

GESTÃO ESTRATÉGICA DO FINANCIAMENTO DO SUS: CAMINHOS PARA AMPLIAR A SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA DOS HOSPITAIS ESTADUAIS DO PIAUÍ

STRATEGIC MANAGEMENT OF SUS FUNDING: WAYS TO ENHANCE THE FINANCIAL SUSTAINABILITY OF STATE HOSPITALS IN PIAUÍ

GESTIÓN ESTRATÉGICA DE LA FINANCIACIÓN DEL SUS: VÍAS PARA MEJORAR LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DE LOS HOSPITALES ESTATALES DE PIAUÍ

Elizabeth Soares Oliveira de Holanda Monteiro¹

DOI: 10.54899/dcs.v23i96.7039

Recibido: 14/08/2026 | Aceptado: 07/09/2026 | Publicación en línea: 14/09/2026.

RESUMO

O financiamento da assistência hospitalar representa um dos principais desafios para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde, especialmente diante do aumento da demanda por serviços de média e alta complexidade, da incorporação de novas tecnologias e das restrições orçamentárias dos entes federativos. No Estado do Piauí, os hospitais estaduais desempenham papel central na organização da Rede de Atenção à Saúde, concentrando procedimentos especializados e atendendo usuários provenientes das diversas regiões de saúde. Entretanto, observa-se que a ampliação do financiamento federal não depende exclusivamente da criação de novas fontes de recursos, mas da capacidade institucional de qualificar a gestão, aperfeiçoar os processos de regulação, faturamento, auditoria e planejamento, além de ampliar a produção assistencial em conformidade com as políticas nacionais de saúde. O presente artigo objetiva analisar os principais mecanismos capazes de incrementar o financiamento federal destinado aos hospitais estaduais piauienses, discutindo estratégias relacionadas à regionalização da assistência, à qualificação da produção hospitalar, à otimização do faturamento do Sistema de Informações Hospitalares do SUS e do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS, ao fortalecimento da auditoria, à melhoria da governança e à utilização dos incentivos previstos pelo Ministério da Saúde. Trata-se de estudo de natureza qualitativa, fundamentado em revisão bibliográfica e documental, com análise da legislação vigente, normas ministeriais e literatura especializada sobre financiamento público em saúde. Conclui-se que a sustentabilidade financeira da rede hospitalar estadual depende da integração entre planejamento, regulação, assistência, auditoria e gestão da informação, permitindo maior eficiência na utilização dos recursos públicos, redução de perdas financeiras e ampliação do acesso da população aos serviços especializados.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Financiamento da Saúde. Auditoria em Saúde. Gestão Hospitalar. Regionalização.

¹ Doutora em Enfermagem, Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI), Teresina, Piauí, Brasil.
E-mail: elizahm@terra.com.br

ABSTRACT

The financing of hospital care represents one of the main challenges to the sustainability of the Unified Health System, especially in light of the increasing demand for medium- and high-complexity services, the incorporation of new technologies, and the budgetary constraints faced by state governments. In the state of Piauí, state-run hospitals play a central role in the organization of the Health Care Network, concentrating specialized procedures and serving patients from various health regions. However, it is observed that the expansion of federal funding does not depend exclusively on the creation of new sources of revenue, but rather on the institutional capacity to improve management, refine regulatory, billing, auditing, and planning processes, and expand healthcare provision in accordance with national health policies. This article aims to analyze the main mechanisms capable of increasing federal funding for state hospitals in Piauí, discussing strategies related to the regionalization of care, the improvement of hospital services, the optimization of billing through the SUS Hospital Information System and the SUS Outpatient Information System, the strengthening of auditing, improving governance, and utilizing the incentives provided by the Ministry of Health. This is a qualitative study based on a review of the literature and documents, including an analysis of current legislation, ministerial regulations, and specialized literature on public health financing. It is concluded that the financial sustainability of the state hospital network depends on the integration of planning, regulation, care, auditing, and information management, thereby enabling greater efficiency in the use of public resources, reducing financial losses, and expanding the population's access to specialized services.

Keywords: Unified Health System. Health Financing. Health Auditing. Hospital Management. Regionalization.

RESUMEN

La financiación de la asistencia hospitalaria supone uno de los principales retos para la sostenibilidad del Sistema Único de Salud, especialmente ante el aumento de la demanda de servicios de complejidad media y alta, la incorporación de nuevas tecnologías y las restricciones presupuestarias de las entidades federativas. En el estado de Piauí, los hospitales estatales desempeñan un papel central en la organización de la Red de Atención Sanitaria, concentrando procedimientos especializados y atendiendo a usuarios procedentes de las distintas regiones sanitarias. Sin embargo, se observa que la ampliación de la financiación federal no depende exclusivamente de la creación de nuevas fuentes de recursos, sino de la capacidad institucional para mejorar la gestión, perfeccionar los procesos de regulación, facturación, auditoría y planificación, además de ampliar la prestación asistencial de conformidad con las políticas nacionales de salud. El presente artículo tiene como objetivo analizar los principales mecanismos capaces de incrementar la financiación federal destinada a los hospitales estatales de Piauí, debatiendo estrategias relacionadas con la regionalización de la asistencia, la mejora de la prestación hospitalaria, la optimización de la facturación del Sistema de Información Hospitalaria del SUS y del Sistema de Información Ambulatoria del SUS, el fortalecimiento de la auditoría, a la mejora de la gobernanza y a la utilización de los incentivos previstos por el Ministerio de Sanidad. Se trata de un estudio de carácter cualitativo, basado en una revisión bibliográfica y documental, con un análisis de la legislación vigente, las normas ministeriales y la literatura especializada sobre la financiación pública en el ámbito de la salud. Se concluye que la sostenibilidad financiera de la red hospitalaria estatal depende de la integración entre la

planificación, la regulación, la asistencia, la auditoría y la gestión de la información, lo que permite una mayor eficiencia en el uso de los recursos públicos, la reducción de las pérdidas financieras y la ampliación del acceso de la población a los servicios especializados.

Palabras clave: Sistema Único de Salud. Financiación de la Salud. Auditoría Sanitaria. Gestión Hospitalaria. Regionalización.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

INTRODUÇÃO

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988 (CF/88) e regulamentado pela Lei nº 8.080/1990, representa uma das mais relevantes políticas públicas brasileiras ao assegurar o acesso universal, integral e equitativo às ações e aos serviços de saúde. Todavia, a efetivação desses princípios depende de financiamento adequado, gestão eficiente e organização regionalizada da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 1988; Brasil, 1990).

Nas últimas décadas, a expansão da demanda por procedimentos especializados, associada ao envelhecimento populacional, ao aumento das doenças crônicas e à incorporação de tecnologias em saúde, intensificou a pressão sobre os hospitais públicos. Nesse cenário, os hospitais estaduais assumem papel estratégico como referência para procedimentos de média e alta complexidade, exigindo mecanismos capazes de garantir sua sustentabilidade financeira (MENDES, 2011). Entretanto, a sustentabilidade financeira dos hospitais públicos representa uma das principais preocupações dos gestores estaduais de saúde, que exige diariamente uma gestão eficiente dos recursos disponíveis.

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde (MS) promoveu importantes mudanças na organização do financiamento da assistência especializada, priorizando políticas voltadas à ampliação do acesso, redução das filas de espera, fortalecimento das RAS e melhoria dos resultados assistenciais. Nesse contexto, os estados passaram a desempenhar papel estratégico na organização regional da assistência, especialmente na alta complexidade.

