretaria, portanto, foi encaminhada formalmente após tramitação regular no sistema, permitindo a obtenção parcial dos dados solicitados, conforme apresentado no Anexo B, com o documento que contempla respostas objetivas e diretas às questões 9 e 10 do questionário aplicado, referentes aos quantitativos da atenção básica em saúde demonstrados nas Figuras 11 e 12.

Figura 11 – Número de Atendimentos na Atenção Básica de Alagoas

Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS/MS	
Dados sujeitos à alteração	
Estado: AL.	
Tipo de Produção: Atendimento Individual.	
Ano	Qtd. Atendimentos na APS
2024	4.257.240
2023	3.613.483
Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB	
Dado gerado em: 27 de Maio de 2025 - 08:10h	

Fonte: Despacho E:02000.0000019417/2025 – Serviço Informação Cliente Alagoas (2025).

Figura 12 – Valor Gasto (R\$) na Atenção Básica de Alagoas abaixo.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE DE ALAGOAS SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE GAP - GERÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA	
PROGRAMA DE FORTALECIMENTO DE ATENÇÃO BASICA DO ESTADO DE ALAGOAS – PROSAUDE – REFERENTE AO MÊS JANEIRO DE 2023.	
VALOR TOTAL PAGO 2023	R\$ 9.004.883,42
VALOR TOTAL PAGO 2024	R\$ 9.653.200,00

Informe (32583738) SEI E:02000.0000019417/2025 / pg. 2

Fonte: E:02000.0000019417/2025 – Serviço Informação Cliente Alagoas (2025).

Além disso, observa-se o atendimento aos itens 7, 8, 12 e 13, que tratam, respectivamente, de informações sobre internações hospitalares, número de internações, custo médio por paciente e número de leitos públicos disponíveis evidenciadas nas Figuras 13 a 16. A resposta fornecida demonstra o comprometimento do estado com a transparência de dados essenciais para a avaliação da eficiência dos serviços prestados e contribui significativamente para a composição da base empírica deste estudo.

Figura 13 – Número de leitos Estado de Alagoas (2023)

Unidade Hospitalares Ano base: 2023	Enf. Clínica	Enf. Cirúrgica	Pediatria	UTI Adulto	UTI Ped.	UTI Neo.	Obstetria	Isolamento	Queimados Adulto e Ped.	TOTAL
Hosp. da Mulher Dra. Nise da Silveira	14	16	01	20	10	08	49	-	-	118
HGE - Dr. Osvaldo Brandão Vilela	105	110	32	23	10	-	-	01	16	297
Hosp. de Emerg. Dr. Daniel Houly	100	49	03	23	-	-	-	-	-	175
Hosp. Metropolitano de Alagoas	121	30	-	30	-	-	-	-	-	181
Hosp. Regional da Mata	30	38	06	20	-	-	12	-	-	106
Hosp. Regional do Norte	32	34	14	10	-	-	18	05	-	113
Hosp. Regional do Alto Sertão	50	10	14	20	-	-	12	01	-	107
Hosp. do Coração Prof. Adib Jatene	28	30	06	-	-	-	-	03	-	67
Hosp. da Criança	52	12	-	-	-	-	-	-	-	64
Unidade Dra. Quitéria Bezerra de Melo	13	-	08	-	-	-	04	-	-	25
Unidade Mista Sen. Arnon A. F. de Melo	24	-	10	-	-	-	08	-	-	42
TOTAL	569	329	94	146	20	08	103	10	16	

Fonte: <https://cnes.datasus.gov.br/>, em 30/05/2025. Sujeito a alterações.

Fonte: E:02000.0000019417/2025 – Serviço Informação Cliente Alagoas (2025).

Figura 14 – Número de leitos Estado de Alagoas (2024)

Unidade Hospitalares Ano base: 2024	Enf. Clínica	Enf. Cirurgica	Pediatria	UTI Adulto	UTI Ped.	UTI Neo.	Obstetrícia	Isolamento	Queimados Adulto e Ped.	TOTAL
Hosp. da Mulher Dra. Nise da Silveira	14	16	01	20	10	08	49	-	-	118
HGE - Dr. Osvaldo Brandão Vilela	105	110	32	23	10	-	-	01	16	297
Hosp. de Emerg. Dr. Daniel Houly	100	49	03	23	-	-	-	-	-	175
Hosp. Metropolitano de Alagoas	107	40	-	30	-	12	-	03	-	192
Hosp. Regional da Mata	30	38	03	20	-	-	12	-	-	103
Hosp. Regional do Norte	32	34	14	10	-	-	18	05	-	113
Hosp. Regional do Alto Sertão	50	10	14	20	-	-	12	01	-	107
Hosp. do Coração Prof. Adib Jatene	28	30	06	10	04	-	-	03	-	81
Hosp. da Criança	52	12	-	-	-	-	-	-	-	64
Unidade Dra. Quitéria Bezerra de Melo	13	-	08	-	-	-	04	-	-	25
Unidade Mista Sen. Arnon A. F. de Melo	24	-	10	-	-	-	08	-	-	42
TOTAL	555	339	91	156	24	20	103	13	16	

Fonte: <https://cnes.datasus.gov.br/>, em 30/05/2025. Sujeito a alterações.

Fonte: E:02000.0000019417/2025 – Serviço Informação Cliente Alagoas (2025).

A inclusão das tabelas mencionadas no corpo deste trabalho justifica-se não apenas por seu valor informativo, mas sobretudo por sua importância metodológica na sustentação empírica da análise comparativa entre os estados estudados. A limitação imposta pela Superintendência de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas, que declarou não dispor dos dados solicitados de forma consolidada, evidencia uma barreira institucional relevante para a realização de estudos acadêmicos fundamentados em evidências públicas, pois conforme informado no parecer da secretaria, o atendimento à solicitação implicaria na mobilização de recursos técnicos e operacionais que comprometeriam a rotina do setor, o que levou ao indeferimento com base no inciso III do art. 11 da Lei Estadual nº 8.087/2019 dos demais dados informativos.

Diante dessa negativa, foi necessário recorrer a outras estratégias metodológicas para suprir a ausência das informações solicitadas formalmente, como a análise manual de bases públicas, entre elas o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), utilizando filtros específicos de ano, município e leitos ativos, além de consultas aos Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA).

Por meio dessas fontes, foi possível coletar dados relacionados à quantidade de leitos hospitalares, número de internações e gastos com hospitalizações e esses dados, posteriormente foram organizados a fim de permitir estabelecer os parâmetros comparativos essenciais para os indicadores analisados ao longo da pesquisa.

Figura 15 – Valor Gasto (R\$) com Internação em Alagoas (2023/2024)

RELATÓRIO SOBRE VALOR ANUAL GASTO C/ INTERNAÇÃO				
Movimento de AIH - Arquivos Reduzidos				
Valor Total por Ano processamento segundo Município internação				
Município Internação/ANO	2023	2024	2025	Total
Total	R\$ 214.495.785,99	R\$ 263.245.164,18	R\$ 58.920.217,95	R\$ 536.655.096,12
270010 AGUA BRANCA	R\$ 54.691,62	R\$ 67.039,47	R\$ 12.302,73	R\$ 134.033,82
270030 ARAPIRACA	R\$ 49.436.326,81	R\$ 56.243.703,87	R\$ 13.700.756,44	R\$ 119.380.787,12
270040 ATALAIA	R\$ 106.904,41	R\$ 98.237,11	R\$ 20.919,01	R\$ 226.060,53
270070 BATALHA	R\$ 375.363,11	R\$ 570.194,41	R\$ 125.330,83	R\$ 1.070.888,35
270100 BOCA DA MATA	R\$ 27.986,80	R\$ 30.243,80	R\$ 5.868,20	R\$ 64.098,80
270130 CAJUEIRO	R\$ 49.052,74	R\$ 43.896,60	R\$ 0,00	R\$ 92.949,34
270140 CAMPO ALEGRE	R\$ 176.558,98	R\$ 223.228,89	R\$ 53.182,20	R\$ 452.970,07
270170 CAPELA	R\$ 142.654,56	R\$ 76.257,54	R\$ 0,00	R\$ 218.912,10
270210 COLONIA LEOPOLDINA	R\$ 12.639,20	R\$ 6.748,00	R\$ 1.346,20	R\$ 20.733,40
270230 CORURIBE	R\$ 10.687.200,66	R\$ 20.272.160,27	R\$ 6.423.331,82	R\$ 37.382.692,75
270235 CRAIBAS	R\$ 22.613,40	R\$ 27.934,20	R\$ 4.434,00	R\$ 54.981,60
270240 DELMIRO GOUVEIA	R\$ 3.758.066,15	R\$ 5.920.236,16	R\$ 998.372,60	R\$ 10.676.674,91
270280 FLEXEIRAS	R\$ 4.634,49	R\$ 4.734,14	R\$ 0,00	R\$ 9.368,63
270300 IBATEGUARA	R\$ 19.509,60	R\$ 15.075,60	R\$ 3.103,80	R\$ 37.689,00
270380 JOAQUIM GOMES	R\$ 60.909,29	R\$ 42.642,43	R\$ 0,00	R\$ 103.551,72
270400 JUNQUEIRO	R\$ 131.542,79	R\$ 145.061,60	R\$ 26.350,28	R\$ 302.954,67
270420 LIMOEIRO DE ANADIA	R\$ 27.187,50	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 27.187,50
270430 MACEIO	R\$ 111.817.909,54	R\$ 138.005.327,68	R\$ 30.444.137,49	R\$ 280.267.374,71
270450 MARAGOGI	R\$ 82.606,20	R\$ 89.828,60	R\$ 0,00	R\$ 172.434,80
270470 MARECHAL DEODORO	R\$ 55.973,60	R\$ 72.224,00	R\$ 16.250,40	R\$ 144.448,00
270500 MATA GRANDE	R\$ 56.134,87	R\$ 68.004,95	R\$ 4.361,51	R\$ 128.501,33
270510 MATRIZ DE CAMARAGIBE	R\$ 50.234,15	R\$ 14.112,84	R\$ 0,00	R\$ 64.346,99
270550 MURICI	R\$ 6.199,20	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 6.199,20
270630 PALMEIRA DOS INDIOS	R\$ 6.719.661,76	R\$ 7.293.317,72	R\$ 1.665.584,62	R\$ 15.678.564,10
270640 PAO DE ACUCAR	R\$ 111.872,98	R\$ 31.948,07	R\$ 0,00	R\$ 143.821,05
270670 PENEDO	R\$ 2.181.322,63	R\$ 2.694.048,16	R\$ 0,00	R\$ 4.875.370,79
270680 PIACABUCU	R\$ 22.629,40	R\$ 11.085,00	R\$ 0,00	R\$ 33.714,40
270690 PILAR	R\$ 1.952.845,69	R\$ 2.214.352,02	R\$ 378.345,99	R\$ 4.545.543,70

Fonte: E:02000.0000019417/2025 – Serviço Informação Cliente Alagoas (2025).

A utilização dessas tabelas cumpre, portanto, uma dupla função: em primeiro lugar, supre tecnicamente a lacuna deixada pela ausência de respostas institucionais formais; em segundo lugar, assegura a coerência e a continuidade do processo analítico, permitindo a construção de métricas comparáveis entre os estados, pois sem essas informações organizadas de forma clara e estruturada, a construção de índices como taxa de leitos por habitante, gasto com internação per capita e percentual do PIB estadual destinado à saúde pública não seria viável, comprometendo significativamente a validade dos resultados e das conclusões da pesquisa.

Além disso, a exposição dessas tabelas no corpo do trabalho oferece ao leitor um panorama detalhado da realidade observada, favorecendo a transparência da metodologia utilizada, facilitando a eventual reprodutibilidade dos dados e tal prática está alinhada aos princípios da ciência aberta e da pesquisa empírica aplicada à gestão pública, valorizando a clareza, a acessibilidade e a responsabilidade no uso da informação pública.

Figura 16 – Número de internações do Estado de Alagoas (2023/2024)

RELATÓRIO SOBRE TOTAL DE INTERNAÇÕES OCORRIDAS				
Movimento de IJH - Arquivos Reduzidos				
Frequência por Ano processamento segundo Município internação				
Município internação	2023	2024	2025	Total
TOTAL GERAL	154.829	174.220	34.901	363.950
27:010 AGUA BRANCA	154	167	36	357
27:030 ARAPIRACA	27.001	31.237	7.043	65.281
27:040 ATALAJA	224	220	50	494
27:070 BATALHA	881	1.251	265	2.397
27:100 BOCA DA MATA	62	67	13	142
27:130 CAJUEIRO	111	99	0	210
27:140 CAMPO ALEGRE	401	485	125	1.012
27:170 CAPELA	391	200	0	591
27:210 COLONIA LEOPOLDINA	28	15	3	46
27:230 CORUIPE	6.623	12.574	2.820	22.017
27:235 CRAIBAS	51	63	10	124
27:240 DELMIRO GOUVEIA	5.681	6.153	1.014	12.848
27:280 FLEXEIRAS	12	11	0	23
27:300 IBATEGUARA	44	34	7	85
27:380 JOAQUIM GOMES	143	101	0	247
27:400 JUNQUEIRO	277	275	53	605
27:420 LIMOIEIRO DE ANADIA	53	0	0	53
27:430 MACEIO	73.687	78.382	16.771	168.840
27:450 MARAGOGI	183	199	0	382
27:470 MARECHAL DEODORO	124	160	36	320
27:500 MATA GRANDE	138	158	8	304
27:510 MATRIZ DE CAMARAGIBE	123	31	0	155
27:550 MURICI	38	0	0	38
27:630 PALMEIRA DOS INDICES	5.822	5.945	1.264	13.031
27:640 PAO DE ACUCAR	324	94	0	418
27:670 PENECO	4.313	4.834	0	9.147
27:680 PIACABUCU	51	25	0	76
27:690 PILAR	2.396	2.524	442	5.262
27:710 PIRANHAS	379	372	49	800
27:730 PORTO CALVO	5.220	6.691	1.070	12.981
27:760 QUEBRANGULO	66	63	8	137
27:770 RIO LARGO	228	375	76	679
27:800 SANTANA DO IPANEMA	9.161	9.156	1.838	20.155
27:830 SAO JOSE DA LAJE	133	59	0	192
27:840 SAO JOSE DA TAPERA	286	344	85	715
27:850 SAO LUIS DO QUITUNDE	134	81	5	221
27:860 SAO MIGUEL DOS CAMPOS	4.989	5.776	1.011	11.776
27:915 TEOTONIO VILELA	1.562	1.490	102	3.154

Fonte: E:02000.0000019417/2025 – Serviço Informação Cliente Alagoas (2025).

Por fim, conclui-se que a escassez de informações sistematizadas nas respostas institucionais reforça a necessidade de documentar, organizar e interpretar os dados disponíveis com o máximo de rigor técnico e analítico possível, o que foi viabilizado, neste estudo, por meio da sistematização dessas tabelas como elementos estruturantes para o diagnóstico das fragilidades e dos avanços na gestão logística da saúde pública nos estados analisados.

3.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

O Índice de Eficiência Operacional (IEO) constitui um importante instrumento de mensuração do desempenho de processos e operações organizacionais, sendo amplamente utilizado para avaliar a capacidade de uma instituição em utilizar seus recursos, como tempo, mão de obra e insumos de maneira racional e produtiva. De modo geral, quanto mais elevado o índice, maior tende a ser a eficiência do sistema analisado, refletindo otimização na alocação de insumos e redução de desperdícios operacionais, conforme Ceretta et al.(2023).

Acompanhar sistematicamente o IEO permite que organizações desenvolvam diagnósticos acurados de suas rotinas operacionais, contribuindo para a tomada de decisões mais informadas e estratégicas, conforme destaca Santos (2025) em estudo sobre gestão de desempenho logístico no setor público, destacando que a mensuração por indicadores de eficiência viabiliza a detecção de gargalos operacionais, o redesenho de fluxos produtivos e a melhoria contínua na alocação de recursos.

A utilidade do IEO reside em sua flexibilidade metodológica, pois pode ser adaptado a distintos contextos e metas específicas, segundo Machado e Santos (2021), que explica que na área da logística, o índice pode ser aferido por meio da razão entre entregas realizadas no prazo e o total de pedidos emitidos, permitindo verificar com precisão o desempenho da cadeia de suprimentos.

Dessa forma, o Índice de Eficiência Operacional (IEO) consolida-se como uma métrica indispensável para instituições públicas e privadas comprometidas com a excelência na gestão de recursos e processos e quando aplicado ao contexto da saúde pública, esse indicador adquire relevância estratégica, uma vez que permite a otimização da gestão de estoques, o controle das perdas de medicamentos e a racionalização na distribuição de insumos.

Sua eficácia analítica é ampliada pelo uso integrado de métricas auxiliares e complementares, tais como o Índice de Perda Financeira de Medicamentos, o Índice de Eficiência do Consumo de Insumos e o valor do Gasto Médio com Internação Hospitalar. Juntos, esses indicadores oferecem uma visão sistêmica do desempenho logístico no setor da saúde, permitindo identificar gargalos, propor melhorias e promover a alocação eficiente dos recursos públicos, em consonância com os princípios da economicidade, eficácia e transparência na administração pública.

A literatura especializada reconhece amplamente o conceito de perdas financeiras associadas ao uso e gestão de medicamentos, especialmente no contexto da administração de estoques, controle de qualidade e farmacoeconomia. Tais perdas configuram-se como um problema relevante na gestão de sistemas de saúde, resultando do vencimento de prazos de validade, erros de prescrição e dispensação, descarte inadequado e ineficiências logísticas. Segundo Torres et al. (2022), a má gestão de estoques farmacêuticos é um dos principais

fatores responsáveis pelo desperdício de medicamentos e pela elevação dos custos operacionais no setor público.

O conceito de perdas financeiras em medicamentos pode ser compreendido como o conjunto de prejuízos econômicos que ocorrem ao longo da cadeia de suprimentos farmacêutica, afetando tanto instituições de saúde quanto usuários finais e entre os fatores determinantes dessas perdas, destacam-se:

Erros de medicação, conforme relatam Mota et al (2022), podem ocasionar retratamentos, internações e efeitos adversos, implicando em custos evitáveis para o sistema de saúde, já sobre a ausência de rotatividade eficiente nos estoques acarretando o acúmulo de fármacos com validade expirada, conforme apontado por Ocké-Reis(2023), eleva os gastos das unidades de saúde.

Problemas relacionados à supercompra, armazenamento inadequado e ausência de planejamento são responsáveis por perdas expressivas, principalmente em contextos de recursos limitados de acordo com Halmenschlager (2022) e a análise dessas perdas é estratégica para a sustentabilidade do sistema de saúde, portanto, é evidente que o estudo deste indicador, não apenas reflete a preocupação com a eficiência econômico-operacional, mas também com a equidade e a qualidade dos serviços prestados à população.

Na literatura especializada em administração, logística e economia da saúde, embora o termo "índice de eficiência de consumo de insumos" não seja uniformemente padronizado, há ampla discussão sobre indicadores que avaliam a relação entre insumos utilizados e resultados obtidos e tais indicadores são fundamentais para mensurar o grau de otimização na utilização de recursos materiais, humanos e financeiros em processos produtivos ou de prestação de serviços. Segundo Slack, Chambers e Johnston (2023), a eficiência operacional está diretamente associada à capacidade de transformar insumos em produtos ou serviços com o mínimo de desperdício e o máximo de valor agregado, sendo um componente essencial da vantagem competitiva.

O índice de eficiência de consumo de insumos, portanto, refere-se à razão entre os recursos aplicados (materiais, horas de trabalho ou capital) e os resultados produzidos, buscando maximizar a produtividade e minimizar o desperdício. A medição dessa eficiência pode assumir múltiplas formas, dependendo do setor de aplicação como no exemplo de Corrêa e Corrêa (2012) destacam que na área de

operações e manufatura, são utilizados indicadores como a relação entre tempo de máquina parada e tempo produtivo, ou entre custos operacionais e unidades produzidas, para aferir a eficiência na gestão dos recursos.

Na administração pública, especialmente no setor saúde, essa métrica é igualmente relevante, pois de acordo com Santos et al (2020), a eficiência no consumo de insumos médicos e hospitalares impacta diretamente a sustentabilidade financeira do sistema, influenciando desde o planejamento de compras até a prestação final dos serviços à população. Neste contexto, indicadores como a proporção entre insumos adquiridos e efetivamente consumidos, tornam-se essenciais para avaliar a eficácia da cadeia de suprimentos e a qualidade da gestão logística.

O principal objetivo da medição da eficiência no consumo de insumos é fornecer uma base empírica para decisões gerenciais voltadas à racionalização de recursos e à melhoria contínua dos processos. Além disso, ao se estabelecer um sistema de monitoramento por meio desses indicadores, cria-se um ciclo de aprendizagem organizacional que fortalece a cultura da eficiência e da responsabilidade fiscal no setor público.

Dessa forma, é importante salientar que os termos “eficiência operacional”, “eficiência produtiva” ou “eficiência de recursos” também são comumente empregados na literatura acadêmica como sinônimos ou conceitos complementares à ideia de eficiência de consumo de insumos e todos convergem na premissa de que mensurar e analisar o uso dos recursos é um passo indispensável para alcançar maior eficácia na prestação de serviços e garantir a sustentabilidade organizacional.

O gasto médio por internação hospitalar constitui um dos indicadores-chave do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), gerenciado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), sendo considerado um parâmetro estratégico na avaliação da alocação de recursos na rede pública de saúde. De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2023), este indicador expressa o valor médio despendido pelo SUS por internação, refletindo os custos agregados de procedimentos médicos, materiais, medicamentos, hospedagem e exames nas diversas especialidades hospitalares.

Embora o valor médio de internação seja relevante como métrica de desempenho econômico, seu uso isolado não permite concluir, por si só, sobre a eficiência da gestão hospitalar, portanto, conforme salientam Araujo et al (2022), a interpretação adequada desse indicador exige correlação com outros parâmetros assistenciais, como o tempo médio de permanência, a taxa de ocupação de leitos e o perfil epidemiológico da população atendida. Esta análise integrada permite, assim, uma visão mais abrangente sobre a efetividade do cuidado prestado e o uso racional dos recursos públicos.

As variações nos valores médios de gasto por internação derivam, em grande parte, da frequência relativa dos tipos de procedimentos realizados, os quais apresentam diferentes níveis de complexidade e, conseqüentemente, diferentes valores de remuneração no âmbito do SUS e a classificação desses serviços está estruturada conforme as Tabelas de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais, organizadas pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde (Brasil, 2023).

Este indicador em primeiro lugar, possibilita a análise de variações geográficas e temporais nos custos hospitalares, permitindo comparações entre estados, regiões e unidades de saúde. Em segundo lugar, auxilia na identificação de padrões de desequilíbrio financeiro, o que pode sinalizar a necessidade de investigações específicas para apuração de causas, conforme argumentam Oliveira et al (2021), ao estudarem os fatores de variação do custo hospitalar no SUS. Por fim, este indicador subsidia a formulação de políticas públicas mais eficientes, contribuindo para o planejamento e avaliação da assistência médico-hospitalar.

