



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
Departamento de Ciências Administrativas
Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração

Márcia Mascarenhas Alemão

**FINANCIAMENTO DO SUS PARALELO AOS GASTOS NA FUNDAÇÃO
HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS: um estudo de caso compreensivo
fundamentado na base de conhecimento gerada com a metainformação custo**

Belo Horizonte

2012

Márcia Mascarenhas Alemão

Financiamento do SUS paralelo aos gastos na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais: um estudo de caso compreensivo fundamentado na base de conhecimento gerada com a metainformação custo

Dissertação apresentada ao Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração do Departamento de Ciências Administrativas da Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Administração.
Área de Concentração: Finanças

Orientador: Prof. Márcio Augusto Gonçalves, *PhD*

Belo Horizonte

2012

A367f
2012

Alemão, Márcia Mascarenhas.

Financiamento do SUS paralelo aos gastos na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais : um estudo de caso compreensivo fundamentado na base de conhecimento gerada com metainformação custo / Márcia Mascarenhas Alemão. - 2012

186 f., enc. : il.

Orientador: Márcio Augusto Gonçalves

Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração.

1.Finanças - Teses. 2.Economia da saúde - Brasil - Teses.3.Hospitais - Custo operacional - Brasil - Teses. 4.Administração - Teses I.Gonçalves, Márcio Augusto. II.Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração. III.Título

CDD: 332



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Ciências Econômicas
Departamento de Ciências Administrativas
Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE Mestrado em Administração da Senhora **MÁRCIA MASCARENHAS ALEMÃO**, REGISTRO Nº 505/2012. No dia 19 de dezembro de 2012, às 15:00 horas, reuniu-se na Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, a Comissão Examinadora de Dissertação, indicada pelo Colegiado do Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração do CEPEAD, em 23 de novembro de 2012, para julgar o trabalho final intitulado "**Financiamento do SUS Paralelo aos Gastos na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais: Um Estudo Compreensivo Fundamentado na Base de Conhecimento Gerada com a Meta- Informação Custo**", requisito para a obtenção do **Grau de Mestre em Administração**, área de concentração: **Administração**. Abrindo a sessão, o Senhor Presidente da Comissão, Prof. Dr. Márcio Augusto Gonçalves, após dar conhecimento aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVAÇÃO;

() APROVAÇÃO CONDICIONADA A SATISFAÇÃO DAS EXIGÊNCIAS CONSTANTES NO VERSO DESTA FOLHA, NO PRAZO FIXADO PELA BANCA EXAMINADORA (NÃO SUPERIOR A 90 NOVENTA DIAS);

() REPROVAÇÃO.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo Senhor Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Senhor Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 19 de dezembro de 2012.

NOMES

ASSINATURAS

Prof. Dr. Márcio Augusto Gonçalves
ORIENTADOR (CEPEAD/UFMG)

Prof. Dr. Bruno Pérez Ferreira
(CEPEAD/UFMG)

Prof. Dr. Francisco Vidal Barbosa.....
(CEPEAD/UFMG)

Prof. Dr. Luiz Antônio Antunes Teixeira.....
(FUMEC/MG)

Prof. Dr. Carlos Denner dos Santos Júnior.....
(Universidade de Brasília)

À minha mãe.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Márcio Gonçalves, pela dedicação, ajuda de sempre, por me ensinar que o SUS é o melhor plano de saúde do mundo e, principalmente, pela sua capacidade de repartir conhecimento;

Ao meu coorientador, Professor Bruno Pérez Ferreira, pelo carinho e acompanhamento, pela atenção, ajuda e boa-vontade de me ensinar a gostar de Finanças;

Ao Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração e aos professores que me ajudaram neste processo: Professor Carlos Alberto Gonçalves, por me ensinar estratégias de sobrevivência acadêmica; Professor Francisco Vidal Barbosa, pelo feliz reencontro, por me apresentar Darwin e Yunus; Professor Ricardo Veiga, pelos conhecimentos; a todos os professores que contribuíram nesta empreitada; e à minha colega Eliane Torga, pelo companheirismo na caminhada;

Ao Ministério da Saúde, especialmente ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle, particularmente à Maria do Carmo e Luzia, pela ajuda ímpar e pelo repasse de material e conhecimento; ao grupo do Programa Nacional de Gestão de Custos/NUNES/AESD/SE/MS, pela ajuda e parceria; e ao Professor Elias Antônio Jorge, pela oportunidade de aprendizado;

À Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, especialmente ao Dr. Antônio Carlos de Barros Martins e Hilda Mesquita, pela oportunidade e confiança no meu trabalho; à equipe da DIEST, ao Paulinho, pela ajuda; à Marlene e à equipe do SIGH, pelo carinho e caminhar junto; à Gerência de Pesquisa, pelo apoio e incentivo;

Ao Dr. Josiano Gomes Chaves, pelo incentivo e confiança;

Aos meus amigos do Observatório de Custos, Maurício – pela acolhida na FHEMIG; Paulo, Heloisa, Beatriz e Alda, a todos os Gestores de Custos e a todos os estagiários, companheiros desta jornada, por toda a construção conjunta nesta “base de conhecimento”;

Ao meu amigo Márcio Augusto, por me fazer acreditar que seria possível. Obrigada do fundo do meu coração;

À minha família, papai, Sandra, Denise, Zazinho e Magda, minhas meninas Ana, Lú, Lê, Marianna, pelo carinho e incentivo;

À minha Família Tralalá, Robson, Gabriel, Bruno e Bia pela compreensão, carinho, incentivo, confiança, sem o qual não seria possível continuar. Beijos do fundo do meu coração. Agradeço aos amigos espirituais, que estão sempre me apoiando, me mostrando a missão da minha alma.

“Nascer, morrer, renascer ainda e progredir sempre, tal é a lei”.

Allan Kardec

*“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo,
qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim”.*

Chico Xavier.

RESUMO

A prestação de serviços hospitalares públicos é principalmente financiada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Este estudo, de natureza exploratória, busca compreender os repasses financeiros do Governo Federal aos hospitais públicos e conveniados prestadores de serviços ao SUS em relação aos seus gastos. Sabe-se que o SUS é o maior comprador de serviços de saúde e, igualmente, destaca-se a importância que os hospitais têm junto a este setor. O estudo do financiamento focado na relação entre os custos e os recursos repassados reflete, entre outros indicadores, o risco no setor, especificamente, o risco operacional. A unidade de análise desta pesquisa é a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG. O estudo utilizou dados secundários, coletados na Instituição, os quais foram contrapostos (ou “paralelizados”) aos valores repassados pelo Ministério da Saúde. Os procedimentos hospitalares e ambulatoriais responsáveis pela maior geração de recursos na FHEMIG foram identificados por meio de Pareto e constituíram objetos de estudo da pesquisa, em face dos repasses do SUS. Os 25 (vinte e cinco) procedimentos pesquisados (cinco ambulatoriais e vinte hospitalares) representam 50% do faturamento da FHEMIG, respondendo, respectivamente, por aproximadamente 13% do repasse ambulatorial e 38% do hospitalar via SUS. A metodologia consistiu em abordagem quanti-qualitativa. O estudo desenvolveu uma análise quantitativa em relação às medidas de risco operacional, relacionadas à probabilidade de retornos, apresentada pelos dados de custos dos procedimentos hospitalares, em face dos repasses do SUS. Nesta avaliação foi aplicado, como método, o *Value at Risk - VaR*. Identificou-se que 14,6% dos procedimentos (FHEMIG) têm até 4,8% dos custos cobertos (pelo SUS). Já, 72,4% dos procedimentos (FHEMIG) têm uma cobertura de risco entre 4,8% e 32,9% (pelo SUS). Por fim, 12,9% (FHEMIG) têm cobertura acima de 32,9% (pelo SUS). O estudo concluiu que a relação entre “custo operacional (FHEMIG) e tabela SUS (repasso)” não representa uma correlação simples, única ou exclusiva da forma de repasse de recursos, nem os valores de custos representam a fundamentação única para os valores da Tabela. O não alinhamento dos “custos operacionais (FHEMIG) x tabela SUS (repasso)”, conforme evidenciado quantitativamente, foram também considerados, de forma consubstanciada, em análise qualitativa dos dados, por meio de entrevistas e análise de conteúdo. Concluiu-se pela necessidade de aumento ou aprofundamento da composição do volume de recursos efetivamente repassados aos hospitais (pelo SUS) e também de fundamentação das informações de custos pelos hospitais. Ainda, revisão nas formas de pagamento aos prestadores, com base nos custos operacionais de forma mais transparente ou efetiva.

Palavras-chave: Financiamento da saúde. Risco operacional. Metainformação custo. Custos dos procedimentos hospitalares. Mecanismos de pagamento aos prestadores SUS.

ABSTRACT

The provision of public hospital services is fully funded by the *Sistema Único de Saúde* (SUS). This study, of exploratory nature, aims to understand the financial transfers from the Federal Government to public and private hospitals providing services to SUS. It is known that the SUS is the largest purchaser of health services, and also highlights the importance that hospitals have in this sector. The study focused on the relationship between the costs and funds transferred reflects, among other indicators, the risk in the sector, particularly the operational risk. The unit of analysis of this research is the *Fundação Hospitalar de Minas Gerais* - FHEMIG. The study used secondary data collected at the institution, which were opposed to the values passed by the Ministry of Health. The hospital and outpatient procedures responsible for the greatest resources generation in FHEMIG were identified by Pareto and constituted objects of the research study, in the face of transfers from SUS. The 25 (twenty five) researched procedures (five outpatient ones and twenty hospital ones) represent 50% of FHEMIG's revenue, accounting respectively for about 13% of outpatients and 38% passing the hospital SUS. The methodology consisted of quantitative and qualitative approach. The study has developed a quantitative analysis on the measures of operational risk related to the probability of returns shown by the data of costs of hospital procedures in the face of transfers from SUS. On this evaluation method, it was applied as method Value at Risk-VaR. It was identified that 14.6% of the procedures (FHEMIG) have up to 4.8% of costs covered (SUS). However, 72.4% of the procedures (FHEMIG) have a risk cover between 4.8% and 32.9% (SUS). Finally, 12.9% (FHEMIG) have coverage over 32.9% (SUS). The study has concluded that the relationship between "operational cost and SUS table" does not represent a simple or simplistic correlation, unique or exclusive form of transfer of resources, nor cost values represent the only reasons for the values in Table. The non-alignment from "operational costs (FHEMIG) x SUS Table," as evidenced quantitatively, were also considered in order embodied in qualitative data analysis, through interviews and content analysis. It was concluded by the need not only to deepen the composition of the amount of resources transferred to hospitals, but also for reasons of payments information costs of public hospitals from SUS and also review the forms of payment to providers based on cost.

Key Words: Health financing. Operational risk. Cost meta-information. Hospital costs procedures. Providers payment mechanism SUS.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	JUSTIFICATIVA	16
1.2	QUESTÃO ORIENTADORA	18
1.3	OBJETIVOS	18
1.4	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
2	REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1	CUSTO E RISCO OPERACIONAL	20
2.1.1	Gestão de custos	20
2.1.2	Uso da informação de custos em organização hospitalar	24
2.2	ANÁLISE DE RISCO OPERACIONAL	28
2.2.1	Medidas de Riscos - VaR	29
2.2.2	Gestão do risco operacional	31
2.2.3	Mensuração do risco operacional – Value at Risk Operacional (VaR OR)	33
3	METODOLOGIA.....	35
4	DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA.....	37
4.1	COLETA DE DADOS	37
4.2	A ABORDAGEM QUANTITATIVA	38
4.3	A ABORDAGEM QUALITATIVA	39
5	A INSTITUIÇÃO PESQUISADA: FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS.....	41
5.1	REPRESENTATIVIDADE DA FHEMIG NO ÂMBITO HOSPITALAR BRASILEIRO	41
5.2	OBSERVATÓRIO DE CUSTOS DA FHEMIG	43
5.3	O SISTEMA INTEGRADO DE GESTÃO HOSPITALAR DA FHEMIG	44
5.4	UTILIZAÇÃO DE METODOLOGIA COMPATÍVEL COM AS PRINCIPAIS REFERÊNCIAS DE CUSTOS NA LITERATURA.	46
6	FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL	50

6.1	MECANISMOS DE PAGAMENTO AOS PRESTADORES NO BRASIL	51
6.1.1	Evolução dos mecanismos de pagamento aos prestadores no Brasil	53
6.2	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS	58
6.2.1	O setor hospitalar	60
6.2.2	Transferências financeiras	63
6.3	PACTO PELA SAÚDE E O FINANCIAMENTO TRIPARTITE DO SUS	67
6.3.1	Sistemas de Informações do SUS	73
6.3.2	Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS	73
6.3.3	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS	75
6.3.4	As Tabelas do SUS	76
6.3.5	A unificação da tabela de procedimentos	77
6.3.6	Metodologia da definição do valor unitário dos procedimentos e do cálculo de impacto da Tabela Unificada	82
6.3.7	Outros repasses financeiros	84
7	ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	86
7.1	ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES DE CUSTOS	86
7.2	AVALIAÇÃO DOS VALORES DA TABELA SUS	98
7.3	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	106
8	CONCLUSÕES	117
8.1	CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
REFERÊNCIAS		122
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO – PESQUISA SEMI-ESTRUTURADA		131
APÊNDICE B - RELAÇÃO DOS CUSTOS DOS PROCEDIMENTOS – FHEMIG – 2011-2012.....		132
ANEXO A.....		177
ANEXO B.....		181

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mensuração do Risco Operacional.....	33
Figura 2 – Representação Sistema Integrado de Gestão Hospitalar - SIGH	44
Figura 3 – Interligação do Módulo SIGH–Custos com os demais módulos SIGH.....	45
Figura 4 – Composição do custo dos procedimentos hospitalares	48
Figura 5 – Representação dos mecanismos de pagamento no Brasil – 1976 a 2009	58
Figura 6 – Principais atores e fluxos de financiamento no setor hospitalar brasileiro	66
Figura 7 – Representação da Tabela do SIGTAP - 2011	79
Figura 8 – Exemplo de codificação da Tabela SIGTAP	79
Figura 9 – Exemplo de procedimentos e seus atributos – 2011	81
Figura 10 – Definição do valor do procedimento.....	107
Figura 11 – Representação da Localização dos Hospitais da FHEMIG no Estado de Minas Gerais.....	163

LISTA DOS CUSTOS DOS PROCEDIMENTOS

PROCEDIMENTO 1 – 03.01.01.004-8 Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico).....	132
PROCEDIMENTO 2 – 03.01.01.007- 2 Consulta Médica em Atenção Especializada	135
PROCEDIMENTO 3 – 03.01.06.002-9 Atendimento de Urgência com Observação até 24h em Atenção Especializada.....	136
PROCEDIMENTO 4 – 03.01.07.005-9 Acompanhamento psicopedagógico de paciente em reabilitação.....	137
PROCEDIMENTO 5 – 03.03.01.003-7 Tratamento de outras doenças bacterianas.....	138
PROCEDIMENTO 6 – 03.03.04.010-6 Tratamento conservador de traumatismo cranioencefálico grave.....	139
PROCEDIMENTO 7 - 03.03.04.014-9 Tratamento de AVC Isquêmico.....	140
PROCEDIMENTO 8 – 03.03.06.021-2 Tratamento de insuficiência cardíaca.....	141
PROCEDIMENTO 9 - 03.03.13.002-4 Atendimento a Pacientes Sob Cuidados Prolongados Por Enfermidades Cardiovasculares	142
PROCEDIMENTO 10 - 03.03.13.005-9 Tratamento de pacientes sob cuidados prolongados por enfermidades neurológicas.....	143
PROCEDIMENTO 11- 03.03.13.007-5 Atendimento a Pacientes Sob Cuidados Prolongados Por Enfermidades Osteomusculares e do Tecido Conjuntivo	144
PROCEDIMENTO 12 - 03.03.14.004-6 Tratamento de doenças crônicas das vias aéreas inferiores (asma).....	145
PROCEDIMENTO 13 - 03.03.14.013-5 Tratamento de outras doenças do aparelho respiratório.....	147
PROCEDIMENTO 14 - 03.03.14.015-1 Tratamento de pneumonias ou influenza (gripe)..	148
PROCEDIMENTO 15 - 03.03.16.005-5 Tratamento de transtornos relacionados c/ a duração da gestação e c/ o crescimento fetal.....	150
PROCEDIMENTO 16 – 03.03.16.006-3 Tratamento de transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período neonatal	151
PROCEDIMENTO 17 - 03.03.17.009-3 Tratamento em psiquiatria.....	152

PROCEDIMENTO 18 – 03.03.18.001-3 Tratamento de afecções associadas ao HIV/AIDS	153
PROCEDIMENTO 19 - 03.10.01.003-9 Parto normal	154
PROCEDIMENTO 20 - 04.01.01.001-5 Curativo Grau II c/ ou s/ debridamento (por paciente)	156
PROCEDIMENTO 21 - 04.08.05.050-0 Tratamento cirúrgico de fratura da diáfise da tíbia	157
PROCEDIMENTO 22 - 04.13.04.017-8 Tratamento cirúrgico de lesões extensas c/ perda de substância cutânea	158
PROCEDIMENTO 23 - 04.11.01.003-4 Parto cesáreo.....	159
PROCEDIMENTO 24 - 04.13.01.006-6 Tratamento de grande queimado	161
PROCEDIMENTO 25 – 04.15.03.001-3 Tratamento cirúrgico em politraumatizado.....	162

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- Compreensibilidade entre a aplicação do método de custeio por absorção em entidades públicas e privadas	23
QUADRO 2 – Detalhamento dos Atributos da Tabela Unificada do SUS - 2007.....	177

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil dos Hospitais da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - 2011 ..	42
Tabela 2– Sistema Único de Saúde: gastos hospitalares por nível de complexidade - 2009 ...	63
Tabela 3 - Despesas com ações e serviços públicos de saúde financiados por recursos próprios em cada esfera de governo – 2000- 2008	64
Tabela 4 – Valor de Orçamento do Bloco Média e Alta Complexidade (R\$)- 2002 - 2012	70
Tabela 5 – Procedimentos ambulatoriais e hospitalares geradores do maior faturamento na FHEMIG (R\$) – 2011	88
Tabela 6 – Produção hospitalar e ambulatorial do SUS: procedimentos custeados no faturamento geral do Brasil (R\$) - 2011.....	92
Tabela 7 - Produção ambulatorial do SUS: procedimentos custeados no faturamento ambulatorial geral do Brasil (R\$) - 2011.....	95
Tabela 8 - Produção hospitalar do SUS: procedimentos custeados no faturamento hospitalar geral do Brasil (R\$) – 2011	96
Tabela 9 - Relação de custos dos principais procedimentos FHEMIG e os valores definidos na Tabela SIGTAP- (R\$) -2012	99
Tabela 10 – Análise da VaR: valores de custos versus valores da Tabela SIGTAP - 2012...	104
Tabela 11 – Custos FHEMIG dos procedimentos e valores médios da AIH FHEMIG (R\$) - 2012	109
Tabela 12 – Relação das médias de permanência dos procedimentos - (R\$) - 2011	113

LISTA DE SIGLAS

ABC – *Activity Based Costing* – (Custeio baseado em atividades)

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

APAC – Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Alto Custo

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CBO – Classificação Brasileira de Ocupações

CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CEPAI – Centro Psíquico da Adolescência e da Infância

CF – Constituição Federal

CGSI – Coordenação Geral de Sistema de Informação – Ministério da Saúde

CHDT – Centro Hospitalar de Doenças Transmissíveis

CID 1 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CME – Central de Material Esterilizado

CMT – Centro Mineiro de Toximania

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

CNRAC – Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF).

CSPD – Casa de Saúde Padre Damião

CSSFa – Casa de Saúde São Francisco de Assis

CSSFe – Casa de Saúde Santa Fé

CSSI – Casa de Saúde Santa Izabel

DATAPREV – Empresa de Tecnologia e Informação da Previdência Social

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DIEST – Diretoria de Desenvolvimento Estratégico

DRAC – Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas/SAS/MS.