No Piauí, os hospitais estaduais constituem a principal retaguarda para procedimentos de média e alta complexidade, atendendo usuários de todas as regiões de saúde, mas ainda, muitos estabelecimentos apresentam potencial não explorado para captação de recursos federais, seja por

limitações na produção registrada, seja por insuficiências nos processos de regulação, faturamento, contratualização e monitoramento.

É inegável afirmar, que a rede hospitalar estadual constitui importante eixo estruturante da assistência especializada, atendendo pacientes regulados de diferentes regiões de saúde, a até de outros estados da federação. Entretanto, persistem desafios relacionados à utilização plena da capacidade instalada, ao aproveitamento dos mecanismos federais de financiamento, à qualificação da produção assistencial e ao fortalecimento da governança institucional.

Sob o olhar da auditoria em saúde, a sustentabilidade financeira não deve ser compreendida apenas como resultado da ampliação orçamentária, mas como consequência da eficiência administrativa, da conformidade dos processos assistenciais, da qualidade da informação registrada nos sistemas oficiais e da utilização adequada dos instrumentos de financiamento previstos na legislação do SUS.

Diante desse contexto, este estudo tem como objetivo analisar estratégias de gestão capazes de ampliar o financiamento federal destinado aos hospitais estaduais do Piauí, enfatizando o papel da auditoria, da regionalização da assistência, da regulação do acesso, da qualificação do faturamento e da gestão por resultados.

A EVOLUÇÃO DO FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A trajetória do financiamento da saúde pública brasileira está diretamente relacionada à evolução das políticas sociais e ao reconhecimento da saúde como direito fundamental. Até a década de 1980, o modelo assistencial brasileiro caracterizava-se pela fragmentação institucional e pela vinculação do acesso aos serviços de saúde à condição de contribuinte da previdência social. Nesse período, a assistência médica era predominantemente financiada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), privilegiando trabalhadores com vínculo formal de emprego e excluindo parcela significativa da população brasileira (PAIM, 2015).

A partir da mobilização promovida pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e das deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, consolidou-se uma nova concepção de saúde como direito de cidadania e dever do Estado. Esse processo culminou na promulgação da CF/88, um SUS, fundamentado nos princípios da universalidade,

integralidade, equidade, descentralização político-administrativa e participação social (BRASIL, 1988).

Um marco legal importante é traduzido no artigo 196 da CF/88, estabelece que "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" (Brasil, 1988). Marco que representou uma ruptura com o modelo previdenciário anteriormente vigente, atribuindo ao Estado a responsabilidade pelo financiamento e organização de um sistema público universal.

Esse sistema que nasce na CF/88 e é regulamentado por meio da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, no qual definiu a organização, competências e princípios operacionais, estabelecendo que as ações e os serviços públicos de saúde constituem uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada segundo níveis de complexidade crescente (Brasil, 1990).

Ainda no mesmo ano e complementarmente, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, disciplinou os mecanismos de participação da comunidade e regulamentou as transferências intergovernamentais de recursos financeiros, fortalecendo o processo de descentralização administrativa e financeira do sistema (Brasil, 1990a).

Embora a CF/88 tenha assegurado a universalidade do acesso, a definição de mecanismos estáveis de financiamento permaneceu como um dos principais desafios para a consolidação do SUS. Durante a década de 1990, o financiamento caracterizou-se por elevada instabilidade, decorrente da ausência de critérios permanentes de vinculação de receitas para as ações e os serviços públicos de saúde. Essa situação repercutiu diretamente na capacidade de expansão da rede assistencial e na sustentabilidade financeira dos entes federativos (MENDES, 2011).

Uma mudança relevante ocorreu com a promulgação da Emenda Constitucional nº 29, de 2000, que estabeleceu percentuais mínimos de aplicação em ações e serviços públicos de saúde pela União, estados e municípios. Entretanto, somente com a publicação da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, foram regulamentados os critérios de cálculo desses investimentos, os mecanismos de transferência de recursos, as formas de fiscalização e os parâmetros para avaliação dos gastos públicos em saúde (Brasil, 2012).

Essa última consolidou importantes instrumentos de transparência e controle social ao definir quais despesas podem ser consideradas ações e serviços públicos de saúde, estabelecer regras para prestação de contas e reforçar o papel dos órgãos de controle interno e externo na fiscalização da aplicação dos recursos públicos. Sob a perspectiva da auditoria, esse marco legal

fortaleceu a responsabilização dos gestores e contribuiu para maior segurança jurídica na execução orçamentária e financeira do SUS (Brasil, 2012).

Paralelamente ao fortalecimento das bases legais do financiamento, ocorreram sucessivas mudanças na forma de transferência de recursos federais. Inicialmente predominavam mecanismos baseados em convênios e programas específicos. Posteriormente, foram instituídos os blocos de financiamento, que buscavam conferir maior racionalidade à gestão dos recursos. Em 2017, a reorganização promovida pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 6 sistematizou as normas referentes às transferências fundo a fundo e estabeleceu diretrizes para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS (Brasil, 2017).

No âmbito da assistência especializada, consolidou-se o financiamento da Média e Alta Complexidade (MAC), destinado ao custeio de procedimentos ambulatoriais e hospitalares de maior densidade tecnológica, complementado pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), responsável pelo financiamento de procedimentos estratégicos definidos pelo MS. Esse modelo procura compatibilizar a previsibilidade orçamentária proporcionada pelo teto MAC com a flexibilidade necessária para incorporar ações prioritárias e ampliar o acesso da população aos serviços especializados (Brasil, 2017).

Mais recentemente, o financiamento do SUS passou a incorporar mecanismos voltados à avaliação de desempenho, à regionalização da assistência e ao fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Políticas nacionais direcionadas ao enfrentamento das doenças crônicas, à ampliação do acesso à atenção especializada e à organização das linhas de cuidado demonstram que a sustentabilidade financeira da rede pública depende cada vez mais da integração entre planejamento, regulação, produção assistencial, qualidade da informação e governança institucional (Mendes, 2011; Paim, 2015).

Sob a ótica da auditoria em saúde, o financiamento deve ser compreendido não apenas como mecanismo de transferência de recursos, mas como instrumento indutor da eficiência administrativa e da melhoria dos resultados assistenciais. A adequada aplicação dos recursos públicos pressupõe planejamento regionalizado, monitoramento contínuo dos indicadores de desempenho, conformidade dos registros nos sistemas oficiais de informação e integração entre assistência, faturamento, regulação e controle. Dessa forma, a auditoria contemporânea deixa de exercer exclusivamente função fiscalizadora para atuar como ferramenta estratégica de avaliação da efetividade das políticas públicas e de fortalecimento da governança do SUS.

No contexto dos hospitais estaduais do Piauí, compreender a evolução do financiamento do SUS é fundamental para identificar oportunidades de incremento da receita federal. A ampliação da capacidade instalada, a qualificação do faturamento, o fortalecimento da regulação estadual, a atualização permanente do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e o monitoramento sistemático da produção hospitalar constituem estratégias capazes de otimizar a utilização dos recursos disponíveis e ampliar a sustentabilidade financeira da rede hospitalar estadual. Assim, o desafio contemporâneo não se limita ao aumento do volume de recursos, mas envolve o aperfeiçoamento dos mecanismos de gestão, planejamento e auditoria, permitindo que o financiamento público seja convertido em maior acesso, qualidade e resolutividade da assistência prestada à população.