Entretanto, o uso do gasto médio por internação apresenta limitações relevantes, onde a mais notável está na sua dependência da distribuição dos atendimentos por tipo de internação e complexidade assistencial, como alertam Ocké-Reis(2023) sobre regiões com maior prevalência de internações de alta complexidade, tendem a apresentar valores médios mais elevados, não necessariamente indicando ineficiência, mas sim a presença de uma demanda mais complexa e onerosa. Além disso, fatores contextuais, como as condições socioeconômicas e epidemiológicas da população, o modelo assistencial vigente e a disponibilidade tecnológica das unidades hospitalares, influenciam significativamente os custos médios observados.

Embora a literatura científica disponha de múltiplos indicadores voltados à avaliação de sistemas de saúde, não há, até o momento, um conjunto padronizado de indicadores de continuidade da atenção à saúde especificamente estabelecido para mensurar a regularidade dos tratamentos e a permanência dos usuários no cuidado longitudinal, por isso, outro grupo de indicadores criado com ênfase neste estudo são os relativos a continuidade de atenção à saúde.

Como apontam Giovanella et al. (2024), a continuidade do cuidado é um dos princípios centrais da Atenção Primária à Saúde (APS), sendo reconhecida como fundamental para a integralidade do sistema, mas sua mensuração objetiva ainda permanece um desafio técnico e conceitual no contexto das políticas públicas.

Neste sentido, a presente pesquisa propõe uma contribuição original ao compor um conjunto de indicadores empíricos que buscam inferir sobre a continuidade da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde e para tanto, foram utilizados e/ou adaptados três eixos de análise, sendo eles: a proporção de gastos com judicialização de medicamentos, como sinalizador de rupturas na provisão regular de insumos; o gasto médio por paciente internado, como indicador da eficiência do cuidado hospitalar e possível reflexo de falhas nos níveis preventivos; e o custo médio por atendimento na atenção básica, que permite inferir a intensidade dos investimentos no nível primário de atenção.

Tais variáveis, combinadas, permitem uma leitura indireta, mas estratégica, da capacidade dos estados em garantir continuidade terapêutica, reduzir desabastecimentos e mitigar a fragmentação do cuidado. Como defende Malito (2024), a descontinuidade assistencial é uma das principais fontes de ineficiência nos sistemas de saúde e contribui para o agravamento de doenças crônicas, judicializações recorrentes e internações evitáveis.

No campo da logística em saúde, esses indicadores assumem especial relevância, uma vez que a falha na entrega oportuna de medicamentos, a inexistência de protocolos de reabastecimento e a ausência de monitoramento da demanda real afetam diretamente a regularidade dos tratamentos. A judicialização, por exemplo, frequentemente decorre da ineficiência logística, conforme alertado por Da Silva et al (2024), representando não apenas um custo financeiro

adicional ao sistema, mas um sintoma de falência dos fluxos institucionais de provisão.

Portanto, a sistematização desses dados neste trabalho representa não apenas uma tentativa exploratória de mensuração, mas também uma proposta metodológica de inovação analítica, alinhada aos princípios da governança em saúde e da busca por eficiência logística. A ausência de uma métrica formal sobre continuidade do cuidado indica um campo fértil para pesquisas futuras, especialmente em um contexto federativo como o brasileiro, onde a heterogeneidade institucional impõe barreiras adicionais ao monitoramento integrado dos ciclos de atenção.

Com base na análise da literatura especializada, pode-se afirmar que ainda não existe, de forma consolidada na literatura científica, um conjunto padronizado de indicadores denominado “Indicadores de Impacto Sistêmico e Governança” aplicados especificamente à gestão logística da saúde pública.

O que se observa é uma pluralidade de abordagens e propostas de mensuração da governança pública, como destacado por Buta e Teixeira (2020) onde os autores ressaltam que os índices de governança, apesar de amplamente debatidos, variam significativamente quanto à composição, escopo e aplicabilidade, sendo muitas vezes descolados da realidade operacional dos territórios subnacionais.

Nesse cenário, a presente pesquisa inova ao propor um conjunto híbrido de indicadores de impacto sistêmico e governança, num mix analítico que combina variáveis como taxa de leito por habitante, gasto per capita com internação hospitalar, percentual do PIB estadual destinado à saúde, índice de investimento em saúde e índice de pressão hospitalar.

Apesar de já existirem indicadores reconhecidos na literatura sobre o financiamento e capacidade assistencial em saúde, tais como o InvestSUS, plataforma do Ministério da Saúde que permite a visualização e monitoramento dos repasses federais ao SUS, fornecendo clareza sobre os investimentos por município e por natureza de gasto e a pressão hospitalar, que em contextos acadêmicos é descrito como sintoma de saturação da rede e pode servir como alerta para falta de infraestrutura ou falhas na atenção primária conforme Cardoso (2025), que mede a sobrecarga do sistema hospitalar, relacionando o número de internações com o número de leitos

disponíveis, não há menções a um indicador apenas para "impacto sistêmico e governança".

Esses indicadores foram selecionados e organizados de forma a refletir, simultaneamente, a capacidade estrutural, o esforço financeiro e a eficiência de uso de recursos em diferentes estados brasileiros e o ineditismo da proposta reside justamente na articulação entre esses dados, muitos dos quais disponíveis de forma fragmentada em plataformas públicas, como o CNES, o IBGE e o DataSUS.

A composição desses indicadores permite captar, com maior precisão, os efeitos sistêmicos da gestão logística na saúde pública, com análise integrada dessas métricas, que favorece a construção de um panorama mais realista das condições operacionais dos sistemas estaduais de saúde, indicando fragilidades estruturais, desequilíbrios orçamentários e gargalos logísticos que impactam diretamente a efetividade da política pública.

Como defendem Cruz e Marques (2013), ao tratar da construção de modelos de avaliação de governança em contextos locais, a adaptação metodológica às especificidades regionais é essencial para evitar generalizações imprecisas e capturar nuances contextuais e essa lógica foi aplicada ao delineamento do modelo utilizado nesta dissertação.

A motivação para estruturar esse mix de indicadores foi embasada no princípio da utilidade para o planejamento estratégico, com a ideia central de permitir, com base em dados objetivos e comparáveis, a aplicação de análises como o diagrama de Pareto, com vistas a identificar os principais fatores de impacto logístico na saúde e priorizar ações corretivas com base em evidências. O uso do Pareto neste contexto está alinhado à proposta de Williamson (1996), que enfatiza a importância da racionalização de custos transacionais e da redução de assimetrias informacionais na formulação de políticas públicas eficazes.

A construção desse conjunto de indicadores também responde a um desafio apontado por Gisselquist (2014), ao destacar a necessidade de desenvolver escalas que equilibrem validade conceitual e relevância empírica. A integração entre variáveis estruturais e econômicas aproxima o modelo proposto de uma perspectiva aplicada da governança, permitindo que gestores públicos possam compreender onde estão os principais nós críticos de sua atuação logística, sejam eles

em infraestrutura física (leitos), na capacidade de resposta hospitalar (pressão hospitalar) ou na eficiência do gasto (investimento versus demanda).

Em face da escassez de dados padronizados e da fragmentação das informações disponibilizadas pelas secretarias estaduais de saúde, a discente adotou uma abordagem original, consolidando variáveis operacionais e financeiras em indicadores inéditos, capazes de expressar, de maneira integrada, a eficiência da gestão logística e seu impacto nos gastos públicos. Diante das limitações impostas pela dificuldade de acesso às informações, seja pela ausência de padronização, pela opacidade institucional ou pela inexistência de consolidação de dados, a inovação metodológica revelou-se não apenas estratégica, mas imprescindível para a viabilidade da pesquisa.

Essa abordagem permite responder a perguntas amplas e pouco exploradas na literatura: Como a estrutura logística afeta a judicialização? Como os investimentos na atenção básica influenciam a continuidade do cuidado? Qual a relação entre pressão hospitalar e capacidade instalada de leitos?

Em síntese, o conjunto de indicadores de impacto sistêmico e governança criado nesta pesquisa contribui para preencher uma lacuna metodológica identificada na literatura sobre logística em saúde e governança pública e oferece uma ferramenta concreta de análise comparativa, com potencial de ser replicada, adaptada e expandida em estudos futuros e por órgãos de controle e gestão.

I. Indicadores de Eficiência Operacional Logística

A análise dos Indicadores de Eficiência Operacional Logística, exibido no Quadro 11 configura-se como um dos tripés para a construção empírica desta pesquisa, uma vez que permite avaliar, de forma objetiva, o desempenho dos estados brasileiros na gestão dos insumos e serviços vinculados à assistência à saúde.

Castilho e Castro (2022) destacam que o monitoramento contínuo e o uso de indicadores de desempenho logístico são fundamentais para garantir o equilíbrio regional. Esses indicadores contribuem para compreender a capacidade administrativa dos entes federativos em otimizar recursos, minimizar desperdícios e alinhar a demanda assistencial com as práticas logísticas adotadas, refletindo

diretamente na eficiência do gasto público e na qualidade dos serviços prestados à população.

Quadro 11 – Indicadores de Eficiência Operacional Logística			
ANO 2023			
Estado	ÍNDICE DE PERDA FINANCEIRA DE MEDICAMENTOS	ÍNDICE DE EFICIÊNCIA DE CONSUMO DE INSUMOS	GASTO MÉDIO COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Alagoas	N/A	61,21%	R\$ 1.385,37
Distrito Federal	N/A	124,24%	R\$ 7.632,13
Santa Catarina	0,00007%	26,01%	R\$ 5.808,24
ANO 2024			
Estado	ÍNDICE DE PERDA FINANCEIRA DE MEDICAMENTOS	ÍNDICE DE EFICIÊNCIA DE CONSUMO DE INSUMOS	GASTO MÉDIO COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Alagoas	N/A	75,82%	R\$ 1.510,99
Distrito Federal	N/A	144,41%	R\$ 3.622,09
Santa Catarina	0,01387%	28,99%	R\$ 2.262,43

Fonte: elaborado pela autora (2025).

Quadro 12 – Índice de perda financeira de medicamentos			
ANO 2023			
Estado	Valor anual de perdas (R\$)	Valor anual destinado à aquisição (R\$)	ÍNDICE DE PERDA FINANCEIRA DE MEDICAMENTOS
Alagoas	N/I	R\$ 140.915.653,00	N/A
Distrito Federal	N/I	R\$ 231.991.755,00	N/A
Santa Catarina	R\$ 728,37	R\$ 1.008.644.174,26	0,00007%

ANO 2024			
Estado	Valor anual de perdas (R\$)	Valor anual destinado à aquisição (R\$)	ÍNDICE DE PERDA FINANCEIRA DE MEDICAMENTOS
Alagoas	N/I	R\$ 110.820.619,51	N/A
Distrito Federal	N/I	R\$ 218.000.849,00	N/A
Santa Catarina	R\$ 115.037,00	R\$ 829.505.771,00	0,01387%

Fonte: elaborado pela autora (2025).

No Quadro 12, o Índice de Perda Financeira em Medicamentos mede o grau de ineficiência logística relacionado à gestão de estoques e às aquisições públicas. Esse índice é calculado a partir da proporção entre o valor das perdas (por vencimento ou avarias) e o valor total das aquisições de medicamentos em determinado período. Assim, quanto menor o índice, maior é a eficiência do Estado no controle e planejamento de seus estoques, evidenciando capacidade de prever demandas, evitar desperdícios e adotar políticas de compras mais eficazes.

Entretanto, observa-se que apenas o estado de Santa Catarina forneceu dados completos para esse indicador, permitindo o cálculo e a análise dentro dos critérios metodológicos estabelecidos nesta pesquisa e a ausência de divulgação de dados logísticos por parte de alguns estados, pode indicar uma relutância institucional em expor fragilidades ao controle externo. Essa postura é consistente com achados de Ballari et al. (2025), que destacam que estruturas públicas, mesmo em contexto digital mais aberto, podem restringir o acesso a dados que revelem falhas operacionais, em virtude de pressões institucionais e riscos reputacionais

Por outro lado, o fornecimento transparente desses dados por Santa Catarina evidencia não apenas maior maturidade na gestão da informação, mas também um controle efetivo da situação local, demonstrando compromisso com a eficiência, a transparência e a melhoria contínua dos processos no âmbito do sistema público de saúde corroborando com Vieira et al. (2022) que fornece embasamento empírico sólido para afirmar que esse indicador é eficaz na avaliação da eficiência logística, sendo amplamente utilizado na literatura recente do campo da gestão de estoques em saúde.

Quadro 13 – Índice de eficiência de consumo de insumos

ANO 2023			
Estado	Valor anual destinado à aquisição (R\$)	Valor anual de consumo (R\$)	ÍNDICE DE EFICIÊNCIA DE CONSUMO DE INSUMOS
Alagoas	R\$ 140.915.653,00	R\$ 86.257.715,94	61,21%
Distrito Federal	R\$ 231.991.755,00	R\$ 288.219.659,61	124,24%
Santa Catarina	R\$ 1.008.644.174,26	R\$ 262.303.743,00	26,01%
ANO 2024			
Estado	Valor anual destinado à aquisição (R\$)	Valor anual de consumo (R\$)	ÍNDICE DE EFICIÊNCIA DE CONSUMO DE INSUMOS
Alagoas	R\$ 110.820.619,51	R\$ 84.024.534,78	75,82%
Distrito Federal	R\$ 218.000.849,00	R\$ 314.819.223,04	144,41%
Santa Catarina	R\$ 829.505.771,00	R\$ 240.495.841,00	28,99%

Fonte: elaborado pela autora (2025).

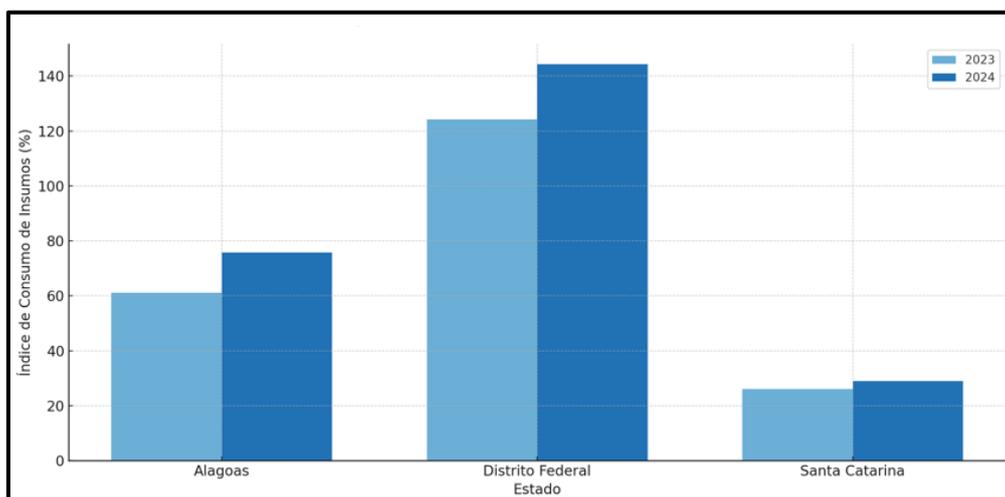
O Índice de Eficiência de Consumo de Insumos avalia a correspondência entre os volumes adquiridos e os efetivamente utilizados, demonstrando o grau de alinhamento entre a aquisição e o consumo dos materiais. Esse indicador é particularmente relevante para mensurar o quanto os processos logísticos estão integrados com a rotina assistencial. Quando o índice se apresenta próximo a 100%, indica equilíbrio entre compra e uso; valores significativamente superiores podem apontar sobreuso, desperdício ou falhas de controle, enquanto valores muito inferiores podem sugerir subutilização de estoques, desabastecimento ou deficiências operacionais.

O Gráfico 1 abaixo, mostra o comparativo do Índice de Consumo de Insumos nos anos de 2023 e 2024 para os estados de Alagoas, Distrito Federal e Santa Catarina, onde observa-se que Santa Catarina apresenta os menores índices em ambos os anos, com 26,01% em 2023 e 28,99% em 2024, sem atingir um patamar de equilíbrio ideal em termos quantitativos.

Alagoas demonstra um crescimento do índice, saindo de 61,21% em 2023 para 75,82% em 2024 e esse aumento pode sinalizar melhora no alinhamento entre aquisição e consumo de insumos, embora o percentual ainda indique que uma parte significativa dos insumos adquiridos não tenha sido consumida. Esse quadro pode refletir estoques represados ou gargalos no processo de distribuição local.

O Distrito Federal, por outro lado, apresenta os maiores índices nos dois anos analisados: 124,24% em 2023 e 144,41% em 2024. Isso representa um alerta para possíveis desequilíbrios logísticos, uma vez que o volume consumido supera o volume planejado de aquisição. Tal discrepância pode ser consequência de consumo excessivo, falta de controle sobre os estoques, ou mesmo erros nos registros contábeis e operacionais. O próprio Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), 2024 do DF indica que o Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) teve custos elevados com medicamentos e grande pressão assistencial no pronto-socorro em agosto de 2024 devido a necessidade de atendimento de demanda judicial para aplicar em um paciente o medicamento “Nusinersen Solução Injetável 2,4 mg”, ampola de 5 ml, cujo valor chegou a R\$1M para apenas 3 doses.

Gráfico 1 – Comparativo do índice de consumo de insumos (2023 x 2024)



Fonte: elaborado pela autora (2025).

No Quadro 14, encontra-se a representação do terceiro indicador referente ao Gasto Médio com Internação Hospitalar, que expressa o custo médio unitário por paciente internado, funcionando como parâmetro de eficiência hospitalar e controle de custos assistenciais. Esse dado é sensível a uma série de variáveis, como tempo médio de permanência, complexidade dos casos e organização da rede de

atenção. Contudo, uma redução consistente e justificada neste índice pode refletir o impacto positivo de práticas logísticas adequadas, que garantem o fornecimento oportuno de medicamentos e insumos essenciais, evitando agravos clínicos e hospitalizações prolongadas.

Quadro 14 – Gasto Médio com Internação Hospitalar			
ANO 2023			
Estado	Gasto anual com internações (R\$)	Número de internações	GASTO MÉDIO COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Alagoas	R\$ 214.495.785,99	R\$ 154.829,00	R\$ 1.385,37
Distrito Federal	R\$ 1.715.526.736,95	R\$ 224.777,00	R\$ 7.632,13
Santa Catarina	R\$ 2.527.965.494,42	R\$ 435.238,00	R\$ 5.808,24
ANO 2024			
Estado	Gasto anual com internações (R\$)	Número de internações	GASTO MÉDIO COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Alagoas	R\$ 263.245.164,18	174.220	R\$ 1.510,99
Distrito Federal	R\$ 864.711.783,00	238.733	R\$ 3.622,09
Santa Catarina	R\$ 837.566.142,64	370.207	R\$ 2.262,43

Fonte: elaborado pela autora (2025).

Conforme apontado por Costa e Gouveia (2023), o gasto médio por internação constitui um relevante indicador de eficiência hospitalar, contudo, sua interpretação isolada pode ser insuficiente. Para uma análise mais precisa, é necessário considerar variáveis complementares, como o volume de internações realizadas, o grau de complexidade dos atendimentos e a capacidade de regulação da rede assistencial. Dessa forma, na comparação entre os dados apresentados, compreende-se que, quanto menor o gasto médio por internação, mantida a qualidade dos serviços prestados, maior tende a ser a eficiência do sistema de saúde. No entanto, tal leitura deve ser sempre contextualizada, de modo a evitar conclusões precipitadas, especialmente em cenários onde o custo reduzido possa estar

associado a limitações na cobertura, na estrutura hospitalar ou no escopo dos serviços ofertados.

Alagoas, apresentou os menores gastos médios nos dois anos analisados: R\$ 1.385,37 em 2023 e R\$ 1.510,99 em 2024 e embora esse desempenho aparente seja positivo, deve ser analisado com cautela, já que o baixo custo pode refletir não apenas eficiência, mas também limitações na capacidade de atendimento, menor complexidade das internações ou subfinanciamento, como já destacado anteriormente. A elevação do custo médio em 2024 (+9%) também sugere pressão inflacionária ou aumento da complexidade de casos, mas ainda sem impacto alarmante sobre o orçamento.

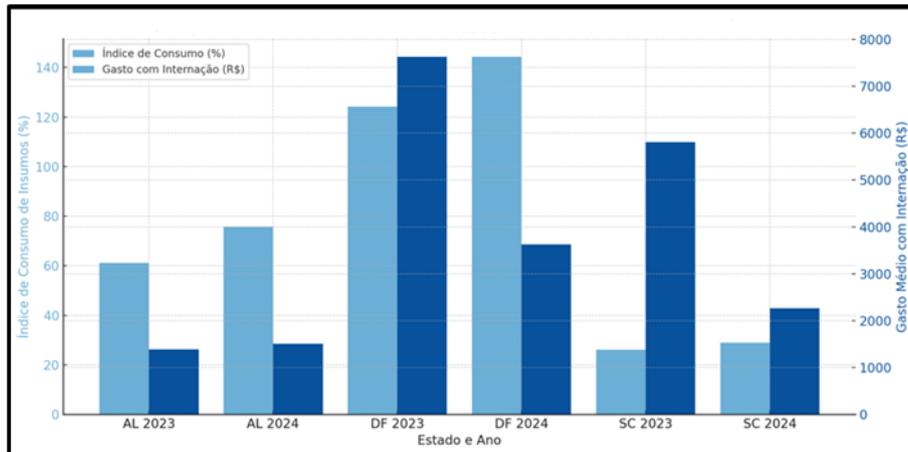
Embora os valores absolutos de Santa Catarina ainda sejam superiores aos observados no estado de Alagoas e, portanto, considerados elevados, o desempenho do estado no comparativo entre 2023 e 2024 revelou a melhor performance entre os três analisados. A redução aproximada de 61% no gasto médio com internação hospitalar evidencia não apenas ganhos de escala, mas também um processo de racionalização de custos. Tal resultado pode ser interpretado como um indicativo de avanços na gestão dos recursos hospitalares, especialmente no que diz respeito à eficiência operacional e ao uso estratégico da capacidade instalada da rede assistencial.

O Distrito Federal apresentou em 2023 o maior gasto médio entre os estados analisados (R\$ 7.632,13), o que pode ser atribuído a fatores como alta complexidade dos atendimentos no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) e maior pressão sobre os serviços de pronto atendimento. Em 2024, o gasto médio reduziu-se consideravelmente para R\$ 3.622,09, o que representa uma queda de mais de 50%, mas apesar da melhoria, o DF ainda mantém o maior custo médio entre os três estados, possivelmente em função da estruturação hospitalar voltada a atendimentos de maior gravidade. Tal cenário revela um sistema em transição com avanços em controle de gastos.

No Gráfico 2, observa-se o cruzamento dos três indicadores, o que torna possível identificar padrões de desempenho logístico nos estados analisados. Por exemplo, um Estado que apresenta baixos índices de perda financeira e de gasto médio com internação, aliado a um índice de consumo de insumos equilibrado, pode ser considerado como exemplo de boa governança logística. Por outro lado, valores

elevados em todos os indicadores podem evidenciar falhas sistêmicas, desde a aquisição até a aplicação clínica dos insumos.