DRE – Demonstrativo de Resultado do Exercício

ECD – Epidemiologia e Controle de Doença
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FEAL – Fundação Estadual de Assistência Leprocomial
FEAP – Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica
FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
FIDEPS – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa em Saúde
FNS – Fundo Nacional de Saúde
GIH – Guia de Internação Hospitalar
GM/MS – Gabinete do Ministro/ Ministério da Saúde
HAC – Hospital Alberto Cavalcanti
HCM – Hospital Cristiano Machado
HEM – Hospital Eduardo de Menezes
HGV – Hospital Galba Velloso
HIJPII – Hospital Infantil João Paulo II
HJK – Hospital Júlia Kubitschek
HJXXIII – Hospital João XXIII
HMAL – Hospital Maria Amélia Lins
HRAD – Hospital Regional Antônio Dias
HRB – Hospital Regional de Barbacena
HRJP – Hospital Regional João Penido
IAPI – Incentivo de Apoio e Diagnóstico Ambulatorial e Hospitalar à População Indígena
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social
INTEGRASUS – Incentivo de Integração do SUS
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IRS – Instituto Raul Soares
LDO – Lei Diretrizes Orçamentárias
LOA – Lei Orçamentária Anual
MAC/VISA – Ações de Média e Alta Complexidade de Vigilância Sanitária
MATMED – Materiais médico-hospitalares

MEC – Ministério da Educação

MOV – Maternidade Odete Valadares

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MPP – Mecanismos de Pagamento a Prestadores

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

NUNES/AESD/SE/MS – Núcleo Nacional de Economia da Saúde/ Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento/ Secretaria Executiva/Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPM – Órteses e Próteses e Materiais Especiais

PAB – Piso de Atenção Básica, Fixo e Variável e outros incentivos

PCEP – Protocolos de Cooperação entre Entes Públicos

PIB – Produto Interno Bruto

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNGC – Programa Nacional de Gestão de Custos do Ministério da Saúde

POA – Programação Orçamentária Anual

POP – Procedimento Operacional Padrão

PROFAE – Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem

PSF – Programa de Saúde da Família

RENASES – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde

SA – Serviços Ambulatoriais

SADT – Serviço de apoio diagnóstico e terapia

SAE – Serviço de Assistência Especializada

SAMHPS – Sistema de Assistência Médico Hospitalar da Previdência Social

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAS/MS – Secretaria de Atenção à Saúde / Ministério da Saúde

SES/MG – Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

SH – Serviços Hospitalares

SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIAD/ MG – Sistema Integrado de Administração de Materiais e Serviço de Minas Gerais

SIAF/MG – Sistema Integrado de Administração Financeira de Minas Gerais

SIGH–Custos – Módulo Custos do SIGH

SIGH – Sistema Integrado de Gestão Hospitalar

SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.

SIH/SUS Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SIHD – Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado

SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SISAP/ MG – Sistema Eletrônico de Administração de Pessoal do Estado de Minas Gerais

SNCPCH – Sistema Nacional de Controle de Pagamento de Contas Hospitalares

SP – Serviços Profissionais

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TABWIN – Tab para *Windows* – Sistema de Informações de dados do DATASUS

TCE –Termos de Cooperação entre Entes Públicos

UPAS – Unidade de Pronto Atendimento em Saúde

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

VaR –*Value at Risk*

VaR OR – *Value at Risk Operational*

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde - SUS é definido no art. 4º da Lei nº 8080/90 como o “conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. (BRASIL, 1990d). Seus princípios e diretrizes, previstos no art. 198 da Constituição Federal de 1988, foram regulamentados pela citada Lei, bem como pela Lei n.º 8142/1990 (BRASIL, 1990c). Posteriormente, o Decreto nº 7508/2011 estabeleceu sua organização e dispôs sobre o planejamento da assistência à Saúde Pública no Brasil e a articulação interfederativa, criando as Regiões de Saúde. Foi definido que cada região deve oferecer serviços de atenção primária, urgência e emergência, atendimento psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, além de vigilância em saúde. (BRASIL, 2011d).

Dentre os maiores desafios enfrentados para a construção do Sistema Único de Saúde, o financiamento tem-se destacado como preocupação permanente de todos os envolvidos diretamente no processo. Garantir a universalidade e a integralidade de atendimento, em cenário marcado por tantas restrições orçamentárias e financeiras, e alocar recursos de forma equânime, num País de tantas desigualdades sociais e regionais, tem representado um grande desafio para os gestores (BRASIL, 2011a). O repasse dos recursos está regulamentado pela Lei Complementar nº 141/2012 (BRASIL, 2012a), a qual, além de dispor sobre valores, percentuais e normas para o cálculo do repasse mínimo a ser aplicado pelos entes federados, estabelece normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde, nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

A mensuração da sustentabilidade financeira no setor está prevista na Lei 8080/90, a qual estabelece que a fixação de critérios, valores e formas de reajuste e de pagamento aos prestadores de serviços deve estar fundamentada em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade da execução dos serviços contratados. Além disso, dispõe que os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do SUS, mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato (BRASIL, 1990d).

Está, portanto, legalmente explicitada a necessidade de que a remuneração aos prestadores de serviços do SUS respeite o equilíbrio econômico e financeiro da relação

pactuada entre as partes, de forma que os valores do repasse cubram os custos dos serviços prestados; contudo, na prática, verifica-se um preocupante risco operacional do setor:

Os níveis insuficientes de financiamento causam graves restrições aos hospitais privados, como reflexo de distorções nos sistemas de pagamento do SUS. A diferença nos níveis de financiamento leva a um forte desequilíbrio competitivo e implica diretamente ineficiência hospitalar sistêmica, porque os prestadores são encorajados a escolher casos que pagam melhor ou a cortar custos de forma indiscriminada. (LA FORGIA e COUTOLLENC, 2009, p.63).

Os valores repassados pelo SUS, por meio de financiamento do Governo Federal ao setor hospitalar, têm significativa importância para o setor da Saúde Pública no Brasil, por ser o SUS o principal comprador de serviços de saúde no País, afetando decisivamente a distribuição de serviços por organizações estatais e privadas, tanto as de natureza lucrativa como as filantrópicas (RIBEIRO, 2009). Além disso, no Brasil, os hospitais são o centro do setor da saúde, sua engrenagem principal, não apenas pelo volume de recursos consumidos, mas também pela importância do atendimento prestado à população. (LA FORGIA e COUTOLLENC, 2009).

A atenção médico-hospitalar, segundo Carvalho (2007), esteve sempre em evidência, simultaneamente como vilã – uma vez que é tida por muitos como a maior responsável pelo aumento dos custos – e como vítima, já que os valores de remuneração dos serviços ficam geralmente aquém dos custos reais estimados pelos próprios prestadores.

A organização hospitalar é considerada por Gonçalves (2009) como uma das mais complexas, não apenas pela nobreza e amplitude da sua missão, mas, sobretudo, por envolver uma equipe multidisciplinar com elevado grau de autonomia para prestar assistência de caráter preventivo, curativo ou reabilitador a pacientes em regime de internação ou ambulatorial. Além disso, os hospitais onde são utilizadas tecnologias de ponta constituem um espaço de prática de ensino-aprendizagem e produção científica. A complexidade é maximizada pelo fato de um único estabelecimento conter diversos outros, tais como: lavanderia, manutenção, hotelaria, laboratórios de análises clínicas, consultórios médicos etc., que prestam serviços entre si e aos usuários SUS. Adicionalmente, a complexidade se explica pelo fato de que os estabelecimento hospitalares têm diferentes modos de governança: hierarquia e clã, por exemplo. (GONÇALVES *et al.*, 2011a). Essas características exigem das organizações informações mais elaboradas para analisar o processo, controlar os recursos e tomar decisões em nível estratégico e operacional. Por essas e outras razões, La Forgia e

Coutollenc (2009) consideram a gestão hospitalar um dos maiores desafios no setor de saúde, em âmbito mundial.

A atenção hospitalar prestada pelo SUS vive há anos uma crise crônica, manifestada em três dimensões principais, que representam riscos para o setor: o subfinanciamento, a baixa capacidade gerencial e a ineficiência de escala. Essas três dimensões sintetizam o risco do setor saúde, compreendido como resultado da influência de fatores sobre os recursos (valores pagos pelos serviços prestados), os retornos dos ativos (serviços prestados) e o comportamento das demandas. (BRASIL, 2006a).

A gestão de risco envolve três conceitos importantes, aplicáveis ao mercado financeiro, os quais podem ser percebidos no setor saúde: retorno, incerteza e risco. O retorno, no setor saúde, diz respeito à avaliação da capacidade de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro dos prestadores de serviços, como previsto na Lei 8080/90. A incerteza, por sua vez, refere-se à variação no comportamento dos retornos de um investimento, decorrente da influência das variáveis, de maneira a interferir nas expectativas sobre o desempenho das alternativas de aplicação. Já o risco pode ser entendido como a relação entre os custos dos serviços prestados e os valores pagos por esse serviço. Quanto maior for a relação entre o custo e os valores pagos, maior será o risco de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro.

O risco pode se manifestar em virtude de aspectos sistemáticos relacionados ao mercado em que estão inseridos os investimentos das instituições hospitalares. O SUS, por ser o maior comprador de serviços de saúde do Brasil, pode representar o mercado 'comprador' dos serviços. Toda organização hospitalar vinculada ao SUS está exposta a esse risco operacional, representado pela relação entre o custo dos serviços prestados e os valores repassados pelo SUS. O risco também pode estar relacionado a características não sistemáticas, vinculado às alternativas de investimento, que, no setor saúde, representam os tipos de serviços ofertados.

Conforme Carvalho (2003), dentre os diversos tipos de risco, destaca-se o risco operacional, relacionado a possíveis perdas, como resultado de sistemas e/ou de controles inadequados, falhas de gerenciamento e erros humanos. Esse risco constitui importante fator na gestão do setor hospitalar, especificamente nas finanças, podendo estar relacionado a deficiências do fluxo de informações interno e externo.

La Forgia e Coutollenc (2009), em estudos realizados sobre eficiência, qualidade e equidade em assistência hospitalar, evidenciaram a relação entre informação e eficiência do

setor. Os autores apontam a ausência de informações adequadas para subsidiar a tomada de decisão como um dos fatores críticos para a ineficiência do setor. Consideram também que, apesar do grande quantitativo de informações geradas, muitas delas são irrelevantes e sem utilização para os gestores, nos processos de monitoramento e avaliação dos serviços gerenciados.

Para Gonçalves *et al.* (2010), a geração e a evidenciação de informações relativas a custos, no setor saúde, exigem aprofundamento na compreensão do construto. No setor saúde, mais especificamente, na gestão hospitalar, Gonçalves *et al.*(2011b) entendem ser necessário considerar a informação de custo como metainformação, isto é, como um sumário de informações. Nesse sentido, o custo possibilita evidenciar “quais” e “como” são os recursos consumidos na prestação de um serviço hospitalar, formando, assim, uma base para subsidiar a visão gerencial na análise dessas informações.

Segundo os citados autores, a evidenciação de informações metodologicamente válidas, fundamentadas em custos dos serviços prestados, e os valores pagos por esses serviços possibilitam o maior esclarecimento da relação entre o risco e o retorno do setor saúde no Brasil, desta forma reduzindo seu grau de incerteza. Em função desse entendimento, optou-se, por fundamentar esta pesquisa em uma base de conhecimentos gerada pela metainformação *custo*.

1.1 JUSTIFICATIVA

Considerando a dimensão dos recursos envolvidos na prestação de serviços hospitalares pelo SUS no Brasil e a importância da geração de informação de custos que fundamentem estudos do financiamento da saúde, julgou-se oportuno e pertinente realizar um estudo que verificasse e descrevesse possíveis diferenças existentes entre os custos dos procedimentos executados nos hospitais e os valores repassados pelo SUS. Nesse sentido, propôs-se buscar evidências sobre a discussão do financiamento da saúde pública no Brasil.

A relevância deste estudo fundamenta-se, ainda, nos vultosos gastos e atendimentos do setor saúde, além, é claro, da importância que o setor saúde, como preconizado pela Constituição Federal, representa para a população brasileira. No Brasil, conforme apresentado em BRASIL (2011a), a saúde tem sido apontada como o problema mais importante

enfrentado no cotidiano pela população (24,2%), seguido pelo desemprego (22,8%), pela situação financeira (15,9%) e pela violência (14%). O setor saúde apresenta-se como o segundo item de maior gasto federal (depois de previdência), excluídos os encargos da dívida, e o terceiro item do gasto agregado das três esferas de governo (depois da previdência e educação). Além disso, os recursos consumidos no setor são equivalentes a 8,4% do PIB, incluindo gasto público e privado, a participação privada corresponde a 4,91% do PIB (BRASIL, 2011a).

Apesar dos mais de R\$ 47 bilhões de recursos consumidos em atenção hospitalar no ano de 2002, representando 67% do total de gastos com saúde no mesmo ano há na literatura sobre a matéria pouca disponibilidade de informações sobre custos e recursos de financiamento e uma contínua discussão sobre a falta de recursos financeiros nos hospitais (LA FORGIA e COUTOLLENC, 2009). Daí a relevância de novos estudos que fundamentem mais a discussão do tema. O conhecimento relativo ao custo dos serviços públicos e de sua gestão torna-se fundamental para uma alocação eficiente de recursos e para a melhoria da qualidade dos serviços prestados. As informações de custos são produzidas apenas por 5% dos hospitais públicos, insuficientes como subsídios para avaliação dos valores de financiamento do SUS (LA FORGIA E COUTTOLENC, 2009). Para os autores, a ausência de informações confiáveis, padronizadas e sistematizadas sobre qualidade e eficiência e sobre os custos dos tratamentos e procedimentos hospitalares no setor público para uso na tomada de decisão dos gestores dificulta os esforços para melhorar o desempenho do setor, sendo um dos fatores críticos de sua ineficiência. A necessidade de evidenciar de como os procedimentos hospitalares são efetivamente produzidos e a transparência na utilização dos recursos, sejam eles financeiros ou não-financeiros, tais como recursos humanos, equipamentos e materiais, constituem questão fundamental para a sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro.

A construção de uma base de conhecimentos fundamentada em informações referentes aos custos dos procedimentos hospitalares produzidos pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, bem como sua compreensão e correlação com os valores definidos na Tabela de Procedimentos do SUS gera uma maior compreensão sobre a correlação entre os dois temas relevantes: “custos dos procedimentos hospitalares” *versus* “valores pagos pelo SUS”. Tal contribuição poderá lançar nova luz sobre a discussão relativa ao retorno e risco do setor saúde. Buscar-se-à, por meio de um estudo empírico, pesquisar o financiamento do setor saúde pública no Brasil, especificamente no âmbito hospitalar.

O propósito deste estudo é principalmente a compreensão dos valores dos custos da FHEMIG e dos apresentados na Tabela do SUS; não se pretende simplesmente compará-los. Buscar-se-á apresentar os valores de custo como uma base de conhecimentos, com vistas a constituir uma referência inicial para a discussão dos valores da Tabela do SUS, objetivando melhorar o nível de informações, de forma a estimular o debate por meio de evidências relativas aos custos.

Informações sobre os custos de procedimentos hospitalares são fundamentais para atribuir preços realistas a produtos e serviços, para a avaliação da eficiência e para a formulação de políticas que promovam o uso racional dos recursos. (LA FORGIA e COUTOLLENC, 2009, p. 57).

1.2 QUESTÃO ORIENTADORA

A pesquisa é definida por Gil (1999, p.43) como “o processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico”. Segundo o autor, o “objetivo fundamental da pesquisa é descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos”. Na acepção científica, “problema é qualquer questão não resolvida e que é objeto de discussão, em qualquer domínio do conhecimento” (GIL, 1999, p. 49).

O objeto da pesquisa é descrito por Gonçalves e Meirelles (2004) como o fenômeno a ser investigado através de um corpo de conhecimentos, delimitado pela problematização, problema-raiz, unidades de análise e de observação da pesquisa. Nesse contexto, tendo em vista os argumentos anteriores, propõe-se a busca de resposta para a seguinte questão orientadora do vetor principal desta pesquisa, no contexto de serviços hospitalares:

Como se fundamentam os valores de procedimentos financiados pelo SUS em paralelo aos seus custos operacionais na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG)?

1.3 OBJETIVOS

O objetivo principal consiste em analisar os mapeamentos das atividades constitutivas dos procedimentos do Ministério da Saúde e da FHEMIG. Assim, será possível verificar e

descrever os valores de procedimentos financiados pelo SUS e os custos desses procedimentos na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). A importância deste estudo está no possibilitar a discussão do financiamento da saúde no Brasil.

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

O objetivo geral será alcançado a partir dos seguintes objetivos intermediários ou específicos:

- ✓ Identificar os procedimentos hospitalares e ambulatoriais constantes na Tabela Única do SUS e no faturamento da FHEMIG, representativos da perspectiva financeira “faturamento”.
- ✓ Mapear os principais procedimentos hospitalares e ambulatoriais geradores de recursos por faturamento na FHEMIG, com seus respectivos custos, em confronto com os valores definidos na Tabela Única do SUS.
- ✓ Aplicar o resultado dessa avaliação no desenvolvimento de uma análise de probabilidade de retorno e mensuração do risco operacional.
- ✓ Construir uma base de conhecimentos, a partir da aplicação do sistema de custeio da FHEMIG, a qual será usada para estabelecer paralelo entre os mecanismos de construção dos custos na FHEMIG e o valor do financiamento pelo SUS.
- ✓ Construir um caderno de argumentos analíticos considerando-se o paralelo das informações obtidas.

Conforme estabelecido no objetivo geral e nos objetivos específicos, o estudo abordará a análise dos procedimentos hospitalares de maior relevância para o faturamento da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, tomando como base a representatividade desses recursos no faturamento total da Instituição.

Para a obtenção dos dados, será utilizada a metodologia de análise “*in processu*”. Há que se ressaltar que esta pesquisadora é um dos atores do processo de composição dos custos da FHEMIG, razão pela qual a análise dos resultados será feita dentro da visão de sujeito no processo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Esta pesquisa está inserida na área de finanças relativa à investigação do risco operacional no setor saúde. Especificamente, está vinculada a questões atinentes a custos e financiamento de serviços e produtos bem como à adequação do financiamento de uma organização em face à viabilidade de sua atividade no âmbito de seu setor de atuação.

Nesta seção, são abordadas produções acadêmicas relativas a fundamentos teóricos sobre os construtos que constituem a problematização da presente pesquisa. São também apresentados os conceitos de “Custos” e “Risco Operacional”, destacando a gestão de custos, o uso da informação de custos em organização hospitalar e a análise do risco operacional. Será também observado como o custo e seu uso nas organizações hospitalares têm relação com o risco operacional e impactam o setor saúde.

2.1 CUSTO E RISCO OPERACIONAL

A relação entre custos, risco e informação é de fundamental importância para o desenvolvimento deste estudo. A utilização das informações de custo como medida de redução de risco será abordada neste item.

2.1.1 Gestão de custos

A Contabilidade de Custos, segundo Camargos e Gonçalves (2004), foi desenvolvida devido à necessidade de adaptação da Contabilidade Financeira ou tradicional, à atividade industrial, iniciada no final do século XVIII, com a Revolução Industrial. A Contabilidade de Custos representou novo enfoque na Contabilidade, tradicionalmente voltada para a mensuração de estoques físicos e monetários da atividade predominante – o comércio (MARTINS, 2003). Foi necessário vencer muitos desafios e promover muitas adaptações ao novo tipo de estrutura empresarial.

Camargos e Gonçalves (2004) defendem o entendimento de que, com o grande desenvolvimento tecnológico e empresarial, no decorrer do século XX, a Contabilidade de Custos passou, de ferramenta de mensuração e controle de custos e lucro, para um instrumento fundamental na tomada de decisões gerenciais e na gestão empresarial, em contexto de constante transformação e cada vez mais competitivo. Ainda, conforme os autores, o avanço na utilização desse instrumento e a importância gerencial da teoria contábil e das tecnologias de manufatura e produção de bens e prestação de serviços alavancaram o desenvolvimento de diferentes sistemas, métodos de custeio, critérios de atribuição de custos e tipos de custos.

Não existe consenso entre os autores da área financeiro-contábil quanto aos conceitos básicos da gestão de custos (GONÇALVES *et al.*, 2010). Para os autores, *gastos* ou *dispêndios* são os termos mais abrangentes e representam todos os sacrifícios financeiros despendidos por uma organização, no intuito de obter bens e serviços, mediante a entrega ou promessa de entrega de bens ou serviços. Já os *investimentos*, na visão dos autores, representam todos os gastos ativados em função da utilidade (vida útil) futura de bens ou serviços obtidos. Os *custos*, por sua vez, são todos os gastos relativos a bens ou serviços utilizados diretamente na produção de outros bens ou na prestação dos serviços. As *despesas* são todos os gastos consumidos direta ou indiretamente, externamente, em apoio ou em suporte à produção dos bens ou à prestação de serviços. Finalmente, a *perda* é considerada como são bens ou serviços consumidos de forma anormal ou involuntária (MARTINS, 2003; BRUNI e FAMÁ, 2004; GONÇALVES *et al.*, 2010).

Os métodos de custeio, fundamentais na Contabilidade de Custos, determinam a maneira como os custos devem ser alocados aos produtos, isto é, como deve ser feito o custeio desses produtos. Vários são os métodos de custeio desenvolvidos pela Contabilidade de Custos.

As informações de custos e suas classificações contêm elementos valiosos que, se interpretados corretamente, podem orientar o processo decisivo, baseados em suposições sobre as relações entre custos e atividades. Embora a Contabilidade Gerencial pareça estar baseada em números racionais e objetivos, verifica-se, na prática, que os números fornecidos são muitas vezes frutos de estimativas e julgamentos subjetivos (EMMANUEL *et al.* 1990).