No quadro 1, é apresentado um quadro síntese dos principais fatores que limitam o financiamento hospitalar e ações que devem ser utilizadas pela gestão pública.

Quadro 1: Principais fatores que limitam o financiamento hospitalar. Piauí. 2026

Fatores limitantes do financiamento	Ocorrências	Situação encontrada	Atuação
Subutilização da capacidade instalada	Leitos, centros cirúrgicos, equipamentos e equipes profissionais representam recursos públicos que possuem custos de manutenção independentemente do nível de utilização.	Quando a produção permanece abaixo da capacidade operacional, ocorre redução da oferta efetiva e, consequentemente, menor possibilidade de geração de produção assistencial financiável.	A baixa taxa de ocupação hospitalar, quando não justificada pelo perfil assistencial da unidade ou por fatores epidemiológicos e regulatórios, constitui, portanto, indicador que deve ser analisado conjuntamente com a capacidade instalada, a demanda existente e os fluxos de regulação.
Incompatibilidade entre estrutura cadastrada, a capacidade efetivamente disponível e a produção apresentada	CNES desatualizado	Informações desatualizadas ou inconsistentes quanto a leitos, equipamentos, profissionais, serviços e habilitações podem comprometer a programação assistencial e a análise da capacidade da rede, além de dificultar a identificação de serviços aptos a determinados	Para a auditoria, a consistência cadastral deve ser verificada como parte do processo de avaliação da conformidade e da capacidade operacional do estabelecimento.

		mecanismos de financiamento.	
Falhas no registro e no processamento da produção ambulatorial e hospitalar	Importante fonte de perda financeira	A assistência efetivamente realizada precisa estar adequadamente documentada, registrada e processada nos sistemas oficiais, observadas as regras específicas de cada procedimento.	O faturamento não deve ser tratado como atividade meramente administrativa, mas como etapa integrante da gestão assistencial e financeira.
Glosas	Importante indicador de fragilidade dos processos internos.	A análise das causas das glosas pode revelar falhas de documentação, codificação, autorização, cadastro, processamento ou conformidade da produção.	O valor financeiro da glosa é apenas uma parte do problema; mais importante é identificar sua causa e evitar sua reincidência.
Ausência de habilitações estratégicas ou à inadequação da oferta às políticas assistenciais.	Determinados serviços especializados dependem do cumprimento de requisitos técnicos e administrativos para sua habilitação e podem estar vinculados a mecanismos específicos de financiamento.	A inexistência de uma habilitação que seja tecnicamente viável para determinado hospital pode representar não apenas uma limitação assistencial, mas também uma oportunidade de financiamento não explorada pela gestão.	busca por habilitações deve ser precedida de análise de demanda, capacidade operacional, disponibilidade de profissionais, equipamentos, infraestrutura e sustentabilidade do serviço, evitando a criação de estruturas que não possam ser mantidas.
Deficiência na regulação do acesso	A regulação deve organizar o acesso aos serviços de acordo com as necessidades dos usuários e com a capacidade disponível na rede.	A regulação precisa ser compreendida como função de gestão relacionada à organização do acesso, à eficiência da utilização dos recursos e à redução das desigualdades de acesso à atenção especializada	Integração, pois uma regulação pouco integrada pode contribuir para a existência simultânea de demanda reprimida, serviços ociosos, encaminhamentos inadequados e utilização insuficiente da capacidade instalada.
Baixa integração entre assistência, regulação, faturamento, planejamento e auditoria	Quando essas áreas trabalham de forma isolada, a gestão perde a capacidade de acompanhar integralmente o percurso do recurso público, desde a identificação da	A assistência conhece a produção realizada; a regulação conhece a demanda; o faturamento conhece aquilo que foi processado; e a auditoria	A ausência de integração dessas informações dificulta a identificação das perdas e reduz a

	necessidade até a execução do serviço e seu correspondente financiamento.	identifica inconsistências e riscos.	capacidade de planejamento financeiro.
--	---	--------------------------------------	--

Fonte: elaboração própria, 2026.

Em suma, diante do quadro supramencionado, cabe afirmar que a sustentabilidade financeira dos hospitais estaduais não depende exclusivamente do volume de recursos transferidos a gestão. Parte importante da capacidade de financiamento está relacionada à forma como a rede organiza sua oferta, utiliza a capacidade instalada, registra a produção, processa o faturamento e acompanha os mecanismos de financiamento disponíveis. Nesse sentido, a análise do financiamento hospitalar deve considerar não apenas a insuficiência de recursos, mas também a existência de perdas financeiras e oportunidades não aproveitadas pela própria gestão.

Para ser breve, a organização regionalizada da assistência constitui estratégia fundamental para ampliar a eficiência e a sustentabilidade da rede hospitalar pública, especialmente nos procedimentos de média e alta complexidade. A concentração planejada de serviços especializados em hospitais de referência, considerando a capacidade instalada, a demanda regional, a densidade tecnológica e a disponibilidade de profissionais, favorece ganhos de escala, melhor utilização dos recursos e maior resolutividade assistencial.

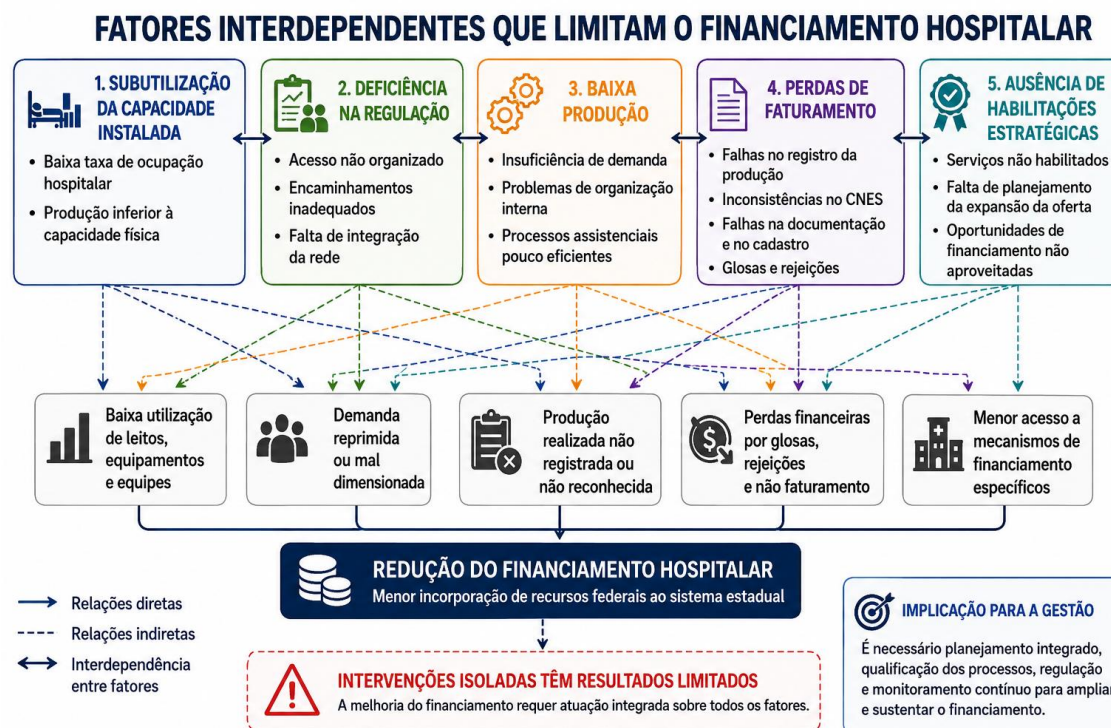
Do ponto de vista da gestão e da auditoria, a regionalização também pode contribuir para reduzir a fragmentação da oferta e a necessidade de encaminhamento de usuários para serviços localizados fora do território estadual, evitando a chamada evasão assistencial e a consequente transferência de recursos para outras redes.