Gráfico 2 – Comparativo: Índice de Consumo x Gasto com Internação (2023-2024)



Fonte: elaborado pela autora (2025).

O gráfico oferece uma leitura integrada entre dois importantes indicadores da gestão em saúde pois segundo Menezes e Rocha (2023), esta análise cruzada de indicadores logísticos e assistenciais é essencial para compreender a performance dos sistemas de saúde, posto que essa combinação permite avaliar, de forma mais ampla, a eficiência da cadeia e seu impacto nos custos assistenciais. Ao interpretar os dados apresentados, o leitor deve atentar-se às relações de proporcionalidade e desempenho relativo de cada estado. Menores índices de perda e de custo médio, bem como valores de consumo de insumos que reflitam equilíbrio entre entrada e saída de materiais, sinalizam práticas mais eficientes de gestão pública em saúde, com implicações diretas na sustentabilidade fiscal e na garantia da continuidade do cuidado aos usuários do sistema.

Alagoas apresentou os menores gastos médios por internação (R\$ 1.385,37 em 2023 e R\$ 1.510,99 em 2024), o que à primeira vista pode ser interpretado como sinal de eficiência. Entretanto, o índice de consumo de insumos também aumentou de 61,21% para 75,82%, indicando um crescimento proporcional na utilização de materiais. Ainda que a relação entre custo e consumo esteja sob controle, a ausência de dados sobre perdas e a menor complexidade hospitalar local limitam conclusões definitivas quanto à eficácia do modelo adotado.

Santa Catarina apresentou o melhor equilíbrio entre os dois indicadores ao longo dos anos analisados. Em 2023, o estado possuía

um gasto médio elevado (R\$ 5.808,24) e um índice de consumo de insumos relativamente baixo (26,01%). No entanto, em 2024, observou-se uma queda expressiva no gasto com internações (R\$ 2.262,43) e um leve aumento no índice de consumo (28,99%), o que sugere maior racionalização dos recursos.

O Distrito Federal apresentou os maiores índices de consumo de insumos em ambos os anos (124,24% em 2023 e 144,41% em 2024), superando o volume adquirido, o que pode indicar sobreutilização, falhas de controle de estoque ou ausência de regulação do consumo. Embora o gasto médio com internações tenha diminuído de R\$ 7.632,13 em 2023 para R\$ 3.622,09 em 2024, ele ainda permanece elevado. Essa combinação revela desequilíbrios operacionais, especialmente na ponta da assistência, como já evidenciado. O ponto positivo é que a existência de uma rede estruturada no Distrito Federal permitiu, mesmo diante de aumento de consumo em unidades como o HRAN, que o sistema absorvesse a demanda sem um desabastecimento crítico.

II. Indicadores de Continuidade da Atenção à Saúde

No contexto da presente pesquisa, a análise dos Indicadores de Continuidade da Atenção à Saúde constitui um eixo central para a compreensão dos efeitos diretos e indiretos da gestão logística sobre a manutenção dos tratamentos e a efetividade da atenção prestada aos usuários do sistema público de saúde. Tais indicadores são essenciais para identificar falhas nos fluxos assistenciais e na oferta regular de insumos, com reflexos que podem comprometer a integralidade do cuidado e gerar custos adicionais à administração pública.

A análise destes indicadores permite uma avaliação integrada da continuidade da atenção, o que reforça a ideia defendida por Schenkman et al. (2023) ao afirmarem que a continuidade do cuidado é um dos quatro eixos centrais da atenção primária, sendo essencial para garantir efetividade clínica, capacidade de resposta por parte dos serviços e eficiência do sistema como um todo, reduzindo os gastos públicos.

Quadro 15 – Indicadores de Continuidade da Atenção à Saúde

ANO 2023			
Estado	% GASTOS COM JUDICIALIZAÇÃO	GASTO MÉDIO POR PACIENTE	CUSTO MÉDIO POR ATENDIMENTO NA AB
Alagoas	N/A	R\$ 1.385,37	R\$ 2,49
Distrito Federal	58,69%	R\$ 2.568,85	R\$ 31,07
Santa Catarina	48,91%	R\$ 5.808,23	R\$ 0,61
ANO 2024			
Estado	% GASTOS COM JUDICIALIZAÇÃO	GASTO MÉDIO POR PACIENTE	CUSTO MÉDIO POR ATENDIMENTO NA AB
Alagoas	N/A	R\$ 1.510,99	R\$ 2,27
Distrito Federal	67,15%	R\$ 3.622,09	R\$ 29,23
Santa Catarina	47,07%	R\$ 2.262,42	R\$ 0,82

Fonte: elaborado pela autora (2025).

Um dos indicadores analisados no Quadro 15 é o Gasto Médio por Paciente, que representa o custo unitário médio por indivíduo atendido, englobando os valores despendidos com internações hospitalares e/ou tratamentos ambulatoriais no âmbito do sistema público de saúde. Diferentemente de outros indicadores calculados diretamente, este foi obtido por meio de dados disponibilizados pelos portais de transparência dos governos estaduais e complementado por respostas formais encaminhadas via ofícios institucionais.

Esse indicador constitui um instrumento relevante para a avaliação da eficiência econômico-assistencial da gestão pública em saúde. Conforme salientam Costa e Gouveia (2023), o custo médio por paciente deve ser interpretado à luz do equilíbrio entre gastos e qualidade assistencial, permitindo inferir sobre a racionalidade na alocação de recursos. Valores elevados podem ser sintomáticos de ineficiências estruturais, como o prolongamento injustificado de internações, subutilização de recursos primários ou falhas na continuidade do cuidado, que obrigam o sistema a recorrer a

tratamentos mais dispendiosos em estágios avançados de determinadas enfermidades.

Por outro lado, valores mais baixos de gasto médio por paciente, desde que preservada a qualidade da atenção prestada, sinalizam uma gestão mais eficaz e racional dos recursos públicos, evidenciando práticas assistenciais bem coordenadas e logísticas otimizadas.

Em 2023, o estado de Alagoas apresentou o menor gasto médio por paciente (R\$ 1.385,37), seguido pelo Distrito Federal (R\$ 2.568,85) e Santa Catarina (R\$ 5.808,23). Em 2024, Alagoas manteve-se como o estado com menor custo médio (R\$ 1.510,99), enquanto Santa Catarina reduziu significativamente esse indicador para R\$ 2.262,42, uma melhora expressiva em relação ao ano anterior. O Distrito Federal, por sua vez, apresentou aumento de aproximadamente 40% no gasto médio por paciente em relação ao ano anterior, atingindo R\$ 3.622,09.

Quadro 16 – Índice de Judicialização			
ANO 2023			
Estado	Valor anual destinado à aquisição (R\$)	Judicialização medicamentos (R\$)	% GASTOS COM JUDICIALIZAÇÃO
Alagoas	R\$ 140.915.653,00	N/I	N/A
Distrito Federal	R\$ 231.991.755,00	R\$ 136.158.095,84	58,69%
Santa Catarina	R\$ 1.008.644.174,26	R\$ 493.360.540,91	48,91%
ANO 2024			
Estado	Valor anual destinado à aquisição (R\$)	Judicialização medicamentos (R\$)	% GASTOS COM JUDICIALIZAÇÃO
Alagoas	R\$ 110.820.619,51	N/I	N/A
Distrito Federal	R\$ 218.000.849,00	R\$ 146.392.210,60	67,15%
Santa Catarina	R\$ 829.505.771,00	R\$ 390.477.542,63	47,07%

Fonte: elaborado pela autora (2025).

No Quadro 16, destaca-se o índice de proporção de gastos com judicialização de medicamentos, que mede o peso financeiro das

decisões judiciais que obrigam o fornecimento de medicamentos não disponibilizados de forma rotineira pelos entes públicos. Este índice funciona como um termômetro da eficiência logística e da previsibilidade das políticas públicas de saúde. Em geral, quanto menor a proporção de gastos com judicialização, maior tende a ser a capacidade do Estado em prover medicamentos por vias administrativas regulares, evitando rupturas de estoque, atrasos no início dos tratamentos e deslocamento de recursos para cumprimento de ordens judiciais, muitas vezes de forma emergencial e a custos elevados.

A judicialização da saúde representa uma das maiores distorções no uso de recursos públicos, muitas vezes decorrente de falhas na logística de abastecimento e planejamento, refletindo em grande medida, uma falha na garantia do acesso regular aos medicamentos essenciais por vias administrativas convencionais segundo Gobbato et al. (2023).

Os dados apontam que o Distrito Federal apresenta os maiores percentuais de gastos com judicialização entre os três estados analisados, com 58,69% em 2023 e 67,15% em 2024. Isso significa que mais da metade dos recursos destinados à aquisição de medicamentos foi comprometida com demandas judiciais. Este cenário reforça a análise do Ministério Público do DF e Territórios (MPDFT), segundo o qual o crescente volume de ações judiciais está relacionado à ausência de políticas públicas efetivas de prevenção e abastecimento (MPDFT, 2023).

Essa realidade, conforme destacado no relatório da Prosus, tende a comprometer a eficiência e sustentabilidade do sistema de saúde, uma vez que os valores direcionados por ordem judicial retiram a capacidade de planejamento da gestão, causando desequilíbrios financeiros significativos.

Em contrapartida, o estado de Santa Catarina, apesar de também apresentar gastos elevados com judicialização (48,91% em 2023 e 47,07% em 2024), demonstra um melhor controle relativo. Esses valores, embora altos, são menores que os do DF e indicam, possivelmente, um sistema mais estruturado de fornecimento e regulação de medicamentos.

Já o estado de Alagoas não apresentou dados sobre judicialização nos anos de 2023 e 2024. Essa ausência é preocupante,

pois pode indicar não apenas uma falha no monitoramento, mas também uma resistência institucional em divulgar informações que possam revelar fragilidades internas da gestão. A falta de dados nesse aspecto compromete a análise comparativa e reduz a capacidade de controle social e auditoria pelos órgãos fiscalizadores.

Quadro 17 – Custo médio por atendimento na atenção básica			
ANO 2023			
Estado	Atendimentos atenção básica	Gasto com atenção básica (R\$)	Custo médio por atendimento na AB
Alagoas	3.613.483	R\$ 9.004.883,42	R\$ 2,49
Distrito Federal	6.933.153	R\$ 215.437.384,00	R\$ 31,07
Santa Catarina	62.565.098	R\$ 38.476.169,27	R\$ 0,61
ANO 2024			
Estado	Atendimentos atenção básica	Gasto com atenção básica (R\$)	Custo médio por atendimento na AB
Alagoas	4.257.240	R\$ 9.653.200,00	R\$ 2,27
Distrito Federal	7.695.084	R\$ 224.900.326,00	R\$ 29,23
Santa Catarina	52.118.250	R\$ 42.863.612,78	R\$ 0,82

Fonte: elaborado pela autora (2025).

O indicador exposto no Quadro 17 tem por finalidade avaliar a eficiência econômica da atenção básica, demonstrando o custo unitário por atendimento realizado no sistema público. Ele permite identificar se os recursos estão sendo utilizados de forma proporcional à produção de serviços, se existe diferenças de produtividade entre regiões e possíveis desequilíbrios na alocação orçamentária.

Segundo Pereira e Monteiro (2023), o custo médio por atendimento na atenção básica é um indicador-chave para avaliar a produtividade e a racionalidade do gasto público em saúde, sendo influenciado pela estrutura física, composição da equipe, eficiência dos processos logísticos e integração com os demais níveis de atenção. Os autores destacam que valores mais baixos, desde que mantida a

qualidade assistencial, indicam melhor relação custo-benefício e maior efetividade da atenção primária como porta de entrada do SUS.

Desde que mantida a qualidade do atendimento, valores mais baixos indicam maior eficiência na utilização dos recursos, ou seja, o Estado está realizando mais atendimentos com menor custo unitário, em contra partida valores mais altos podem sinalizar baixa produtividade, sobrecustos administrativos ou subutilização da capacidade instalada.

Em ambos os anos analisados, Santa Catarina apresentou o menor custo médio por atendimento na atenção básica, com R\$ 0,61 em 2023 e R\$ 0,82 em 2024. Isso demonstra um sistema de atenção básica altamente produtivo, capaz de realizar um número expressivo de atendimentos com menor dispêndio financeiro por unidade de serviço. A redução da média de atendimentos de 2023 para 2024 (de 62,5 para 52,1 milhões) foi acompanhada de uma leve elevação do custo médio, mas ainda mantendo um patamar muito abaixo dos demais estados, o que sugere controle operacional e boa alocação de recursos logísticos e humanos.

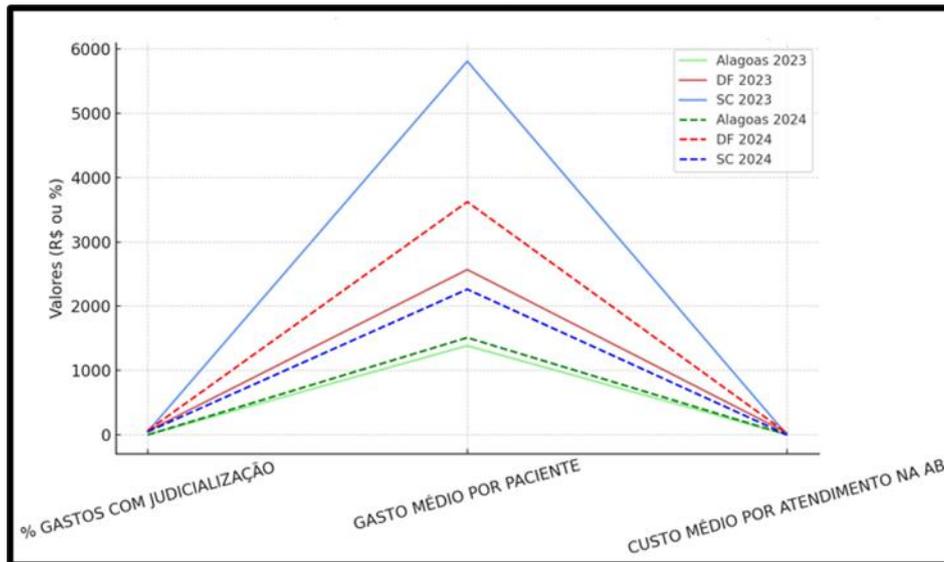
O Distrito Federal, por sua vez, apresentou o maior custo médio por atendimento, com R\$ 31,07 em 2023 e R\$ 29,23 em 2024, apesar de um leve recuo no valor unitário. Mesmo com um número expressivo de atendimentos, o volume de recursos destinados à atenção básica no DF foi muito elevado, indicando possíveis ineficiências operacionais, subutilização de estruturas ou altos custos administrativos. A alta judicialização de medicamentos já identificada no DF pode ser reflexo, em parte, de falhas na atenção básica, como apontado no relatório do MPDFT (2023), o que gera um efeito cascata sobre todo o sistema de saúde.

Alagoas apresentou um custo médio por atendimento moderado e em queda, passando de R\$ 2,49 em 2023 para R\$ 2,27 em 2024. Embora tenha uma cobertura de atendimentos inferior aos demais estados, demonstra alguma eficiência no uso dos recursos, com uma proporção equilibrada entre despesa e volume de produção. A ausência de dados sobre judicialização e perdas logísticas limita, no entanto, uma análise mais robusta do desempenho sistêmico do estado.

Conforme demonstrado no Gráfico 3, a relação entre esses indicadores é estratégica para a análise da continuidade da atenção. A

judicialização de medicamentos pode ser tanto causa quanto consequência da descontinuidade dos tratamentos. A ausência de insumos essenciais pode levar à interrupção de terapias e à judicialização, enquanto o aumento de gastos por paciente pode ser um reflexo direto da fragmentação no cuidado e da incapacidade do sistema em garantir fluxos assistenciais previsíveis e integrados.

Gráfico 3 – Comparativo: Indicadores de Continuidade da Atenção à Saúde (2023-2024)



Fonte: elaborado pela autora (2025).

A judicialização da saúde, embora respaldada pela Constituição Federal como direito fundamental à vida e à saúde, tem assumido um papel paradoxal no contexto da gestão pública. O avanço das ações judiciais para obtenção de medicamentos e tratamentos médicos representa, por um lado, a concretização de direitos individuais, mas, por outro, gera impactos significativos no planejamento orçamentário e na governança dos sistemas estaduais de saúde.

De acordo com Piovesan e Ventura (2022), o aumento exponencial dos gastos com demandas judiciais revela uma fragilidade sistêmica na provisão regular de medicamentos e insumos, comprometendo o planejamento estratégico da saúde pública. Ao analisar os dados do Gráfico 3, observa-se que o comportamento da judicialização e dos gastos com pacientes sofreu alterações significativas. Em 2023, Santa Catarina apresentava um percentual de 48,91% de gastos com judicialização, menor do que o Distrito Federal (58,69%). Já em 2024, Santa Catarina conseguiu reduzir este percentual para 47,07%, indicando um leve avanço no controle do fornecimento

regular de medicamentos. enquanto o Distrito Federal experimentou um aumento expressivo, chegando a 67,15%.

Já em relação ao estado de Alagoas, ainda que os indicadores financeiros de custo médio por paciente e por atendimento na atenção básica se mostrem inferiores aos dos demais estados, o que, a princípio, poderia sugerir maior eficiência na alocação de recursos, a ausência de dados relativos à judicialização impõe restrições significativas à análise comparativa. A inexistência de registros consistentes quanto aos valores gastos com judicializações compromete a confiabilidade dos resultados apresentados e de fato, conforme aponta a matéria veiculada pelo portal Alagoas de Verdade (2023), a judicialização responde, em média, por cerca de um terço dos gastos estaduais com medicamentos, representando aproximadamente 32,9% do total investido nessa rubrica. Tal evidência reforça a hipótese de que a ausência de dados no caso de Alagoas não indica, necessariamente, eficiência logística, mas sim limitações no controle, sistematização e transparência das informações disponíveis, o que pode comprometer a gestão pública e dificultar o diagnóstico real das fragilidades locais.

Conforme Rodrigues e Silva (2023), a omissão de informações relacionadas a despesas judiciais pode ocultar falhas na cadeia logística de medicamentos, comprometendo a capacidade de planejamento, o controle fiscal e a avaliação de resultados, portanto, a ausência de dados por parte de Alagoas compromete a sua posição nos rankings de desempenho, uma vez que o gasto por paciente, isoladamente, não pode ser considerado um indicativo suficiente de eficiência.

Outro ponto relevante na análise dos indicadores de continuidade da atenção à saúde está no gasto médio por atendimento na atenção básica. A atenção primária constitui o primeiro nível de contato do cidadão com o sistema de saúde e, segundo Giovanella et al. (2024), representa um dos pilares centrais da integralidade do cuidado. Neste quesito, Santa Catarina mantém os melhores índices, com custo médio por atendimento de R\$ 0,61 em 2023 e R\$ 0,82 em 2024.

A análise integrada dos indicadores demonstra que Santa Catarina apresenta a melhor evolução entre os três estados analisados. A redução de 61% no gasto médio por paciente combinada à queda no percentual de judicializações e ao controle efetivo do custo por atendimento na atenção básica, indicam avanços significativos, por

outro lado, o Distrito Federal mesmo com elevados investimentos, não conseguiu reduzir seus índices.

Segundo Medina et al. (2023), a sustentabilidade dos sistemas públicos de saúde depende da integração entre os níveis de atenção, da eficiência logística e da capacidade de controle orçamentário. Neste sentido, Santa Catarina apresenta-se como um exemplo de estruturação em curso, enquanto o Distrito Federal enfrenta desafios importantes. Alagoas, por sua vez, permanece como um ponto de interrogação analítico, pois sua performance não pode ser completamente mensurada.

A presente análise reforça a importância de um olhar sistêmico e transparente sobre os dados de saúde pública. Indicadores isolados não oferecem uma imagem fiel da realidade institucional se não estiverem ancorados em informações completas, verificáveis e comparáveis, portanto, a consolidação de uma cultura de dados abertos e controláveis é não apenas uma exigência da gestão moderna, mas um compromisso com a cidadania e com a equidade na alocação de recursos.

III. Indicadores de Impacto Sistêmico e Governança

A análise dos Indicadores de Impacto Sistêmico e Governança apresentados no Quadro 18, apresenta-se como um dos pilares fundamentais para a compreensão da eficiência estrutural do sistema de saúde pública nas unidades federativas brasileiras. Tais indicadores vão além da avaliação direta do desempenho logístico ou assistencial e se concentram nos efeitos macroeconômicos, estruturais e gerenciais do funcionamento do sistema. Avaliar esses indicadores permite mensurar o grau de compromisso dos governos estaduais com a sustentabilidade do SUS, a qualidade da gestão dos recursos públicos e o equilíbrio entre demanda populacional e capacidade instalada.

A literatura contemporânea tem apontado a importância de se utilizar esse conjunto de indicadores como parte de uma abordagem integrada de avaliação do sistema público de saúde. Costa e Gouveia (2023) destacam que a governança pública em saúde deve ser mensurada não apenas pela efetividade assistencial, mas também pelos seus impactos estruturais e orçamentários. Na mesma direção, Medina et al. (2023) reforçam a necessidade de interligar dados fiscais, capacidade instalada e resultados em saúde, criando um modelo de monitoramento que subsidie decisões mais racionais e transparentes.

Quadro 18 – Indicadores de Impacto Sistêmico e Governança

ANO 2023					
Estado	TAXA LEITO/HBT	GASTO INTERNAÇÃO PER CAPITA	% PIB	ÍNDICE INVESTIMENTO EM SAÚDE	ÍNDICE PRESSÃO HOSPITALAR
Alagoas	0,41	R\$ 68,58	0,23%	0,24%	119,56
Distrito Federal	1,41	R\$ 541,60	0,47%	0,52%	50,20
Santa Catarina	1,52	R\$ 332,17	0,50%	0,51%	37,51
ANO 2024					
Estado	TAXA LEITO/HBT	GASTO INTERNAÇÃO PER CAPITA	% PIB	ÍNDICE INVESTIMENTO EM SAÚDE	ÍNDICE PRESSÃO HOSPITALAR
Alagoas	0,41	R\$ 81,75	0,26%	0,27%	132,29
Distrito Federal	1,50	R\$ 269,88	0,23%	0,29%	49,53
Santa Catarina	1,46	R\$ 103,94	0,16%	0,17%	31,49

Fonte: elaborado pela autora (2025).

Quadro 19 – Indicador taxa de leito por habitante

ANO 2023			
Estado	Número Leitos hospitalares públicos	População estimada	TAXA LEITO/HBT
Alagoas	1.295	3.127.683	0,41
Distrito Federal	4.478	3.167.502	1,41
Santa Catarina	11603	7.610.361	1,52

ANO 2024			
Estado	Número Leitos hospitalares públicos	População estimada	TAXA LEITO/HBT
Alagoas	1.317	3.220.104	0,41
Distrito Federal	4.820	3.204.070	1,50
Santa Catarina	11757	8.058.441	1,46

Fonte: elaborado pela autora (2025).