Tradicionalmente, conforme apresentado por La Forgia e Coutollenc (2009), dentre os sistemas de custos mais utilizados em hospitais, três metodologias sobressaem: a) o custeio por absorção, que aloca todos os custos e gastos aos centros de custos finais e é usado pela maioria dos hospitais; b) o custeio direto, que leva em conta apenas os custos diretos da produção, usado, normalmente, de forma pontual; c) o custeio por atividades (Custeio ABC), que requer grande quantidade de informações sendo usado por poucos hospitais, para propósitos diferentes. Para os autores, “essas abordagens são aplicadas a propósitos diferentes e não são mutuamente exclusivas” (p.58).

No método de custeio por absorção, também denominado de custeio integral, todos os custos de produção (diretos ou indiretos) são alocados aos produtos, sendo utilizada a lógica da departamentalização ou da divisão dos custos por centros de custos. Inicialmente, 9 (acumulados), durante o processo de produção (CAMARGOS e GONÇALVES, 2004).

O custeio por absorção é o método derivado da aplicação dos princípios de Contabilidade geralmente aceitos, nascido da situação histórica anteriormente mencionada. Consiste na apropriação de todos os custos de produção aos bens elaborados, e só os de produção; todos os gastos relativos ao esforço de produção são distribuídos para todos os produtos ou serviços feitos (MARTINS, 2003).

No que tange à gestão hospitalar no setor público, após estudos e experiência com o desenvolvimento, reconhece-se a importância da aplicação do arcabouço do custeio por absorção (GONÇALVES e ALEMÃO, 2012). Para os autores, a concepção de que os produtos produzidos e/ou serviços prestados devem absorver os custos é coerente com a legislação e com a gestão estratégica e operacional; entretanto, desse ponto em diante, há a necessidade de se definirem construtos com maior rigidez e/ou adaptações, e/ou concessões metodologicamente defensáveis, visando ao fortalecimento legal e gerencial da gestão de custos e hospitalar. Pode-se ponderar que o custeio por absorção fundamenta metodologicamente sistemas de custeio que podem ser utilizados no setor público. Seguindo o mesmo rigor metodológico, o Quadro 1 sintetiza algumas adaptações, e concessões necessárias, metodologicamente defensáveis, para a adoção do arcabouço do custeio por absorção no setor público.

QUADRO 1- Compreensibilidade entre a aplicação do método de custeio por absorção em entidades públicas e privadas

	Setor Privado	Setor Público
<i>Despesas</i>	São incluídas no Demonstrativo de Resultado do Exercício - DRE para apuração do lucro operacional	Podem ser classificadas como custo, considerando que toda a estrutura envolvida tem como objetivo o produto final a ser ofertado (seja ele um atendimento médico, uma hora/aula, etc.).
<i>Geração de Receita</i>	Custo do Produto Vendido	Produtos ou Serviços prestados
<i>Depreciação</i>	Fundamentada na legislação	Não existe normalização na apuração da depreciação. - pode-se adotar a mesma normatização que o setor privado (análise gerencial)
<i>Estoque</i>	Fundamentado na legislação	Utiliza o conceito de que o material em estoque não é custo, é investimento.

Fonte: Adaptado de GONÇALVES e ALEMÃO, 2012

O sistema de custeio baseado em atividades – ABC (do original em Inglês – *Activity Based Costing*) busca uma visão mais orgânica da instituição na origem, possibilitando informações de custos por meio de uma visão sistêmica (GONÇALVES *et al.*, 2010). Para os autores, o custeio ABC possibilita a construção do custo, numa abordagem inovadora, considerando os custos não por funções ou centralizações em áreas administrativas, mas por processos ou atividades. O ABC cobra o mapeamento dos processos, através da geração de números e dos mecanismos que os geraram. Esse tipo de atividade caracteriza-se, em seu desenho fundamental, como uma obediência à abstração e modelagem *bottom-up* de concepção de sistemas. Esse desenvolvimento gera um conjunto de informações que se torna uma base de conhecimentos sólida e eficaz, tanto para o desenvolvimento gerencial quanto para a aplicação de outros instrumentos de gestão vinculados ao desempenho, de reconhecida utilidade empresarial.

O custeio baseado em atividades – Custeio ABC parte do princípio de que não são os recursos que são consumidos pelo produto, mas, sim, as atividades; e estas, por sua vez, consomem os recursos. O sistema de custeio ABC baseia-se na visão sistêmica da empresa e na fragmentação desses sistemas (ou processos) em atividades. Cada processo é dividido em unidades básicas: as atividades. Segundo Brimson (1996), “uma atividade é uma combinação de pessoas, tecnologia, matérias-primas, métodos e ambiente para gerar determinado produto ou serviço. Dessa forma é possível descrever o tempo gasto e os resultados do processo”. Em seguida faz-se a apropriação dos custos de cada uma dessas atividades, gerando informação sobre “quais” recursos e “como” eles são consumidos em cada atividade mapeada ao longo do processo. Esses recursos tanto podem ser tanto humanos, como material de consumo ou equipamentos. A partir daí, identificam-se as atividades que agregam valor ao produto ou serviço prestado. (GONÇALVES *et al.*, 1998, 2010).

2.1.2 Uso da informação de custos em organização hospitalar

As informações de custos contêm percepções valiosas que, se interpretadas corretamente, podem fornecer orientações importantes para o decisor quanto aos processos de fabricação do bem ou da prestação do serviço (EMMANUEL *et al.*, 1990). No setor de saúde, a diversidade nos atendimentos faz com que o conhecimento dos processos constitutivos seja de suma importância. Dessa forma, informações sobre “como”, “quando”, “quanto” sustentam a busca pela qualidade nos atendimentos (GONÇALVES *et al.*, 2010). Segundo Gonçalves *et al.* (1998),

A informação é mais que um fator de produção. Informação é o recurso que permite a efetiva combinação e utilização dos outros fatores de produção – informação é, de fato, o meta recurso que coordena a mobilização de outros ativos com a finalidade de melhorar a *performance* organizacional. (GONÇALVES *et al.*, 1998, p.1)

O conceito de informações é apresentado por Gonçalves *et al.* (1998) como insumo no processo decisório, enfatizando que a informação é transmitida e recebida em uma rede de comunicações. Para os autores, a informação pode ser entendida numa organização, como o conteúdo de uma mensagem comunicada a um receptor. Ensinam que toda informação traz

qualidades intrínsecas – associadas à sua portabilidade e aplicabilidade; e extrínsecas – associadas aos receptores. Dentre as propriedades da informação, a relevância é considerada pelos autores como a mais importante e está vinculada ao receptor. O conceito de relevância vem principalmente do montante de irrelevância existente no processo, o que torna a comunicação crescentemente difícil.

Dado, informação e conhecimento apresentam conceitos distintos, por diferentes autores. Davenport (1998) entende que a *informação*, diferentemente dos *dados*, tem significado e se organiza tendo em vista algum fim. O conceito de *conhecimento* tem um sentido mais profundo do que o de *informação*, conforme observa Merton (1973). Para o autor, *conhecer* é, de certa forma, o processo de compreensão e de internalização de informações recebidas do ambiente, as quais podem ser combinadas de forma a gerar mais conhecimentos que, por sua vez, podem ser repassados aos ambientes.

A organização, de forma imaginária hierarquizada, da relação de elementos do saber entre *dado, informação e conhecimento* é apresentada por Gonçalves *et al.* (1998). Para os autores, os *dados* são elementos mais próximos da realidade empírica. Esses elementos são relacionados entre si na medida em que os *dados* constituem “matéria-prima” para as *informações* que, por sua vez, são insumos para a criação de *conhecimento*. Assim, os autores consideram que se pode deduzir que o *dado* para determinada pessoa pode ser *informação* para uma segunda, ou ainda *conhecimento* para uma terceira. A *informação* é um componente intrínseco de quase todas as atividades na organização, necessária a uma visão coerente para gerenciar e integrar seus processos, recursos e tecnologias (CHO, 1996).

Diversos autores, na literatura referenciada, se reportam à importância da informação de custos no setor público, mais especificamente, no setor saúde, englobando o setor hospitalar público. Segundo Alonso (1999), o conhecimento dos custos dos serviços públicos é fundamental, para que possa haver uma alocação eficiente dos recursos. Para o autor, o desconhecimento dos custos é o maior indicador de ineficiência no provimento dos serviços públicos. A ausência das informações contribui para gerar problemas e dificulta quaisquer esforços para melhorar o desempenho, constituindo problema central para a ineficiência do setor saúde (LA FORGIA e COUTTOLENC, 2009).

A relevância da utilização das informações de custos é pontuada por diversos autores. Para Gonçalves *et al.* (2010), as informações sobre custo poderiam ser um importante ponto de partida para o *benchmarking*, planejamento e controle, melhorando a gestão dos recursos consumidos e constituindo base para o processo de tomada de decisão no setor saúde.

Conforme dados apresentados pelo Banco Mundial (2007), nas unidades de saúde, a gestão efetiva de custos é essencial para a gestão eficiente dos recursos alocados e para determinar a melhor alocação de recursos na etapa do orçamento. Nas unidades de saúde, a falta de informações de custos é apontada como a principal dificuldade na preparação do orçamento e um dos principais entraves para a valoração das ações do setor.

No setor saúde, as informações de custos, conforme Gonçalves *et al.* (2010), devem objetivar não somente a determinação dos preços dos serviços, mas também uma análise interna que permita um conhecimento dos resultados da gestão e melhoria no funcionamento da organização. As informações de custos e suas classificações contêm percepções valiosas que, se interpretadas corretamente, podem fornecer orientações importantes para o decisor quanto aos processos de fabricação do bem ou da prestação do serviço (EMMANUEL *et al.* 1990).

Nas organizações públicas, especificamente nas organizações hospitalares, as informações disponíveis sobre custos em hospitais apresentam várias limitações. “A ausência de informações sistemáticas e confiáveis sobre custos, produção de serviços, resultados e características impede o desenho de mecanismos de pagamentos sólidos” (LA FORGIA e COUTTOLLENC, 2009, p. xxii). Os autores entendem que os conflitos gerados entre o SUS e os hospitais, com relação aos níveis de financiamento e valores pagos, carecem de substancialidade em virtude da ausência ou da pouca confiabilidade das informações sobre custos de tratamentos e procedimentos. Também ressaltam a falta de uma coleta de dados sistematizada, metodologicamente válida, padronizada e informatizadas. Essas informações, relacionadas tanto à qualidade quanto aos custos, devem possibilitar avaliar a qualidade, identificar problemas e definir ações para saná-los.

No setor público de saúde é significativa a demanda por informação de custos dos serviços prestados. O Sistema Único de Saúde – SUS, em sua Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, no segundo princípio, dispõe que é direito do cidadão ter atendimento resolutivo com qualidade, sempre que necessário, sendo-lhe garantidas, dentre outros fatores, informações sobre seu estado de saúde, inclusive informações sobre o custo das intervenções das quais se beneficiou (BRASIL, 2006).

Também a Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990), conhecida como Lei do SUS, ao definir as competências e atribuições do SUS em todas as esferas de governo, ressalta na seção I, item V, a necessidade de elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde. A Portaria nº 2.203/96 define,

dentre outros dispositivos, ser papel do gestor estadual em seu exercício, a apropriação de custos e avaliação econômica (BRASIL,1996)

No setor de saúde, a diversidade nos atendimentos faz com que o conhecimento dos processos constitutivos seja de suma importância. Nesse enfoque, *Gonçalves et al.* (2010; 2011) observam que

[...] a gestão hospitalar, mais especificamente, busca apropriar-se da informação de custos como um sumário sobre quais e como os recursos são consumidos pelos produtos ou serviços. Então, quando se diz que, por exemplo, uma apendicectomia custa X reais, este X “traduz” ou “sumariza” o que e como foram consumidos materiais, medicamentos, recursos humanos, etc. A metainformação *custos* constituiu-se em ferramenta essencial, balizadora das propostas de qualidade, pois sustenta uma base para o conhecimento, acompanhamento e avaliação sistemática dos gastos das diversas atividades tanto assistenciais quanto administrativas da Rede. A utilização da meta- informação custo como ferramenta gerencial, fornecendo informações para o planejamento e elaboração de indicadores de produto e de processo, possibilita a redução de consumo e a criação de indicadores econômicos, financeiros e de desempenho, garantindo a qualidade final do produto ou serviço entregue à comunidade. (GONÇALVES *et al.*, 2012, p.38)

Complementando, os referidos autores pretendem apresentar que, ao evidenciar os processos como indicador de resultados, é possível a sua padronização e que o processo padronizado, ao ser repetido, poderá ser avaliado e conseqüentemente otimizado.

Os processos otimizados poderão ser compartilhados. A qualidade poderá ser fundamentada por meio do domínio tecnológico. O domínio tecnológico poderá ser compartilhamento e/ou transferido a outros atores, como outras instituições de saúde.

Conforme apresentado por *Gonçalves et al.* (2012)

A leitura e o monitoramento dos indicadores de custos subsidiam o estabelecimento de serviços de alta qualidade, na medida em que permitem uma leitura indireta da qualidade do processo assistencial, e também o benchmarking com serviços de referência. Por exemplo, um custo excessivamente baixo da alimentação do paciente pode ser indício de uma dieta inadequada e gerar, por conseguinte um estado de subnutrição. Em contrapartida, o custo mais alto de uma dieta poderia garantir junto a outras informações, a redução do tempo de permanência e ganho de conforto para o usuário (GONÇALVES *et al.*, 2012,p.41).

Nesse enfoque, um sistema de custos, conforme apresentado por Alonso (1999), deve se integrar ao esforço de estabelecer medidas de desempenho capazes de combater o desperdício, aumentar a *accountability* e a transparência da gestão pública, além de considerar ser a existência de um sistema de custos fundamental para o controle social dos atos públicos.

Ao se utilizar a informação de custos como indicador de resultados é possível considerá-la como instrumento de redução das incertezas de falhas nos processos internos e dessa forma, como instrumento de redução do risco, especialmente do risco operacional.

A criação de uma base de conhecimentos fundamentada em custos dos serviços dos prestadores é apontada como uma das principais políticas a ser adotada para melhoria à assistência hospitalar no Brasil (LA FORGIA E COUTTOLENC, 2009).

2.2 ANÁLISE DE RISCO OPERACIONAL

Todos os agentes econômicos, incluindo organizações empresariais, dentre elas, as organizações de saúde, estão submetidas a diversos tipos de riscos, sejam eles endógenos (gerados pela própria atividade) sejam exógenos (provocados por atividades externas ou pelo azar), conforme observado por Pereira (2006). Segundo o autor, denomina-se análise de riscos o estudo dos eventos cujos efeitos recaem a atividade da empresa.

A administração de risco é a aplicação de estratégias para evitar ou reduzir os custos gerados pelos riscos. As análises e a administração de riscos incluem, além de pesquisa e identificação das fontes de risco, a estimativa de sua probabilidade e a avaliação dos seus efeitos; o planejamento de estratégias e de procedimentos de controle de riscos, e a aplicação otimizadora dessas estratégias, em face da incerteza. (PEREIRA, 2006).

A gestão de risco de um investimento, segundo Duarte Júnior (2005), envolve três conceitos importantes, relacionados ao mercado financeiro: *retorno*, *incerteza* e *risco*. *Retorno* pode ser considerado como a apreciação do capital, ao final do horizonte de investimento. No entanto, existem incertezas associadas ao retorno que efetivamente será obtido, ao final do período de investimento e, nesse sentido, qualquer medida numérica da *incerteza* pode ser chamada de *risco*. Para Crouhy, Galai e Mark (2008) a *incerteza* não pode ser mensurada, mas o *risco* é uma medida mensurável. O *risco* é um conceito “multidimensional” com tipologia diversificada: *risco de mercado*, *risco de liquidez*, *risco operacional*, *risco de crédito* e *risco legal*. O *risco de mercado* depende do comportamento do preço do ativo diante das condições de mercado. Para entender e medir possíveis perdas, devido às flutuações do mercado, é importante identificar e quantificar o mais corretamente possível as volatilidades e correlações dos fatores que impactam a dinâmica do preço do ativo.

O *risco operacional* está relacionado a possíveis perdas, como resultado de sistemas e/ou controles inadequados, falhas de gerenciamento e erros humanos. O *risco de crédito* está relacionado a possíveis perdas, quando um dos contratantes não honra seus compromissos. As perdas, aqui estão relacionadas aos recursos que não mais serão recebidos. Finalmente, o *risco legal* está relacionado a possíveis perdas, quando um contrato não pode ser legalmente amparado. Podem-se incluir aqui nessa tipologia os riscos de perdas por documentação insuficiente, insolvência, ilegalidade, falta de representatividade e/ou autoridade por parte de um negociador, etc. Nem sempre é fácil diferenciar o tipo de risco presente em determinada situação.

O tipo de risco pode também variar, dependendo do ângulo pelo qual o problema é observado. Buscando compreender os conceitos de risco no setor saúde, essa situação pode ser ilustrada por meio de um exemplo bastante simples. Suponhamos que o hospital tenha sofrido perdas financeiras significativas por dois motivos:

a) perdeu um contrato de prestação de serviço, em parte devido à falta de médicos para a realização do trabalho, por terem sido contratados por hospital concorrente. Neste caso, diz-se que há risco de mercado.

b) comprou equipamentos superfaturados, sem análise de um comitê de avaliação de novas tecnologias. Neste caso, trata-se de risco operacional, devido à falta de controles internos efetivos.

Devido a perdas dessa e de outras naturezas, o hospital torna-se incapaz de honrar seus compromissos com o Banco Y, o qual, por sua vez, passa a enfrentar risco de crédito, devido à possível inadimplência do hospital. Portanto, o que para o hospital é risco de mercado e risco operacional, para o Banco Y, é risco de crédito.

2.2.1 Medidas de Riscos - VaR

Pereira (2006) considera necessária a revisão da probabilidade, tanto de ocorrência quanto da severidade ou magnitude do impacto de um evento de risco sobre os objetivos dos negócios das instituições financeiras. A necessidade de desenvolvimento de análises de riscos é um dos aspectos fundamentais no gerenciamento dos prestadores de serviços. O *Value at Risk* – VaR é a denominação dada a uma técnica de validação de possíveis perdas decorrentes

do comportamento de investimentos identificados por meio da dispersão dos resultados de aplicações financeiras. Trata-se de um método de mensuração do risco por meio de técnicas estatísticas padrão, comumente utilizadas em outras áreas das ciências. O VaR, segundo Grinblatt e Titman (2005), é a medida da pior perda esperada durante um intervalo de tempo, desde que o mercado apresente um comportamento padrão normal de volatilidade e ainda dentro de um intervalo de confiança.

Conforme Jorion (2003), o VaR é uma medida estatística que indica o nível de perda por meio de um valor determinado por uma probabilidade, em um horizonte de investimento. Essa medida envolve uma análise da distribuição de perdas e ganhos sobre um horizonte de tempo específico, em que a distribuição de probabilidade é reduzida a um número, a pior perda para um determinado nível de confiança. Para o autor, o VaR pode ser definido como a mensuração de uma perda nos investimentos, decorrente de uma distorção dos custos.

Uma das vantagens do uso do VaR é que ele integra o risco relacionado ao investimento em uma única medida numérica, de maneira a resumir o risco total. No entanto, uma deficiência do conceito de VaR refere-se ao fato de ser o risco um conceito multidimensional. Logo, a integração do risco total de uma instituição, em uma única medida numérica, requer simplificações que decorrem do fato de que a medida de risco proporcionada pelo VaR é obtida por meio de variáveis consideradas na análise, o que pode acarretar a não incorporação de um aspecto relevante para a avaliação dos riscos de um investimento (JORIAN, 2003).

Uma das formas de cálculo do VaR é a utilização de inúmeras observações do passado, para gerar uma distribuição de probabilidade que demonstre exatamente os valores observados historicamente. Essa distribuição de probabilidade é utilizada na constatação da exposição ao risco, medida por um valor de perda vinculado a uma probabilidade de resultado nos retornos de um investimento.

Contudo, uma das dificuldades é a definição do padrão de dispersão que representa adequadamente o comportamento do investimento, como a adoção da distribuição normal. Após verificar a distribuição adequada do comportamento da volatilidade, a probabilidade de determinada perda pode ser convertida em um número, para um intervalo de tempo, em um nível de confiança.

2.2.2 Gestão do risco operacional

O risco operacional pode ser identificado no setor saúde, ao se considerar que a falta de informações de custos é identificada como um dos motivos de ineficiência do setor. (LA FORGIA e COUTTOLENC, 2009).

Esse tipo de risco pode estar relacionado a várias causas: a organização ineficiente, administração inconsistente e sem objetivos de longo prazo bem definidos, fluxo de informações internos e externos deficientes, responsabilidades mal definidas, fraudes e acesso a informações internas por parte de concorrentes, por exemplo. Outra forma de manifestação dessa tipologia acontece por meio de problemas de sistemas organizacionais, como o processamento e o armazenamento de dados passíveis de fraudes e erros, confirmações incorretas ou sem verificação criteriosa. Pode também decorrer de problemas relacionados à capacidade dos recursos humanos da organização. Trata-se de riscos advindos de deficiências da empresa, capazes de acarretar perdas para os investidores, assim como para as organizações com relações empresariais com uma instituição deficiente, possível de apresentar problemas para honrar seus compromissos (FERREIRA, 2006).