Entretanto, a simples concentração de procedimentos não garante, por si só, maior eficiência ou retorno financeiro; é necessário que os serviços estejam adequadamente regulados, habilitados, estruturados e integrados aos mecanismos de financiamento do SUS. Assim, quanto maior for a capacidade do Estado de organizar sua rede para ofertar, de forma regionalizada e regulada, os procedimentos especializados compatíveis com sua capacidade instalada e com as necessidades da população, maior será a possibilidade de ampliar a resolutividade da assistência, reduzir deslocamentos desnecessários e preservar dentro da própria rede estadual os recursos correspondentes à produção assistencial realizada.

Além do supradito, ainda se faz necessário retomar que os fatores que limitam o financiamento hospitalar devem ser compreendidos como elementos interdependentes. A subutilização da capacidade instalada pode estar associada à deficiência da regulação; a baixa

produção pode decorrer tanto de insuficiência de demanda quanto de problemas de organização interna; as perdas de faturamento podem resultar de falhas na documentação ou no cadastro; e a ausência de habilitação pode estar relacionada à falta de planejamento da expansão da oferta. Por essa razão, intervenções isoladas tendem a apresentar resultados limitados. Para melhor representar a situação foi elaborado a Figura 1.

Figura 1: Fatores que limitam o financiamento hospitalar. Piauí, 2026.



Fonte: elaborado com utilização de IA, ChaGPT, 2026.

FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O financiamento do SUS possui natureza tripartite, envolvendo recursos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, nos termos da CF/88, da Lei nº 8.080/1990 e da Lei Complementar nº 141/2012. Esses recursos podem financiar ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção, desde a Atenção Primária à Saúde (APS) até a Média e Alta Complexidade, de acordo com as responsabilidades de cada esfera de governo, a organização regional da rede, os critérios de rateio, as pactuações interfederativas e os mecanismos específicos de financiamento.

Assim, o financiamento do SUS não se limita a uma única fonte ou nível assistencial: ele envolve recursos destinados à promoção e prevenção, à atenção primária, à atenção especializada ambulatorial e hospitalar, à urgência e emergência, à assistência farmacêutica, à vigilância em saúde e às demais áreas que integram o sistema.

Para fins deste artigo, entretanto, a análise será deliberadamente concentrada no financiamento da Média e Alta Complexidade (MAC), especialmente da assistência hospitalar, por representar um dos componentes de maior impacto sobre a sustentabilidade econômico-financeira da rede estadual. Essa delimitação decorre do fato de que os hospitais demandam elevada concentração de recursos humanos, equipamentos, insumos, medicamentos, tecnologias e infraestrutura, além de apresentarem custos fixos e variáveis significativamente superiores aos observados em outros pontos da rede.

Dessa forma, compreender como os recursos federais, estaduais e municipais se articulam no financiamento da atenção especializada, bem como identificar mecanismos de ampliação, recuperação e melhor utilização desses recursos, é fundamental para avaliar a sustentabilidade da rede hospitalar pública sua capacidade de assegurar acesso, resolutividade e continuidade do cuidado à população. Sob a perspectiva da auditoria, portanto, a questão central não é apenas verificar o volume de recursos aplicado, mas analisar se o financiamento disponível é compatível com a responsabilidade assistencial assumida, se os recursos são adequadamente utilizados e se existem oportunidades de ampliar a receita SUS mediante produção regular, habilitações, incentivos, qualificação do faturamento, regulação e melhor aproveitamento da capacidade instalada (Brasil, 1988; Brasil, 1990; Brasil, 2012).

Nessa perspectiva cabe mencionar que no plano infralegal, a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, permanece como referência normativa para o financiamento e a transferência dos recursos federais destinados às ações e aos serviços de saúde, considerando-se, contudo, as alterações promovidas por atos posteriores. O próprio MS orienta que as portarias de consolidação devem ser consultadas em sua redação atualizada, uma vez que dispositivos podem ter sido alterados ou revogados posteriormente (Brasil, 2017). Essa cautela é particularmente relevante para estudos sobre financiamento, uma vez que o modelo federal é dinâmico e sofre alterações decorrentes da criação de políticas, habilitações, incentivos e mecanismos específicos de custeio.

Média e Alta Complexidade como Eixo de Financiamento Hospitalar

No âmbito da assistência especializada, o financiamento federal da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) constitui um dos principais mecanismos de custeio da rede. O MS organiza atualmente os recursos federais destinados à MAC em dois grandes componentes: o Limite Financeiro da MAC e o FAEC. (Brasil, 2026a).

O Teto MAC representa uma parcela regular do financiamento federal destinada ao custeio das ações e serviços de média e alta complexidade. Sua composição considera recursos destinados ao custeio das atividades ambulatoriais e hospitalares, inclusive incentivos vinculados às habilitações de serviços e leitos, além de remanejamentos pactuados no âmbito da programação assistencial. Em 2026, os montantes anuais do Teto MAC foram divulgados pela Portaria GM/MS nº 10.146, de 12 de janeiro de 2026, que também esclareceu que os recursos correspondentes aos procedimentos financiados pelo FAEC não integram esse limite (Brasil, 2026a).

Essa distinção é relevante para a gestão estadual. O Teto MAC não deve ser interpretado simplesmente como um valor disponível para qualquer produção hospitalar. Sua distribuição está relacionada à organização do financiamento da atenção especializada e às pactuações existentes entre os gestores. Consequentemente, a expansão sustentável da rede hospitalar requer conhecimento preciso da composição do teto, das habilitações existentes, dos incentivos incorporados e das possibilidades de alteração decorrentes de novas habilitações ou pactuações.

Sob a perspectiva da auditoria, é necessário acompanhar a relação entre teto financeiro, capacidade instalada, capacidade operacional, produção e utilização de serviços. Essa autora sempre traz que para um hospital funcionar bem, se faz necessário 3E: Estrutura, Equipe e Equipamentos adequados, ao exemplificar pode-se trazer, que um hospital que dispõe de estrutura física, profissionais e equipamentos, mas apresenta baixa produção, pode representar subutilização de recursos públicos.

E ainda, por outro lado, uma unidade com produção elevada e financiamento insuficiente pode evidenciar necessidade de revisão da programação, habilitação ou recomposição financeira. Em suma, a gestão, não deve analisar o Teto MAC apenas como um valor orçamentário. É necessário relacioná-lo ao desempenho assistencial da rede e verificar se os recursos disponíveis estão sendo convertidos em serviços efetivamente ofertados à população.