A análise dos dados apresentados no Quadro 19 tem como principal objetivo mensurar a cobertura da infraestrutura hospitalar, por meio da taxa de leitos hospitalares por habitante. De forma geral, quanto maior essa taxa, maior tende a ser a capacidade instalada do sistema de saúde, o que, teoricamente, implica maior acessibilidade da população aos serviços hospitalares.

Entretanto, a interpretação desse indicador não deve ser isolada, pois uma taxa elevada de leitos não garante, por si só, a eficiência ou a efetividade da rede hospitalar. É fundamental que esse dado seja analisado em conjunto com outros parâmetros, como as taxas de ocupação hospitalar, o perfil de utilização dos leitos e os níveis de investimento em atenção primária, de modo a identificar se há racionalização no uso dos recursos e equilíbrio na oferta assistencial.

Assim, a leitura da taxa de leitos deve ser entendida não apenas como um reflexo da oferta física disponível, mas também como um elemento integrante de uma estrutura de saúde mais ampla, que pressupõe planejamento, gestão eficiente e integração entre os diversos níveis de atenção. A análise deste indicador permite subsidiar políticas de expansão da rede, priorização de investimentos e integração com os níveis primário e secundário de atenção à saúde. Quanto maior e mais equilibrada a taxa de leitos por habitante, maior a capacidade de resposta do sistema às necessidades da população, favorecendo a eficiência e a equidade na oferta dos serviços de saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) sugere como referência internacional um mínimo de 3 leitos por mil habitantes em sistemas de saúde de cobertura universal e embora este número não seja fixo e dependa da estrutura de atenção primária, perfil demográfico e

epidemiológico, valores abaixo de 1,0 são geralmente considerados críticos segundo a OMS (2023).

Santa Catarina apresentou o melhor desempenho em 2023, com uma taxa superior à recomendação da OMS, evidenciando uma infraestrutura hospitalar robusta e alinhada com as necessidades populacionais. Apesar da leve redução na taxa em 2024 (de 1,52 para 1,46), o estado aumentou numericamente o número de leitos, o que demonstra um esforço de ampliação da capacidade hospitalar. A queda da taxa se deve ao crescimento populacional proporcionalmente maior que a expansão dos leitos. Ainda assim, permanece dentro de um patamar adequado, o que reforça a maturidade estrutural do estado e sua capacidade de absorver demandas hospitalares com maior segurança e flexibilidade.

O Distrito Federal apresentou um avanço importante entre 2023 e 2024, ultrapassando Santa Catarina e atingindo uma taxa de 1,50 leitos/1.000 habitantes. Este resultado reflete investimentos na expansão hospitalar, seja por criação de novos leitos ou pela reestruturação de unidades já existentes. A elevação da taxa posiciona o DF entre os melhores desempenhos nacionais nesse indicador, o que contribui positivamente para a sua capacidade de atendimento em casos de alta complexidade.

Alagoas apresenta o pior desempenho entre os três estados analisados, mantendo uma taxa muito inferior ao parâmetro recomendado pela OMS, figurando como o estado com menor disponibilidade de leitos públicos por habitante. Mesmo com o ligeiro aumento no número absoluto de leitos (de 1.295 para 1.317), a taxa permaneceu estagnada em 0,41 leitos/1.000 habitantes, o que indica ausência de avanços estruturais significativos. Essa deficiência estrutural tende a gerar uma série de consequências negativas, como superlotação hospitalar, atraso no atendimento e impacto sobre indicadores de mortalidade evitável. A ausência de crescimento da taxa em 2024 demonstra baixa capacidade de expansão da oferta hospitalar, o que compromete a resposta do sistema em situações críticas, além disso, a estagnação nesse indicador evidencia a necessidade urgente de investimentos em infraestrutura física e tecnológica, além da expansão da atenção primária como medida compensatória para evitar agravos que demandem internações.

Em síntese, Santa Catarina e o Distrito Federal apresentam desempenho satisfatório no indicador, estando acima da média nacional, o que revela maior capacidade de suporte hospitalar por cidadão. Alagoas, por sua vez, destaca-se negativamente, com uma taxa três vezes inferior às demais unidades analisadas, o que aponta para graves limitações estruturais no sistema hospitalar público estadual, exigindo ação prioritária de planejamento e investimento público.

Quadro 20 – Gasto internação per capita			
ANO 2023			
Estado	Gasto anual com internações (R\$)	População estimada	GASTO INTERNAÇÃO PER CAPITA
Alagoas	R\$ 214.495.785,99	3.127.683	68,58
Distrito Federal	R\$ 1.715.526.736,95	3.167.502	541,60
Santa Catarina	R\$ 2.527.965.494,42	7.610.361	332,17
ANO 2024			
Estado	Gasto anual com internações (R\$)	População estimada	GASTO INTERNAÇÃO PER CAPITA
Alagoas	R\$ 263.245.164,18	3.220.104	81,75
Distrito Federal	R\$ 864.711.783,00	3.204.070	269,88
Santa Catarina	R\$ 837.566.142,64	8.058.441	103,94

Fonte: elaborado pela autora (2025).

O Gasto com Internação Hospitalar Per Capita mostra o quanto é investido por habitante em internações hospitalares ao longo de um ano e permite inferir se os gastos estão alinhados ao perfil epidemiológico da população, à estrutura disponível e à eficácia dos níveis preventivos de atenção, principalmente da atenção básica.

Esse dado reflete o peso da hospitalização sobre os cofres públicos, sendo essencial para entender a dependência do sistema por serviços de média e alta complexidade. Valores muito elevados podem

indicar falhas na atenção primária ou ausência de mecanismos preventivos, gerando sobrecarga nos serviços hospitalares. Assim, quanto menor o gasto per capita com internação mantendo a qualidade do atendimento, mais eficiente tende a ser o sistema estadual de saúde, pois sugere que menos cidadãos necessitaram de internações prolongadas ou de alto custo.

Um gasto per capita elevado pode refletir tanto melhor capacidade de oferta hospitalar e maior complexidade dos serviços, como também ineficiências estruturais, como excesso de internações evitáveis, judicializações e falhas na rede de atenção primária. Por outro lado, um gasto muito baixo pode ser sintoma de subfinanciamento, baixa cobertura hospitalar ou fragilidade na oferta de serviços, dificultando o acesso da população aos cuidados de saúde, conforme alertam Araujo et al. (2022) em estudo publicado no *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*.

Neste cenário, o Distrito Federal, embora com estrutura hospitalar relativamente robusta (vide taxa de leitos por habitante), exhibe desproporcionalidade de gastos, que pode estar associada ao alto índice de judicializações, internações de maior complexidade e custo elevado ou possível ineficiência logística hospitalar e de regulação de leitos.

Em contraste, Santa Catarina, mesmo com redução de mais de R\$ 228,00 per capita, demonstra sinal positivo de racionalização de custos, mantendo o acesso hospitalar e reduzindo a pressão sobre o sistema de financiamento. Tal comportamento pode estar relacionado a melhor integração entre a atenção primária e a especializada, conforme argumentam Medina et al. (2023).

Alagoas, apesar de ter o menor gasto, apresenta uma leitura mais crítica: o baixo valor per capita pode estar refletindo restrição de acesso, carência de leitos e subnotificação de internações, o que já foi identificado em outras análises da infraestrutura hospitalar do estado. Isso reforça a necessidade de não interpretar esse dado isoladamente, mas sim, dentro de um contexto mais amplo da rede de atenção e do financiamento estadual.

Nesse sentido, Santa Catarina apresenta a melhor trajetória, conciliando queda de custo per capita com manutenção da cobertura e da taxa de leitos. O Distrito Federal, embora tenha reduzido seus gastos, ainda lidera negativamente no indicador, o que pode indicar

persistência de ineficiências logísticas. Já Alagoas, apesar do menor custo, precisa avançar na transparência e estruturação de sua rede, para que os baixos valores não sejam consequência de suboferta assistencial, mas sim de uma gestão racional e planejada.

Outro indicador relevante é o Percentual do PIB Estadual destinado à Internação Hospitalar, explícito no Quadro 21, o qual permite avaliar o esforço econômico relativo de um estado para custear as internações hospitalares, considerando o valor total de sua produção econômica, em outras palavras, ele relaciona o custo da hospitalização com a capacidade econômica local, sendo útil para compreender a pressão fiscal exercida pelas despesas em saúde sobre os cofres públicos.

Quadro 21 – Percentual do PIB Estadual destinado à Internação Hospitalar			
ANO 2023			
Estado	Gasto anual com internações (R\$)	PIB total	% PIB
Alagoas	R\$ 214.495.785,99	R\$ 95.000.000.000,00	0,23%
Distrito Federal	R\$ 1.715.526.736,95	R\$ 368.900.000.000,00	0,47%
Santa Catarina	R\$ 2.527.965.494,42	R\$ 504.600.000.000,00	0,50%
ANO 2024			
Estado	Gasto anual com internações (R\$)	PIB total	% PIB
Alagoas	R\$ 263.245.164,18	R\$ 101.880.000.000,00	0,26%
Distrito Federal	R\$ 864.711.783,00	R\$ 379.900.000.000,00	0,23%
Santa Catarina	R\$ 837.566.142,64	R\$ 531.400.000.000,00	0,16%

Fonte: elaborado pela autora (2025).

Um percentual elevado pode demonstrar o esforço de um estado em garantir cobertura hospitalar, mas, ao mesmo tempo, pode sugerir comprometimento excessivo do orçamento, afetando a sustentabilidade a longo prazo. Conforme alerta De Marco (2024), o desequilíbrio entre a arrecadação estadual e os gastos com saúde pode gerar dependência da União, reduzindo a autonomia fiscal dos entes subnacionais.

Quanto menor o percentual do PIB comprometido com internações, maior tende a ser a sustentabilidade fiscal da política hospitalar, e a queda do percentual, especialmente quando acompanhada por melhora nos demais indicadores logísticos, como redução do custo por paciente ou da judicialização, reflete um avanço sistêmico.

Por outro lado, o aumento desse percentual pode indicar ineficiência estrutural, baixa resolutividade na atenção primária ou crescimento da demanda hospitalar não prevista.

Santa Catarina apresentou o maior percentual de comprometimento do PIB com internações em 2023, o que pode refletir alta complexidade assistencial ou elevado custo operacional da rede hospitalar. No entanto, em 2024, houve uma queda expressiva para 0,16%, o que pode indicar racionalização de custos, aumento da eficiência dos serviços prestados e provável melhoria na gestão logística e de regulação. Essa redução significativa no esforço fiscal posiciona o estado como o mais eficiente no uso proporcional de seus recursos, mantendo baixos custos hospitalares frente à sua capacidade econômica.

O Distrito Federal também apresentou uma queda considerável na relação entre gasto hospitalar e PIB, embora menos acentuada que a de Santa Catarina. A redução pode refletir ajustes nas práticas de compra, menor incidência de judicialização (ainda que elevada) e uma possível reorganização de fluxos hospitalares. Contudo, permanece uma preocupação com a sustentabilidade da assistência, visto que o DF ainda apresenta valores absolutos elevados de gasto médio por paciente e alta judicialização, conforme dados adicionais da pesquisa.

Alagoas é o único estado da amostra que apresentou aumento no comprometimento do PIB com internações hospitalares. Embora o valor percentual absoluto ainda seja inferior ao dos demais em 2023, o crescimento em 2024 sinaliza aumento da pressão fiscal sobre o

orçamento estadual. Isso pode estar relacionado a baixa cobertura estrutural de leitos, subfinanciamento da atenção básica e aumento da demanda hospitalar que não é contida nos níveis primários de atenção à saúde. Como pontuam Medina et al. (2023), falhas na atenção primária repercutem em sobrecargas hospitalares e ampliam os custos no médio e longo prazo.

A próxima análise é sobre o índice de investimento em saúde (Quadro 22), que complementa o panorama anterior ao relacionar o gasto em saúde com o próprio PIB estadual. Trata-se de um indicador de esforço fiscal voluntário, apontando o grau de prioridade política conferido ao setor. Estados com PIB elevado, mas com baixo índice de investimento, demonstram menor comprometimento proporcional com a saúde pública, o que pode indicar falhas de governança e planejamento estratégico. Este indicador é relevante para avaliar a prioridade dada à saúde dentro da estrutura orçamentária dos estados, especialmente em contextos de escassez de recursos e elevada demanda por serviços públicos de qualidade.

Quadro 22 – Índice de investimento em saúde					
ANO 2023					
Estado	Gasto anual com internações (R\$)	Gasto com atenção básica (R\$)	Total Gastos	PIB total	IS
Alagoas	R\$ 214.495.785,99	R\$ 9.004.883,42	R\$ 223.500.669,41	R\$ 95.000.000,00	0,24%
Distrito Federal	R\$ 1.715.526.736,95	R\$ 215.437.384,00	R\$ 1.930.964.120,95	R\$ 368.900.000,00	0,52%
Santa Catarina	R\$ 2.527.965.494,42	R\$ 38.476.169,27	R\$ 2.566.441.663,69	R\$ 504.600.000,00	0,51%
ANO 2024					

Estado	Gasto anual com internações (R\$)	Gasto com atenção básica (R\$)	Total Gastos	PIB total	IS
Alagoas	R\$ 263.245.164,18	R\$ 9.653.200,00	R\$ 272.898.364,18	R\$ 101.880.000.000,00	0,27%
Distrito Federal	R\$ 864.711.783,00	R\$ 224.900.326,00	R\$ 1.089.612.109,00	R\$ 379.900.000.000,00	0,29%
Santa Catarina	R\$ 837.566.142,64	R\$ 42.863.612,78	R\$ 880.429.755,42	R\$ 531.400.000.000,00	0,17%

Fonte: elaborado pela autora (2025).

No ano de 2023, o Distrito Federal liderou o índice com 0,52% do seu PIB destinado à saúde, seguido de Santa Catarina com 0,51% e Alagoas com apenas 0,24%. A alta proporção do DF indica um elevado esforço orçamentário, o que pode estar relacionado à maior complexidade dos serviços prestados, à judicialização da saúde e ao custo de vida da capital federal. Em Santa Catarina, o valor também se mostra elevado, refletindo uma estrutura logística mais robusta e um maior volume de internações e atendimentos. Alagoas, por sua vez, apresenta um investimento proporcionalmente baixo, o que pode sugerir menor prioridade orçamentária para a área da saúde ou subdimensionamento da rede assistencial.

No ano seguinte, Alagoas aumentou levemente seu investimento para 0,27%, e o Distrito Federal reduziu seu percentual para 0,29%. Já Santa Catarina apresentou uma queda significativa para 0,17%, tornando-se o estado com menor índice de investimento proporcional à sua economia. A redução em Santa Catarina, no entanto, deve ser analisada com cautela: embora o percentual tenha diminuído, os dados anteriores já indicavam avanços na eficiência dos serviços prestados, como a redução do custo médio por paciente e queda nos gastos com judicialização. Isso pode apontar para um uso mais racional dos recursos, sem prejuízo da cobertura assistencial.

Segundo Da Silva et al. (2024), o índice de investimento em saúde deve ser interpretado não apenas como um valor absoluto, mas dentro de um contexto de desempenho do sistema. Estados com baixa proporção do PIB investido, mas bons resultados assistenciais,

demonstram maior maturidade institucional na gestão dos recursos”. Nesse sentido, o desempenho de Santa Catarina em 2024 pode ser visto como positivo, refletindo maior eficiência com menor pressão fiscal. O DF, apesar da redução, ainda demonstra esforço fiscal expressivo, enquanto Alagoas melhora seu desempenho, mas ainda carece de dados estruturais mais robustos e consistentes para confirmar avanços na gestão.

Portanto, a análise comparativa mostra que o Distrito Federal manteve a liderança do investimento em saúde nos dois anos, embora com ligeira redução. Santa Catarina demonstra uma tendência à racionalização e eficiência do gasto, mesmo com queda percentual no índice. Já Alagoas, apesar do crescimento, continua com valores baixos e indicadores menos estruturados, o que reforça a necessidade de fortalecimento da governança fiscal e da transparência em saúde pública.

Quadro 23 – Índice de pressão hospitalar			
ANO 2023			
Estado	Número de internações	Número Leitos hospitalares públicos	IPH
Alagoas	154.829	1.295	119,56
Distrito Federal	224.777	4.478	50,20
Santa Catarina	435.238	11603	37,51
ANO 2024			
Estado	Número de internações	Número Leitos hospitalares públicos	IPH
Alagoas	174.220	1.317	132,29
Distrito Federal	238.733	4.820	49,53
Santa Catarina	370.207	11757	31,49

Fonte: elaborado pela autora (2025).

Por fim, o Índice de Pressão Hospitalar, medido pela razão entre número de internações e leitos disponíveis, evidencia a ocupação média do sistema e o grau de sobrecarga da rede hospitalar. Este indicador é crucial para avaliar a capacidade de resposta do sistema à demanda, sendo que quanto menor o índice, melhor a eficiência e sustentabilidade da rede hospitalar pública. Valores elevados sugerem saturação dos serviços, possibilidade de desassistência e risco à segurança do paciente. Já índices muito baixos podem indicar subutilização da rede, exigindo análise detalhada do perfil epidemiológico e da gestão de fluxos assistenciais. Quanto mais equilibrado o índice, melhor o alinhamento entre demanda e oferta hospitalar.

Santa Catarina apresentou o menor índice de pressão hospitalar nos dois anos, com melhora em 2024. Isso indica uma boa capacidade instalada (11.603 para 11.757 leitos) e uma gestão eficiente da demanda de internações. A tendência de queda reforça um controle mais racional da utilização dos leitos públicos.

Segundo Medina et al. (2023), a pressão hospitalar deve ser mantida dentro de limites sustentáveis para evitar colapsos nos serviços e garantir qualidade e segurança do atendimento. A manutenção de baixos índices em Santa Catarina corrobora a existência de uma logística eficiente e bem estruturada, inclusive com bom desempenho na atenção primária.

O Distrito Federal também apresentou melhora, embora discreta, no índice de pressão hospitalar. Isso pode estar relacionado ao aumento do número de leitos e a uma gestão um pouco mais equilibrada da ocupação hospitalar. No entanto, como demonstrado em outras análises, o DF apresenta fragilidades no sistema (alta judicialização, alto custo por atendimento básico), o que contradiz essa aparente eficiência, indicando possíveis distorções na distribuição dos serviços.

Alagoas manteve o maior índice nos dois anos analisados, com agravamento em 2024. Apesar de um pequeno aumento no número de leitos, o número de internações cresceu proporcionalmente mais, revelando sobrecarga do sistema hospitalar estadual. Esse cenário indica fragilidade na atenção básica e na logística de regulação hospitalar, o que gera impacto direto na eficiência do sistema segundo Giovanella et al. (2024), que enfatiza que a sobrecarga hospitalar é

sintoma de falhas nos mecanismos de prevenção e de desarticulação entre os níveis de atenção. Isso reforça a hipótese de que Alagoas carece de um modelo logístico eficiente, além de não demonstrar transparência em outros indicadores, como judicialização.

De maneira geral, os dados devem ser observados de forma comparativa e em conjunto. Não se trata apenas de comparar valores absolutos entre os estados, mas de compreender as dinâmicas internas de cada sistema, considerando fatores como população atendida, perfil epidemiológico, capacidade de financiamento e eficiência logística. Ao correlacionar os indicadores propostos, esta pesquisa busca elucidar em que medida a gestão logística estruturada e integrada pode repercutir positivamente não apenas na entrega de insumos, mas também no equilíbrio fiscal e na efetividade global da política pública de saúde.

3.3 SÍNTESE FINAL DA DISCUSSÃO

Conforme mencionado no subitem 3.2 - análise e discussão dos dados, gráfico 2, relativo ao comparativo do índice de consumo x gasto com internação entre três estados brasileiros, torna-se possível avaliar o desempenho da logística e o grau de eficiência na gestão de recursos assistenciais e orçamentários.

O DF apresentou o mais alto índice de consumo de insumos nos dois anos: 124,24% em 2023 e 144,41% em 2024. Embora esse patamar denote um consumo elevado, pode também sinalizar o uso de estoques remanescentes de anos anteriores ou um desequilíbrio na aquisição de materiais. Em 2023, o custo médio com internação foi o maior entre os estados R\$ 7.632,13, o que pode indicar ineficiência nos fluxos logísticos hospitalares e atrasos na oferta de serviços. No entanto, em 2024 houve uma redução significativa nesse custo para R\$ 3.622,09, apontando para uma possível reorganização dos fluxos assistenciais ou racionalização de recursos.

Segundo Costa e Gouveia (2023), a desarticulação entre os fluxos logísticos e o consumo racional de insumos resulta em gastos hospitalares desproporcionais, mesmo quando há disponibilidade de recursos, portanto, a melhoria observada no DF em 2024 sugere avanços logísticos parciais, embora o consumo excessivo ainda denote falhas no planejamento.

Santa Catarina apresentou os menores índices de consumo de insumos, indicando elevado grau de planejamento logístico, com aquisições ajustadas ao consumo efetivo. Ainda que tenha apresentado um alto gasto médio com internação em 2023 de R\$ 5.808,24, houve uma notável redução em 2024, atingindo R\$ 2.262,43 e essa queda expressiva de aproximadamente 61% sugere racionalização dos recursos hospitalares e maior controle dos tempos de permanência e uso de insumos.

Conforme Medina et al. (2023), a relação entre rastreabilidade de insumos, controle de consumo e planejamento hospitalar está no cerne da eficiência logística em saúde. Nesse sentido, Santa Catarina se destaca como um exemplo de governança e maturidade logística, apresentando simultaneamente baixos índices de consumo e redução significativa de custos.

Alagoas manteve índices de consumo moderados, com gastos médios por internação inferiores aos demais estados e apesar desses números sugerirem eficiência econômica, a ausência de dados sobre perdas e judicialização, somado a publicação no site “Alagoas de Verdade” sobre a grande perda de medicamentos por processos de judicialização no estado, é prejudicial para uma análise completa, o que consolida a opinião de Rodrigues e Silva (2023) que alertam sobre a preocupação com ausência de rastreabilidade e de dados confiáveis comprometendo a avaliação logística e mascarando ineficiências, onerando assim, o sistema de forma indireta. Assim, embora Alagoas apresente custos menores, sua eficiência logística não pode ser devidamente comprovada.

Sobre a análise deste primeiro grupo de indicadores, pode-se afirmar que o estado de Santa Catarina emerge como o mais eficiente do ponto de vista logístico, com baixos índices de consumo e redução consistente dos custos hospitalares. O DF apresenta avanços, mas ainda precisa equilibrar o alto consumo de insumos. Alagoas, apesar dos custos reduzidos, carece de informações essenciais para uma avaliação precisa, o que limita sua classificação como modelo de eficiência.

Analisando o segundo grupo de indicadores referente a continuidade da atenção à saúde e cuja comparação já foi realizada anteriormente e encontra-se no Gráfico 3, o Distrito Federal apresentou um crescimento preocupante nesse índice, passando de 58,69% em

2023 para 67,15% em 2024, o que representa mais da metade dos recursos destinados à aquisição de medicamentos sendo consumidos por demandas judiciais. Esse comportamento evidencia falhas na logística de fornecimento regular de insumos essenciais.