O risco operacional, segundo o citado autor, é oriundo de falhas no processamento e no controle das operações de uma organização e envolve o risco de liquidação das transações da empresa (*settlementrisk*). Trata-se do tipo de risco que pode se materializar em qualquer unidade de negócio, decorrente de qualquer processo, produto ou serviço. Cabe observar que a aplicação de abordagens quantitativas é mais comum para avaliar o risco de mercado e de crédito. Dessa forma, as empresas devem estruturar procedimentos formais de registro e arquivamento de informações sobre perdas operacionais, de forma sistemática.

O risco operacional, em um processo, pode ser observado antes, durante ou após a execução de uma transação. O risco antes da execução pode ocorrer durante a identificação da necessidade do cliente. Esse risco corresponde à identificação de pessoas-chave em funções-chave, especialmente e, se tratando de transação de grande valor. O risco durante a execução de uma transação, geralmente advém da estruturação de uma transação ou processo. É o risco na identificação de modelos, comunicação e adequação, por exemplo. Já o risco após a execução, diz respeito à entrega do produto/serviço. Trata-se de riscos de limitação do monitoramento, riscos do modelo ou de permanência de pessoa-chave.

O risco operacional pode decorrer de fatores internos ou externos. São exemplos de riscos operacionais internos os observados por falha operacional interna, decorrentes da execução de uma determinada estratégia devido a pessoas, processo ou tecnologia. O risco operacional externo é causado por falhas operacionais externas, decorrentes de seleção de uma estratégia inadequada em resposta a fatores ambientais, tais como: política, tributação, regulação, governo ou concorrência.

São diretrizes para medição do risco operacional: *objetividade* (medidos com o uso de critérios padronizados); *consistência da medida* (os mesmos perfis de risco resultam nos mesmos riscos medidos); *relevância* (ser passível de ação); *transparência* (capacidade de informar todos os riscos materiais); *validade para toda a organização* (o risco pode ser agregado em toda a organização); e *integralidade* (todos os riscos materiais são identificados e considerados).

O processo de medição do risco operacional desenvolve-se em quatro etapas, conforme apresentado por Ferreira (2006):

- ✓ 1ª. Fase: informações recebidas – obtenção de informações para identificação da probabilidade e da severidade de perdas operacionais;
- ✓ 2ª. Fase: estrutura da avaliação de risco – apuração da probabilidade e da severidade da exposição ao risco operacional, nas atividades da organização;
- ✓ 3ª. Fase: revisão e validação – consolidação realizada pela comissão de revisão do risco operacional.
- ✓ 4ª. Fase: resultado – aperfeiçoamento e ação gerencial voltada para a redução do risco operacional (investimento, alienação de participação societária, controles mais rigorosos, seguro e financiamento de risco).

Para o referido autor, são instrumentos passíveis de apresentar informações que possibilitam a mensuração do risco operacional: a) relatórios de auditoria; de reguladores; gerenciais ou parecer especializado; b) informações de plano de recuperação da organização, plano diretor, planos de negócios ou planos orçamentários e de operações também apresentam informações que podem mensurar o risco operacional. O histórico de perdas também deve ser considerado como fonte informativa.

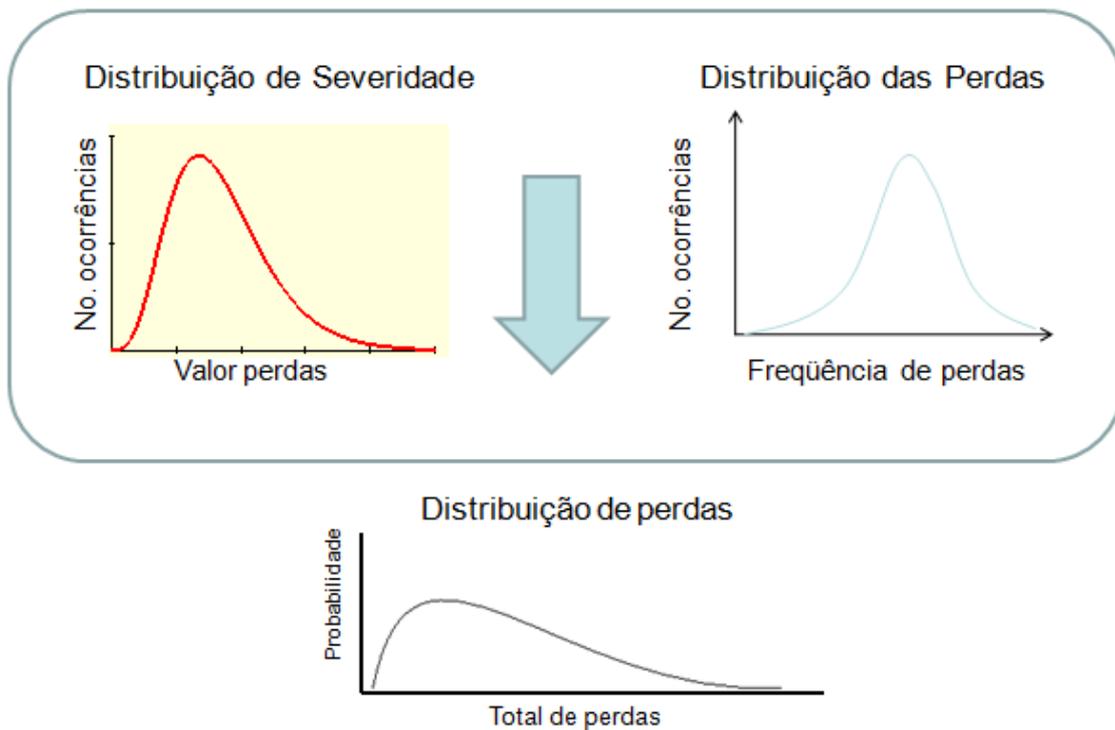
2.2.3 Mensuração do risco operacional – Value at Risk Operacional (VaR OR)

Ferreira (2006) recomenda, para a avaliação do risco operacional, a técnica de *Value at Risk- VaR*. A mensuração do risco operacional pode ser definida como a medida da distribuição de perdas. Consiste em agregar em um processo estocástico a distribuição de frequência relacionada à ocorrência e à distribuição da severidade das perdas. Pode-se considerar que a perda total S é o somatório do número estocástico de ocorrências n :

$$S = X_1 + X_2 + \dots + X_{n-1} + X_n \quad (1)$$

onde X_n é a severidade da n -ésima ocorrência relativa às perdas. A Figura 1, a seguir, ilustra o processo de mensuração do risco operacional.

Figura 1 – Mensuração do Risco Operacional



Fonte: Adaptado de CROUHY, MARK e GALAI, 2010.

A aplicação da técnica de mensuração de riscos *VaR OR*, segundo Ferreira (2006), depende da mensuração das perdas para agregar a frequência e a severidade dos eventos operacionais. Como a distribuição das perdas operacionais não pode ser obtida analiticamente, simulações devem ser usadas.

As variações entre os modelos de estimação de VaR decorrem de como é especificado o cálculo da probabilidade $Pr\{r_t \leq VaR_t\}$, conforme apresentado por Ferreira (2006). Seja essa probabilidade dada por:

$$Pr\{r_t \leq VaR_t\} = \int_{-\infty}^{VaR_t} f(r_t) dr_t = \alpha\% \quad (2)$$

de maneira que a especificação, ou seja, a parametrização de $f(r_t)$ determina o VaR_t . Se a $f(r_t)$ envolver uma especificação envolvendo fatores operacionais relacionados aos retornos r_t , como indicadores de produção ou da operação da empresa, tem-se o VaR OR paramétrico. Se, para a definição de $f(r_t)$ for utilizada uma distribuição empírica observada de r_t , decorrente de falhas operacionais registradas, tem-se o VaR OR não-paramétrico (FERREIRA, 2006).

3 METODOLOGIA

O presente estudo, consideradas as características das tipologias enfocadas por Gonçalves e Meirelles (2004), pode ser classificado como *estudo exploratório*. Segundo Minayo (2003, p.87), a pesquisa exploratória “coloca a frente os desejos do pesquisador e outros atores envolvidos em seus horizontes de interesses, em um esforço de discutir ideias e pensamentos”. Também caracteriza-se como *pesquisa aplicada*, por dar ênfase à solução de problemas (COOPER e SCHINDLER, 2003). A pesquisa proposta também pretende ser uma *Pesquisa em Administração*, isto é, uma investigação sistemática que fornece informações para orientar as decisões empresariais (COOPER e SCHINDLER, 2003). A pesquisa em administração, segundo Gil (1999), tem um valor inerente à medida: ajuda a gerência a tomar as melhores decisões. Além da contribuição de subsidiar o tomador de decisão em sua deliberação, tem o objetivo de ser um conhecimento científico, isto é, tem como característica fundamental a veracidade.

Quanto aos meios, o método de pesquisa adotado foi o estudo de caso único, que, segundo Yin (2001, p.24), “permite que os investigadores retenham as características holísticas e significativas dos eventos da vida real”. De acordo com esse autor, o estudo de caso contribui significativamente para a compreensão de fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos complexos, por intermédio de uma investigação *ex-post facto* de eventos da vida real.

O estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes. (YIN, 2001, p.39).

Para embasamento da questão central, o estudo desenvolveu análises, utilizando técnicas tanto qualitativas quanto quantitativas. De acordo com Gonçalves e Meirelles (2004), a combinação de modelos qualitativos e quantitativos se torna cada vez mais usual nas pesquisas, em razão da evolução da complexidade dos problemas em Ciências Sociais. O uso dos dois métodos é corroborado por Minayo (1998) ao propor que a pesquisa social que tem pretensões de um maior aprofundamento da realidade não pode ficar restrita ao referencial

apenas quantitativo. Considerando esse entendimento, buscou-se suprir as deficiências decorrentes da pesquisa de natureza única, mantendo-se a rigidez metodológica necessária.

O estudo desenvolveu uma análise qualitativa, com dados coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, realizadas com a amostra selecionada, conforme questionário apresentado no Apêndice A. Foi utilizado o método de painel de especialistas (GONÇALVES e MEIRELLES, 2004), mediante a realização de entrevistas de foco, baseadas em um roteiro, sua característica principal, que aborda tópicos centrais durante a entrevista, porém, sem restrição ao aprofundamento por meio de questões que surjam durante o diálogo (ALENCAR e GOMES, 1998).

A amostra foi integrada por quatro especialistas do Ministério da Saúde, as quais foram entrevistadas, com vistas a: a) identificar os mecanismos de pagamento pelo SUS aos prestadores de serviços de saúde; b) buscar subsídios para entender o financiamento pelo SUS, baseado no método proposto por Gonçalves e Meirelles (2004).

4 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

A unidade de análise da pesquisa é a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. A investigação desenvolveu-se por meio da análise dos dados secundários coletados na Instituição e de sua relação com os valores repassados pelo Ministério da Saúde, via Tabela do SIGTAP.

4.1 COLETA DE DADOS

Tendo como base o tempo em que foram organizadas as amostras, pode-se definir a pesquisa como de natureza pesquisa transversal (GONÇALVES e MEIRELLES, 2004).

Na fase de coletas dos dados, duas vertentes principais foram analisadas: a) a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, com vistas ao entendimento do processo de formação do valor dos custos dos procedimentos hospitalares; b) o Ministério da Saúde, para entendimento dos mecanismos de pagamento aos prestadores de serviços e busca dos valores apresentados pela Tabela SUS. Os dados relativos aos custos dos procedimentos hospitalares foram disponibilizados pelo Observatório de Custos da Diretoria de Desenvolvimento Estratégico (DIEST) da FHEMIG. A coleta de dados na FHEMIG abrangeu o período de agosto de 2011 a julho de 2012, sendo utilizado o custo médio do período. Optou-se pela escolha desse período, pelo fato de que a base de dados da FHEMIG estava em construção nesse intervalo; portanto, dispunha de dados mais atualizados. Todos os valores de custos calculados por Unidades Assistenciais foram considerados, já que o objetivo da pesquisa é estabelecer o paralelo entre os valores de custos e os valores de Tabela. Buscou-se, dessa forma, contemplar a diversidade das unidades assistenciais e, conseqüentemente, a diversidade de seus custos. Os dados utilizados estão apresentados no Apêndice B. A caracterização dos hospitais está apresentada no

O período de abrangência dos dados de faturamento, por sua vez, refere-se ao intervalo de janeiro a dezembro de 2011. Não foram utilizados dados de 2012, considerando que o faturamento desse período ainda podia sofrer alterações, conforme previsto no Manual do SIH/SUS, por serem mais recentes e permitirem retificações e ajustes.

O período de abrangência dos valores constantes da Tabela do SUS foi o mês de setembro de 2012, por se tratar de dados mais recentes e por não terem sofrido alterações durante o ano de 2012.

Apesar de os períodos de abrangência das coletas não terem sido uniformes, esse fato não invalida os dados nem compromete sua análise compreensiva.

4.2 A ABORDAGEM QUANTITATIVA

Os dados coletados foram aplicados no desenvolvimento de uma análise de probabilidade de retorno e mensuração do risco operacional, sendo desenvolvida uma análise de desempenho em relação aos valores repassados via tabela. A identificação dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais, geradores do maior quantitativo de recursos na FHEMIG, baseou-se nos dados de faturamento consolidado das unidades assistenciais quanto à produção hospitalar e ambulatorial, disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Os dados, coletados por meio do TabWin, referem-se ao período de janeiro a dezembro de 2011. As informações de produção ambulatorial foram coletadas por meio do TabWin no Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS, coletando valores de frequência, valor unitário e valor total. As informações de produção hospitalares utilizam as informações disponíveis no Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS.

Para a definição dos procedimentos geradores de maior quantitativo de recursos na instituição pesquisada, considerou-se a relação entre frequência e valor total pago por Autorização de Internação Hospitalar, considerando especificamente cada procedimento, conforme definido na Tabela do SIGPTAP. A definição dos procedimentos a serem custeados teve como base o Gráfico de Pareto, também conhecido como Curva ABC (princípio 80-20). Isso significa que, em muitos fenômenos, 80% das consequências advêm de 20% das causas. Esse princípio é utilizado para distinguir os itens que demandam altos investimentos ou consomem muitos recursos. Esses itens, de maior importância ou impacto, são normalmente em menor número. Esse princípio é aplicável em variados casos de classificação de itens, de várias naturezas, sob critérios específicos. O que se observa é que uma pequena parte dos itens é responsável pela maior parte dos investimentos. Martins (2003) acrescenta que os itens são classificados em três categorias: a classe A é constituída por

poucos itens (até 10% ou 20% dos itens), e o valor de consumo acumulado é alto (acima de 50% até 80%). A classe B, por sua vez, é formada por um número médio de itens (20% a 30% em geral) e apresenta um valor de consumo acumulado ao redor de 20% a 30%. Já a classe C é constituída por um grande número de itens (acima de 50%) e o valor de consumo acumulado é baixo (5% a 10%). Logo, é possível identificar quais itens são mais críticos, considerando seu peso em relação ao total de recursos consumidos. Apesar de o Gráfico de Pareto considerar a relação 80-20, para fins deste estudo, foram considerados os 25 (vinte e cinco) procedimentos geradores de mais recursos na FHEMIG, com base na disponibilidade da informação de custos pelo Observatório de Custos da FHEMIG. Verificou-se que tais procedimentos representam aproximadamente 50% do faturamento da Instituição. Esses procedimentos pesquisados correspondem a 26,02% do faturamento total dos prestadores de serviços ao SUS no Brasil.. Se considerarmos, separadamente os procedimentos, por tipo de atendimento, temos que a amostra estudada representa, no faturamento do SUS, 13,41% dos procedimentos ambulatoriais e 38,25% dos procedimentos hospitalares brasileiros.

4.3 A ABORDAGEM QUALITATIVA

As entrevistas foram realizadas no Ministério da Saúde, nos meses de julho e agosto de 2012, com servidores do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle – DRAC da Secretaria de Assistência à Saúde/ Ministério da Saúde – SAS/MS, cuja identidade será omitida, sendo identificados, para efeito de pesquisa, como ENTREVISTADOS 1, 2,3 e 4.

Adotou-se a seguinte dinâmica para a realização das entrevistas: as conversas foram conduzidas a partir do roteiro básico de entrevista desenvolvido. No decorrer de cada conversa, buscou-se obter informações a respeito dos mecanismos de pagamento aos prestadores de serviços de saúde, com vistas a identificar os elementos que determinavam, facilitavam e restringiam o financiamento pelo SUS. As conversas foram conduzidas, tendo como referência o arcabouço teórico que fundamentou esse trabalho. Foram registradas e transcritas aproximadamente 9 (nove) horas de entrevistas, que geraram 45 páginas de material bruto.

Buscou-se, com a realização das entrevistas, o entendimento do processo de financiamento pelo SUS e a sistemática de repasse aos prestadores de serviços. Optou-se pela coleta de dados por meio de entrevistas considerando serem as pessoas entrevistadas

servidores que acompanharam o processo de evolução dos mecanismos de pagamentos, ao longo de mais de 30 (trinta) anos, sendo responsáveis, atualmente, pela coordenação dos repasses dos recursos no Ministério da Saúde enfatizados na pesquisa. O resultado das entrevistas propiciou, além de conhecimento suplementar sobre aspectos relacionados às aferições efetivas realizadas na mensuração a que se procedeu na pesquisa, subsídios para o entendimento dos mecanismos de repasse do pagamento aos prestadores de serviços de saúde.

Complementando os relatos orais, o estudo também envolveu a realização de pesquisa bibliográfica e pesquisa documental, nos moldes recomendados por Gonçalves e Meirelles (2004). Foram utilizados como instrumentos de coleta documentos internos do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle – DRAC da Secretaria de Assistência à Saúde/ Ministério da Saúde – SAS/MS. Trata-se de Portaria e manuais, gentilmente cedidos para esta pesquisa, não disponíveis em acervos públicos, os quais fundamentaram a compreensão da evolução dos mecanismos de pagamento aqui apresentados, possibilitando a esta pesquisadora averiguar aspectos conjunturais relacionados aos resultados.

5 A INSTITUIÇÃO PESQUISADA: FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

A unidade de análise enfocada nesta investigação é a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG. A pesquisa utilizou a base de conhecimento da instituição, cujos dados foram submetidos a uma análise de probabilidade de retorno e medida do risco operacional.

Esleveu-se a FHEMIG como objeto desta investigação por uma série de motivos, e consistência das informações.

5.1 REPRESENTATIVIDADE DA FHEMIG NO ÂMBITO HOSPITALAR BRASILEIRO

A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais é uma das maiores redes de hospitais públicos da América Latina (MINAS GERAIS, 2012a). Conta com aproximadamente treze mil profissionais e orçamento anual de R\$ 1,15 bilhão (MINAS GERAIS, 2012b). Está diretamente vinculada à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – SES/MG, prestando atendimento exclusivo ao Sistema Único de Saúde. Tem 20 (vinte) unidades assistenciais, distribuídas entre seus 6 (seis) complexos assistenciais: Especialidades, Urgência e Emergência, Hospitais Gerais, Saúde Mental, Reabilitação e Cuidado ao Idoso, além do MG Transplantes (FHEMIG, 2011b). As unidades assistenciais primam pela excelência em atividades secundárias e terciárias, como atendimento de urgência e emergência, infectologia, maternidade de alto risco, oncologia, pediatria, tratamento de pacientes crônicos e atenção e reabilitação de idosos (FHEMIG, 2011a).

As características assistenciais diversas dos hospitais da FHEMIG fazem com que sejam representativos, no âmbito nacional, como amostragem para o atendimento assistencial no SUS. As características descritivas de cada um destes hospitais estão apresentadas no Anexo A. A Tabela 1, a seguir, sintetiza o perfil dos hospitais da Rede FHEMIG.