O FAEC e o Financiamento de Ações Estratégicas

O FAEC possui lógica distinta do Teto MAC. Segundo o MS, este é destinado ao financiamento de procedimentos e políticas consideradas estratégicas, bem como de determinados procedimentos incorporados ao Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTP), também conhecida como Tabela do SUS, com transferência dos recursos após a apuração da produção registrada nos sistemas oficiais de informação (Brasil, 2026b).

Essa característica produz importante consequência administrativa e gerencial, pois a possibilidade de financiamento pelo FAEC está diretamente relacionada à existência de regras específicas para cada procedimento ou política, à capacidade do estabelecimento em realizar a assistência, ao cumprimento dos requisitos técnicos e à qualidade dos registros produzidos nos sistemas de informação.

Por isso, o FAEC não deve ser compreendido como uma espécie de "teto adicional" que o hospital possa acessar livremente. Trata-se de mecanismo condicionado às regras de financiamento estabelecidas para cada ação. A gestão hospitalar precisa identificar quais procedimentos de sua carteira assistencial estão sujeitos a esse mecanismo e assegurar que a produção seja corretamente registrada, processada e auditada.

A dinâmica do FAEC permanece atual em 2026. A própria Portaria GM/MS nº 10.146/2026, ao divulgar os valores do Teto MAC, estabelece expressamente que os montantes correspondentes aos procedimentos financiados pelo FAEC não estão incluídos nesse limite e são transferidos após a apuração da produção registrada e aprovada nos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar (BRASIL, 2026a).

Esse aspecto representa uma oportunidade, mas também um risco para os hospitais. É oportunidade porque a produção elegível pode gerar recursos além daqueles incorporados regularmente ao Teto MAC. É risco porque erros no cadastro, na autorização, no registro ou no processamento podem resultar em perda do financiamento correspondente à assistência realizada.

Incentivos Financeiros e Habilitações

Além do Teto MAC e do FAEC, o financiamento hospitalar pode envolver incentivos financeiros associados a serviços e habilitações específicas. Nesse modelo, a habilitação não deve

ser vista apenas como reconhecimento administrativo de determinado serviço. Ela pode produzir efeitos financeiros e, simultaneamente, estabelecer requisitos técnicos, assistenciais e de funcionamento que precisam ser permanentemente cumpridos.

A relação entre habilitação e financiamento exige, portanto, acompanhamento sistemático. O hospital pode possuir determinado serviço habilitado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), mas a existência do registro não garante, isoladamente, que toda a capacidade potencial esteja sendo utilizada ou financiada. É necessário verificar se o serviço permanece operacional, se dispõe dos profissionais exigidos, se mantém os requisitos técnicos e se a produção corresponde à finalidade para a qual foi habilitado. O próprio MS reconhece que os incentivos vinculados à atenção hospitalar podem desempenhar papel relevante na programação financeira, na avaliação, no controle, na regulação e na organização da oferta de serviços (Brasil, 2026c).

Para a auditoria, a questão central passa a ser a existência de correspondência entre habilitação, estrutura, produção e financiamento. Quando essa relação é rompida, pode haver perda de receita, subutilização de recursos ou necessidade de revisão do serviço.

Financiamento das Redes e Serviços Prioritários

O financiamento hospitalar também é influenciado pelas políticas nacionais e pelas redes prioritárias de atenção. Serviços relacionados à urgência e emergência, terapia intensiva, oncologia, transplantes, cardiologia, neurologia e outras áreas especializadas podem possuir regras próprias de habilitação, custeio e financiamento.

Na Rede de Atenção às Urgências e Emergências, por exemplo, o MS possui mecanismos específicos de habilitação, qualificação e financiamento. A legislação atualmente disponibilizada pelo MS inclui alterações recentes relacionadas à habilitação e ao financiamento dos serviços dessa rede, inclusive para o SAMU 192 (Brasil, 2023). Isso demonstra que a gestão hospitalar não pode trabalhar com uma visão estática do financiamento. Novas políticas podem criar oportunidades de financiamento, modificar regras existentes ou alterar a forma como determinados procedimentos são custeados.

Um exemplo recente dessa dinâmica ocorreu na radioterapia. A Portaria GM/MS nº 8.516, de 23 de outubro de 2025, estabeleceu novo modelo de financiamento para os serviços de radioterapia, incluindo a mudança do financiamento de determinados procedimentos do MAC

para o FAEC. Posteriormente, a Portaria GM/MS nº 11.164, de maio de 2026, promoveu novas alterações e estabeleceu impacto financeiro para procedimentos específicos (Brasil, 2025; Brasil, 2026d).

Esse exemplo é particularmente relevante para a gestão porque demonstra que a fonte de financiamento de um serviço pode ser modificada pela política federal. Portanto, manter um serviço especializado sem acompanhar as alterações de seu modelo de financiamento pode representar perda de oportunidade para o gestor.

Produção Assistência e Sustentabilidade Financeira

A relação entre produção e financiamento constitui um dos principais pontos de atenção para a gestão hospitalar. Entretanto, afirmar que o crescimento do financiamento depende simplesmente de "produzir mais" seria uma conclusão inadequada. Do ponto de vista da auditoria, o objetivo deve ser produzir adequadamente, e não produzir indiscriminadamente.

A produção precisa corresponder à necessidade assistencial, estar compatível com a habilitação do estabelecimento, ser autorizada quando exigido, possuir registro documental adequado e ser corretamente inserida nos sistemas oficiais. A qualidade do faturamento depende da integridade dessa cadeia. Nesse sentido, o crescimento sustentável do financiamento hospitalar resulta da combinação entre necessidade assistencial, capacidade instalada, regulação, produção, registro, faturamento e conformidade.

A produção que não está corretamente registrada pode não gerar financiamento. Da mesma maneira, a produção registrada de forma incompatível com a documentação assistencial pode gerar glosas ou outras inconsistências. Por isso, o faturamento hospitalar deve ser compreendido como parte da gestão assistencial e financeira, e não como atividade meramente administrativa. Esta constatação possui especial importância para os hospitais estaduais do Piauí. A gestão precisa conhecer não somente o volume produzido, mas também o volume que deixa de ser financiado por inconsistências ou insuficiências de processamento.

A Auditoria como Instrumento de Produção da Receita SUS.

Sob a perspectiva da auditoria, a análise do financiamento deve incorporar o conceito de perda de receita potencial. Essa perda pode ocorrer por diferentes motivos: produção inferior à

capacidade instalada, procedimentos realizados sem adequado registro, inconsistências entre prontuário e sistema, ausência de autorização, cadastro desatualizado no CNES, habilitação incompatível com a oferta real, glosas recorrentes ou ausência de acompanhamento de alterações na legislação federal.

A identificação dessas perdas permite uma mudança importante na atuação da gestão. Antes de reivindicar novos recursos, deve-se avaliar quanto do recurso potencial já está sendo perdido dentro da própria rede. Essa abordagem pode ser estruturada em três frentes. A primeira é a recuperação de receita, mediante correção das inconsistências existentes. A segunda é a expansão da receita assistencial, mediante utilização mais eficiente da capacidade instalada e ampliação da produção que efetivamente responde às necessidades da população. E a terceira é a captação de novos recursos, mediante habilitações, incentivos e participação em políticas e programas federais compatíveis com a capacidade estadual. Essa sequência é mais racional do ponto de vista da gestão pública porque evita a busca permanente por aumento de recursos sem enfrentar previamente as ineficiências internas.