Santa Catarina, por outro lado, conseguiu reduzir esse percentual de 48,91% para 47,07%, sugerindo que houve melhora na sua capacidade de resposta logística, ainda que o número permaneça elevado. Já Alagoas não apresentou dados para esse indicador, o que compromete a avaliação da transparência e impede inferências adequadas sobre sua governança institucional.

Segundo Piovesan e Ventura (2022), a judicialização da saúde representa não apenas um sintoma de ineficiência na gestão pública, mas um elemento desestruturante para o orçamento e planejamento sanitário e a ausência de dados, como no caso de Alagoas, pode ser reflexo de uma fragilidade ainda maior.

Em relação ao gasto médio por paciente, Santa Catarina reduziu drasticamente esse custo, demonstrando uma significativa racionalização dos recursos hospitalares, o que denota uma logística eficiente, com otimização de tempo de permanência e melhor controle de recursos.

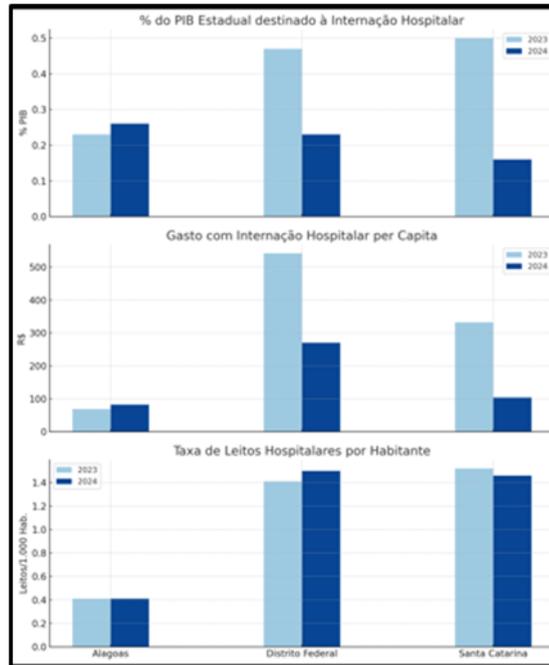
O Distrito Federal, ao contrário, viu seu gasto médio crescer de R\$ 2.568,85 para R\$ 3.622,09 um indicativo de ineficiência hospitalar possivelmente vinculada à desarticulação entre os níveis assistenciais.

Alagoas manteve-se com os menores valores absolutos, mas sem dados complementares de judicialização, é difícil afirmar se esse valor está ligado à eficiência ou à ausência de cobertura assistencial ampla.

Assim, similarmente a análise anterior, Santa Catarina mostra-se o estado mais eficiente em termos logísticos apresentando baixa pressão de consumo, mas alta capacidade de racionalizar custos hospitalares, possivelmente por meio de controle logístico e governança sistêmica. Distrito Federal melhora no custo de internação, mas o índice elevado de consumo sugere distorções ou ineficiências nos fluxos logísticos, apesar de eventuais avanços e Alagoas, embora tenha os menores gastos médios, não oferece dados consistentes e confiáveis que comprovem sua performance logística, sendo, portanto, tecnicamente inconclusivo.

O Gráfico 4, abaixo, ilustra a comparação de três dos cinco indicadores de impacto sistêmico e governança e corrobora para a análise do último grupo de indicadores. Com uma leitura técnica e integrada desses dados observa-se diferenças estruturais relevantes entre os estados.

Gráfico 4 – Comparativo: Indicadores de impacto sistêmico e governança (2023-2024)



Fonte: elaborado pela autora (2025).

A eficiência da logística em saúde pública exerce influência direta sobre os indicadores de custo e a sustentabilidade do sistema hospitalar. De acordo com Pereira e Almeida (2023), uma gestão logística ineficiente compromete a entrega de serviços, ocasionando atrasos no atendimento, elevação dos custos operacionais e desperdício de recursos públicos, efeitos que se refletem de forma significativa no indicador de gasto per capita com internações. A ausência de processos logísticos integrados, desde a atenção básica até os níveis de média e alta complexidade, dificulta o fluxo adequado de pacientes e insumos, contribuindo para falhas na prevenção de agravos, descontinuidade terapêutica e aumento da judicialização.

Em 2023, Santa Catarina apresentou o maior comprometimento de seu PIB com internações 0,50%, seguido pelo Distrito Federal 0,47% e Alagoas 0,23%. No entanto, em 2024, houve uma inversão: Santa Catarina reduziu esse percentual para 0,16%, enquanto Alagoas subiu para 0,26% e o Distrito Federal caiu para 0,23%. Esta redução de Santa

Catarina sugere uma maior eficiência fiscal, com melhor controle de internações e racionalização dos recursos.

Ainda em 2023, o Distrito Federal apresentou o maior gasto per capita R\$ 541,60, seguido de Santa Catarina R\$ 332,17 e Alagoas R\$ 68,58. Já em 2024, Santa Catarina obteve uma redução significativa, ficando com R\$ 103,94, enquanto o DF caiu para R\$ 269,88 e Alagoas aumentou para R\$ 81,75. A queda expressiva em SC indica ganhos logísticos: melhor gestão de insumos e maior efetividade da atenção primária, reduzindo internações desnecessárias.

Com relação a taxa de leitos/habitante, Santa Catarina lidera com os melhores índices, mantendo-se acima de 1,46 leitos por mil habitantes nos dois anos. O Distrito Federal também apresenta bom desempenho, com leve melhora de 1,41 para 1,50. Alagoas, por outro lado, permaneceu estagnado em 0,41, evidenciando baixa capacidade instalada. A baixa taxa de leitos compromete a equidade e a prontidão do sistema de saúde.

Mais uma vez Santa Catarina destaca-se como referência entre os três estados analisados, o que indica que Santa Catarina é o estado com a estrutura logística mais madura, pois conseguiu:

- a) Reduzir o gasto per capita com internações;**
- b) Manter uma alta taxa de leitos;**
- c) Diminuir o comprometimento do PIB com internações.**

Essa sinergia entre infraestrutura hospitalar adequada e gasto racional é típica de sistemas que contam com planejamento logístico bem articulado e integração entre níveis de atenção, conforme destacam Medina et al. (2023) ao apontarem que a maturidade logística em saúde se expressa pela capacidade de articular recursos e reduzir internações evitáveis, controlando gastos.

Em contraste, o Distrito Federal apresentou altos custos per capita e comprometeu uma fatia considerável do seu PIB com internações, indicando falhas de coordenação e previsibilidade, como ressaltado por Piovesan e Ventura (2022), que alertam que a falta de logística adequada pode agravar custos e ineficiências ao longo do sistema, sobrecarregando a rede hospitalar.

Alagoas, por sua vez, apresenta baixo gasto per capita, mas essa aparente eficiência pode ser ilusória, uma vez que o estado possui a

menor taxa de leitos e ausência de dados de judicialização , elementos que comprometem a transparência e dificultam uma avaliação real da sustentabilidade do sistema.

Quando o investimento em atenção básica é insuficiente e a logística entre os níveis assistenciais é precária, torna-se recorrente a hospitalização de pacientes em estágios avançados de enfermidades que poderiam ser tratadas precocemente. Essa condição eleva a demanda por internações e os custos por habitante, resultando em maior pressão sobre a rede hospitalar. Assim, estados com estruturas logísticas mais frágeis tendem a apresentar maiores gastos hospitalares per capita não por complexidade clínica, mas pela ineficiência sistêmica. Por outro lado, um sistema logístico bem estruturado promove ações preventivas, facilita o acesso oportuno aos serviços primários e reduz as internações evitáveis, colaborando, portanto, para o controle racional dos custos públicos com saúde.

Exposto assim, o parágrafo acima e complementando as conclusões citadas no decorrer deste capítulo , não poderia deixar de mencionar o resultado apresentado no Quadro 23 sobre o índice de pressão hospitalar onde novamente o Estado de Santa Catarina apresenta o melhor desempenho tanto em 2023 quanto em 2024, refletindo uma logística bem estruturada, eficiente e sustentável. Já o Distrito Federal mostrou leve melhora, mas permanece vulnerável em outros aspectos logísticos. Por fim, Alagoas está em situação crítica, com mais de 130 internações por leito, o que pode indicar tanto ausência de atenção primária eficiente quanto falhas na logística hospitalar.



CONCLUSÃO

A presente dissertação teve como objetivo central responder à seguinte pergunta norteadora: "Como a implementação de processos logísticos na área da saúde contribui para a redução de custos nos estados brasileiros?" Para tanto, foi realizada uma análise empírica comparativa entre os estados de Alagoas, Distrito Federal e Santa Catarina, a partir de indicadores de eficiência logística, continuidade da atenção à saúde e impacto sistêmico e governança. Os resultados obtidos evidenciam que há uma relação direta entre a estruturação logística da gestão pública de saúde e a racionalização dos recursos aplicados, especialmente em relação aos custos com internação hospitalar, judicialização de medicamentos e desperdícios operacionais.

No que tange às hipóteses da pesquisa, os resultados observados sugerem evidências favoráveis à Hipótese 1 (H1), segundo a qual a adoção de uma gestão logística de saúde efetiva estimula a redução de custos na administração pública. A experiência do estado de Santa Catarina corrobora essa tendência, ao apresentar uma redução significativa nos gastos per capita em um período de apenas um ano.

A Hipótese 2a (H2a) também encontra respaldo indireto nos dados: embora o tempo de entrega de medicamentos não tenha sido informado diretamente pelos estados, a relação entre baixa judicialização e eficiência logística em SC indica que a estruturação logística contribui para maior agilidade e regularidade na entrega dos insumos essenciais.

Quanto à Hipótese 2b (H2b), os dados também a corroboram: estados com logística estruturada, como Santa Catarina, favorecem a continuidade dos tratamentos, como evidenciado pela redução na judicialização e pelos custos médios menores com internação, ao passo que o DF, com alta judicialização, demonstra falhas na provisão regular de medicamentos, afetando negativamente a continuidade assistencial.

Salienta-se que a confirmação das hipóteses apresentadas nesta dissertação baseia-se em uma abordagem de natureza exploratória e

descritiva, construída a partir da análise de dados secundários provenientes de fontes institucionais, como relatórios oficiais, portais de transparência e documentos administrativos. Importa realçar que não foram utilizados modelos estatísticos inferenciais, nem realizados testes quantitativos formais com validade estatística. As conclusões, portanto, decorrem da correlação empírica entre os indicadores observados nos três estados analisados e não de medições diretas ou modelos econométricos. Dessa forma, as inferências aqui propostas não pretendem comprovar relações causais, mas sim indicar possíveis associações entre a existência de estruturas logísticas organizadas e a racionalização dos custos públicos em saúde. Essa limitação metodológica é reconhecida, mas não compromete o valor do estudo enquanto diagnóstico inicial e base para investigações futuras mais robustas.

Dessa forma, conclui-se que a logística em saúde, quando estruturada e integrada aos demais níveis de gestão, não apenas promove a eficiência operativa, como também favorece a sustentabilidade orçamentária, a transparência e a continuidade do cuidado aos usuários do SUS. Esta dissertação, ao reunir evidências comparativas e empíricas entre estados brasileiros, oferece subsídios valiosos para a formulação de políticas públicas mais eficientes e sustentáveis na área da saúde.

Ao longo do estudo, buscou-se verificar como a implementação de processos logísticos estruturados pode contribuir para a eficiência do gasto público, especialmente na aquisição, consumo e perdas de medicamentos e materiais médicos, bem como nas internações hospitalares.

Uma das principais contribuições deste trabalho consiste na sistematização de indicadores logísticos e financeiros que, até então, não estavam disponíveis em conjunto em nenhum levantamento institucional nacional.

Não foram encontrados muitos autores ou estudos para análise desta pesquisa que utilizem explicitamente modelos estatísticos formais (como regressões, modelos econométricos ou testes estatísticos inferenciais) para estimar custos logísticos na saúde, no entanto, pode-se citar alguns autores que aplicaram modelos estatísticos, porém, não com o foco 100% nos dados desta pesquisa. Esses trabalhos mostram que, embora escassos, já há autores aplicando

métodos estatísticos robustos na mensuração de custos em saúde, que podem servir como referência metodológica para futuras revisões desta pesquisa, especialmente para o avanço de uma dissertação com inferência estatística.

No texto de Almeida et al. (2024), os autores propuseram um algoritmo de otimização baseado em simulação para estimar e planejar custos hospitalares, voltado especialmente a países de baixa e média renda, como o Brasil, onde muitos hospitais públicos carecem de sistemas contábeis robustos. O método foi aplicado a uma rede de 17 hospitais públicos e demonstrou ser útil tanto para gestores na elaboração de orçamentos quanto para formuladores de políticas na promoção de um financiamento hospitalar mais justo e eficiente. Demonstraram através do estudo, que no contexto brasileiro, o financiamento hospitalar é feito com base em dados históricos e projeções populacionais, embora essas informações nem sempre estejam disponíveis, corroborando com a mesma dificuldade vivenciada pela discente.

A tese de Arif (2012) aborda a necessidade de mensuração eficaz do desempenho em cadeias de suprimentos diante das exigências crescentes por produtos de alta qualidade, com menor custo e tempo de entrega e a autora propõe um modelo baseado na estrutura SCOR, incorporando métricas lean e não-lean, tratadas por lógica fuzzy, porém, apesar do trabalho estar relacionado a logística, não está associada à área da saúde.

Cardoen (2010), trata da logística assistencial hospitalar, otimizando o uso de centros cirúrgicos e seu artigo realiza uma revisão abrangente das pesquisas operacionais sobre o planejamento e a programação de salas cirúrgicas, através de modelos de programação linear e não linear para alocação destas salas e suas equipes médica, através da aplicação de modelos de otimização matemática. A literatura é analisada sob diferentes perspectivas, como medidas de desempenho, categorias de pacientes, técnicas de solução e tratamento de incerteza, oferecendo subsídios valiosos para estudiosos e gestores hospitalares interessados na otimização dos centros cirúrgicos, porém a abrangência é pequena e não faz a intersecção com recursos públicos.

O documento encontrado que mais se assemelha à indicadores passíveis de mensuração nesta pesquisa, é o de Marinho et al. (2022),

que faz um estudo técnico aplicado de caráter quantitativo, com foco na mensuração da eficiência dos gastos públicos em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo utiliza técnicas quantitativas e estatísticas de análise, baseada em modelos comparativos de eficiência - DEA (Data Envelopment Analysis). A análise considera inputs (como gastos com saúde) e outputs (como indicadores de cobertura e resultados em saúde) e os dados são extraídos de fontes oficiais públicas, como o SIOPS, IBGE e bases do Ministério da Saúde.

Por meio de consultas a documentos oficiais, relatórios quadrimestrais e plataformas públicas de dados, como o CNES, DATASUS, IBGE e portais de transparência estaduais, foi possível calcular e comparar grupo de indicadores (eficiência logística, continuidade da atenção à saúde e impacto sistêmico e governança), portanto, entende-se que a presente pesquisa tem como objetivo específico avaliar a contribuição da logística na redução de custos na saúde pública, propondo indicadores inéditos diretamente relacionados ao impacto sistêmico da gestão logística, o que corrobora com o estudo de Marinho et al. (2022) que avaliou a eficiência do gasto público em saúde de maneira ampla, com foco macroeconômico e sistêmico, abordando temas como financiamento, eficiência técnica dos estados e impacto fiscal, utilizando uma modelagem econométrica e estatística inferencial, como análise de fronteira estocástica (SFA), para calcular a eficiência técnica dos estados brasileiros com base em dados agregados (macro indicadores de saúde, PIB, gastos per capita), apesar de não abordar temas como eficiência logística por exemplo.

Além disso, o trabalho revela lacunas importantes no processo de prestação de contas por parte dos entes federativos e um dos achados mais significativos foi a dificuldade de acesso a informações básicas, como volume de perdas logísticas e dados detalhados de judicialização de medicamentos, o que compromete não apenas o avanço da pesquisa acadêmica, mas a própria transparência na administração pública.

A ausência de respostas a pedidos formais de informação (via e-SIC e ouvidorias), a incompletude dos dados enviados e a ausência de padronização nas informações recebidas evidenciam a fragilidade institucional na gestão e divulgação de dados essenciais à cidadania e à boa governança.

Entre as limitações do estudo, destaca-se a restrição da amostra a apenas três estados que apresentaram dados suficientes para composição dos indicadores propostos, pois a intenção inicial de realizar uma análise abrangente das 27 unidades federativas foi inviabilizada, principalmente pela omissão de informações ou negativa de envio por parte das demais secretarias estaduais de saúde. Além disso, não foi possível obter dados padronizados sobre o tempo médio de entrega de medicamentos aos pacientes, o que impossibilitou a mensuração direta da hipótese H2a.

Como evidenciado nos autores mencionados nos parágrafos anteriores, por não existirem metodologias analíticas já aplicadas às abordagens referentes a este estudo, a construção dos indicadores desenvolvidos nesta pesquisa configurou-se não apenas como um desafio técnico relevante, mas sobretudo como um avanço metodológico inédito no campo da avaliação da logística em saúde pública no Brasil.

Com este olhar, entende-se que esta pesquisa inova ao criar e operacionalizar novos indicadores de eficiência logística (dimensão específica, crítica e ainda subexplorada na literatura nacional), perdas, judicialização e continuidade da atenção, sendo uma proposta ainda inexistente na literatura acadêmica, com potencial de aplicação prática por órgãos públicos, fornecendo insumos para o planejamento estratégico e alocação de recursos em nível federal e estadual, com foco em eficiência técnica, propondo ferramentas concretas para diagnosticar, monitorar e melhorar a gestão logística da saúde pública, com possibilidade de construção de painéis de indicadores estaduais/municipais e desenvolvimento de rankings logísticos públicos.

Apesar dessas limitações, os dados obtidos permitiram inferências importantes, como exemplo verificou-se que estados com melhor estruturação logística, como Santa Catarina, apresentaram de forma geral, menor índice de perdas, menor pressão hospitalar e maior racionalidade nos gastos, inclusive com redução expressiva no gasto médio por paciente entre 2023 e 2024.

Por outro lado, estados com fragilidades logísticas ou ausência de dados claros, como Alagoas, embora apresentem indicadores de baixo custo, carecem de transparência e documentação institucional, o que compromete a confiabilidade das informações apresentadas.

Para pesquisas futuras, recomenda-se o aprofundamento do estudo a partir de três frentes:

- a) a expansão da amostra, mediante cooperação institucional com secretarias e órgãos de controle;**
- b) a aplicação de metodologias qualitativas junto a gestores logísticos para compreensão de barreiras operacionais e estruturais na cadeia de suprimentos da saúde;**
- c) o desenvolvimento de um painel nacional de indicadores logísticos em saúde, com atualização periódica e acesso público, permitindo o monitoramento da eficiência operacional e a identificação de boas práticas a serem replicadas.**

Conforme segue explicação a seguir, ao abordar de forma empírica e comparativa os pontos acima, adquire-se uma base estruturada e metodológica capaz de subsidiar o desenvolvimento de futuras investigações aplicadas à administração pública e à gestão em saúde e dentre os desdobramentos possíveis, destacam-se três campos particularmente relevantes: a construção de um panorama nacional da logística em saúde com base em indicadores padronizados; o desenvolvimento de um painel público de monitoramento logístico; e o aprofundamento das análises sobre cultura de dados e governança nas secretarias estaduais de saúde.

Em primeiro lugar, os indicadores estruturados e analisados neste estudo, apresentam grande potencial para serem aplicados em âmbito nacional, possibilitando comparações sistemáticas entre as 27 unidades federativas. A padronização e replicação dessas métricas viabilizariam a construção de um ranking estadual de eficiência logística, capaz de revelar boas práticas, identificar gargalos estruturais e orientar políticas públicas mais eficazes, bem como a consolidação de um painel nacional com esses indicadores permitiria, além da classificação objetiva das unidades federativas, o mapeamento de regiões com experiências exitosas em gestão logística, promovendo o intercâmbio de soluções eficientes. Esse instrumento também facilitaria o diagnóstico precoce de disfunções operacionais, oferecendo suporte técnico à atuação dos gestores.

Em segundo lugar, o modelo metodológico adotado nesta dissertação pode ser a base para a criação de uma plataforma digital de monitoramento logístico estadual/municipal, de acesso público. Um

painel de indicadores logísticos, atualizado periodicamente, permitiria à sociedade civil, aos órgãos de controle e aos próprios gestores acompanhar em tempo real a eficiência da cadeia de suprimentos em saúde, os níveis de perdas, o uso racional dos insumos e os impactos financeiros decorrentes da má gestão logística. Isso não apenas elevará o padrão de transparência, mas também fortalecerá a capacidade de planejamento estratégico do Estado, integrando dados operacionais, financeiros e assistenciais em uma única base estruturada.

A proposta consiste em aplicar os indicadores desenvolvidos diretamente à realidade administrativa dos estados, visando apoiar a instrumentalização da gestão pública, a construção de benchmarks e o fortalecimento de mecanismos de governança e transparência. Nesse sentido, entende-se que a criação de um painel nacional de indicadores logísticos da saúde com atualização periódica e acesso público, representa uma ferramenta estratégica de alto potencial, pois ao sistematizar os dados com base em critérios padronizados, essa plataforma poderá subsidiar tanto a tomada de decisão na administração pública quanto o avanço da produção científica na área da saúde.

Por fim, os achados relacionados à opacidade informacional, à indisponibilidade de dados e à ausência de padronização nas respostas recebidas pelas secretarias estaduais de saúde revelam a urgência de aprofundar um estudo específico sobre a cultura de dados e os mecanismos de governança informacional no setor público da saúde. O fato de diversas secretarias não atenderem aos pedidos formais de informação, mesmo fundamentados em leis de acesso, indica fragilidades institucionais que merecem ser investigadas, sob a perspectiva da gestão do conhecimento, da transparência pública e da maturidade organizacional.

Portanto, esta pesquisa não apenas responde a uma pergunta empírica central sobre a relação entre logística e custos, como também oferece caminhos concretos para o aprimoramento das políticas públicas em saúde. Os três eixos de estudos propostos benchmarking nacional, monitoramento digital e governança informacional, derivam diretamente dos achados empíricos aqui sistematizados, reafirmando o potencial contributivo desta dissertação para o avanço da ciência aplicada à gestão pública brasileira.

Além de seu valor para a gestão, este trabalho também propõe de forma inovadora, a criação de um painel de indicadores logísticos, que inclusive, poderá beneficiar futuras pesquisas acadêmicas ao oferecer uma base estruturada para a investigação de temas como a relação entre eficiência logística e judicialização da saúde, a sustentabilidade financeira dos sistemas estaduais, o impacto da governança logística nos desfechos clínicos de pacientes crônicos e a avaliação longitudinal do desempenho logístico após a adoção de novos modelos de gestão.