Tabela 1 – Perfil dos Hospitais da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - 2011

Complexo	HOSPITAIS	Especialidade	Nº Func.	Leitos Agudos	Leitos Crônicos	Total de Leitos	Produção Ambulatorial	Produção Hospitalar
Saúde Mental	CEPAI	Psiquiatria	103	12	7	19	5.191	7
	CHPB	Psiquiatria/hosp saúde mental-dia	419	30	181	211	1.147	230
	CMT	Psiquiátrico	65	-	-	-	1.750	-
	HGV	Psiquiatria	365	120	-	120	23.892	131
	IRS	Psiquiatria	325	108	-	108	1.997	204
Reabilitação E Cuidado Do Idoso	CSPD	Cirurgia/clínica médica/ crônicos	202	195	20	173	2.147	305.040
	CSSFA	Cirurgia/clínica médica/ crônicos	170	67	165	232	-	107
	CSSFE	Crônicos	210	12	100	112	7.017	54
	CSSI	Clínica médica/ crônicos	273	12	159	171	17.426	125
Especialidade	HAC	Cirurgia/clínica médica	704	95	7	102	27.726	243
	MOV	Pediatria	966	98	25	123	11.374	631
	HEM	Cirurgia/clínica médica/pneumologia/hospital AIDS dia	538	65	9	74	20.081	167
Urgência E Emergência	HJPII	Pediatria	772	104	16	112	24.469	352
	HJXXIII	Cirurgia/clínica médica/pediatria	2.567	197	98	295	86.208	1.409
	HMAL	Cirurgia/clínica médica	327	66	-	66	5.621	165
	HOGV	Cirurgia/clínica médica	33	86	-	86	3.256	281
	HCM	Cirurgia crônicos	250	52	3	55	1.041	87
Hospitais Gerais	HJK	Cirurgia/obstetrícia/clínica médica/pneumologia/pediatria	1.459	217	31	248	31.302	995
	HRAD	Cirurgia/obstetrícia/clínica médica/pediatria	667	89	18	104	14.887	609
	HRB	Cirurgia/clínica médica	308	61	10	71	-	205
	HRJP	Cirurgia/obstetrícia/clínica médica/pediatria/psiquiatria/pneumologia	880	163	39	202	13.314	541

Fonte: MINAS GERAIS, 2012b.

5.2 OBSERVATÓRIO DE CUSTOS DA FHEMIG

A escolha da FHEMIG como alvo desta investigação foi favorecida pela facilidade de acesso às informações, considerando que os dados de custos, que subsidiam esta pesquisa, estão sob a coordenação do Observatório de Custos da FHEMIG (GONÇALVES *et al.*, 2012).

O Observatório de Custos na FHEMIG, coordenado por esta pesquisadora, é uma Gerência da Diretoria de Desenvolvimento Estratégico. O Observatório coordena os trabalhos de desenvolvimento da base de conhecimento relativos a custos hospitalares que utiliza custo como metainformação, muito além do tradicional “cortar custos” e, sim, incentivando seu uso como ferramenta de suporte norteador da qualidade do gasto público no setor saúde/gestão hospitalar. É importante destacar que a metainformação é comumente entendida como informação acerca de informação (GILLILAND-SWETLAND, 2000; TAYLOR, 2003). Desta forma, a informação de custos deve representar um sumário sobre “quais” e “como” e “porque” os recursos são consumidos pelos produtos ou serviços. Então, quando se diz que, por exemplo, uma apendicectomia custa X reais, este X “traduz” ou “sumariza” o que e como foram consumidos materiais, medicamentos, recursos humanos, etc.

Além disso, o Observatório de Custos integra a Rede Nacional de Observatórios de Custos em Saúde, constituída por um grupo de pesquisadores, que entendem o custo como indicador de processos, resultados e desempenho, dada a sua forma inovadora de considerar a informações de custos como metainformação. Este enfoque, adotado pela Rede de Observatórios de Custos, busca evidenciar e entender os custos em saúde de forma mais ampla, não apenas na dimensão financeira, mas como parte de um sistema de informação de gestão que inclui também informações não financeiras. Em função do desenvolvimento de uma proposta de trabalho entre pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais e da FHEMIG, o grupo conta atualmente com apoio do Ministério da Saúde, da Organização Pan-Americana de Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, dentre outras Instituições. Constitui, portanto, um espaço permanente de estudos, pesquisas e discussões, em busca das melhores práticas de gestão em saúde, tanto em âmbito estadual como nacional, visando à melhor utilização possível dos recursos disponibilizados ao financiamento do setor público, na área de saúde, em prol do atendimento aos usuários cidadãos.

5.3 O SISTEMA INTEGRADO DE GESTÃO HOSPITALAR DA FHEMIG

A FHEMIG é pioneira e inovadora na criação de uma base de conhecimentos fundamentada em informações de custos hospitalares informatizada de forma integrada (GONÇALVES *et al.*, 2010; GONÇALVES *et al.*, 2011; GONÇALVES *et al.*, 2012).

A metodologia de apropriação de custos na FHEMIG conta com o suporte de uma solução informatizada, integrada, padronizada e disponível a todos os hospitais da rede, por meio do Sistema Integrado de Gestão Hospitalar (SIGH), que possibilita a geração de informações de custos.

O SIGH tem como principal objetivo garantir a informatização dos processos de atendimento do paciente, gerando informações consistentes, disponíveis para todos os níveis gerenciais, em tempo real. Trata-se de um sistema totalmente integrado, desenvolvido em ambiente web, com módulos independentes, centralizado em base única, que consolida as informações de todas as vinte unidades da Fundação. Os módulos do sistema permitem a integração das informações de prontuário atendimento, enfermagem, bloco cirúrgico, exames, farmácia, hotelaria, custos, gestão, CME, CCIH, faturamento e protocolos clínicos. A representação dos módulos está apresentada na Figura 2.

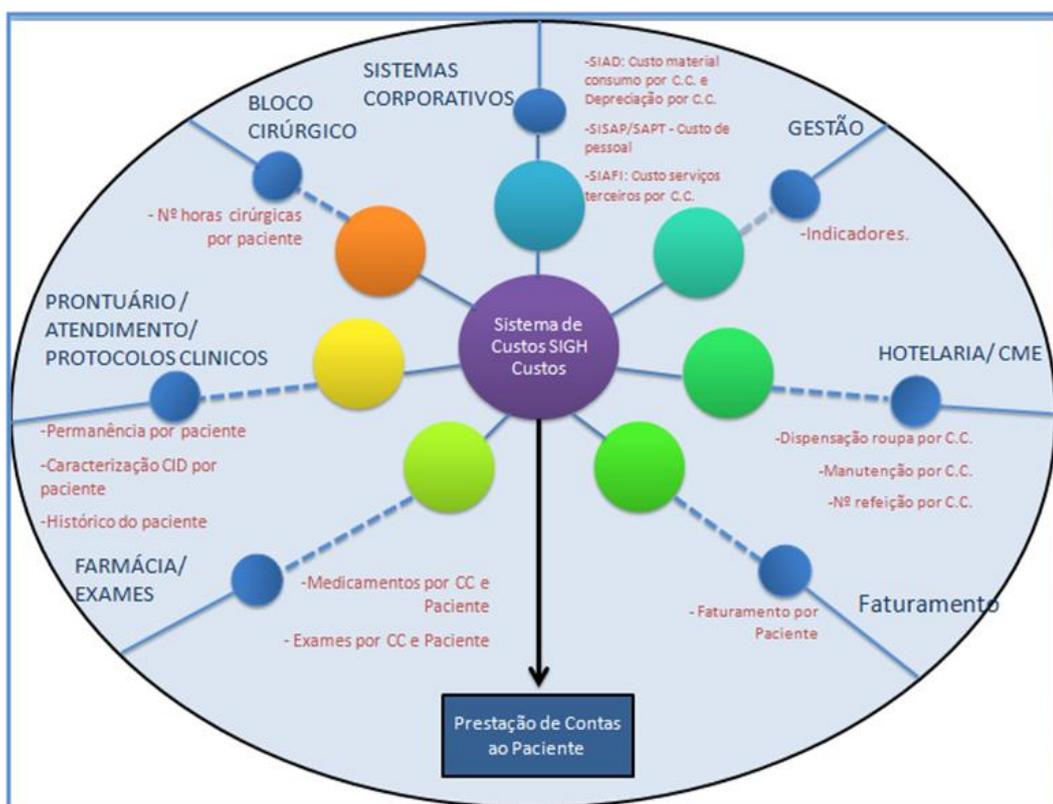
Figura 2 – Representação Sistema Integrado de Gestão Hospitalar - SIGH



Fonte: MINAS GERAIS, 2009

As informações de custos são sustentadas por módulo específico do SIGH, o SIGH – Custos, que, desde 2008, agrega informações de todos os hospitais da rede. Esse módulo inclui informações de cadastros básicos, parametrizações entre os itens de custos e Centros de Custos, cálculo de rateio e emissão de relatórios. O SIGH–Custos permite identificar como as informações retratam os recursos utilizados (humanos, materiais, serviços e tecnologia), os serviços/bens prestados/produzidos em hospitais públicos e seus custos; rastrear custos por unidades operacionais (departamentos, divisões), por procedimento e por paciente. Possibilita, assim, a construção de um arcabouço de informações suficiente para a compreensão dos custos dos procedimentos e dos processos gerenciais internos, na perspectiva dos custos, sua correlação com os serviços prestados e com os demais indicadores assistenciais. A Figura 3 apresenta a vinculação do módulo de Custos com os demais módulos do SIGH.

Figura 3 – Interligação do Módulo SIGH–Custos com os demais módulos SIGH



Fonte: MINAS GERAIS, 2009

5.4 UTILIZAÇÃO DE METODOLOGIA COMPATÍVEL COM AS PRINCIPAIS REFERÊNCIAS DE CUSTOS NA LITERATURA.

Constitui decisiva razão para a opção desta pesquisadora pela FHEMIG, como objeto de estudo, a possibilidade de utilização de metodologia compatível com as principais referências de custos na literatura.

A metodologia de apropriação de custos, utilizada nesta pesquisa, está alinhada ao Programa Nacional de Gestão de Custos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). Segundo La Forgia e Couttolenc (2009), o “custeio por absorção clássico, que aloca todos os custos e gastos aos centros de custos finais, é usado na maioria dos hospitais que tem um sistema de apuração de custos (p.58)” Trata-se de uma metodologia válida, adotada por Matos (2002), no estudo mais abrangente, realizados até o momento, na área de análise de custeio hospitalar. (LA FORGIA E COUTOLLENC, 2009).

Para Matos (2002), os custos dos procedimentos hospitalares são apresentados como o custo do produto final fornecido por diversos centros de custos produtivos das unidades assistenciais.

Em consonância com o entendimento dos citados autores, criou-se uma base de conhecimentos referentes a custos, geradas como metainformação. Neste sentido, procedeu-se uma série de ações:

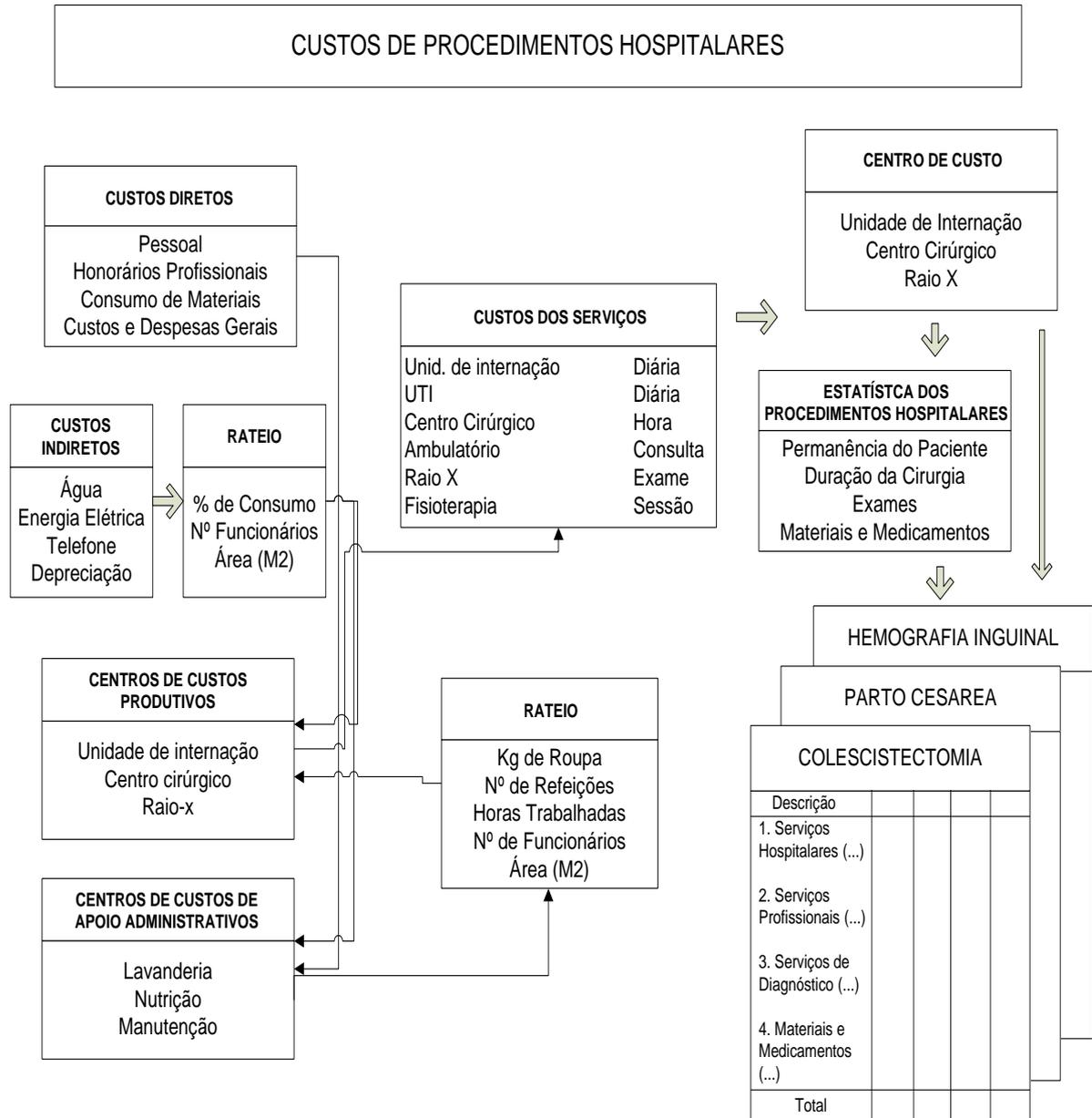
- a) adoção de metodologia padronizada para apuração dos custos dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais utilizando a geração dos custos que compõem o tratamento;
- b) definição da segmentação (ou divisão) dos hospitais em Centros de Custos;
- c) classificação dos hospitais quanto às suas funções como base;
- d) definições de itens de custos, critérios de rateios e de produção;
- e) definição da transferência dos custos aos Centros de Custos finais (ou produtivos) de forma a possibilitar a determinação dos custos unitários dos serviços prestados. Estabeleceu-se como pré-requisito na geração dos custos dos procedimentos hospitalares a

utilização do custo dos Centros de Custos. Dessa forma, o procedimento representa o produto final, composto dos serviços e/ou produtos gerados pelos diferentes centros de produção de serviços. Partiu-se do pressuposto de que a extensão dos procedimentos hospitalares compreende todos os eventos ocorridos e insumos utilizados no paciente, no período da internação definido na Autorização de Internação Hospitalar – AIH.

Assim, a geração do cálculo do custo dos procedimentos hospitalares compreende a utilização, de forma integrada, dos custos das atividades hospitalares, ou seja, o custo dos procedimentos compreende a utilização dos custos incorridos pelos itens que compõem os procedimentos, associados à frequência de utilização desses itens. Nesse entendimento, o custo dos procedimentos nos hospitais corresponde a uma sequência de prestações de serviços advindas de uma conjunção organizada de Centros de Custos. Para cálculo do custo dos procedimentos, somam-se as parcelas devidas dos Centros de Custos Produtivos que contribuíram diretamente na execução do procedimento. Os Centros de Custos Administrativos e Auxiliares, conforme a metodologia de custeio adotada, têm seus custos rateados aos Centros de Custos Produtivos, compondo, assim, também, o custo do procedimento de forma indireta. Os componentes do cálculo dos custos dos procedimentos hospitalares estão representados na Figura 4. Pode-se verificar, a título de exemplo, que o Centro de Custo de Apoio Administrativo - Serviço de Nutrição e Dietética - terá seus custos transferidos ao Centro de Custos Produtivo Unidade de Internação.

A construção do conhecimento de custos na FHEMIG envolveu ações estratégicas, táticas e operacionais, fundamentadas em metodologia padronizada para toda a FHEMIG, bem como em sistema informatizado e no uso da metainformação custo. A FHEMIG iniciou o processo de apuração de custos em 2007, tendo como base metodológica o Custeio por Absorção (CAMARGOS e GONÇALVES, 2004). A partir de 2010, o Custeio ABC foi utilizado como base de critério de rateio para os Centros de Custos e, conseqüentemente para as atividades desenvolvidas.

Figura 4 – Composição do custo dos procedimentos hospitalares



Fonte: elaborado pelo autor

A base de conhecimento dos dados da FHEMIG, informatizada por meio do SIGH-Custos, é alimentada com dados coletados de forma externa e interna ao SIGH. Os dados externos correspondem às informações importadas dos sistemas corporativos do Governo do Estado de Minas Gerais (Sistema Integrado de Administração de Materiais e Serviço de Minas Gerais – SIAD/ MG, Sistema Integrado de Administração Financeira de Minas Gerais – SIAF/MG e Sistema Eletrônico de Administração de Pessoal do Estado de Minas Gerais –

SISAP/MG). Os dados internos correspondem a dados estatísticos de produção dos procedimentos, dos Centros de Custos e de valores utilizados como critérios de rateio, como os dados obtidos dos demais módulos do SIGH.

As informações dos Centros de Custos Produtivos, bem como o valor dos custos, após os rateios dos Centros de Custos Administrativos e Auxiliares, são apresentados por tipos de custos:

✓ SP – Serviço de Pessoal – representa o custo relativo a todos os profissionais médicos que prestam serviços ao Centro de Custos. Essa informação agrega o valor dos custos apurados pelo SIGH–Custos: salários, provisão de férias, abono de férias, férias-prêmio, previdência social, dentre outros.

✓ SH – Serviço Hospitalar – representa a soma dos custos discriminados nas demais colunas da tabela:

- Pessoal não médico, que utiliza a mesma lógica de apropriação dos custos dos serviços médicos.
- Medicamentos, material médico, outros custos (materiais de consumo, serviços, depreciação). Esses custos são obtidos através dos relatórios do Armazém do Sistema Integrado de Administração de Material – SIAD/MG incluídas no SIGH–Custos.
- Custos indiretos, rateios recebidos. Esses custos são repassados aos Centros de Custos Produtivos, utilizando critérios de rateio definidos conforme metodologia adotada de forma padronizada para todas as Unidades Assistenciais, possibilitando a alocação, aos Centros de Custos Produtivos, dos custos dos Centros de Custos Administrativos e Auxiliares.

Os procedimentos constantes na Tabela Única do SUS e no faturamento da FHEMIG, as suas atividades constitutivas e o seu consumo de recursos são objetivos específicos propostos nesta pesquisa. Os resultados obtidos estão apresentados no Apêndice B, por ordem de código do procedimento na Tabela SIGTAP.

6 FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

Visando a atingir os objetivos desta pesquisa, serão apresentadas informações sobre o financiamento da saúde, com ênfase na evolução dos mecanismos de pagamentos pelo Sistema Único de Saúde e no setor hospitalar brasileiro. Além disso, será abordada a questão dos repasses financeiros no setor saúde. Também serão apresentados o Pacto pela Saúde, que atualmente representa marco importante nas transferências de recursos aos prestadores, e o sistema de informações do SUS, por ser esse a base informatizada para as transferências de recursos aos prestadores de serviços. Constituíram fontes de dados os autores referenciados na revisão de literatura, a análise de documentos coletados sobre a matéria e as entrevistas realizadas, conforme descrito na Metodologia, junto a servidores do Ministério da Saúde. O conteúdo dessas entrevistas será intercalado ao longo deste tópico da pesquisa, buscando comprovar as afirmações e conclusões desta pesquisadora.

Segundo o Ministério da Saúde, “o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é feito pelas três esferas de governo, federal, estadual e municipal, conforme determina a Constituição Federal de 1988, que estabelece as fontes de receita para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde” (BRASIL, 2012c).

O financiamento tem-se constituído numa preocupação permanente dos gestores e de todos os envolvidos diretamente com a construção do sistema de saúde, tornando-se tema constante em todas as discussões das instâncias gestoras. Garantir a universalidade e integralidade diante de um cenário de restrições orçamentárias e financeiras e alocar recursos de forma equânime em um país de tantas desigualdades sociais e regionais têm-se transformado em um grande desafio para os gestores (BRASIL, 2011a, p.7)

O financiamento da saúde pode ser focado, pelo menos, por meio de duas abordagens: a macroeconômica, cujo foco concentra-se na captação dos recursos, e a abordagem microeconômica, que focaliza a utilização desses recursos, com ênfase na sustentabilidade dos prestadores de serviços e nas formas como lhes são repassados os recursos. Nesta última abordagem, inserem-se os mecanismos de pagamentos aos prestadores de serviços hospitalares contratados pelo SUS.

6.1 MECANISMOS DE PAGAMENTO AOS PRESTADORES NO BRASIL

Para La Forgia e Coutollenc (2009), os mecanismos de pagamento a prestadores são as formas pelas quais os contratantes remuneram os prestadores de serviço de saúde pelos produtos fornecidos. Segundo os autores, constitui elemento essencial a determinação de preços de serviços ou de pacotes de serviços, uma vez que, com base nesses preços, é possível determinar níveis de preços e alocar recursos financeiros nos hospitais.