Resumidamente, recomenda-se que a gestão estadual estabeleça uma matriz de perdas e oportunidades de financiamento para cada hospital, relacionando capacidade instalada, produção, ocupação, habilitações, demanda regulada, faturamento, glosas e recursos recebidos. Essa análise permitiria distinguir três situações: recursos que estão sendo efetivamente perdidos, recursos que podem ser ampliados mediante melhoria da eficiência e novos recursos que dependem de habilitação, pactuação ou negociação federativa.

No caso dos hospitais estaduais do Piauí, essa abordagem é particularmente relevante porque permite deslocar o debate de uma perspectiva exclusivamente centrada na insuficiência financeira para uma análise mais abrangente da capacidade de geração, preservação e utilização dos recursos do SUS. A ampliação do financiamento deve ser buscada simultaneamente pela recuperação de perdas, pelo melhor aproveitamento da capacidade instalada e pela identificação de mecanismos de financiamento compatíveis com as necessidades regionais. Assim, a auditoria pode contribuir não apenas para o controle da aplicação dos recursos, mas também para o fortalecimento da sustentabilidade financeira e assistencial da rede hospitalar.

OPORTUNIDADES DE FINANCIAMENTO PARA A GESTÃO ESTADUAL

A análise do financiamento contemporâneo demonstra que os estados possuem diferentes caminhos para ampliar os recursos destinados à atenção especializada. Entretanto, essas oportunidades exigem planejamento e capacidade técnica.

É preciso dizer, que uma primeira oportunidade está relacionada à atualização do CNES, este deve refletir adequadamente a estrutura existente, os profissionais, os equipamentos e os serviços efetivamente disponibilizados, pois é sabido que Informações desatualizadas podem prejudicar tanto o planejamento estadual, quanto a identificação de serviços elegíveis a determinados mecanismos de financiamento junto ao MS.

Nesse sentido continuamos a listar essas oportunidades e uma segunda oportunidade está na identificação de serviços habilitados com capacidade de produção ociosa. Nesses casos, a solução pode não exigir novo investimento estrutural, mas reorganização da agenda, ampliação de funcionamento, melhoria da regulação ou adequação de processos internos.

Dando seguimento, a terceira está na qualificação do faturamento. Procedimentos realizados e não corretamente processados representam uma perda que pode ser recuperada sem necessariamente aumentar a despesa assistencial. Também nessa lista, a quarta consiste na identificação de novas habilitações possíveis, desde que exista demanda regional, capacidade técnica, profissionais, equipamentos e condições de manutenção do serviço. Por fim, a quinta está na utilização estratégica de programas federais vigentes, especialmente aqueles destinados à ampliação da atenção especializada. Enfim, este item traz no decorrer do texto, maiores esclarecimentos e aprofundamentos sobre essa temática, mas para melhor compreensão, se faz necessário, trazer o que existe já publicado, que pode responder aos estados oportunidades de aumentar o financiamento SUS.

O Novo Cenário do Programa Agora Tem Especialista (ATE)

O Programa Agora Tem Especialistas (ATE) constitui importante elemento do cenário atual da atenção especializada. Instituído pela Portaria GM/MS nº 7.266, de 18 de junho de 2025, o programa foi estruturado para ampliar o acesso a consultas, exames, tratamentos e cirurgias e para reduzir o tempo de espera, articulando ações de gestão, regulação, financiamento e prestação de serviços (Brasil, 2025a).

Para uma análise atualizada em 2026, contudo, não é suficiente considerar apenas o ato original de criação do programa. O MS publicou alterações posteriores, devendo a gestão utilizar a regulamentação consolidada e os atos específicos vigentes em cada componente. A página oficial do programa registra as atualizações normativas realizadas em 2026.

O programa apresenta mecanismos que podem ser relevantes para a gestão estadual, inclusive modalidades relacionadas à prestação de serviços especializados e à utilização de créditos financeiros. O MS informa que o componente de créditos financeiros permite que determinados créditos e débitos sejam compensados mediante oferta de consultas, exames e cirurgias eletivas ao SUS, observadas as regras específicas de regulação, registro e auditoria (BRASIL, 2026e).

Sucintamente, para o Piauí, a principal oportunidade não está em aderir a programas federais de maneira isolada, mas em utilizá-los como instrumentos complementares à estratégia estadual de regionalização e expansão da atenção especializada. Diante disso, na sequência será apresentado estratégias relacionadas a realidade do Piauí, no entanto, pode ser aplicado em qualquer estado da federação em condições símile.

ESTRATÉGIAS PARA AMPLIAR O FINANCIAMENTO DOS HOSPITAIS ESTADUAIS DO PIAUÍ

A partir da perspectiva da auditoria, a ampliação do financiamento da rede hospitalar estadual deve ser precedida por um diagnóstico individualizado de cada estabelecimento de saúde. Sendo que esse diagnóstico deve responder, objetivamente, a cinco perguntas: Qual é o financiamento atual? Qual é a produção efetivamente realizada? Qual é a capacidade assistencial ainda disponível? Quanto de financiamento potencial está sendo perdido? E a última, quais novos mecanismos de financiamento podem ser acessados?

A partir dessas respostas, cada hospital poderia possuir uma matriz de oportunidades composta por três dimensões: recuperar, ampliar e captar. No qual, recuperar significa identificar receitas que deveriam ter sido apropriadas, mas foram perdidas por falhas de gestão, registro ou faturamento. Ampliar significa utilizar melhor a capacidade já existente, aumentando a oferta assistencial compatível com as necessidades regionais e com as regras de financiamento, por fim, captar significa buscar novas habilitações, incentivos, programas e mecanismos federais que sejam tecnicamente viáveis para o estabelecimento.

Essa metodologia permite substituir uma política baseada exclusivamente em pedidos de aumento de recursos por uma estratégia de gestão ativa do financiamento. Na conjuntura atual a gestão federal não admite mais que os estados solicitem recomposição de teto, sem apresentar acesso, pois o financiamento também precisa ser relacionado ao desempenho dos hospitais. Não é suficiente avaliar quanto determinado estabelecimento recebe. É necessário verificar o que ele entrega à população em termos de acesso, produção, resolutividade, utilização da capacidade instalada e qualidade.

Na política nacional atual, os estados precisam demonstrar eficiência e efetividade e um modo capaz de representar isto, são os indicadores. Entre os indicadores que podem subsidiar essa análise estão a taxa de ocupação hospitalar, permanência média, utilização do centro cirúrgico, produção ambulatorial, produção hospitalar, demanda regulada, tempo de espera, taxa de absenteísmo, percentual de procedimentos suspensos, valor faturado, valor glosado e diferença entre produção realizada e produção processada.

A análise conjunta desses indicadores permite identificar situações distintas. Um hospital com baixo financiamento e baixa produção pode apresentar problema de capacidade ou de gestão. Um hospital com produção elevada, mas financiamento insuficiente, pode necessitar de revisão de programação ou habilitação. Já uma unidade com capacidade instalada elevada, produção abaixo do potencial e financiamento significativo pode demandar intervenção gerencial antes de qualquer ampliação de recursos. Nesse sentido, o financiamento deve ser acompanhado como componente de desempenho e não apenas como variável orçamentária.