Trata-se, portanto, de uma iniciativa com alto potencial para fortalecer a cultura da transparência, da eficiência e da inovação na saúde pública brasileira, sendo que, o valor desta contribuição não se restringe à análise realizada nesta dissertação, mas se estende à construção de um modelo de avaliação replicável, útil para pesquisadores, gestores e órgãos de controle, ampliando a sistematização de indicadores como os propostos através deste repertório metodológico.



REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

_____. **Construindo o Estado Republicano: democracia e reforma da gestão pública**. Maria Cristina Godoy (Trad.). Rio de Janeiro: FGV, 2009.

_____. Brasil. Tribunal de Contas da União. Referencial básico de governança aplicável a organizações públicas e outros entes jurisdicionados ao TCU. Edição 3 - **Brasília: TCU, Secretaria de Controle Externo da Administração do Estado – Secex Administração**, 2020.

_____. **Código das melhores práticas de governança corporativa**. IBGC, São Paulo, 2017.

ALMEIDA, João Flávio de Freitas et al. Estimating and planning hospital costs of public hospitals in Brazil. **The International Journal of Health Planning and Management**, v. 39, n. 6, p. 1790-1809, 2024.

ALMEIDA, Lucas. **Os impactos da redução do desperdício de medicamentos**. Disponível em: <https://nexxto.com/desperdicio-de-medicamentos/> Acesso em: 01/06/2023.

ANABA, D. C., KESS-MOMOH, A. J., & AYODEJI, S. A. (2024). Optimizing Supply Chain and Logistics Management: A Review of Modern Practices. **Research Journal of Science and Technology**, 11(2), 020–028, 2024.

ARAUJO, Edson; LOBO, Maria Stella; MEDICI, André. Eficiência e sustentabilidade do gasto público em saúde no Brasil. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, v. 14, n. Suplemento 1, p. 86-95, 2022.

ARIF-UZ-ZAMAN, Kazi. **A fuzzy TOPSIS based multi criteria performance measurement model for lean supply chain**. Tese de Doutorado. Queensland University of Technology, 2012.

ARRETCHE, Marta. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2012.

ASSI, Tina-Marie. **Impacts of vaccine cold chain logistics on vaccine epidemiology**. University of Pittsburgh, 2011.

BABBIE, E. **The practice of social research**. 14 ed. Boston, MA: Cengage Learning, 2016.

BALLARI, Daniela et al. **On the development of open geographical data infrastructures in Latin America: progress and challenges**. arXiv preprint arXiv:2501.13235, 2025.

BALLOU, Ronald H. **Gerenciamento da Cadeia de Suprimentos: Logística Empresarial**. Bookman editora, 2009.

BARRETO, Joslene Lacerda; GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 1207-1220, 2010.

BASTOS, Denilson Sant Ana; GADELHA, Carlos Augusto Grabois. A contribuição da logística para o fortalecimento da produção nacional e para o acesso universal no âmbito do SUS. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 171-186, 2023.

BIAZON, V.V. SILVA, P.P.F. **Fundamentos da Administração de Recursos Materiais e Patrimoniais na Gestão Pública – estudo sobre o funcionamento da secretaria da agricultura e do abastecimento – SEAB – de Aranauí** – pr.ii Congresso Nacional de Pesquisa em Ciências Sociais Aplicadas – II CONAPE Francisco Beltrão/PR, 02, 03 e 04 de outubro de 2013.

BORGES, M. R. S., & BERBERIÁN, A. P., **Metodologia da pesquisa científica: guia prático para apresentação de trabalhos acadêmicos**. Editora Gen | Grupo Editorial Nacional, 2019.

BOWERSOX, Donald J.. **Logística Empresarial: O processo de integração da cadeia de suprimento**. São Paulo: Atlas S.A, 2007.

BRASIL. Lei N° 14.133, de 1 de abril de 2021. **Dispõe sobre licitações e contratos administrativos**. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2021.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. **Manual de Informações do Sistema de Custos do Governo Federal** – MIC. Brasília: STN, 2025.

BRESSER PEREIRA, L.C. **Instituições, bom estado e Reforma da Gestão Pública**. In: BIDERMAN, Ciro; ARVATE, Paulo. **Economia do Setor Público no Brasil**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BUTA, B. O., & Teixeira, M. A. C. Governança pública em três dimensões: conceitual, mensural e democrática. **Organizações & Sociedade**, 27(94), 370–395, 2020.

CARDOEN, Brecht; DEMEULEMEESTER, Erik; BELIËN, Jeroen. Operating room planning and scheduling: A literature review. **European journal of operational research**, v. 201, n. 3, p. 921-932, 2010.

CARDOSO, Alessandra Marques. 8ª Jornada Científica da SES-GO. **Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás**, v. 11, p. 1-107, 2025.

CASTILHO, V.; CASTRO, L. C. Logística hospitalar: um estudo sobre desempenho logístico na gestão pública. **Revista de Administração em Saúde**, v. 22, n. 2, 2022.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. **(Coleção Sociologia)**, Petrópolis: Vozes, 2008.

CERETTA, J. C., SSEIBERT, R. M.; Callegaro, A. R. C. Gestão hospitalar: a auditoria operacional como ferramenta estratégica para o controle de desperdícios. **Revista De Gestão E Secretariado**, 14(3), 2663–2675, 2023.

CHIAVENATO, I. Iniciação à teoria das organizações. **Barueri, SP**, 2010.

CHOPRA, S.; MEINDL, P. **Supply chain management: strategy, planning, and operation**. New Jersey: Prentice Hall, 2001.

CORRÊA, H L.; CORRÊA, C.A. **Administração de produção e operações: manufatura e serviços – uma abordagem estratégica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

COSTA, A.L. Sistema de compras públicas e privadas no Brasil. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 35, n. 4, out./dez. 2000.

COSTA, A. R.; GOUVEIA, M. S. Indicadores de eficiência hospitalar no SUS: uma análise integrada. **Revista de Gestão em Saúde Pública**, v. 9, n. 2, p. 44–59, 2023.

CNES, Disponível em: https://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=53&VMun=&VComp=202312. Acesso em: 23/06/2025.

CRUZ, N. F.; MARQUES, R. C. New development: The challenges of designing municipal governance indicators. **Public Money & Management**, 33(3), 209-212, 2013.

DA SILVA, Mateus Magalhães; DE MENDONÇA SILVA, Elisabeth Maria; SANTANA, Isael José. Judicialização da Saúde no Brasil. **Revista Políticas Públicas & Cidades**, v. 13, n. 2, 2024.

DE AMORIM, Daniel Meireles; DA MATA DIAS, Maria Rejiane; ROMÁRIO, Elayne Cristina Araújo. ARTIGO-OS PILARES TRANSPARÊNCIA, INFORMAÇÃO E CONTROLE SOCIAL PARA A GOVERNANÇA PÚBLICA.

CODS-Colóquio Organizações, Desenvolvimento e Sustentabilidade, v. 15, 2024.

DE CASTRO ROSA, Renata; DE OLIVEIRA XAVIER, Renata; DE MELO BRAGA, Luiz Bandeira. Otimização dos processos de controle de estoque de materiais e medicamentos em uma farmácia hospitalar. **Revista Petra**, v. 1, n. 2, 2015.

DE MARCO, Larissa. **Receita municipal: como a estrutura federativa brasileira afeta a capacidade de arrecadação e determina o grau de dependência dos municípios**. Editora Dialética, 2024.

DOS REIS, Livia Cristina Ribeiro. Agentes de implementação: uma maneira de analisar políticas públicas na educação brasileira ... **Políticas públicas na educação brasileira**, p. 49, 2017.

DOS SANTOS NOGUEIRA, Paula Priscila Miranda; BAIENSE, Alex Sandro Rodrigues. Atuação do farmacêutico na logística e no sistema de qualidade na indústria farmacêutica. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 10, p. 451-469, 2023.

FATEL, Karina de Oliveira et al. Desafios na gestão de medicamentos de alto preço no SUS: avaliação da Assistência Farmacêutica em São Paulo, Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, v. 26, n. 11, p. 5481-5498, 2021.

FERREIRA F, J.C.R.1; Correia, G.T.1; Mastroianni, P.C.1 Acesso a medicamentos essenciais em farmácias e drogarias do Município de Araraquara. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 31, n. 2, 2010.

GABRIEL, Ivanir Sérgio. **Central de serviços compartilhados e sua contribuição para a excelência operacional: uma análise das expectativas iniciais versus os resultados alcançados em organizações no Brasil**. 2022. Tese de Doutorado.

GADELHA CAG, Temporão JG. Desenvolvimento, Inovação e Saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. 2018; 23(6):1891-902.

GENNARO, A. R. Remington: **A ciência e a prática da farmácia**. 20 Ed. Editora Guanabara koogan V.1 Rio de Janeiro 2012.

GERRING, John. **Case study research: Principles and practices**. Cambridge university press, 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GIL, Antonio Carlos. **Como preparar projetos de pesquisa**. Editora Atlas SA, 2002.

GIOVANELLA, L., MENDONÇA, M. H. M., & ALMEIDA, P. F. Atenção primária à saúde no Brasil: desafios e perspectivas. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 32, n. 1, p. 10–24, 2024.

GISSELQUIST, R. M. **Developing and evaluating governance indexes: 10 questions**. **Policy Studies**, 35(5), 513-531, 2014.

GOBBATO, Gabriela dos Santos et al. **Judicialização da Saúde no Distrito Federal: Um panorama a partir dos dados da 5ª e da 6ª Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde do MPDFT**. Brasília: MPDFT, 2023. Disponível em: www.mpdft.mp.br

GUIMARÃES, K. M. S. Uma abordagem teórica do gerenciamento de custos e avaliação do desempenho na administração pública. **Revista Brasileira de Contabilidade**, Brasília, ano XXX, n. 128, p. 35-43, mar./abr. 2001.

HALMENSCHLAGER, Daniel Mezzomo. **Aplicação de técnicas de previsão de demanda e gestão de estoques em um hospital público de ensino superior**. 2022.

HOWLETT, Michael; RAMESH, Mishra; PERL, Anthony. **Política Pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integral**, Rio de Janeiro, 2013.

IBGC (Instituto Brasileiro De Governança corporativa). **Código das Melhores Práticas de Governança Corporativa**. 5. ed. IBGC, São Paulo, 2015.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil, grandes regiões**. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas - Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação**. Rio de Janeiro: IBGE; 2014. 181 p.

JOHNSON, R. Burke; ONWUEGBUZIE, Anthony J. Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. **Educational researcher**, v. 33, n. 7, 2004.

LENIR SANTOS, Guido Ivan da Carvalho. **Sistema único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90)**. 2. ed. rev. e amp. São Paulo, 1995.

LIMA, Marcelo Marques de. **Análise das estratégias adotadas pelo governo federal para atração e fixação de médicos em regiões remotas**. 2022. Tese de Doutorado.

LOBO, Saulo Maurício Silva; SOUZA JÚNIOR, Armando Araújo de. Governança pública e combate à corrupção: relações e implicações na visão do Tribunal de Contas da União. In: **OPEN SCIENCE RESEARCH VIII**. Editora Científica Digital, 2022. p. 781-811.

ŁUKASIK, Z. et al. Logistics Planning as an Important Element of Strategic Decisions in Production Management in the Company. **Scientific Journal of Silesian University of Technology**. Series Transport, n. 122, p. 151-180, 2024.

MACEDO, Renata Cristina Resende. **Judicialização da assistência farmacêutica em Minas Gerais uma análise da correlação entre proteção aos direitos de propriedade intelectual e o perfil das demandas por medicamentos atendidas pela Secretaria de Estado de Saúde no ano de 2010**. 2012.

MACHADO, L. K. C.; SANTOS, A. C. Índice de Desempenho Logístico (LPI): uma análise da eficiência logística e da importância dos seus indicadores. **Revista Ciências da Administração**, 23(1), 45-62, 2021.

MALITO, D. **Entre a Saúde e a Assistência: uma análise micropolítica das práticas de cuidado nas políticas públicas**. Nau Editora, 2024.

MARCHETTI, Dalmo dos Santos; FERREIRA, Tiago Toledo. **Situação atual e perspectivas da infraestrutura de transportes e da logística no Brasil**. 2012.

MARINHO, Alexandre; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; FUNCIA, Francisco Rózsa; VIANNA SOBRINHO, Luiz; TASCA, Renato; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e; CARDOSO, Simone de Souza. **SUS: avaliação da eficiência do gasto público em saúde**. (Ipea) - Brasília, 2022.

MARTINS, G. A. Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa. 2. ed. **São Paulo: Atlas**, 2008.

MEDINA, M. G. et al. Atenção primária à saúde e sustentabilidade do SUS: desafios estruturais e estratégias de fortalecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 5, 2023.

MENEZES, D. A.; ROCHA, L. S. Eficiência hospitalar e gestão logística: desafios para o SUS. **Revista Brasileira de Políticas Públicas e Gestão**, v.10, n.1, p.33–51, 2023

MENEZES, T. Logística: Planejamento, Implementação e Controle de Fluxos. **Revista de Administração e Logística**, v. 15, n. 1, p. 45–60, 2024.

MINAYO, M.C.S. e GUALHANO, L. **Importância intangível do SUS**. SciELO em Perspectiva | Press Releases, 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 1990. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>. **Acessado em 01 de junho de 2023.**

MOTA, R. S. et al. Notificação de incidentes relacionados à cadeia medicamentosa em um hospital de ensino. **Enfermagem Brasil**, v. 21, n. 5, p. 543-555, 2022.

MOURA, Benjamim. **Logística: conceitos e tendências**. Centro Atlantico, 2006.

NOVAES, Antônio G. **Logística e gerenciamento da cadeia de distribuição: estratégia, operação e avaliação**. Rio de Janeiro: Campus, 2007.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio Organizador et al. **SUS: avaliação da eficiência do gasto público em saúde**. 2023.

OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda; OSÓRIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. **Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2007.

OLIVEIRA, T. L.; SANTOS, C. M.; MIRANDA, L.P.; NERY, M. L. F.; CALDEIRA, A. P.. Fatores associados ao custo das internações hospitalares por doenças sensíveis à Atenção Primária no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS).Hospital beds per 1,000 population. Geneva: WHO. **Disponível em: <https://www.who.int/data>**. **Acessado em 01 de junho de 2023.**

PAIM, Jairnilson. **O que é o SUS ?** SciELO-Editora FIOCRUZ, 2009.

PEREIRA, Adelyne Maria Mendes; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Descentralização e regionalização da política de saúde: abordagem histórico-comparada entre o Brasil e a Espanha. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, p. 2239-2252, 2018.

PEREIRA, A. R.; Monteiro, G. S. Eficiência dos gastos públicos em saúde: indicadores e desafios da atenção primária. **Revista de Administração Pública e Gestão Social**, v. 15, n. 2, 2023.

PIOVESAN, F., & VENTURA, D. **Judicialização da saúde e políticas públicas: entre o direito e o risco**. São Paulo: Editora Fiocruz, 2022.

PIRES, Roberto Rocha Coelho; GOMIDE, Alexandre de Ávila. Governança e capacidades estatais: uma análise comparativa de programas federais. **Revista de sociologia e política**, v. 24, n. 58, p. 121-143, 2016.

PLATT, Allan Augusto; NUNES, Rogério da Silva. Logística e cadeia de suprimentos. **Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC**, 2015.

QUENTAL, C., Gadelha, C. A. G., & Fialho, B. C. (2001). O papel dos institutos públicos de pesquisa na inovação farmacêutica. **Revista de Administração Pública**, 33(5), 135-161.

RDQA DF 2023, Disponível em: https://info.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2024/04/Relatorio_Detalhado_do_Quadrimestre_Anterior__3_RDQA_2023.pdf. Acesso em: 23/06/2025 .

RDQA DF 2024, Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2025/06/3o-RDQA-2024-FORMATACAO-FINAL-01.04.2025.pdf> Acesso em: 23/06/2025 .

RDQA SC 2023, Disponível em: https://www.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2024/06/RDQA-3o-Quadrimestre-2023_SESAU.pdf. Acesso em: 23/06/2025.

RDQA SC 2024, Disponível em: https://www.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2025/02/Anexo_RDQA_1_e_2_2024_DOMI_SESAU.pdf. Acesso em: 23/06/2025.

RECH, Norberto; FARIAS, Marení Rocha. Regulação sanitária e desenvolvimento tecnológico: estratégias inovadoras para o acesso a medicamentos no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 11, p. 5427-5440, 2021.

REIS, Adriano Max Moreira; PERINI, Edson. Desabastecimento de medicamentos: determinantes, consequências e gerenciamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 603-610, 2008.

RODRIGUES, T. S.; SILVA, F. A. Eficiência pública e controle dos gastos judiciais na saúde: uma análise a partir da logística de medicamentos. **Revista Gestão Pública em Debate**, v. 9, n. 1, 2023.

ROVER, Marina Rajiche Mattozo et al. Acesso a medicamentos de alto preço: desigualdades na organização e resultados entre estados brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 5499-5508, 2021.

SANTOS, B. Caminhos da inovação no setor público. Brasília: Enap, 2022. 392 p.
Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/7420/1/caminhos_da_inovacao_no_setor_publico.pdf. Acesso em 01 junho 2025.

SANTOS, T. B. S.; MOREIRA, A. L. A.; SUZART, N. A.; PINTO, I. C. Gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde: problemáticas de estudos em política, planejamento e gestão em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2020.

SCHENKMAN, Simone et al. Padrões de desempenho da atenção primária à saúde diante da COVID-19 no Brasil: características e contrastes. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, p. e00009123, 2023.

SEAWRIGHT, Jason; GERRING, John. Case selection techniques in case study research: A menu of qualitative and quantitative options. **Political research quarterly**, v. 61, n. 2, p. 294-308, 2008.

SILVA, José Agenor Alvares da; COSTA, Ediná Alves; LUCCHESI, Geraldo. SUS 30 anos: vigilância sanitária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1953-1961, 2018.

SLACK, Nigel; BRANDON-JONES, Alistair; BURGESS, Nicola. **Administração da produção**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2023.

SOUSA, Andréa Modesto. Logística hospitalar: a eficiência do processo de suprimento de medicamentos na rede pública hospitalar do Distrito Federal. 2011. 76f. Monografia (Bacharelado) – **Universidade de Brasília, Departamento de Administração**, 2011.

SOUZA, Jefferson de Oliveira. **Licitações públicas os impactos e desafios da regulamentação da nova lei de licitações**. 2023.

STARKS, G. The evolution and adoption of a supply chain focus in public organizations. **Contract Management**, May 2006.

TORRES, A. W. M. et al. **Gestão de estoques: um estudo de parâmetros para o planejamento de reposição de medicamentos de saúde mental da gerência de suprimento de medicamentos e correlatos de Maceió**. 2022.

VASCONCELOS, Cristina Demartini Gontijo. **O papel do planejamento logístico na otimização das aquisições do Ministério da Saúde**. 2012.

VAZ, José Carlos; LOTTA, Gabriela Spanghero. A contribuição da logística integrada às decisões de gestão das políticas públicas no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 45, p. 107-139, 2011.

VIACAVA, Francisco et al. Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 7, p. 2745-2760, 2019.

VIEIRA, F. M.; SANSON DE BEM, J.; FERREIRA, R. H. da S. Gerenciamento sustentável da cadeia de suprimentos: mensuração da perda de estoque de medicamentos num hospital universitário. **Revista ENIAC Pesquisa**, v. 11, n. 2, p. 279–301, 2022

VIEIRA FS, Zucchi P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Rev Saude Publica**. 2007;41(2):214–22.

VIEIRA, FS. **Desafios do Estado quanto à incorporação de medicamentos no Sistema Único de Saúde**, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) - Brasília , 2019.

VIEIRA, Hélio Flávio. Gestão de estoques e operações industriais. **Curitiba: IESDE BRASIL SA**, 2009.

WANNMACHER, Lenita. Medicamentos essenciais: vantagens de com este contexto. In: **Uso racional de medicamentos: temas selecionados**. v. 3, n. 2, Brasília, 2006.

WIDS, I. et al. Eixo 5-Orçamento, Planejamento e Gestão em Saúde. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 6, p. 615-725, 2017.

WILLIAMSON, O. E. Prologue: The mechanisms of governance. In O. E. Williamson, *The mechanisms of governance* (pp. 3-20). New York: **Oxford University Press**, 1996.

YIN, R. K. **Estudo de caso: Planejamento e métodos**. 5. ed. Tradução Ana Thorell. Porto Alegre: Bookman, 2015.



APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICES

ANEXO A – PEDIDO DE ACESSO A INFORMAÇÃO

INSTITUTO BRASILEIRO DE ENSINO,
DESENVOLVIMENTO E PESQUISA

OFÍCIO

Brasília/DF, 11 de outubro de 2024.

**À SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
AO(A) EXMO(A). SR(A). SECRETÁRIO(A) DE SAÚDE**

Assunto: Solicitação de informações para desenvolvimento de pesquisa acadêmica

Prezados(as) Senhores(as),

O Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa (IDP), por meio de seu Programa de Pós-graduação em Administração Pública, curso de Mestrado Profissional em Administração Pública, vem, respeitosamente, solicitar a colaboração dessa Secretaria no fornecimento de informações necessárias para a realização da pesquisa desenvolvida pela mestrandia Patricia Therezinha Lazzarini, brasileira, farmacêutica, inscrita no CPF sob o nº 173.309.688-46 e no RG nº 19.981.360.

O estudo em questão aborda o tema "A Importância da Logística na Saúde em Benefício da Administração Pública nos Estados Brasileiros", e visa contribuir para o aprimoramento da gestão pública, especialmente no que tange à eficiência logística no setor de saúde. Para tanto, é essencial o acesso a dados relacionados às práticas logísticas, desafios, políticas adotadas e os resultados obtidos por essa Secretaria no gerenciamento de insumos e serviços de saúde.

Segue abaixo as informações relevantes referente ao período compreendido entre os anos de 2013 e 2023:

1. O Estado possui gestão logística de materiais e medicamentos própria? Desde que data?
2. O Estado possui gestão logística de materiais e medicamentos terceirizada? Desde que data?
3. Valor anual da perda de materiais e medicamentos decorrente de vencimento e/ou avarias;
4. Quantidade anual de materiais e medicamentos perdidos por vencimento e/ou avarias;
5. Valor anual destinado à aquisição de materiais e medicamentos;
6. Valor anual correspondente ao consumo de materiais e medicamentos;
7. Valor anual gasto com internação hospitalar de pacientes;
8. Número anual de internações hospitalares;
9. Número anual de atendimentos realizados na atenção básica à saúde;
10. Valor anual despendido com a atenção básica à saúde;

INSTITUTO BRASILEIRO DE ENSINO,
DESENVOLVIMENTO E PESQUISA



11. Valor anual despendido em decorrência da judicialização de materiais e medicamentos;
12. Valor médio anual gasto por paciente internado;
13. Número de leitos hospitalares públicos disponíveis anualmente;
14. Número estimado de habitantes por ano;
15. Produto Interno Bruto (PIB) anual do Estado.

As informações solicitadas serão tratadas com total confidencialidade e utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos, de acordo com as normas éticas e de pesquisa do IDP. Além disso, a pesquisa tem como objetivo proporcionar contribuições práticas para o aprimoramento das políticas públicas de saúde.