São os seguintes os mecanismos de remuneração ou de transferências financeiras, conforme Andreatzzi (2003):

➤ *Ex post* (pós-pagamento)

Modo pelo qual o pagamento ocorre após a realização efetiva do serviço. Sua modalidade mais tradicional é o pagamento por produção de serviços (*fee-for-service*). Ainda é o modo mais frequente de relacionamento entre os usuários que pagam diretamente ao profissional de saúde, entre o seguro privado e seus credenciados. Este tipo de pagamento é utilizado no Sistema Único de Saúde, para remunerar os prestadores de serviços. No caso dos hospitais, o montante do pagamento pós-pago pode ser calculado das seguintes formas: *por diária hospitalar*, sendo pago um valor fechado por uma diária; *por itens de produção*, necessitando de desenvolvimento de sistemas minuciosos de informação e auditoria frequente, conta a conta; e *pagamento prospectivo por procedimentos*, por meio de uma classificação detalhada do produto hospitalar, sendo estabelecido um preço fixo por procedimento ou diagnóstico, baseado em valores médicos. O incentivo para o hospital é manter o custo de tratamento do caso abaixo do preço estabelecido em tabela, seja aumentando a eficiência, seja, no limite, utilizando menos recursos do que seria adequado (ANDREAZZI, 2003; LA FORGIA e COUTTOLENC, 2009).

O pagamento pós-produção é a modalidade de transferência utilizada pelo SUS para pagamento aos prestadores de serviços da rede credenciada, conforme apresentado no Manual de Gestão Financeira do SUS (BRASIL, 2003). Refere-se ao pagamento tanto do faturamento hospitalar registrado no Sistema de Informações Hospitalares – SIH, para a produção de serviços hospitalares, como da produção ambulatorial, registrada no Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA, contemplando ações de Assistência de Média e Alta Complexidade,

também observados os tetos financeiros dos respectivos estados e municípios, tendo como base os valores definidos na tabela de procedimentos do SUS.

➤ *Ex ante (pré-pagamento)*

Para o pagamento, é calculado um valor prévio, independente da produção, com base em variados critérios, em geral populacionais. Uma das vantagens gerenciais do pré-pagamento é a previsibilidade orçamentária. Nesta forma, em geral, separa-se o investimento (recursos novos) da manutenção ou custeio da unidade de serviço. Em alguns casos, procura-se elaborar a programação orçamentária com base em objetivos, metas e custos reais e comprometer os repasses efetivos com o cumprimento dessas metas, que tanto podem estar relacionados à produtividade como à qualidade. O financiamento dessas unidades está contemplado em um contrato de gestão entre a organização e a agente financiador no contexto dos orçamentos globais, com base em um programa de trabalho.

A contratualização, como é feita atualmente pelo SUS, tem como vantagem o estabelecimento de compromissos e metas sobre os quais pode ser feita a avaliação da prestação de serviço, determinando os valores de repasses, não só o quantitativo, mas também o qualitativo e outros aspectos, tais como oferta de atenção integral, independente dos procedimentos definidos por produção. Essa forma de repasse tem como risco operacional a capacidade limitada de monitoramento e avaliação dos compromissos e metas por parte dos gestores hospitalares e gestores do sistema e o sub-registro da produção e alimentação dos sistemas de informação, já que não seriam diretamente vinculados aos repasses financeiros. Desta forma, compromete-se a fonte de informações confiáveis para a avaliação do sistema de saúde com base nas informações da produção.

➤ *Esquemas mistos*

São aqueles que agregam o pagamento global e por produção, de forma complementar. Este formato está sendo utilizado, de forma ainda incipiente, pelo Ministério da Saúde para repasse dos recursos aos prestadores.

6.1.1 Evolução dos mecanismos de pagamento aos prestadores no Brasil

“Os mecanismos de pagamentos utilizados atualmente pelo SUS tiveram como base os sistemas anteriores a 1990.” (ENTREVISTADO 2).

O conhecimento do histórico das formas de remuneração adotadas pelo SUS ao longo do tempo é importante, para que se compreenda a lógica atual de remuneração aos prestadores de serviços do Sistema Único de Saúde no Brasil.

O marco divisor, no processo de controle dos pagamentos aos prestadores, foi a implantação do primeiro sistema de processamento eletrônico de dados, em 1976. (LEVCOVITZ, 1993). Esse sistema representa a referência inicial para o entendimento do sistema atual de pagamento aos prestadores de serviços. Apesar da importância histórica desse conhecimento para o entendimento do processo de pagamento aos prestadores de serviços em saúde, são poucas as referências sobre os sistemas e processos anteriores ao surgimento do SUS, em 1990.

As poucas referências documentais sobre as formas de pagamento anteriores a 1976 baseiam-se em relatos de autores que participaram do processo e vivenciaram tais mudanças (LEVCOVITZ, 1993; CARVALHO, 2002, CARVALHO, 2007).

Essa observação dos citados autores foi respaldada durante a aplicação da Entrevista 2, ocasião em que foi possível obter as seguintes informações:

O atendimento médico hospitalar no Brasil era realizado principalmente pelos institutos de previdência e pelas Santas Casas de Misericórdia. O atendimento prestados pelos institutos de previdência eram restritos aos servidores, empregados, isto é, àqueles “que tinham carteirinhas”. Às Santas Casas cabia o atendimento aos indigentes. Poucos eram os hospitais públicos.

O pagamento aos prestadores não era vinculado a uma tabela pré-definida. Os recursos seriam repassados mensalmente a cada hospital, conforme os valores apresentados por cada prestador, o que ocasionava o não conhecimento dos valores a serem repassados. (ENTREVISTADO 2)

Os prestadores recebiam o valor apresentado como recursos consumidos no período, o que não significava que fosse o custo ideal. Os valores apresentados pelos hospitais como consumidos eram solicitados ao Governo e este pagava pelo serviço prestado diretamente às Caixas de Previdência. Todo o processamento era feito manualmente. Neste período, os hospitais dos servidores eram os hospitais de

referência, sendo um privilégio ser atendido por eles. O mais sofisticado hospital era o Hospital dos Servidores do Rio de Janeiro. O controle e o pagamento era feito pelo Ministério da Previdência. (ENTREVISTADO 4)

Devido ao crescente volume de serviços médico-hospitalares produzidos pela rede contratada, esse modelo começou a se mostrar inviável, provocando cada vez maiores atrasos no processamento. Dessa forma, iniciou-se o processo de desenvolvimento do primeiro sistema informatizado, o Sistema Nacional de Controle de Pagamento de Contas Hospitalares – SNCPCH. (BRASIL, 1983).

O SNCPCH objetivava controlar as internações hospitalares, sendo o primeiro sistema de processamento eletrônico de dados, substituindo, em sua maior parte, a revisão manual pela mecânica. O SNCPCH apresentava como principal característica o ressarcimento da prestação de serviços “ato a ato”, com base na comparação com gabaritos regionais pré-estabelecidos. O gabarito era apresentado como “um conjunto de valores, formulados para cada região, para revisão comparativa dos valores constantes das contas apresentadas” (BRASIL, 1976). O gabarito tinha cinco grandes grupos de confronto, por tipo de nosologia ou procedimento, assim classificados: tempo de permanência; serviços profissionais; serviços hospitalares; recursos terapêuticos e recursos de diagnóstico.

Como instrumentos, o sistema dispunha da Guia de Internação Hospitalar (GIH) e da Tabela de Honorários Médicos para os atos profissionais, cujos valores eram expressos em unidades de serviços – US (BRASIL, 1976).

As seguintes informações sobre o assunto foram coletadas durante as entrevistas:

Todos os parâmetros eram muito fragmentados e previamente definidos. O sistema era fundamentado em parâmetros pré-definidos para pagamento, que não eram informados aos prestadores de serviços. Desta forma, um procedimento possuía um número fixado máximo permitido de RX a ser cobrado, para que os prestadores não faturassem coisas absurdas. O excedente não era pago, era rejeitado. Por não conhecer os parâmetros utilizados, o prestador não sabia se a conta seria ou não rejeitada, o que ocasionava o desconhecimento dos valores a receber e o Ministério desconhecia os valores a pagar. (ENTREVISTADO 2)

Pode-se citar, como exemplo, que para pagamento de uma cirurgia de apendicectomia eram calculados quantos comprimidos seriam usados, quantas compressas de gaze, campos operatórios. Nesta lógica do sistema, era difícil permitir fraudes. (ENTREVISTADO 4)

A Tabela tinha como referência os procedimentos hospitalares, numerados por grupos, subgrupos. A numeração correspondia ao tipo de serviço prestado (por exemplo, clínico ou cirúrgico). Para cada procedimento era definido um número de Unidades de Serviços referentes ao valor do procedimento, diárias e taxa de sala (ENTREVISTADO 2).

Além do impacto negativo no processamento do financiamento, segundo Levcovitz (1993) havia constatação de fraude em 90% nos documentos analisados. O autor apresenta que as principais distorções eram: pacientes inexistentes, falsificações de diagnósticos, excessiva cobrança de diárias, cobranças de exames e medicamentos não realizados ou não aproveitados, reapresentação de uma mesma conta, internações e exames desnecessários, cobrança indevida de honorários médicos e cobrança irregular de taxas de utilização.

A partir de 1980, um grupo de representantes do INAMPS, do DATAPREV e dos prestadores de serviços médico-hospitares iniciou a concepção do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), em substituição ao SNCPCCH. O SAMHPS teve como objetivo principal o processamento do pagamento de internações hospitalares dos hospitais contratados pelo INAMPS, com o propósito de definir o processo de prestação de serviços assistenciais aos beneficiários urbanos da previdência social, através do Sistema Assistencial, constituído de hospitais contratados, médicos e laboratórios credenciados (CARVALHO, 2007). O sistema foi estendido, a seguir, aos hospitais filantrópicos e por último aos universitários e de ensino (BRASIL, 2007).

Sobre o início do SAMPHS, os especialistas entrevistados informaram:

A equipe ficou 6 (seis) meses em Curitiba, cidade usada como piloto. Foi feito um “de-para” da Guia de Internação Hospitalar – GIH (usado pelo SNCPCCH) para Autorização de Internação Hospitalar – AIH, que seria usado pelo novo sistema. Para a mesma GIH preenchia-se uma AIH, para validar o sistema. (ENTREVISTADO 2)

Para a definição dos valores de todos os procedimentos que compunham a tabela, foi realizado um estudo de custos, baseado nas GIH, tendo como referência os hospitais que atendiam a alguns critérios pré-definidos (reduzido número de glosas, reduzido índice de fraudes, grandes hospitais, hospitais universitários, com controle de gastos, Hospital das Clínicas do Paraná e Hospital das Clínicas de São Paulo – já faziam a distribuição de medicação por doses individualizadas). Foi usado como parâmetro para a definição da tabela o estudo de 50 procedimentos escolhidos como referência (procedimentos de alta complexidade, média e baixa), tendo como critério aqueles de maior frequência de cada especialidade, como parâmetro. Foi feita a conferência minuciosa dos valores apresentados nas GIH, confrontando com valores de levantamento de custos. Se nestes procedimentos os valores apresentados representavam os custos, estimou-se que os valores dos demais procedimentos também teriam relação com os valores pagos nas GIH nestes referidos hospitais. (ENTREVISTADO 4)

Quando foi pensado no SAMPHS, foi feito um trabalho de levantamento de custos, demorado. Concluiu-se que a melhor forma seria o pagamento “por pacote” (termo

usado na época). Para cada “pacote”, criou-se a tabela de procedimentos. A Tabela era classificada por pacotes, subdivididos em grupos e subgrupos. Era informada a média de permanências dos pacientes (período definido por especialistas como ideal e necessário para o tratamento, para que fossem evitadas complicações. A alta realizada antes deste período era classificada como “alta precoce”. Chegou-se até o valor dos procedimentos. Houve a participação dos especialistas nas áreas de todas as sociedades. Os procedimentos, que eram fragmentados na Tabela anterior GIH, foram ajuntados por grupos, definindo um valor médio a ser pago, criando um único procedimento. (ENTREVISTADO 2)

Dessa forma, o SAMHPS facilitou o pagamento aos prestadores de serviços, por apresentar uma sistemática bem mais simples de preenchimento da conta hospitalar e por permitir uma tramitação mais versátil dos documentos, graças a um fluxo mais simplificado. (LEVCOVITZ, 1993).

Em 1990, houve a criação do SUS, conforme já apresentado. Os especialistas entrevistados assim relataram as mudanças ocorridas nos mecanismos de pagamento aos prestadores de serviços de saúde:

Em 1990, inicia-se o SUS. Em 1991, ocorre a criação do Sistema de Informação Hospitalar – SIH. Os médicos faziam o controle das AIH, para verificar os valores que eles iriam receber. O processamento passou para o DATASUS. Acaba o Ministério da Previdência Social e, em julho de 1993, ocorre a extinção do INAMPS. A grande mudança ocorrida foi logo no início da extinção do INAMPS, no final de 1994. O que ocorreu ao longo dos anos é que estava prevista a manutenção e não houve a manutenção devida, prejudicando o funcionamento do SIH. Por este motivo, iniciou-se a grande mudança na forma de pagamento: a possibilidade de emissão de mais de uma AIH por paciente. Alguns procedimentos anteriormente incluídos em uma única AIH seriam, a partir destas mudanças, faturados em novas AIH: permanência a maior; intercorrências, etc.. Se o tratamento inicial era para tratamento clínico, por exemplo, e fosse necessário um tratamento cirúrgico. Baseado nas reivindicações dos prestadores de serviços pelo valor pago. Perdeu-se também a questão de o profissional técnico fazer a codificação. No SAMPHS, os médicos tinham controle do que receberiam. (ENTREVISTADO 2)

Ainda segundo os entrevistados 3 e 4, ocorreu uma desvinculação da essência inicial do sistema SIH, que era de base epidemiológica. Atualmente, não mais se consegue definir o perfil epidemiológico brasileiro, tendo como base as AIH, considerando que nem sempre são incluídos dados como: CID, procedimentos, diversas patologias com o mesmo CID. Ficou mais difícil o controle pelo SUS, bem como a administração para os gestores e a busca de dados para pesquisas. Além disso, fragilizou-se o controle do sistema. Não se tem a sequência

do que acontece com o atendimento, de forma sistematizada. Há também dificuldade de vinculação de uma AIH a outra, quando há complementação do atendimento ao mesmo paciente. Foi possível também apurar que, atualmente, os médicos não conhecem o sistema, e os hospitais nem sempre apresentam todas as contas.

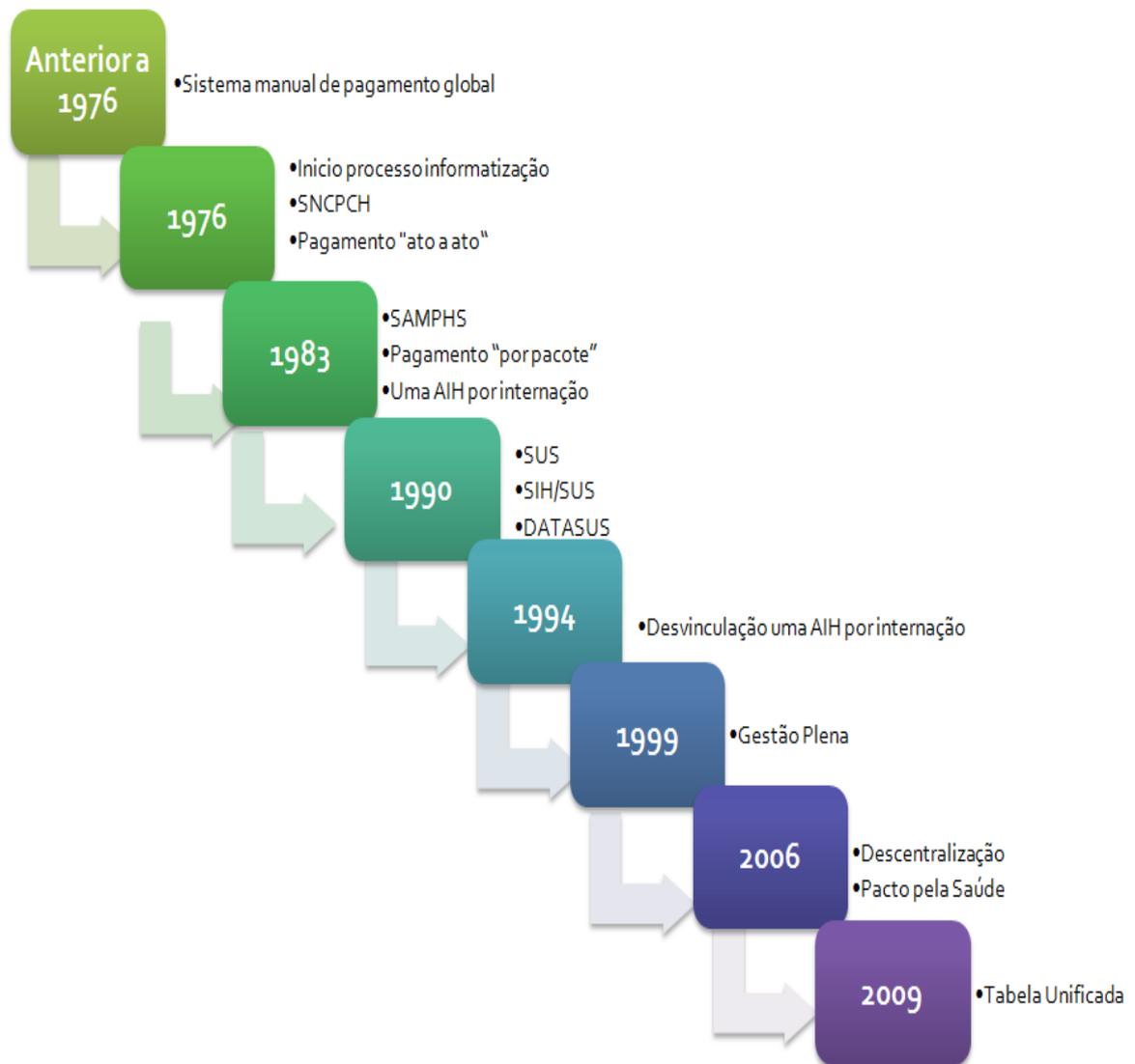
Os métodos e procedimentos de revisão e pagamento dos serviços hospitalares e correlatos representam o suporte do financiamento da saúde; daí sua importância ao longo de toda a história recente da saúde no Brasil, considerando o grande volume de recursos repassados aos prestadores, com base nos valores definidos nas Tabelas.

A partir das falas dos entrevistados, pode-se apontar os seguintes marcos principais dos mecanismos de remuneração dos serviços de saúde pelo SUS:

- ✓ Antes de 1976 – Processamento manual de dados.
- ✓ 1976 – Criação do SNCPCH – Sistema Nacional de Controle de Pagamento de Contas Hospitalares – primeiro sistema informatizado de dados que vincula a transferência de recursos à produção dos prestadores hospitalares ato a ato.
- ✓ 1983 – Criação do SAMHPS – Sistema de Assistência Médico- Hospitalar da Previdência Social, primeiro sistema que utiliza o pagamento “por pacote”.
- ✓ 1990 – Criação do SIH – Sistema de Informação Hospitalar do SUS, primeiro sistema após a promulgação da Constituição Federal - CF e do SUS.
- ✓ 1994 – Desvinculação de uma AIH por internação.
- ✓ 1999 – Início da Gestão Plena e alteração no modelo de transferência de recurso aos prestados e alteração dos mecanismos de pagamento aos prestadores.
- ✓ 2009 – Unificação da Tabela SIH/SUS e SIA/SUS, alterando a forma de repasse aos prestadores de serviços.

A Figura 5, a seguir, sintetiza essa evolução.

Figura 5 – Representação dos mecanismos de pagamento no Brasil – 1976 a 2009



Fonte: Elaborado pela autora

6.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

A Constituição Federal de 1988 definiu que “saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988), o que significa que cada um e todos os brasileiros devem construir e usufruir de políticas públicas econômicas e sociais que reduzam riscos e agravos à saúde. Várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias foram criando as condições de

viabilização plena do direito à saúde, preconizado na Carta Magna. Destacam-se, nesse sentido, no âmbito jurídico institucional, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (nº. 8.080/90 e 8.142/90), o Decreto nº. 99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991 e 1993. Mais recentemente, destaca-se a Lei Complementar 141/2012, que regulamenta os repasses dos entes federados às políticas de saúde e o Decreto 7508/2011, que definiu o novo modelo de gestão do SUS, criando as Regiões de Saúde (BRASIL, 2011d).