Em relação ao Piauí, a análise dos mecanismos vigentes demonstra que existem diferentes instrumentos capazes de sustentar e ampliar o financiamento da assistência hospitalar no SUS. Entretanto, o acesso a esses mecanismos depende da capacidade do gestor de conhecer as regras, organizar a rede, manter as habilitações, qualificar a produção, assegurar a confiabilidade dos registros e demonstrar a necessidade assistencial.

Em síntese, para o Piauí, a principal oportunidade consiste em transformar o financiamento hospitalar em objeto permanente de gestão estratégica. A Secretaria de Estado da Saúde (SESAPI) deve possuir uma estrutura capaz de acompanhar, de forma sistemática, as alterações normativas, os limites financeiros, as habilitações, os incentivos, a produção, o faturamento e as oportunidades de financiamento federal.

A estratégia deve partir da premissa de que não existe apenas um caminho para ampliar o financiamento do SUS. É possível recuperar recursos perdidos, aumentar a eficiência da produção

existente, utilizar capacidade instalada ociosa, habilitar serviços tecnicamente viáveis, participar de programas federais e negociar alterações na programação e nos limites financeiros quando houver evidências de necessidade.

Essa perspectiva também modifica o papel da auditoria. A auditoria deixa de ser compreendida apenas como mecanismo de fiscalização posterior e passa a contribuir para a identificação de riscos e oportunidades. Ao analisar a relação entre produção, habilitação, faturamento, financiamento e desempenho, o auditor pode demonstrar onde existem perdas evitáveis e quais medidas podem gerar maior eficiência para a rede.

O financiamento sustentável, portanto, não decorre simplesmente do aumento nominal dos recursos. Ele depende da capacidade de transformar recursos públicos em produção assistencial adequada, registrar corretamente aquilo que foi realizado, assegurar o processamento da produção e utilizar os mecanismos federais disponíveis de acordo com as necessidades da população.

Para os hospitais estaduais do Piauí, essa abordagem permite estruturar uma política de gestão estratégica da receita SUS, baseada em três movimentos complementares, já supramencionados, que são: recuperar perdas, ampliar a produção financiável e captar novos recursos. A adoção dessa lógica pode fortalecer a capacidade de negociação do Estado com o MS e, simultaneamente, melhorar a eficiência da rede própria.

Portanto, ampliar o financiamento do SUS para o Piauí, não significa simplesmente buscar mais dinheiro junto ao MS. Significa demonstrar, com dados registrados assistenciais e financeiros confiáveis registrados nos sistemas de informação, e ainda, onde existe necessidade, qual é a capacidade de resposta do Estado, quanto pode ser produzido, quanto custa essa produção e qual mecanismo de financiamento é adequado para sustentá-la. É essa capacidade de transformar necessidade em planejamento, planejamento em produção e produção em evidência financeira que deve orientar uma política contemporânea de financiamento hospitalar no Piauí.

No quadro 2 é apresentando a síntese das estratégias para ampliar o financiamento SUS

Quadro 2: Estratégias capaz de alterar o financiamento SUS.

Estratégia	Motivação	Resultado
Organização da rede assistencias	A regionalização da assistência permite concentrar procedimentos de maior complexidade em hospitais de referência, aumentando escala de produção, qualidade e eficiência.	Quanto maior a concentração de procedimentos especializados dentro da rede estadual, menor a evasão de pacientes e maior o retorno financeiro para o próprio Estado.
Fortalecimento da regulação	A regulação é um instrumento financeiro. Uma central de regulação	Quando o paciente é regulado corretamente: reduz-se o

	integrada produz impacto direto sobre o financiamento hospitalar.	encaminhamento desnecessário; aumenta-se a ocupação hospitalar; melhora-se o giro de leitos; amplia-se a produção financiável.
Qualificação do faturamento	Grande parte das perdas financeiras decorre de registros incompletos. Hospitais que registram corretamente sua produção conseguem recuperar receitas sem necessidade de ampliar custos assistenciais.	É essencial investir em: auditoria concorrente; pré-análise das AIHs; conferência das APAC; integração entre prontuário e faturamento; educação permanente das equipes.
Atualização permanente do CNES	O CNES representa a identidade operacional do hospital. A atualização contínua do CNES deve ser tratada como ação estratégica de financiamento.	Equipamentos não cadastrados, equipes incompletas ou habilitações desatualizadas impedem o faturamento de diversos procedimentos.
Ampliação das habilitações SUS	Novas habilitações permitem incorporar recursos adicionais. Cada habilitação amplia o potencial de financiamento federal.	Entre as principais destacam-se: Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON); Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON); Hemodinâmica; AVC; Trauma; Cardiologia; Terapia Intensiva; Cirurgia Bariátrica; Ortopedia de Alta Complexidade; Nefrologia; Atenção às Cardiopatias Congênitas.
Expansão de produção FAEC	Diversos procedimentos possuem financiamento extra teto por meio do FAEC.	A expansão desses procedimentos reduz a pressão sobre o teto MAC e aumenta a entrada de recursos federais. Entre eles destacam-se: oncologia; transplantes; nefrologia; algumas cirurgias estratégicas; procedimentos definidos em programas específicos do MS
Participações nos programas estratégicos	Os hospitais estaduais devem estruturar projetos para adesão às políticas prioritárias do MS. A participação qualificada permite incremento significativo do financiamento.	Esses programas frequentemente contemplam: redução de filas; ampliação da oferta cirúrgica; diagnóstico especializado; expansão da assistência ambulatorial especializada; qualificação da atenção hospitalar.
Monitoramento de Indicadores	Hospitais que acompanham indicadores conseguem identificar rapidamente perdas financeiras.	Indicadores prioritários incluem: taxa de ocupação; permanência média; giro de leitos; mortalidade hospitalar; percentual de glosas; produção por especialidade; utilização do centro cirúrgico; produção ambulatorial especializada; execução do teto financeiro.
Auditoria como ferramenta de gestão	A auditoria moderna deixou de possuir caráter exclusivamente fiscalizador. Hoje ela atua como instrumento de melhoria da gestão.	Ao identificar inconsistências assistenciais e administrativas, a auditoria reduz desperdícios, melhora a qualidade da informação, aumenta a conformidade do faturamento e fortalece a sustentabilidade financeira.

Fonte: Elaboração própria, 2026

Considerando a tabela 2, observa-se estratégias são aplicáveis a qualquer Estado da Federação Brasileira, e trazendo para realidade de um Estado no nordeste do Brasil, a citar o Piauí, se observa-se o mesmo padrão, no entanto, em síntese e considerando a organização da

rede estadual, algumas medidas possuem elevado potencial de impacto, a citar: consolidar linhas estaduais de cuidado; fortalecer a regionalização da assistência especializada; ampliar a produção dos hospitais estaduais; reduzir encaminhamentos para outros estados; aumentar procedimentos de alta complexidade; expandir serviços estratégicos em oncologia, cardiologia, neurologia e trauma; utilizar inteligência de dados para monitoramento da produção; integrar regulação, faturamento, auditoria e planejamento; aperfeiçoar a Programação Pactuada da Atenção Especializada (PPAE) e os fluxos regionais; desenvolver painéis de Business Intelligence (BI) para acompanhamento em tempo real da produção, faturamento e desempenho. Essas medidas podem ampliar a eficiência do uso do teto financeiro existente, fortalecer a capacidade de captação de recursos federais e melhorar a sustentabilidade da rede hospitalar estadual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise desenvolvida demonstra que a sustentabilidade financeira da rede hospitalar estadual do Piauí constitui um desafio que não pode ser enfrentado exclusivamente pela ampliação do orçamento estadual ou pela reivindicação de novos recursos federais. O financiamento do SUS é de natureza tripartite e envolve diferentes mecanismos, sendo a MAC, o FAEC, os incentivos vinculados às habilitações e os mecanismos específicos das políticas nacionais componentes relevantes para a manutenção e expansão da atenção especializada.