Desde já, agradecemos pela atenção e pela eventual colaboração, que será de grande valia para o desenvolvimento desta pesquisa. Colocamo-nos à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas ou fornecer mais detalhes sobre o projeto.

Atenciosamente,

Documento assinado digitalmente
 PAULO ALEXANDRE BATISTA DE CASTRO
 Data: 11/10/2024 10:42:20-0300
 verifique em <https://validar.it.gov.br>

PROF. DR. PAULO ALEXANDRE BATISTA DE CASTRO

Coordenador-adjunto do Programa de Pós-graduação em Administração Pública

Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa – IDP

paulo.castro@idp.edu.br

Documento assinado digitalmente
 MILTON DE SOUZA MENDONÇA SOBRINHO
 Data: 11/10/2024 09:30:44-0300
 verifique em <https://validar.it.gov.br>

PROF. DR. MILTON DE SOUZA MENDONÇA SOBRINHO

Orientador da Pesquisa

Docente Permanente do Programa de Pós-graduação em Administração Pública

Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa – IDP

milton.sobrinho@idp.edu.br

ANEXO B – OFÍCIO ALAGOAS



ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 Gerência de Atenção Primária
 Av. da Paz, 978, - Bairro Jaraguá, Maceió/AL, CEP 57022-050
 Telefone: (82) 3315-1102 - <http://www.saude.al.gov.br>

Despacho

PROCESSO	E:02000.0000019417/2025
INTERESSADO	@nome_interessado@
ASSUNTO	LAI: Demanda do e-SIC

A Superintendência de Atenção Primária e Ações Estratégicas/SUAPAE

1. Trata-se de Processo Administrativo Eletronicamente tombado sob nº. SEI: E:02000.0000019417/2025, impulsionado pela Assessoria Executiva de Transparência/ASSET, a qual vem solicitar informações de Direito Público deste setor com base na **LEI 8.087/2019 de ACESSO À INFORMAÇÃO de 11 DE JANEIRO DE 2019**.

2. **Em atendimento a solicitação feita na inicial através do** Memorando n.º E:152/2025/Assessoria Executiva de Transparência, Id. nº. 32397135, esta Gerência tomou ciência, retornando os autos a essa Superintendência com a devida explicação, anexa.

Gerência de Atenção Primária, em 02 de junho de 2025.



Documento assinado eletronicamente por **Maria Aparecida da Conceição Tenório, Assessora Técnica** em 02/06/2025, às 10:50, conforme horário oficial de Brasília.



Documento assinado eletronicamente por **Krisna Regina de Amorim Rocha, Gerente** em 02/06/2025, às 11:00, conforme horário oficial de Brasília.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.al.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **32581867** e o código CRC **1261CD1B**.

Processo n.º E:02000.0000019417/2025

Revisão 01 SEI ALAGOAS

SEI n.º Documento 32581867



**ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
ASSESSORIA DA SUPERINTENDÊNCIA PARA ATENÇÃO A SAÚDE E AÇÕES ESTRATÉGICAS
GERÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA
SUPERVISÃO DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE**

AVENIDA DA PAZ, 1008 - Maceió - AL – CEP: 57025-050
Fone: (82) 3315-2874 - CNPJ: 12.200.259/0001-65

Em resposta ao Memorando n.º E:152/2025/Assessoria Executiva de Transparência, os itens 09 e 10.

9. Número anual de atendimentos realizados na atenção básica à saúde

O SISAB (Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica) é um sistema de informação criado pelo Ministério da Saúde para centralizar e organizar dados de saúde da atenção primária. Ele integra a estratégia e-SUS APS, que busca melhorar a gestão da informação, a automação de processos e a qualidade da atenção básica.

<https://sisab.saude.gov.br/>

Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS/MS

Dados sujeitos à alteração

Estado: AL.

Tipo de Produção: Atendimento Individual.

Ano	Qtd. Atendimentos na APS
2024	4.257.240
2023	3.613.483

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB

Dado gerado em: 27 de Maio de 2025 - 08:10h

10. Valor anual despendido com a atenção básica à saúde

O PROSAUDE – Programa de Fortalecimento da Atenção Básica do Estado de Alagoas, que tem como objetivo melhorar as condições existentes no âmbito da Atenção Básica da Saúde no estado, com ênfase na Estratégia Saúde da Família, e garantir à população alagoana Universalidade, Integralidade, e Equidade de acesso no atendimento na Rede de Assistência Básica de Saúde, e consequentemente, reduzir as desigualdades e melhorar os indicadores de saúde do estado.

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE DE ALAGOAS
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
GAP - GERÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA**

PROGRAMA DE FORTALECIMENTO DE ATENÇÃO BASICA DO ESTADO DE ALAGOAS – PROSAUDE – REFERENTE AO MÊS JANEIRO DE 2023.	
VALOR TOTAL PAGO 2023	R\$ 9.004.883,42
VALOR TOTAL PAGO 2024	R\$ 9.653.200,00



Estado de Alagoas
Secretaria Estadual de Saúde – SESAU
Superintendência da Atenção Ambulatorial e Especializada – SUAHE
Gerência de Assistência Hospitalar – GAH

QUANTITATIVOS DOS LEITOS DAS UNIDADES HOSPITALARES SOB GESTÃO ESTADUAL

Tabela 1 – Leitos do ano de 2023.

Unidade Hospitalares Ano base: 2023	Enf. Clínica	Enf. Cirurgica	Pediatria	UTI Adulto	UTI Ped.	UTI Neo.	Obstetria	Isolamento	Queimados Adulto e Ped.	TOTAL
Hosp. da Mulher Dra. Nise da Silveira	14	16	01	20	10	08	49	-	-	118
HGE - Dr. Osvaldo Brandão Vilela	105	110	32	23	10	-	-	01	16	297
Hosp. de Emerg. Dr. Daniel Houly	100	49	03	23	-	-	-	-	-	175
Hosp. Metropolitano de Alagoas	121	30	-	30	-	-	-	-	-	181
Hosp. Regional da Mata	30	38	06	20	-	-	12	-	-	106
Hosp. Regional do Norte	32	34	14	10	-	-	18	05	-	113
Hosp. Regional do Alto Sertão	50	10	14	20	-	-	12	01	-	107
Hosp. do Coração Prof. Adib Jatene	28	30	06	-	-	-	-	03	-	67
Hosp. da Criança	52	12	-	-	-	-	-	-	-	64
Unidade Dra. Quitéria Bezerra de Melo	13	-	08	-	-	-	04	-	-	25
Unidade Mista Sen. Arnon A. F. de Melo	24	-	10	-	-	-	08	-	-	42
TOTAL	569	329	94	146	20	08	103	10	16	

Fonte: <https://cnes.datasus.gov.br/> em 30/05/2025. Sujeito a alterações.

Tabela 2 – Leitos do ano de 2024.

Anexo (32592810) SEI E:02000.0000019417/2025 / pg. 4



Estado de Alagoas
Secretaria Estadual de Saúde – SESAU
Superintendência da Atenção Ambulatorial e Especializada – SUAHE
Gerência de Assistência Hospitalar – GAH

Unidade Hospitalares Ano base: 2024	Enf. Clínica	Enf. Cirurgica	Pediatria	UTI Adulto	UTI Ped.	UTI Neo.	Obstetria	Isolamento	Queimados Adulto e Ped.	TOTAL
Hosp. da Mulher Dra. Nise da Silveira	14	16	01	20	10	08	49	-	-	118
HGE - Dr. Osvaldo Brandão Vilela	105	110	32	23	10	-	-	01	16	297
Hosp. de Emerg. Dr. Daniel Houly	100	49	03	23	-	-	-	-	-	175
Hosp. Metropolitano de Alagoas	107	40	-	30	-	12	-	03	-	192
Hosp. Regional da Mata	30	38	03	20	-	-	12	-	-	103
Hosp. Regional do Norte	32	34	14	10	-	-	18	05	-	113
Hosp. Regional do Alto Sertão	50	10	14	20	-	-	12	01	-	107
Hosp. do Coração Prof. Adib Jatene	28	30	06	10	04	-	-	03	-	81
Hosp. da Criança	52	12	-	-	-	-	-	-	-	64
Unidade Dra. Quitéria Bezerra de Melo	13	-	08	-	-	-	04	-	-	25
Unidade Mista Sen. Arnon A. F. de Melo	24	-	10	-	-	-	08	-	-	42
TOTAL	555	339	91	156	24	20	103	13	16	

Fonte: <https://cnes.datasus.gov.br/> em 30/05/2025. Sujeito a alterações.

LUAN RAMOS FERREIRA DA SILVA
Gerente de Assistência Hospitalar

Anexo (32592810) SEI E:02000.0000019417/2025 / pg. 5

Ministério da Saúde

CNESNet
Secretaria de Atenção à Saúde

DATASUS

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Home Institucional Serviços Relatórios Consultas

Consulta
Leitos

Estado:
ALAGOAS

Município:
-ESCOLHA MUNICÍPIO-

Competência:
ATUAL

Imprimir

CIRÚRGICO				
Codigo	Descrição	Existente	Sus	
01	BUCO MAXILO FACIAL	51	39	
02	CARDIOLOGIA	102	47	
03	CIRURGIA GERAL	703	574	
04	ENDOCRINOLOGIA	7	3	
05	GASTROENTEROLOGIA	20	14	
06	GINECOLOGIA	79	57	
08	NEFROLOGIAUROLOGIA	104	67	
09	NEUROCIRURGIA	100	79	
11	OFTALMOLOGIA	68	44	
12	ONCOLOGIA	122	99	
13	ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	402	306	
14	OTORRINOLARINGOLOGIA	37	14	
15	PLASTICA	54	19	
16	TORACICA	26	16	
67	TRANSPLANTE	21	13	
90	QUEIMADO ADULTO	10	10	
91	QUEIMADO PEDIATRICO	6	6	
TOTAL CIRÚRGICO		1912	1407	
CLÍNICO				
Codigo	Descrição	Existente	Sus	
31	AIDS	22	20	
32	CARDIOLOGIA	202	175	
33	CLINICA GERAL	1671	1426	
35	DERMATOLOGIA	3	1	
36	GERIATRIA	45	5	
37	HANSENOLOGIA	1	0	
38	HEMATOLOGIA	17	11	
40	NEFROUROLOGIA	76	42	
41	NEONATOLOGIA	24	17	
42	NEUROLOGIA	124	112	
44	ONCOLOGIA	200	139	
46	PNEUMOLOGIA	32	24	
66	UNIDADE ISOLAMENTO	45	36	
87	SAUDE MENTAL	61	31	
TOTAL CLÍNICO		2523	2039	
OBSTÉTRICO				
Codigo	Descrição	Existente	Sus	
10	OBSTETRICIA CIRURGICA	456	380	
43	OBSTETRICIA CLINICA	481	438	
TOTAL OBSTÉTRICO		937	818	
PEDIÁTRICO				
Codigo	Descrição	Existente	Sus	
45	PEDIATRIA CLINICA	600	516	
68	PEDIATRIA CIRURGICA	93	75	
TOTAL PEDIÁTRICO		693	591	
OUTRAS ESPECIALIDADES				
Codigo	Descrição	Existente	Sus	
34	CRONICOS	9	7	
47	PSIQUIATRIA	596	436	

11/06/2025 14:50

CnesWeb - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

48	REABILITACAO	46	1
49	PNEUMOLOGIA SANITARIA	19	19
84	ACOLHIMENTO NOTURNO	21	21
TOTAL OUTRAS ESPECIALIDADES		691	484
HOSPITAL DIA			
Codigo	Descrição	Existente	Sus
07	CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO	92	40
69	AIDS	11	4
73	SAUDE MENTAL	25	0
TOTAL HOSPITAL DIA		128	44
COMPLEMENTAR			
Codigo	Descrição	Existente	Habilitados
74	UTI ADULTO - TIPO I	65	16
75	UTI ADULTO - TIPO II	350	273
76	UTI ADULTO - TIPO III	52	50
77	UTI PEDIATRICA - TIPO I	6	0
78	UTI PEDIATRICA - TIPO II	74	46
79	UTI PEDIATRICA - TIPO III	21	19
80	UTI NEONATAL - TIPO I	22	0
81	UTI NEONATAL - TIPO II	94	75
82	UTI NEONATAL - TIPO III	28	19
85	UTI CORONARIANA TIPO II - UCO TIPO II	10	0
86	UTI CORONARIANA TIPO III - UCO TIPO III	10	10
92	UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CONVENCIONAL	173	132
93	UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CANGURU	43	22
94	UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS PEDIATRICO	2	2
95	UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS ADULTO	43	35
TOTAL COMPLEMENTAR		993	699
Sumário			
TOTAL CLÍNICO/CIRÚRGICO		4435	3446
TOTAL GERAL MENOS COMPLEMENTAR		6884	5383

Para mais informações quanto ao registro de leitos no CNES acesse:
https://wiki.saude.gov.br/cnes/index.php/Principais_Conceitos

RELATÓRIO SOBRE TOTAL DE INTERNAÇÕES OCORRIDAS

Movimento de AIH - Arquivos Reduzidos

Freqüência por Ano processamento segundo Município internação

Município internação	2023	2024	2025	Total
TOTAL GERAL	154.829	174.220	34.904	363.953
270010 AGUA BRANCA	154	167	36	357
270030 ARAPIRACA	27.001	31.237	7.043	65.281
270040 ATALAIA	224	220	50	494
270070 BATALHA	881	1.251	265	2.397
270100 BOCA DA MATA	62	67	13	142
270130 CAJUEIRO	111	99	0	210
270140 CAMPO ALEGRE	401	486	125	1.012
270170 CAPELA	391	200	0	591
270210 COLONIA LEOPOLDINA	28	15	3	46
270230 CORUIPE	6.623	12.574	2.820	22.017
270235 CRAIBAS	51	63	10	124
270240 DELMIRO GOUVEIA	5.681	6.153	1.014	12.848
270280 FLEXEIRAS	12	11	0	23
270300 IBATEGUARA	44	34	7	85
270380 JOAQUIM GOMES	143	104	0	247
270400 JUNQUEIRO	277	275	53	605
270420 LIMOEIRO DE ANADIA	53	0	0	53
270430 MACEIO	73.687	78.382	16.774	168.843
270450 MARAGOGI	183	199	0	382
270470 MARECHAL DEODORO	124	160	36	320
270500 MATA GRANDE	138	158	8	304
270510 MATRIZ DE CAMARAGIBE	123	32	0	155
270550 MURICI	38	0	0	38
270630 PALMEIRA DOS INDIOS	5.822	5.945	1.264	13.031
270640 PAO DE ACUCAR	324	94	0	418
270670 PENEDO	4.313	4.834	0	9.147
270680 PIACABUCU	51	25	0	76
270690 PILAR	2.296	2.524	442	5.262
270710 PIRANHAS	379	372	49	800
270730 PORTO CALVO	5.220	6.691	1.070	12.981
270760 QUEBRANGULO	66	63	8	137
270770 RIO LARGO	228	375	76	679
270800 SANTANA DO IPANEMA	9.161	9.156	1.838	20.155
270830 SAO JOSE DA LAJE	133	59	0	192
270840 SAO JOSE DA TAPERA	286	344	85	715
270850 SAO LUIS DO QUITUNDE	134	82	5	221
270860 SAO MIGUEL DOS CAMPOS	4.989	5.776	1.011	11.776
270915 TEOTONIO VILELA	1.562	1.490	102	3.154
270920 TRAIPU	37	55	13	105
270930 UNIAO DOS PALMARES	3.132	4.172	624	7.928
270940 VICOSA	266	276	60	602

FILTRO UTILIZADO

[Opções]

DEF=Z:\TABWIN NOVO\TABWIN NOVO\SIH\RD2008.DEF

PATH=Z:\TABWIN NOVO\TABWIN NOVO\SIH\DATOS SIH\SIH\RD*.DBC

Linha=Município internação

Coluna=Ano processamento

RELATÓRIO SOBRE VALOR ANUAL GASTO C/ INTERNAÇÃO

Movimento de AIH - Arquivos Reduzidos

Valor Total por Ano processamento segundo Município interinação

Município interinação/ANO	2023	2024	2025	Total
Total	R\$ 214.495.785,99	R\$ 263.245.164,18	R\$ 58.920.217,95	R\$ 536.655.096,12
270010 AGUA BRANCA	R\$ 54.691,62	R\$ 67.039,47	R\$ 12.302,73	R\$ 134.033,82
270030 ARAPIRACA	R\$ 49.436.326,81	R\$ 56.243.703,87	R\$ 13.700.756,44	R\$ 119.380.787,12
270040 ATALIAIA	R\$ 106.904,41	R\$ 98.237,11	R\$ 20.919,01	R\$ 226.060,53
270070 BATALHA	R\$ 375.363,11	R\$ 570.194,41	R\$ 125.330,83	R\$ 1.070.888,35
270100 BOCA DA MATA	R\$ 27.986,80	R\$ 30.243,80	R\$ 5.868,20	R\$ 64.098,80
270130 CAJUEIRO	R\$ 49.052,74	R\$ 43.896,60	R\$ 0,00	R\$ 92.949,34
270140 CAMPO ALEGRE	R\$ 176.558,98	R\$ 223.228,89	R\$ 53.182,20	R\$ 452.970,07
270170 CAPELA	R\$ 142.654,56	R\$ 76.257,54	R\$ 0,00	R\$ 218.912,10
270210 COLONIA LEOPOLDINA	R\$ 12.639,20	R\$ 6.748,00	R\$ 1.346,20	R\$ 20.733,40
270230 CORURIBE	R\$ 10.687.200,66	R\$ 20.272.160,27	R\$ 6.423.331,82	R\$ 37.382.692,75
270235 CRAIBAS	R\$ 22.613,40	R\$ 27.934,20	R\$ 4.434,00	R\$ 54.981,60
270240 DELMIRO GOUVEIA	R\$ 3.758.066,15	R\$ 5.920.236,16	R\$ 998.372,60	R\$ 10.676.674,91
270280 FLEIXEIRAS	R\$ 4.634,49	R\$ 4.734,14	R\$ 0,00	R\$ 9.368,63
270300 IBATEGUARA	R\$ 19.509,60	R\$ 15.075,60	R\$ 3.103,80	R\$ 37.689,00
270380 JOAQUIM GOMES	R\$ 60.909,29	R\$ 42.642,43	R\$ 0,00	R\$ 103.551,72
270400 JUNQUEIRO	R\$ 131.542,79	R\$ 145.061,60	R\$ 26.350,28	R\$ 302.954,67
270420 LIMOEIRO DE ANADIA	R\$ 27.187,50	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 27.187,50
270430 MACEIO	R\$ 111.817.909,54	R\$ 138.005.327,68	R\$ 30.444.137,49	R\$ 280.267.374,71
270450 MARAGOGI	R\$ 82.606,20	R\$ 89.828,60	R\$ 0,00	R\$ 172.434,80
270470 MARECHAL DEODORO	R\$ 55.973,60	R\$ 72.224,00	R\$ 16.250,40	R\$ 144.448,00
270500 MATA GRANDE	R\$ 56.134,87	R\$ 68.004,95	R\$ 4.361,51	R\$ 128.501,33
270510 MATRIZ DE CAMARAGIBE	R\$ 50.234,15	R\$ 14.112,84	R\$ 0,00	R\$ 64.346,99
270550 MURICI	R\$ 6.199,20	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 6.199,20
270630 PALMEIRA DOS INDIOS	R\$ 6.719.661,76	R\$ 7.293.317,72	R\$ 1.665.584,62	R\$ 15.678.564,10
270640 PAO DE ACUCAR	R\$ 111.872,98	R\$ 31.948,07	R\$ 0,00	R\$ 143.821,05
270670 PENEDO	R\$ 2.181.322,63	R\$ 2.694.048,16	R\$ 0,00	R\$ 4.875.370,79
270680 PIACABUCU	R\$ 22.629,40	R\$ 11.085,00	R\$ 0,00	R\$ 33.714,40
270690 PILAR	R\$ 1.952.845,69	R\$ 2.214.352,02	R\$ 378.345,99	R\$ 4.545.543,70

Anexo Item 7 e 8 (32823498) SEI E:02000.0000019417/2025 / pg. 12

Município interinação/ANO	2023	2024	2025	Total
270710 PIRANHAS	R\$ 176.499,83	R\$ 182.202,27	R\$ 22.718,08	R\$ 381.420,18
270730 PORTO CALVO	R\$ 5.121.229,93	R\$ 6.525.367,45	R\$ 1.120.376,73	R\$ 12.766.974,11
270760 QUEBRANGULO	R\$ 18.719,42	R\$ 17.460,96	R\$ 3.468,78	R\$ 39.649,16
270770 RIO LARGO	R\$ 100.540,22	R\$ 136.636,93	R\$ 22.647,53	R\$ 259.824,68
270800 SANTANA DO IPANEMA	R\$ 9.158.211,87	R\$ 9.243.482,60	R\$ 1.763.943,51	R\$ 20.165.637,98
270830 SAO JOSE DA LAJE	R\$ 55.553,32	R\$ 26.104,82	R\$ 0,00	R\$ 81.658,14
270840 SAO JOSE DA TAPERA	R\$ 126.227,65	R\$ 148.799,47	R\$ 35.983,20	R\$ 311.010,32
270850 SAO LUIS DO QUITUNDE	R\$ 58.391,73	R\$ 36.574,74	R\$ 2.217,00	R\$ 97.183,47
270860 SAO MIGUEL DOS CAMPOS	R\$ 6.746.265,03	R\$ 6.876.066,40	R\$ 1.317.933,28	R\$ 14.940.264,71
270915 TEOTONIO VILELA	R\$ 762.784,89	R\$ 612.590,19	R\$ 27.261,34	R\$ 1.402.636,42
270920 TRAIPIU	R\$ 16.405,80	R\$ 24.387,00	R\$ 5.764,20	R\$ 46.557,00
270930 UNIAO DOS PALMARES	R\$ 3.886.004,02	R\$ 5.015.998,36	R\$ 686.323,77	R\$ 9.588.326,15
270940 VICOSA	R\$ 115.697,15	R\$ 115.825,86	R\$ 25.577,41	R\$ 257.100,42

FILTRO UTILIZADO

[Opções]
 DEF=Z:\TABWIN NOVO\TABWIN NOVO\SIH\RD2008.DEF
 PATH=Z:\TABWIN NOVO\TABWIN NOVO\SIH\DADOS SIH\SIH\RD*.DBC
 Linha=Município interinação
 Coluna=Ano processamento
 Incremento=Valor Total
 Suprime_Linhas_Zeradas=true
 Suprime_Colunas_Zeradas=true
 Não_Classificados=0
 [Arquivos]
 RDAL2304.dbc
 RDAL2310.dbc
 RDAL2305.dbc
 RDAL2303.dbc
 RDAL2306.dbc
 RDAL2301.dbc
 RDAL2307.dbc

Anexo Item 7 e 8 (32823498) SEI E:02000.0000019417/2025 / pg. 13

ANEXO C – DOCUMENTO SANTA CATARINA

Patricia Lazzarini

De: Patricia Lazzarini
Enviado em: terça-feira, 10 de junho de 2025 15:24
Para: sac@saude.sc.gov.br
Assunto: Agradecimento
Anexos: DADOS TRABALHO STA CATARINA.xlsx; Anexo 3.pdf; Declaração aprovação qualificação - Patricia Therezinha Lazzarini.pdf

Olá, Rodrigo! Boa tarde.