Com a Lei nº 8.080/90, ficou regulamentado o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição Federal de 1988. O SUS agrega todos os serviços estatais das esferas federal, estadual e municipal e os serviços privados (desde que contratados ou conveniados) e é responsável, ainda que sem exclusividade, pela concretização dos princípios constitucionais (BRASIL, 1996). A Lei 8080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Além disso, regulamenta praticamente todo o sistema de saúde: disposições gerais e preliminares, objetivos e atribuições, princípios e diretrizes, organização, direção e gestão, competências e atribuições, serviços privados de assistência à saúde (funcionamento e participação complementar), recursos humanos, financiamento (dos recursos, da gestão financeira, do planejamento e do orçamento) e finalmente das disposições transitórias (BRASIL, 1990d).

Os princípios e diretrizes aplicáveis ao SUS incorporam os princípios decorrentes de valores sociais como o *acesso universal e igualitário* (CF art. 196), a *participação comunitária* (art. 198, III) e o *atendimento integral* (art.198, II). O outro grupo engloba os que dizem respeito à organização do sistema de saúde: *regionalização e hierarquização* dos serviços e *descentralização* associada à direção única em cada esfera de governo (CF, art. 197, I, II e III) (CARVALHO, 2007). Inicia-se, assim, um sistema de atenção que oferece assistência desde a prevenção até a recuperação da saúde, tendo como única exigência de que o paciente seja cidadão brasileiro. Trata-se de um sistema completo, pois oferece assistência desde a prevenção até a recuperação da saúde, e único, tendo como única regra ser cidadão brasileiro. O SUS constitui efetivamente o único serviço de saúde para mais da metade da população (IBGE, 1998) e o principal fornecedor de cuidados para a população mais pobre (BANCO MUNDIAL, 2007).

O SUS, segundo descrito por Mendes (1996), firmou-se no final dos anos 80 como um sistema plural de saúde, composto por três subsistemas: o subsistema público – SUS, a base

do sistema; o subsistema de atenção médica supletiva e o subsistema de desembolso direto. Para o autor, ao subsistema público, SUS, compete atender a grande maioria da população brasileira, em torno de 120 milhões de brasileiros. O SUS é composto de serviços estatais diretamente prestados por União, Estados e Municípios e dos privados que, de alguma forma, estão pactuados com o Estado, seja por convênios, seja por contratos, recebendo recursos estatais pela prestação de serviços (MENDES, 1996).

Quanto ao financiamento, esse é regulamentado pela Lei 8080/90 (BRASIL, 1990d). No artigo 15, inciso V, é definido que a União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as atribuições de elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde. O artigo 26 da mesma Lei dispõe que os critérios e valores para a remuneração de serviços, as formas de reajuste e os parâmetros de pagamento da cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do SUS, aprovados no Conselho Nacional de Saúde. A remuneração será fundamentada em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados. O parágrafo 2º, desse artigo, apresenta que os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e a princípios e diretrizes do SUS, mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

A proposta do SUS representou a transferência, da União para Estados e Municípios e dos Estados para os Municípios, de atribuições, pessoal, equipamentos e prédios, num esforço inaudito de descentralização. Dessa forma, implantou-se um modelo que não concentrava as atividades no nível hospitalar terciário gerido pelo Governo Federal. Os hospitais foram repassados aos governos municipais sem que houvesse, em muitas vezes, o proporcional repasse de recursos e o devido preparo para assumir essa responsabilidade (CARVALHO, 2003).

6.2.1 O setor hospitalar

Dentre os principais temas de debate acerca da assistência no Sistema Único de Saúde, a atenção hospitalar tem sido um dos principais temas. Os hospitais são de evidente importância na organização da rede de serviços, seja pelo tipo de serviços ofertados, pela

grande concentração de serviços de média e alta complexidade, seja pelo considerável volume de recursos – humanos, tecnológicos e financeiros – destinados ao nível hospitalar.

São questões que geram discussões no setor hospitalar, conforme entendimento de Marinho *et al.* (2001): a participação de hospitais públicos e privados no setor saúde, de forma viável econômica e financeiramente; a necessidade de atender a uma parcela significativa da população; existência de desconforto organizacional e social advindo do atendimento não imediato e pela superlotação no sistema; além da presença de filas para atendimento.

Os hospitais são conceituados de maneiras diversas por pesquisadores que estudam o setor de saúde. O Ministério da Saúde os conceitua como “estabelecimentos destinados a prestar assistência médica e hospitalar a pacientes em regime de internação” (BRASIL, 2004, p.61). Os hospitais são caracterizados por serem uma burocracia profissional do ponto de vista estrutural (MINTZBERG, 1995).

Gurgel Jr. e Vieira (2002), citando Mintzberg (1995, p.30), destacam que:

“[...] a organização hospitalar caracteriza-se por ser uma burocracia profissional do ponto de vista estrutural, onde o setor operacional tem importância, traciona e concentra o poder na organização. O seu mecanismo de controle dá-se por padronização de habilidades realizadas por órgãos fiscalizadores externos das diversas categorias profissionais. Isto lhe confere autonomia e independência da gerência estratégica, pois suas habilidades profissionais são definidas fora da organização em cursos profissionalizantes, ou seja, o estado da arte é um atributo das próprias corporações que desenvolvem seu trabalho no hospital. Tal condição enfraquece a vinculação com a organização e confere dificuldades adicionais como alta resistência às mudanças. As organizações hospitalares, públicas ou privadas, estão inseridas num ambiente complexo e singular que as condiciona a um funcionamento inadequado diante da lógica da acumulação lucrativa dos mercados. Pois, independentemente de sua natureza, ambas as condições estão subordinadas a princípios éticos e legais que normatizam o setor saúde e às políticas governamentais, que colocam os hospitais frente a uma diversidade de interesses divergentes.” (GURGEL JR. E VIEIRA, 2002, p.330)

Os hospitais, segundo La Forgia e Coutollenc (2009), podem ser classificados quanto ao tipo de administração ou ao nível de atendimento prestado. Quanto ao tipo de administração, podem ser *públicos* (administrados por autoridades federais, estaduais ou municipais) e *privados* (subdivididos em conveniados ou contratados pelo SUS ou não contratados pelo SUS). Quanto ao nível do serviço prestado, classificam-se da seguinte forma:

- 1) *atendimento básico ou de baixa complexidade*, que inclui serviços de atenção primária

ambulatorial principalmente; 2) *atendimento de alta complexidade*, que agrega os serviços complexos, tanto por seu custo unitário e pela tecnologia envolvida, como pelos cuidados e cirurgias como as cardíacas, transplantes de órgãos, oncologia. O atendimento de alta complexidade cabe exclusivamente aos hospitais, os quais, contudo, não ficam restritos a esse tipo de serviço; 3) *atendimento de média complexidade*, uma categoria indefinida, que abrange os aspectos não contemplados nos outros dois grupos.

Os dados, que representam a assistência hospitalar no contexto do setor saúde, impressionam tanto pelo volume de recursos despendidos quanto pela complexidade e extensão de seu atendimento, principalmente com hospitais prestadores de serviços ao SUS. O SUS financia a maior parte do atendimento hospitalar para a população pobre (90% entre membros da classe C e 82% na classe D), financia também 21% do número de hospitalizações em domicílios de alta renda (IBGE, 1999 *apud* LA FORGIA e COUTTOLENC, 2009).

Dentre os recursos gastos no setor saúde, os hospitais consomem cerca de 2/3 do gasto total, sendo aproximadamente 70% do gasto hospitalar financiado com recursos públicos, via SUS. Segundo os dados apresentados por Marinho, Cardoso e Almeida (2009), os hospitais do SUS realizaram mais de 11 milhões de internações/ano, que custaram aproximadamente R\$ 7,6 bilhões, prestando assistência à saúde para aproximadamente 95% da população brasileira, incluindo algo em torno de 70% dos cuidados secundários e 90% dos cuidados mais complexos. O SUS, conforme informações apresentadas por La Forgia e Couttolenc (2009), responde por 68% das internações, 73% dos atendimentos de emergência e 67% do atendimento ambulatorial brasileiro, sendo a maioria dos hospitais (60%) de pequeno porte - menos de 50 leitos e a maioria privada (65%), responsável pela maioria dos leitos (70%). Quanto ao tamanho dos hospitais, a maioria é de pequeno porte, sendo que 60% têm menos de 50 leitos. Por fim, o tamanho médio é de 64 leitos e a mediana é 38. Entre o SUS e o setor privado, o sistema inclui 7.400 hospitais (65% privados), com 471.000 leitos, 60.000 unidades ambulatoriais (75% públicas), e 11.500 unidades de serviços diagnósticos (94% privadas) (BANCO MUNDIAL, 2007).

Os percentuais de gastos hospitalares total, gastos com internações e volume de internações distribuídas por nível de atenção estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2– Sistema Único de Saúde: gastos hospitalares por nível de complexidade - 2009

Níveis de Atenção Hospitalar	Volume de Internações	Gastos com Internações	Gasto Hospitalar Total
Baixa Complexidade	41,5%	25%	25,9%
Média Complexidade	51,5%	48%	50,9%
Alta Complexidade	7,0%	27%	23,2%

Fonte: Adaptado de LA FORGIA E COUTOLLENC, 2009.

6.2.2 Transferências financeiras

Desde o lançamento do Sistema Único de Saúde – SUS, em 1988, as mudanças têm sido graduais, porém, contínuas. A estratégia principal da reforma sanitária do Brasil tem sido a descentralização da prestação de serviços do governo federal para os municípios e, em menor grau, para os governos estaduais. O processo de descentralização e as mudanças introduzidas nas formas de financiamento do SUS, ao longo dos anos, reduziram a importância do financiamento federal e aumentaram a parcela de responsabilidade dos níveis estadual e, principalmente, municipal.

Até a criação da Norma Operacional Básica nº 01/93 (BRASIL, 1993) as ações de saúde de caráter curativo, individual, produzidas pelos estados e municípios, eram “compradas” pelo Governo Federal, através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Essa sistemática, praticada desde os tempos dos institutos de previdência, foi a política dominante após o Golpe Militar de 1964, quando o Governo Federal deixou de priorizar a construção de instituições públicas de saúde, para priorizar a compra de serviços da iniciativa privada e, posteriormente, dos estados e municípios. Dessa forma, as instituições de saúde estaduais e municipais eram tratadas como meros prestadores de serviços pelo INAMPS, aderindo à cultura da produtividade, preocupando-se apenas em produzir o maior número de procedimentos médicos, sem se importar com a qualidade e resolutividade dos mesmos (CARVALHO, 2007).

A Norma Operacional Básica nº 01/93 começou a modificar essa situação ao implantar progressivas formas de gestão municipalizada, nas ações de saúde (BRASIL, 1993). De forma incipiente, iniciou-se a autonomia de gestão e o repasse pelo governo de tetos financeiros aos municípios. A autonomia e os repasses dependiam das atribuições, abrangência e porte do município e do Estado. Esses eram classificados como de gestão parcial, gestão plena ou semiplena, conforme a capacidade de prestação de serviços (BRASIL, 2003). Embora a descentralização viesse sendo realizada lentamente, em 1994, com a implantação da Norma Operacional Básica de 1993 (NOB 01/1993) (BRASIL, 1996), esse processo ganhou novo ritmo, com a transferência direta e automática de recursos, do nível federal às demais instâncias do governo (CARVALHO, 2007).

A descentralização das transferências de recursos contou com o envolvimento dos estados e municípios, que atualmente financiam quase 50% de toda a assistência à saúde, mediante recursos públicos, conforme dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS (BRASIL, 2012b) apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Despesas com ações e serviços públicos de saúde financiados por recursos próprios em cada esfera de governo – 2000- 2008

Ano	Federal		Estadual		Municipal		Total
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	
2000	20.351.492	59,80%	6.313.436	18,55%	7.370.225	21,65%	34.035.153
2001	22.474.070	56,14%	8.268.296	20,65%	9.289.900	23,21%	40.032.266
2002	24.736.843	52,59%	10.278.420	21,85%	12.020.117	25,56%	47.035.380
2003	27.181.155	50,97%	12.144.792	22,77%	14.003.132	26,26%	53.329.079
2004	32.703.495	50,21%	16.028.249	24,61%	16.398.288	25,18%	65.130.032
2005	36.495.170	49,32%	17.236.138	23,29%	20.261.759	27,38%	73.993.067
2006	40.750.155	48,49%	19.798.770	23,56%	23.484.272	27,95%	84.033.197
2007	44.303.497	47,52%	22.566.270	24,20%	26.368.683	28,28%	93.238.450
2008	48.670.190	44,71%	27.926.885	25,65%	32.267.633	29,64%	108.864.708

Fonte: BRASIL (2010)

Conforme apresentado no Manual Básico de Gestão do SUS (BRASIL, 2003), as ações e serviços de saúde implementados pelos Estados, Municípios e Distrito Federal são financiados com recursos da União, próprios e de outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no Orçamento da Seguridade Social.

A transferência dos recursos, em qualquer das modalidades de financiamento do SUS, é processada pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS). Esses recursos são repassados tendo como base sistemas de informação, que asseguram a agilidade necessária ao atendimento dos objetivos, associada à segurança e ao controle que o processo requer. O Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI) é o principal instrumento de administração orçamentária e financeira da União. Nele são registradas todas as transferências realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (BRASIL, 2003).

As transferências fundo a fundo caracterizam-se pelo repasse dos recursos, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, observadas as condições de gestão, a qualificação e a certificação aos programas e incentivos do Ministério da Saúde e os respectivos tetos financeiros (BRASIL, 2003).

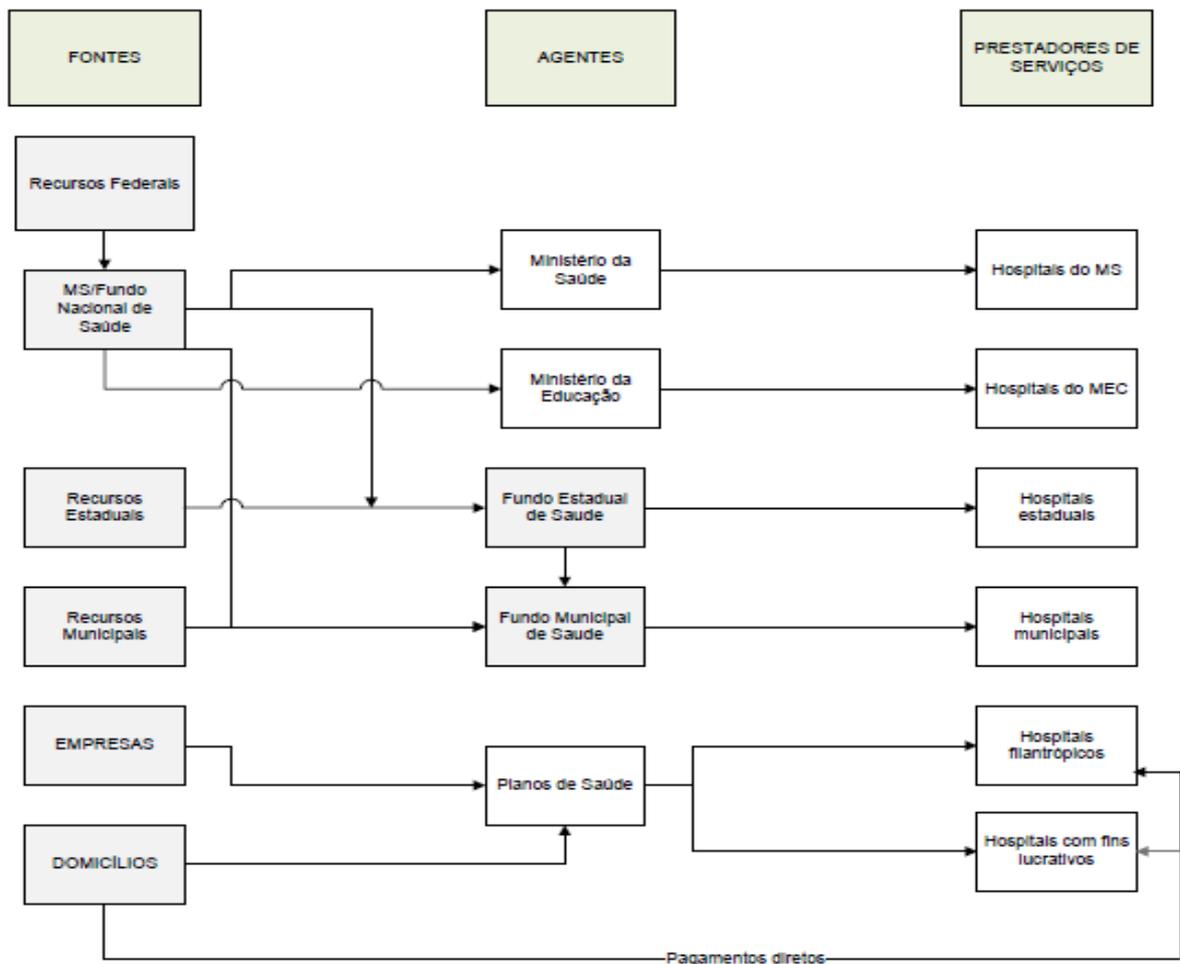
É a principal modalidade de transferência de recursos federais para os Estados, Municípios e Distrito Federal, a título de financiamento das ações e serviços de saúde.

Os recursos federais transferidos são devidamente identificados por contas específicas aos objetivos a que se destinam. É o caso das seguintes contas, por exemplo: Conta FUNDO (teto financeiro da assistência e outros programas); conta PAB (Piso de Atenção Básica, Fixo e Variável e outros incentivos); Conta ECD (Epidemiologia e Controle de Doença); e MAC/VISA (Ações de Média e Alta Complexidade de Vigilância Sanitária) (BRASIL, 2003).

O pagamento direto aos prestadores consiste na excepcionalidade de transferência de recursos de financiamento. São os pagamentos de Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde – Programa Nacional de Incentivo à Parceria entre os Hospitais Filantrópicos e sem fins lucrativos e o Sistema Único de Saúde – INTEGRASUS; Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa em Saúde – FIDEPS e Incentivo de Apoio e Diagnóstico Ambulatorial e Hospitalar à População Indígena – IAPI. Também estão incluídos aqui o pagamento de Bolsa Alimentação e Auxílio Aluno do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE, realizado mediante repasse direto aos beneficiários cadastrados (BRASIL, 2003).

O setor saúde brasileiro é financiado por várias fontes diferentes e através de diversos tipos de arranjos e fluxos financeiros. A Figura 6 apresenta um esquema simplificado dos principais agentes e fluxos de recursos.

Figura 6 – Principais atores e fluxos de financiamento no setor hospitalar brasileiro



Fonte: Adaptado de LA FORGIA E COUTOLLENC, 2009.

A Figura 6 ilustra o fluxo das fontes de financiamento para os agentes financeiros e destes para os hospitais públicos e privados. Os recursos são canalizados para os hospitais por uma variedade de agentes financeiros e mecanismos de pagamento.

Apesar dos avanços, a NOB/SUS 01/93 não conseguiu superar vários obstáculos na descentralização. Como limitação da descentralização, da gestão e do financiamento, surge a

Norma Operacional do SUS, NOB 01/96, que introduziu alguns instrumentos de ação e torna a autonomia de estados e municípios mais próximas às leis que regulam o setor. A NOB 01/96, que estabelece o repasse de montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal, objetiva a melhoria do modelo assistencial ao propor um modelo assistencial que rompe com a lógica do pagamento por produção de serviços, mas definido por um valor per capita (BRASIL, 1997).

Em 2002, continuando o processo de aperfeiçoamento do sistema, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) (BRASIL, 2002) a qual adota a estratégia de regionalização da assistência como reorientadora do processo de descentralização do sistema. A NOAS induz a organização de sistemas ou redes funcionais, perpassando as fronteiras municipais, com vistas a facilitar e garantir o acesso dos cidadãos à integralidade da assistência, bem como a fomentar comportamentos cooperativos entre os gestores.

6.3 PACTO PELA SAÚDE E O FINANCIAMENTO TRIPARTITE DO SUS

Os gestores do SUS, representados em suas três esferas de governo, em 26 de janeiro de 2006 durante a reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), pactuaram a defesa do SUS como política de Estado, através da implantação do Pacto pela Saúde nas suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, facilitando os processos de regionalização e gestão do SUS. A Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto (BRASIL, 2006b).

O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) que tem como objetivo promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. O Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL, 2006c).

O Pacto pela Vida representa o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. O Pacto em Defesa do SUS expressa os compromissos dos gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde, estabelecidos na Constituição Federal (BRASIL, 1998). Esse Pacto buscou ações que visem a qualificar e assegurar o SUS como política pública, tendo como uma das iniciativas a garantia de financiamento, de acordo com as necessidades do sistema. O Pacto de Gestão estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos seguintes aspectos: descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada – PPI; regulação, participação e controle social; gestão do trabalho e educação em saúde.

O Pacto de Gestão objetiva consolidar o processo de descentralização na perspectiva da solidariedade e da autonomia dos entes federados. Isto implica em compartilhar responsabilidades, tendo como finalidade a qualificação da gestão pública do SUS, buscando maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas. O Pacto de Gestão buscou a melhora da qualidade e eficiência da Gestão do SUS (BRASIL, 2006d).