No cenário vigente, o Teto MAC contempla recursos federais destinados ao custeio das atividades ambulatoriais e hospitalares, inclusive incentivos associados a habilitações e leitos, enquanto os procedimentos financiados pelo FAEC são transferidos após a apuração e aprovação da produção registrada nos sistemas oficiais.

Entretanto, o estudo evidencia que parte das dificuldades de financiamento da rede estadual pode estar relacionada não somente à insuficiência dos recursos disponíveis provenientes do nível central, mas também à existência de fragilidades internas que reduzem a capacidade de transformar a estrutura instalada em produção assistencial financiável. Subutilização de leitos e equipamentos, baixa ocupação não justificada pelo perfil assistencial, produção inferior à capacidade operacional, inconsistências no CNES, falhas na documentação e no registro da produção, glosas recorrentes, perda de faturamento, ausência de habilitações potencialmente estratégicas e deficiências nos processos de regulação constituem fatores que podem limitar a apropriação adequada dos recursos disponíveis.

Essas fragilidades não devem ser analisadas de maneira isolada. Existe uma relação sistêmica entre planejamento, regionalização, regulação, assistência, produção, faturamento, auditoria e financiamento. Uma deficiência na regulação pode produzir ociosidade em determinado hospital e, simultaneamente, encaminhamento de usuários para outro território; a insuficiência de produção pode decorrer de baixa demanda regulada, mas também de problemas de organização interna; uma perda de faturamento pode estar associada à documentação inadequada, ao cadastro desatualizado ou ao processamento incorreto da produção; e a ausência de determinada habilitação pode decorrer da inexistência de planejamento estruturado para expansão da oferta. Dessa forma, intervenções pontuais tendem a produzir resultados limitados quando não enfrentam as causas que sustentam essas fragilidades.

Diante desse cenário, uma das principais fragilidades da gestão estadual consiste na ausência de uma visão integrada da receita assistencial da rede hospitalar, vale ressaltar, que tal fato, não é prerrogativa exclusiva no Estado do Piauí, pois situações símileis acontece no Brasil.

Não basta conhecer quanto cada hospital recebe; é necessário conhecer quanto poderia produzir, quanto efetivamente produz, quanto é faturado, quanto é aprovado, quanto é glosado, quais serviços estão subutilizados, quais habilitações estão disponíveis, quais procedimentos possuem financiamento específico e quanto da demanda estadual está sendo encaminhada para outras redes. A diferença entre esses valores representa uma importante agenda de gestão e auditoria.

Para o Estado do Piauí, recomenda-se, portanto, a implantação de uma estratégia estadual de gestão do financiamento hospitalar, estruturada por hospital e por linha de cuidado, contemplando, no mínimo, a análise periódica do Teto MAC, produção SIA/SIH, FAEC, CNES, habilitações, capacidade instalada, taxa de ocupação, permanência média, utilização do centro cirúrgico, demanda regulada, evasão assistencial, faturamento, glosas e oportunidades de novos financiamentos. Essa estrutura permitiria construir uma matriz de oportunidades capaz de demonstrar, objetivamente, onde existem perdas financeiras, onde existe capacidade ociosa e onde há necessidade fundamentada de expansão ou recomposição do financiamento.

Conclui-se, assim, que o principal desafio para o fortalecimento do financiamento dos hospitais estaduais do Piauí não está apenas na obtenção de mais recursos, mas na construção de uma capacidade institucional permanente para identificar, acessar, executar, registrar, faturar, monitorar e avaliar os recursos disponíveis no SUS. A sustentabilidade da rede hospitalar exige que cada recurso potencial seja convertido, dentro das regras vigentes, em assistência

efetivamente prestada, registrada e financiada, sem perder de vista os princípios da universalidade, integralidade, equidade e regionalização.

Sob a perspectiva da auditoria, a sustentabilidade financeira deve ser compreendida como resultado da combinação entre boa governança, regulação eficiente, regionalização efetiva, capacidade instalada adequadamente utilizada, faturamento consistente, informação confiável e monitoramento contínuo. As fragilidades identificadas não representam apenas problemas administrativos, nem exclusivo do Estado do Piauí; constituem riscos assistenciais e financeiros que podem comprometer a capacidade dos Estados da federação de responder às necessidades da população.

Por fim, o fortalecimento da rede hospitalar estadual requer uma mudança de paradigma: o financiamento não deve ser tratado como consequência passiva da produção, mas como uma dimensão estratégica da gestão do SUS. Para o Piauí, ampliar a sustentabilidade da rede significa, simultaneamente, reduzir perdas, utilizar melhor a estrutura existente, organizar regionalmente a oferta, fortalecer a regulação, qualificar o faturamento, buscar habilitações viáveis e negociar novos recursos com base em evidências.

Em suma, se pode afirmar que a abordagem possibilita que a gestão pública avance de uma perspectiva centrada exclusivamente na insuficiência financeira para um modelo de gestão estratégica da receita SUS, no qual eficiência assistencial e sustentabilidade financeira sejam tratadas como dimensões complementares da mesma política pública.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. **Decreto nº 12.487, de 4 de julho de 2025**. Regulamenta a Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023, que institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Presidência da República, 2025.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 16 jan. 2012.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 31 dez. 1990.

BRASIL. **Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023.** Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e cria a Rede de Prevenção e Controle do Câncer. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 20 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.].

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS: informações de saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017.** Consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.997, de 24 de novembro de 2023.** Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para tratar da habilitação, da homologação e do financiamento dos serviços da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 7.266, de 18 de junho de 2025.** Dispõe sobre o Programa Agora Tem Especialistas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 8.516, de 23 de outubro de 2025.** Estabelece modelo de financiamento e regras para os serviços de radioterapia no Sistema Único de Saúde (SUS) e para adesão ao componente específico do Programa Agora Tem Especialistas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 9.262, de 30 de dezembro de 2025.** Institui a Política Nacional de Regulação em Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 10.146, de 12 de janeiro de 2026.** Divulga os montantes anuais alocados aos estados, Distrito Federal e municípios, destinados ao cofinanciamento das ações e serviços públicos de saúde no grupo de atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (Teto MAC). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 10.169, de 19 de janeiro de 2026.** Estabelece procedimentos para execução de despesas em ações e serviços públicos de saúde por meio de transferências fundo a fundo, em parcelas suplementares para o custeio da Atenção Primária à Saúde e da Média e Alta Complexidade (MAC). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 11.164, de 12 de maio de 2026**. Altera a regulamentação relacionada ao financiamento dos serviços de radioterapia no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 12.005, de 20 de julho de 2026**. Altera a Portaria GM/MS nº 7.266, de 18 de junho de 2025, que dispõe sobre o Programa Agora Tem Especialistas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.].

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.