Tudo bem?

Agradeço por ter autorizado o uso dos dados referente ao contrato de operação logística com a SES/SC, isso foi fundamental para viabilizar a parte prática da minha pesquisa.

A proposta do estudo é analisar a logística na saúde pública nos estados brasileiros, com base em dados reais, e a operação de Santa Catarina é uma das referências que estou utilizando com muito cuidado e responsabilidade.

Estou te enviando em anexo os documentos relacionados ao meu trabalho de mestrado.

Algumas informações obtive por fontes públicas (como IBGE e portais de transparência), e outras consegui a partir da nossa operação (sistema), como aquisições, expedições, valor médio de estoque e perdas por vencimento/avarias.

Os anexos seguem para formalizar essa etapa e para que fique tudo registrado, caso alguém da SES precise consultar.

Obrigada mais uma vez pela confiança e pelo apoio!

Um abraço,



PATRICIA LAZZARINI
 Gerente Comercial Sênior
 T [11] 2404-7070 / C [11] 99103-1804
www.rvimola.com.br

Esta mensagem e seus anexos podem conter informações confidenciais ou privilegiadas. Se você não é o destinatário, não está autorizado a utilizar o material para qualquer fim. Solicitamos que você apague a mensagem e avise imediatamente o remetente. O conteúdo desta mensagem e seus anexos não representam necessariamente a opinião e a intenção da empresa, não implicando em qualquer obrigação ou responsabilidade por parte desta.

"This message may contain confidential and/or privileged information. If you are not the addressee or authorized to receive this for the addressee, you must not use, copy, disclose or take any action based on this message or any information herein. If you have received this message in error, please advise the sender immediately by reply e-mail and delete this message. The contents of this message and its attachments do not necessarily express the opinion or the intention of the company, and do not imply any legal obligation or responsibilities from this company."

Patricia Lazzarini

De: Marcelo Ferreira da Silva
Enviado em: sexta-feira, 16 de maio de 2025 09:37
Para: Patricia Lazzarini
Assunto: Média de Estoque, Avarias e Volume de Entrada (2023 e 2024)
Anexos: valor de estoque.xlsx

Bom dia Patricia

Conforme solicitado, estou encaminhando em anexo o arquivo com os dados referentes à **média de estoque, índices de avarias e volume de entrada dos anos de 2023 e 2024.**

Caso precisem de algum ajuste, informação complementar ou esclarecimento, fico à disposição para ajudar.

**MARCELO SILVA**

Gerente Operacional – Filial SC

C [11] 93217-8599

www.rvimola.com.br

Esta mensagem e seus anexos podem conter informações confidenciais ou privilegiadas. Se você não é o destinatário, não está autorizado a utilizar o material para qualquer fim. Solicitamos que você apague a mensagem e avise imediatamente o remetente. O conteúdo desta mensagem e seus anexos não representam necessariamente a opinião e a intenção da empresa, não implicando em qualquer obrigação ou responsabilidade por parte desta.

"This message may contain confidential and/or privileged information. If you are not the addressee or authorized to receive this for the addressee, you must not use, copy, disclose or take any action based on this message or any information herein. If you have received this message in error, please advise the sender immediately by reply e-mail and delete this message. The contents of this message and its attachments do not necessarily express the opinion or the intention of the company, and do not imply any legal obligation or responsibilities from this company."

De: Laercio De Almeida Dias <laercio.dias@rvimola.com.br>
Enviada em: sexta-feira, 16 de maio de 2025 09:32
Para: Marcelo Ferreira da Silva <marcelo.silva@rvimola.com.br>
Assunto: valor de estoque

Bom dia !

Segue a base de valor de estoque !

Media de Estoque					
Ano	Total geral		Período	Valor estoque GEBER	
2024\02	R\$ 162.763.474,20		2023/01	R\$ 161.605.623,11	
2024\03	R\$ 184.195.241,68		2023/02	R\$ 152.995.062,85	
2024\04	R\$ 179.338.805,88		2023/03	R\$ 166.483.632,54	
2024\05	R\$ 176.047.265,73		2023/04	R\$ 154.695.468,52	
2024\06	R\$ 202.652.998,33		2023/05	R\$ 156.481.537,65	
2024\07	R\$ 184.445.250,31		2023/06	R\$ 164.883.950,74	
2024\08	R\$ 163.640.132,88		2023/07	R\$ 179.271.968,54	
2024\09	R\$ 203.603.290,56		2023/08	R\$ 176.368.126,60	
2024\10	R\$ 187.387.323,79		2023/09	R\$ 166.931.415,87	
2024\11	R\$ 177.959.898,85		2023/10	R\$ 165.854.178,55	
2024\12	R\$ 184.423.809,17		2023/11	R\$ 156.660.188,56	
2025\01	R\$ 225.070.238,59		2023/12	R\$ 176.487.277,02	
Média	R\$ 185.960.644,16		Média	R\$ 164.893.202,55	



Laercio Dias

Analista Operacional

T(11) 2404-7070 Ramal: | C (11)

www.rvimola.com.br

Esta mensagem e seus anexos podem conter informações confidenciais ou privilegiadas. Se você não é o destinatário, não está autorizado a utilizar o material para qualquer fim. Solicitamos que você apague a mensagem e avise imediatamente o remetente. O conteúdo desta mensagem e seus anexos não representam necessariamente a opinião e a intenção da empresa, não implicando em qualquer obrigação ou responsabilidade por parte desta.

"This message may contain confidential and/or privileged information. If you are not the addressee or authorized to receive this for the addressee, you must not use, copy, disclose or take any action based on this message or any information herein. If you have received this message in error, please advise the sender immediately by reply e-mail and delete this message. The contents of this message and its attachments do not necessarily express the opinion or the intention of the company, and do not imply any legal obligation or responsibilities from this company

ANEXO D – OFÍCIO DISTRITO FEDERAL



Governo do Distrito Federal
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Gabinete

Ofício Nº 1155/2025 - SES/GAB

Brasília-DF, 12 de fevereiro de 2025.

À Senhora
Patrícia Therezinha Lazzarini
Rua natal 1004, Ap 112, Bl 1, Vila Bertogio - São Paulo
Email: plazzarini@uol.com.br

Assunto: Solicita dados para trabalho acadêmico - Patrícia Therezinha Lazzarini

Prezada,

1. Cumprimentando-a cordialmente, trata-se da Carta - pedido de Acesso à Informação 153131126, onde solicita -se o fornecimento de informações institucionais para subsidiar o desenvolvimento de estudo acadêmico, com o objetivo de elaborar sua tese de mestrado.

2. Instada a se manifestar a Subsecretaria de Planejamento em Saúde exarou o Despacho 154491466 nos seguintes termos:

(...)

Os autos vieram a esta Subsecretaria de Planejamento em Saúde - SES/SUPLANS por meio do Despacho – SES/SAA (153359612) para para conhecimento, análise e manifestação quanto ao solicitado, no tocante às competências dos itens solicitados, conforme descrito abaixo:

Trata-se da Carta n.º 153131126, em que a Sra. Patrícia Therezinha Lazzarini solicita o fornecimento de informações institucionais para subsidiar o desenvolvimento de estudo acadêmico, com o objetivo de elaborar sua tese de mestrado.

Diante disso, encaminha-se o presente Processo para conhecimento, análise e manifestação quanto ao solicitado, no tocante às competências dos itens solicitados, observando-se o prazo legal estabelecido no Art. 11, § 1º, da Lei n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011, que dispõe sobre o acesso a informações no âmbito da administração pública.

Instadas a se manifestarem, às áreas técnicas desta Subsecretaria de Planejamento em Saúde - SES/SUPLANS, apresentaram os despachos, dos quais destacamos:

Diretoria de Controle de Serviços de Saúde - Despacho – SES/SUPLANS/CCONS/DICS (153570752):

(...)

Em atenção ao Despacho – SES/SAA (153359612) manifestamo-nos dentro das nossas atribuições regimentais:

8. Número anual de internações hospitalares - 2013 a 2023 :

Informamos que o número total de internações hospitalares consta no painel Produção Hospitalar dos Estabelecimentos da SES-DF, disponível no endereço eletrônico <https://info.saude.df.gov.br/sala-de-situacao/painel-info.saude-producao-de-servicos-procedimento-principal/>.

Os dados referem-se às informações de internações hospitalares encaminhadas pelos estabelecimentos de saúde e que foram processadas a nível do Distrito Federal e aprovadas pelo sistema oficial do Ministério da Saúde.

Ressaltamos que os dados oficiais de internações hospitalares são públicos, tem como fonte o Sistema de Informações Hospitalares do Ministério da Saúde (SIH/MS) e encontram-se disponíveis para consulta no Portal InfoSaúde-DF. Para selecionar o ano deve ser utilizado o seletor "Selecione o ano de competência" e o quantitativo de internações corresponde ao número de Autorizações de Internação Hospitalares (AIH) realizados por ano.

9. Número anual de atendimentos realizados na atenção básica à saúde - 2013 a 2023 :

Os atendimentos individuais são aqueles realizados por profissionais de saúde em diversos tipos de atendimento, a saber, Consulta agendada, Consulta agendada programada/Cuidado continuado, e no caso de demanda espontânea, Escuta inicial/Orientação e Consulta no dia e Atendimento de urgência.

Ressaltamos que os dados oficiais de atendimentos individuais na APS são públicos, tem como fonte o Sistema e-SUS do Ministério da Saúde e encontram-se disponíveis para consulta no Portal InfoSaúde-DF no painel Atendimentos Individuais na APS, disponível no endereço eletrônico <https://info.saude.df.gov.br/sala-de-situacao/painel-info.saude-atencao-primaria-atendimento-individual-na-aps-tipo-de-demanda/>. Por se tratar de um banco de dados muito extenso, encontra-se publicado o detalhamento dos atendimentos individuais por Tipo de Demanda referente aos anos de 2023 e 2024. Os dados de atendimentos informados no e-SUS no Distrito Federal referentes a períodos anteriores a 2023 não encontram-se disponíveis para consulta pública.

Até o ano de 2018 os atendimentos realizados pela APS eram registrados no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS). Devido a publicação da Portaria GM/MS nº 2.148, de 28 de agosto de 2017 a produção da APS passou a ser gradativamente registrada no Sistema e-SUS AB, com a coleta de dados inserida no escopo de atividades dos profissionais de saúde, facilitando o processo de trabalho das equipes e permitindo maior segurança dos dados e informações. A partir de outubro de 2018 todas as informações passaram a ser informadas exclusivamente no e-SUS.

Encaminhamos os dados referentes aos atendimentos individuais registrados no SIA/SUS do período de 2013 a agosto de 2017, bem como ao período de setembro de 2017 a maio de 2018 para complementação dos dados registrados pelo e-SUS no período de transição de sistemas que ocorreu progressivamente nos estabelecimentos da SES-DF (153990079, 153990204, 153990681, 153991010, 153991196 e 153991484).

13. Número de leitos hospitalares públicos disponíveis anualmente - 2013 a 2023 :

Informamos que o número total de leitos hospitalares próprios e contratados pela SES-DF consta no endereço eletrônico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde (CNES/DATASUS) no Relatório de Leitos disponível no endereço eletrônico https://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=53.

Ressaltamos que os dados oficiais dos leitos são públicos, encontram-se disponíveis para consulta no banco de dados nacional do CNES e correspondem ao número de leitos existentes e leitos SUS no município por competência (mês e ano). Encontram-se disponíveis dados desde a competência 02/2012. Também é possível identificar o estabelecimento de saúde, basta selecionar o tipo de leito clínico, cirúrgico, obstétrico, pediátrico, de outras especialidades ou leitos complementares que uma aba complementar é aberta com os quantitativos de leitos existentes e SUS, por estabelecimento de saúde, identificado pelo código CNES.

Em relação ao item 9. Número anual de atendimentos realizados na atenção básica à saúde - 2013 a 2023 sugerimos o envio dos autos à Gerência de Qualidade na Atenção Primária (SES/SAIS/COAPS/DESF/GEQUALI) para disponibilização dos dados referentes ao período de 2018 a 2024.

Permanecemos à disposição para maiores informações caso se faça necessário.

Gerência de Planejamento Orçamentário em Saúde - Despacho – SES/SUPLANS/CPLAN/DIPLAN/GPLOS (154045142):

(...)

No que compete à esta GPLOS, quanto ao planejamento e programação orçamentária, encaminhamos com os seguintes esclarecimentos:

No orçamento público, são utilizadas classificações para a despesa e para a receita. Entre os tipos de classificação da despesa, está a classificação funcional, que busca informar em que grande área de atuação governamental a despesa será realizada. Ela é formada pela função, que reflete a missão institucional do órgão e pela subfunção, que representa um nível de agregação imediatamente inferior à função, ao agregar determinado subconjunto de despesas.

Posto isto, em resposta aos itens 5 e 10, apresentamos abaixo os valores das Subfunções 301 (Atenção Básica) e 303 (Suporte Profilático e Terapêutico - Medicamentos) constantes nas Leis Orçamentárias Anuais (LOAs) do Governo do Distrito Federal durante o período de 2013 a 2023:

Subfunção / Ano	2013 (R\$)	2014 (R\$)	2015 (R\$)
301 - Atenção Básica	91.610.913,00	125.892.324,00	127.580.
303 - Suporte Profilático e Terapêutico	215.314.242,00	156.068.308,00	185.408.

Fonte: <https://www.economia.df.gov.br/lei-orcamentaria-anual-150/>

Ressaltamos que os dados apresentados acima contemplam apenas as dotações aprovadas na Lei Orçamentária Anual (LOA), a nível de planejamento orçamentário e que itens judicializados não são contemplados na fase do planejamento.

Deste modo, informações quanto aos valores de fato "despendidos" com a Atenção Básica, Medicamentos e em decorrência da judicialização de materiais e medicamentos, objeto do questionamento do item 11, poderão ser conhecidos, salvo melhor juízo, mediante consulta à Subsecretaria de Administração Geral (SUAG);

Destacamos que demais informações referentes à LOA, podem ser consultadas por meio do site da Secretaria de Estado de Economia (SEEC), no endereço eletrônico <https://www.economia.df.gov.br/lei-orcamentaria-anual-150/>;

Permanecemos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Gerência de Custos Regionais - SES/SUPLANS/CPLAN/DGR/GEC (154342329):

Em atenção ao Despacho – SES/SUPLANS/CPLAN/DGR ID (153618786) que trata-se da Carta n.º 153131126, em que a Sra. Patricia Therezinha Lazzarini solicita o fornecimento de informações institucionais, atendemos aos itens em destaque abaixo:

"6. Valor anual correspondente ao consumo de materiais e medicamentos; (g.n)"

"7. Valor anual gasto com internação hospitalar de pacientes; (g.n)"

e

"12. Valor médio anual gasto por paciente internado. (g.n)"

Informa-se que a SES-DF é participante do Programa Nacional de Gestão de Custos – PNGC, do Ministério da Saúde, que tem por finalidade promover a gestão de custos no âmbito do Sistema Único de Saúde, fazendo uso da metodologia de Custeio por Absorção, aquele que faz debitar ao custo dos produtos, todos os custos da área de fabricação, sejam eles definidos como diretos ou indiretos, fixos ou variáveis, de estrutura ou operacionais (Leone, 2000). Tais custos incidem sobre o valor de paciente-dia, bem como os custos administrativos e intermediários (custos indiretos), quanto maior for a produção menor será o custo.

Cabe reforçar que a metodologia adotada é o custeio por absorção, o qual compreende cinco grupos: pessoal, serviços de terceiros, material de consumo, despesas gerais e depreciação (ainda não implantado). O grupo **pessoal** são os gastos com os recursos humanos – servidores efetivos, contratos temporários e residentes; **serviços de terceiros** representam os contratos de vigilância, limpeza, alimentação, recepção, manutenção de equipamentos, entre outros. O grupo **material de consumo** compreende os medicamentos, materiais médico hospitalares, laboratoriais e de consumo; **despesas gerais** representam os gastos com água e esgoto, energia elétrica e telefonia. A categoria Depreciação ainda não é apurada pela SES-DF, não constando nos custos o valor da depreciação dos bens móveis e patrimoniais.

A ferramenta utilizada na apuração de custos é o Sistema de Apuração e Gestão de Custos dos SUS - ApuraSUS, desenvolvido pelo Ministério da Saúde. O sistema é alimentado nas unidades de saúde e apresenta relatórios gerenciais diversos.

A despeito da SES-DF ter ingressado no PNGC em 2010 como piloto 05 do programa, com as unidades hospitalares HBDF, HRC, HMIB, HRSM, e HRT, as unidades iniciaram a implantação e registro dos dados no sistema ApuraSUS a partir do ano 2013, exceto o HRT que retomou o processo no ano seguinte. Com o avanço do PNGC, a implantação da gestão de custos foi ampliada para mais unidades hospitalares, que ocorreu a apuração dos dados de custos em momentos distintos, a saber:

HBDF, HRC, HMIB, HRSM em 2013;

HRPL, HRT, e HRAN em 2014;

HRGU, HRG, HCB, HRSAM, e HRBZ em 2015;

HRS, HAB, HSPV, e HRL em 2016;

HUB - EBSERH em 2020;

UBSs - iniciaram o preenchimento a partir de 2020; e

UPAs - 03 unidades em 2015; 01 em 2017, 01 em 2018, 01 em 2020, e 07 em 2022.

Considerando que cada unidade teve a implantação em momentos distintos, e que apenas 04 unidades possuem 10 anos de implantação, e que a época com dados incipientes, isto limita o levantamento de dados que compreenda o período solicitado, sendo possível responder aos itens "6, 7 e 12", tendo que observar a evolução no aumento dos custos com o aumento das unidades implantadas no Sistema de Apuração e Gestão de Custos dos SUS - ApuraSUS.

Ademais, a metodologia utilizada tem como objeto de observação o custo médio dos serviços prestados sob a perspectiva de centro de custos, por exemplo, uma unidade de internação pode atender pacientes com diferentes patologias, o custo apurado será do custo médio dos serviços prestados diluído aos pacientes ali assistidos.

Dito isto, informamos que dispomos os seguintes dados dos custos, a saber:

ANO	MATERIAL DE CONSUMO	MEDICAMENTOS	CUSTO TOTAL INTERNAÇÃO	CUSTO MÉDIO PACIENTE/DIA
2013	R\$ 39.592.212,43	R\$ 18.268.495,15	R\$ 91.490.391,64	R\$ 1.640,25
2014	R\$ 119.566.744,49	R\$ 72.884.777,78	R\$ 463.312.234,80	R\$ 1.871,50
2015	R\$ 122.658.223,71	R\$ 78.607.932,02	R\$ 541.459.271,93	R\$ 2.080,93
2016	R\$ 112.061.616,94	R\$ 99.291.283,87	R\$ 581.048.438,84	R\$ 1.957,31
2017	R\$ 89.223.685,28	R\$ 87.077.542,98	R\$ 570.524.816,75	R\$ 1.702,16
2018	R\$ 146.702.665,35	R\$ 112.768.519,51	R\$ 433.583.789,87	R\$ 1.036,02
2019	R\$ 193.514.032,92	R\$ 124.856.423,18	R\$ 541.884.281,20	R\$ 1.280,04
2020	R\$ 292.284.794,03	R\$ 161.306.016,03	R\$ 1.039.578.098,68	R\$ 2.378,90
2021	R\$ 354.253.909,07	R\$ 195.007.124,02	R\$ 1.252.910.844,15	R\$ 2.419,27
2022	R\$ 386.117.933,93	R\$ 250.084.261,64	R\$ 1.571.067.328,60	R\$ 2.334,17
2023	R\$ 408.706.549,33	R\$ 288.219.659,61	R\$ 1.715.526.736,95	R\$ 2.568,85

Fonte: dados extraídos do ApuraSUS, 2013 a 2023 correspondem ao banco de dados extraído em set/24.

Por fim, destaca-se que o custo informado refere-se ao atendimento geral, e não específico para pacientes com problemas respiratórios.

Pelos motivos expostos e levando em conta a relevância das informações contidas nos Despachos supracitados, encaminhamos o presente para conhecimento e providências cabíveis.

- Por fim, reiteramos que esta Subsecretaria e suas áreas técnicas encontram-se à disposição para outras informações que se fizerem necessárias.
3. Instada a se manifestar a Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde exarou o Despacho 162786595 nos seguintes termos:

(...)

Em complemento ao Despacho 154230784, esta Subsecretaria encaminha manifestação da Gerência de Serviços de Interação (SES/SAIS/CATES/DSINT/GESINT), mediante documento 153827778.

Ademais, a Coordenação de Atenção Primária à Saúde (SES/SAIS/COAPS) encaminhou informações consolidadas no compete àquela Unidade, separadas por questionamento, a saber:

9) Número anual de atendimentos realizados na atenção básica à saúde.(g.n)

Despacho Gerência Qualidade à Atenção Primária (155006270):

Esclarecemos que as informações nos itens supracitados, solicitadas já haviam sido respondidas pela Subsecretaria de Planejamento em Saúde (SES/SUPLANS), em despachos conforme informações abaixo:

Em 14 de outubro de 2024 o Despacho SES/SUPLANS/CCONS/DICS (SEI nº 153570752) no Item 09 – **Número anual de atendimentos realizados na atenção básica à saúde – 2013 a 2023;**

(...)

10) Valor anual despendido com a atenção básica à saúde.(g.n)

Despacho Gerência Qualidade à Atenção Primária (155006270):

Em 18 de outubro de 2024 o Despacho – SES/SUPLANS/CPLAN/DIPLAN/GPLOS - (SEI nº 154045142) no Item 10 – **Valor anual despendido com a atenção básica à saúde.**

4. Posto isso, reiterados os protestos de estima, encaminho os autos para conhecimento, bem como assevero que esta Secretaria de Estado de Saúde encontra-se à disposição para esclarecimentos ulteriores.

Atenciosamente,



Documento assinado eletronicamente por LUCILENE MARIA FLORENCIO DE QUEIROZ - Matr.0140975-1, Secretário(a) de Estado de Saúde do Distrito Federal em 12/02/2025, às 19:52, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_organizacao_acesso_externo=0&verificador=162984468 código CRC=BD7D72FD.

"Brasil - Patrimônio Cultural da Humanidade"
 SRTVN Quadra 701 Lote D, 1º e 2º andares, Ed. PO700 - Bairro Asa Norte - CEP 70719-040 - DF
 Telefone(s): (61) 3449-4002
 Sítio - www.saude.df.gov.br

00060-00475165/2024-01

Doc. SEI/GDF 162984468



idp

Bo
pro
cit
ref
Ness
são e

idp

A ESCOLHA QUE
TRANSFORMA
O SEU CONHECIMENTO