Dentre os eixos temáticos do Pacto de Gestão, com relação ao financiamento, os princípios gerais do financiamento para o Sistema Único de Saúde são:

- ✓ Responsabilidade das três esferas de gestão – União, Estados e Municípios pelo financiamento do Sistema Único de Saúde;
- ✓ Redução das iniquidades macrorregionais, estaduais e regionais, a ser contemplada na metodologia de alocação de recursos, considerando também as dimensões étnico-racial e social;
- ✓ Repasse fundo a fundo, definido como modalidade preferencial de transferência de recursos entre os gestores;
- ✓ Financiamento de custeio com recursos federais constituído, organizados e transferidos em blocos de recursos;
- ✓ Uso de recursos federais para o custeio fica restrito a cada bloco, atendendo às especificidades previstas nos mesmos, conforme regulação específica;
- ✓ As bases de cálculo que formam cada bloco e os montantes financeiros destinados para os municípios, Distrito Federal e estados devem compor memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento. (BRASIL, 2006b)

Dessa forma, está definido que o financiamento da saúde deverá ser tripartite, portanto solidário entre a trina federativa, buscando contemplar o princípio da equidade e se fará, diversamente, para custeio e investimento (BRASIL, 2006b). Além disto, é explicitada a necessidade de se compor memórias de cálculo para fins de histórico e monitoramento. O horizonte da proposta de alteração no financiamento é construir um processo de alocação mais equitativo, que considere as diferenças locorregionais e as variáveis socioepidemiológicas. À

União cabe definir e pactuar as diretrizes para a organização das ações e serviços de média e alta complexidade, a partir das necessidades da atenção básica, incluindo os povos indígenas. Todos os entes federativos devem participar do financiamento da saúde, buscando construir possibilidades de alocação de recursos que considerem a heterogeneidade dos municípios e estados. Os blocos de financiamento para o custeio são:

- ✓ Atenção básica
- ✓ Atenção de média e alta complexidade
- ✓ Vigilância em Saúde
- ✓ Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2006b)

A Portaria Nº 698/GM de 30 de março de 2006 define

que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS. Define que o Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar será constituído por dois componentes: Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC e Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC. O Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC dos Estados, Distrito Federal e Municípios, são destinados ao financiamento de procedimentos e de incentivos permanentes, transferidos mensalmente, para custeio de ações de média e alta complexidade em saúde. O financiamento dos incentivos permanentes do Componente MAC incluem aqueles atualmente designados aos:

- I - Centro de Especialidades Odontológicas;
- II - Laboratório de Prótese Dentária;
- III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU);
- IV - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador;
- V - Hospitais de Pequeno Porte;
- VI - Incentivo de Integração do SUS – INTEGRASUS;
- VII - Fator de Incentivos ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde – FIDEPS;
- VIII - Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena – IAPI; e
- IX - Outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo para fins de custeio de ações de média e alta complexidade e não financiados por procedimento. (BRASIL, 2006b)

A Portaria GM/MS nº 204/2007 define que os recursos atualmente destinados ao custeio de procedimentos financiados por meio do FAEC serão incorporados gradativamente ao limite financeiro da média e alta complexidade dos estados, Distrito Federal e municípios, em ato normativo específico, observando-se as pactuações na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Porém, constitui exceção os procedimentos de transplantes, procedimentos realizados por Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), ações

estratégicas ou emergenciais de caráter temporário e novos procedimentos até a definição de sua série histórica para sua incorporação ao MAC (BRASIL, 2007d).

O bloco de financiamento para a Atenção de Média e Alta Complexidade corresponde aos recursos de remuneração dos procedimentos relativos à média e alta complexidade em saúde, que compõem o Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar do Distrito Federal, dos Estados e dos Municípios. A Tabela 4 apresenta os valores do orçamento do Bloco Média e Alta Complexidade que, por inferência, representam valores que diretamente estão relacionados à Tabela SIGTAP. Os valores do teto estadual correspondem aos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e os valores do teto municipal correspondem aos recursos repassados aos Fundos Municipais de Saúde (BRASIL, 2007d).

Tabela 4 – Valor de Orçamento do Bloco Média e Alta Complexidade (R\$)- 2002 - 2012

Ano	MAC Ambulatorial + Hospitalar			Total Geral MAC	% Tetos x MAC
	Teto Estadual	Teto Municipal	Somatório		
2002	596.560.989,41	3.614.494.015,98	4.211.055.005,39	5.597.513.703,36	75,23%
2003	2.630.560.177,15	4.963.278.514,74	7.593.838.691,89	7.639.530.007,40	99,40%
2004	4.672.683.932,82	5.724.465.001,33	10.397.148.934,15	10.461.125.558,24	99,39%
2005	5.756.207.462,53	5.644.262.142,65	11.400.469.605,18	11.635.847.361,39	97,98%
2006	6.078.909.644,93	6.268.850.962,95	12.347.760.607,88	12.839.307.433,01	96,17%
2007	6.653.082.772,68	7.371.823.076,04	14.024.905.848,72	14.512.118.958,35	96,64%
2008	7.231.855.391,36	9.313.221.475,88	16.545.076.867,24	17.906.735.026,85	92,40%
2009	8.439.261.591,69	11.222.867.261,67	19.662.128.853,36	21.381.467.854,15	91,96%
2010	8.481.152.764,59	12.198.342.639,71	20.679.495.404,30	22.651.921.412,57	91,29%
2011	9.049.029.685,55	13.453.104.604,12	22.502.134.289,67	23.497.670.315,32	95,76%
2012	7.272.751.540,82	10.671.813.532,55	17.944.565.073,37	20.118.468.018,72	89,19%
Total Geral	66.862.055.953,53	90.446.523.227,62	157.308.579.181,15	168.241.705.649,36	93,50%

Fonte: BRASIL, 2012c – (dados de 2012 acessado em 15.10.2012, não correspondendo, portanto ao valor anual total.

Conforme definido no Pacto pela Saúde, os gestores do SUS necessitam integrar os serviços de saúde ao planejamento de saúde de sua região. Essa integração, segundo normas vigentes, será por meio de seu credenciamento ou habilitação, tornando-os assim, serviços públicos de saúde. Os serviços, para serem credenciados ou habilitados para a prestação de

serviços de média ou de alta complexidade, podem ser federais, estaduais ou municipais, da administração direta, indireta ou fundacional. A iniciativa privada pode participar do SUS, de forma complementar, com preferência para as entidades filantrópicas. A participação se dá mediante convênio (serviços filantrópicos) ou contrato de prestação de serviços de saúde (entidades lucrativas) firmado com o gestor do SUS (estadual ou municipal). Integrados ao SUS, as entidades privadas submeter-se-ão a regulação, fiscalização, controle e avaliação do gestor público correspondente, conforme as atribuições pactuadas nos Termos de Compromisso de Gestão (BRASIL, 2011a). A formalização do pacto é feita por meio de Termo de Compromisso assinado de forma tripartite, com prazos, vigências, explicitação de responsabilidade, metas, periodicamente revisados. Esse Termo de Compromisso é comumente denominado de “Termo de Contratualização”.

As responsabilidades sanitárias e atribuições dos respectivos gestores, as metas e objetivos dos Pactos pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e de Gestão, são definidos em cada ano, e os indicadores de monitoramento, que integram os diversos processos de pactuação, são firmados, publicamente, por meio dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, Estadual, do Distrito Federal e Federal. A assinatura desses termos substitui os “Processos de Habilitação” para os estados, Distrito Federal e municípios.

No Termo de Compromisso, eixos temáticos são redefinidos e questões centrais norteiam a construção das responsabilidades e atribuições de cada ente, sendo trabalhado sempre de forma tripartite, consolidando a definição das responsabilidades do gestor municipal, estadual e federal na consolidação do SUS (BRASIL, 2011a).

Os termos de compromisso de gestão representam a Contratualização entre o gestor público e os prestadores de serviços. Para sua definição, são utilizados critérios bem definidos na escolha de um serviço, adotando parâmetros gerais ou específicos de cada uma das políticas de atenção à saúde, bem como de outras normas técnicas de credenciamento elaboradas pelo Ministério da Saúde. O gestor analisa a estimativa de necessidade com base na população e distribuição geográfica.

Inicialmente os contratos, definidos como Termos de Cooperação entre Entes Públicos (TCEP), eram firmados para autorização e regulação do atendimento, acompanhamento da prestação dos serviços e pagamento dos valores contratados. A partir de fevereiro de 2010, os contratos foram nomeados como Protocolos de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP). Esses contratos estabelecem o repasse de recursos financeiros de acordo com um plano operativo, denominado Programação Orçamentária Anual – POA, onde estão as metas de

qualidade e as metas físicas a serem cumpridas pelas unidades, de acordo com a necessidade do município e região. São pactuadas:

- i) *Metas Físicas de produção*, calculadas a partir da oferta feita pela Unidade de sua capacidade instalada, da sua série histórica de produção e do interesse do gestor em “comprar” o serviço, conforme a necessidade da população local e referenciada;
- ii) *Metas de Valor do Contrato*, calculado a partir da produção acordada e valores de tabelas vigentes, traduzindo o valor da produção real realizada pela unidade;
- iii) *Meta de Qualidade* estabelecidas com o objetivo de avaliar a qualidade dos serviços prestados. As metas são feitas com base em indicadores que representam a avaliação da assistência médica, da gestão da Unidade e da formação dos seus recursos humanos. (BRASIL, 2006g)

Recentemente o Decreto 7508/2011 (BRASIL, 2011d) definiu que cada região deve oferecer serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e, por fim, vigilância em saúde. Também foi definido que, em relação à hierarquização, as portas de entrada do SUS, pelas quais os pacientes podem ter acesso aos serviços de saúde, são: de atenção primária; de atenção de urgência e emergência; de atenção psicossocial e, ainda, especiais de acesso aberto. O decreto também define quais são os serviços de saúde que estão disponíveis no SUS para o atendimento integral dos usuários, através da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES. A RENASES, que deve ser atualizada a cada dois anos, está fundamentada pela Portaria MS/GM nº 841, de 2 de maio de 2012. As ações e serviços descritos na RENASES contemplam, de forma agregada, toda a Tabela de Procedimentos, Órteses, Próteses e Medicamentos do SUS. A RENASES 2012 foi elaborada a partir das definições do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2008 e estruturada de acordo com a Resolução nº 2/CIT, de 17 de janeiro de 2012. As inclusões, exclusões e alterações de ações e serviços da RENASES serão realizadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Os Estados e Municípios deverão submeter à CONITEC os pedidos de incorporação e alteração de tecnologias em saúde, para complementar a RENASES no âmbito estadual ou municipal.

6.3.1 Sistemas de Informações do SUS

Com a implantação do Sistema Único de Saúde e a transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde, nasceu, em 1991, o Sistema de Informação Hospitalar SIH/SUS. Apesar de representar um novo sistema de processamento, a base inicial do SIH/SUS foi o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS). A Resolução nº 227/90 (BRASIL, 1990b) dispõe que as atividades assistenciais realizadas em regime de internação hospitalar pelos serviços públicos e privados que integram o Sistema Único de Saúde serão custeadas através do sistema de financiamento hospitalar, tendo como instrumento operacional o Sistema de Informações Hospitalares/SIHSUS e seu formulário próprio, a Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Dessa forma, os instrumentos principais do SAMHPS foram preservados: a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e os valores definidos na Tabela de Procedimentos. A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é documento emitido após análise do laudo de solicitação de internação. Os valores definidos na Tabela de Procedimentos, publicadas e atualizadas periodicamente por meio de portarias, foram aplicados aos hospitais da rede própria, estaduais e municipais.

No período de 1990 a 1995, surgiu o Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS. Esses dois sistemas têm como foco principal o pagamento de faturas por produção de serviços (BRASIL, 2007).

6.3.2 Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS

O Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS é um sistema informatizado utilizado para o registro das internações hospitalares no âmbito do SUS. Foi concebido como um artifício para operar o pagamento das internações e para instrumentalizar ações de controle e auditoria (CARVALHO, 2007).

O SIH/SUS foi definido a partir do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social - SAMHPS, adotando a mesma lógica de processamento, isto é, o pagamento da remuneração fixa dos procedimentos médico-hospitalares, compreendendo diárias, taxas e medicamentos.

O SIH/SUS classifica os casos segundo o principal procedimento ou tratamento realizado dentro de cada especialidade médica. Seu esquema classificatório inclui aproximadamente 2.300 procedimentos médicos, agrupados em 524 grupos de procedimentos e especialidades médicas. O SIH tem como base a classificação dos procedimentos, não se utilizando da classificação dos diagnósticos primários e secundários, apesar de estarem registrados (CARVALHO, 2007).

O sistema SIH/SUS tem um caráter prospectivo e caracteriza-se pela padronização e agrupamento de serviços individuais e insumos em casos ou procedimentos mais abrangentes.

A vinculação dos repasses de recursos à informação da produção no SIH deu-se por meio da Portaria GM/MS nº 699/2006. Essa portaria (BRASIL, 2006d), determinou

a obrigatoriedade do envio das informações da prestação de serviços para todos os gestores que tenham serviços públicos ou privados sob sua gestão, determinando a suspensão imediata dos repasses financeiros transferidos mensalmente, fundo a fundo, para estados, Distrito Federal e municípios, caso haja o seu descumprimento. As informações de produção podem ser acessadas, via internet, no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), do Ministério da Saúde. Os dados por serviço por prestador podem ser analisados por meio de ferramentas como o tabulador TABWIN, disponibilizado pelo DATASUS para análise direta dos bancos de dados, com as informações geradas mensalmente pelos próprios serviços. (BRASIL, 2006d).

As informações do SIH não representam informações universais de produção, cobrindo exclusivamente aquelas internações realizadas pela rede pública de serviços. Apesar disso, as informações sobre produção de serviços vêm sendo utilizadas por pesquisadores e gestores, dada a riqueza de registros individuais, disponíveis para acesso público, que cobrem informações desde 1983. A base de dados inicial, até 1991, incluía produção das internações realizadas em hospitais contratados ou conveniados com a Previdência Social, ou seja, excluía os hospitais do INAMPS e os hospitais públicos. A possibilidade de induzir o aumento da produtividade e a perspectiva de maior detalhamento das informações hospitalares dos hospitais públicos determinaram a inclusão das informações desses hospitais no SIH/SUS, por meio da Norma Operacional Básica nº 01/1991.

Até março de 2006, o processamento das informações do SIH era centralizado no DATASUS e, a partir de abril de 2006, passou a competir ao gestor estadual ou municipal tal processamento, por meio do Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado (SIHD). Até abril de 2006, o processamento das AIH era centralizado no MS/Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SE/MS). A Portaria GM/MS nº. 821/2004 descentralizou o

processamento do SIH/SUS para estados, Distrito Federal e municípios plenos (BRASIL, 2004a). A lógica de funcionamento do sistema não sofreu alteração, continuando a ter na AIH o instrumento principal de informação de produção da rede hospitalar própria, federal, estadual, municipal, filantrópica e privada lucrativa. A alteração ocorrida foi que, com o SIH/SUS, extinguiu-se a classificação dos hospitais por porte. Dessa forma, por meio da Tabela SIH/SUS, os valores a serem pagos foram unificados para todos os hospitais.

6.3.3 Sistema de Informação Ambulatorial do SUS

O Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) é um sistema ambulatorial informatizado, cujo o objetivo é facilitar o gerenciamento, planejamento, controle e avaliação do Sistema Único de Saúde. O SIA/SUS dota o gestor de instrumentos rápidos e confiáveis para a organização da rede de serviços ambulatoriais e de serviço de apoio diagnóstico e terapia (SADT) e, as estruturas estaduais e municipais das Secretarias de Saúde de informações para decisões gerenciais imediatas. O sistema foi regulamentado pela Resolução INAMPS nº 228 de 01 de agosto de 1990 (BRASIL, 1990a). Porém, sua implantação ocorreu em 1994, nas Secretarias Estaduais, e, em 1996, após a vigência da Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde do SUS para 1996 (NOB-SUS 01/96), passou a ser executado nas Secretarias Municipais de Saúde (BRASIL, 1997).

O Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) foi o primeiro sistema de processamento da produção ambulatorial no Brasil. Com a implantação do SIA/SUS, buscou-se solucionar problemas históricos de atraso de pagamento, por meio de um sistema de controle informatizado, evitando heterogeneidade de tratamento ou problemas no encaminhamento das faturas ambulatoriais dos diversos prestadores (BRASIL, 1990a).

O SIA era processado no próprio Estado, por isso o DATASUS não tem uma base centralizada dos dados. Dessa forma, o SIA já inicia o processo de informatização de forma descentralizado, sendo o Estado responsável pela transferência dos valores da prestação de serviço diretamente ao prestador. O objetivo do SIA/SUS foi possibilitar, a partir de um único instrumento estatístico e gerencial, que os prestadores de serviços ambulatoriais públicos e privados, inclusive os prestadores de serviços auxiliares de diagnose e terapia, desenvolvam as seguintes ações:

o acompanhamento das programações físicas e orçamentárias; acompanhamento das ações de saúde produzidas, gerando instrumentos analíticos de controle e avaliação; agilização dos procedimentos de pagamento, mantidos em fita magnética (em substituição à Guia de Autorização de Procedimento (GAP); agilização dos procedimentos contábeis e de controle orçamentário- financeiro; contribuição na formação de banco de dados do SUS; contribuição para construção do sistema único de saúde, principalmente nas Unidades Federadas já incorporadas ao SUS. (BRASIL, 1990a).

Em função do grande volume de eventos sob controle do SIA/SUS, quando da sua implementação, da ordem de mais de 50 milhões de consultas ambulatoriais, procedimentos e SADT mensais, o sistema não identifica as prestações realizadas para cada indivíduo, mas o conjunto de serviços prestados por uma determinada unidade. Assim, o Sistema SIA/SUS não absorveu as funcionalidades que havia no sistema do SAMHPS. Vários recursos de informações que não foram implementados, como identificação de gestante, vacina, acidente de trabalho, e outros.

6.3.4 As Tabelas do SUS

O Sistema de Informações do SUS baseava-se anteriormente em procedimentos definidos distintamente em duas tabelas: uma para atendimento hospitalar, outra para atendimento ambulatorial. Muitos dos procedimentos eram definidos em ambas as tabelas, com valores distintos.

O SIA/SUS utilizava a Tabela de procedimentos, a qual era composta por grupos de procedimentos que correspondiam aos itens de programação do cadastro. Os procedimentos e exames da Tabela do SIA/SUS eram agrupados por especialidade, contemplando a complexidade do ato, de forma que se simplificava o manuseio dos códigos pelos prestadores, porém, os códigos utilizados no SIA/SUS não guardavam correlação com os códigos do SAMHPS. A Tabela apresentava aproximadamente 250 códigos, com sua caracterização em termos da complexidade da unidade que pode executá-la e as especialidades habilitadas a realizá-lo (CARVALHO, 2007).

Esses procedimentos constantes da Tabela do SIA/SUS eram vinculados às qualificações dos prestadores de serviços, considerando as especialidades dos profissionais da saúde e o nível de hierarquia da unidade executora dos serviços. Dessa forma, os códigos

apresentados nos BPAs precisavam ser compatíveis com os dados cadastrais da respectiva unidade prestadora de serviços.

A Tabela do SIH/SUS possuía uma composição específica, considerando-se taxa de permanência hospitalar, taxa de sala, serviços profissionais, anestesiologia, material e medicamentos, contraste, filme, gesso, quimioterápico, medicamentos em diálise, SADT radiológico, SADT em patologia clínica, SADT outros e outros (serviços profissionais não médicos e odontológicos).

6.3.5 A unificação da tabela de procedimentos

Os sistemas de informação ambulatorial e hospitalar nasceram com tabelas de procedimentos próprias e distintas. A duplicidade dessas tabelas para registro de um mesmo procedimento, conforme a modalidade de atendimento ambulatorial ou hospitalar, com códigos e valores distintos para cada atendimento, tornou difícil, senão impossível, a integração das bases de dados para estudos, análises e planejamento na gestão da saúde.

O processo de unificação das tabelas de procedimentos do SUS remontam a uma década. Ao longo deste processo, diversas tentativas de unificação foram abortadas por motivos diversos. No entanto, a cada tentativa foram alcançados novos estágios e o resultado constituiu arcabouço importante para a construção da Tabela Unificada. A decisão política imprescindível para a unificação, no entanto, foi tomada e levada adiante com participação ampla (CARVALHO, 2002). As possibilidades atuais da tecnologia da informação não só tornaram viável a implantação da Tabela Unificada de procedimentos, mas, essencialmente, direcionaram a unificação e seu uso como instrumento para as ações de planejamento, programação, regulação e avaliação em saúde.

A Portaria MS nº 321, de 8 de fevereiro de 2007, instituiu

a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde – SUS, e extinguiu, a partir da competência julho de 2007, as Tabelas de Procedimentos dos Sistemas de Informação Ambulatorial – SIA/SUS e do Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS. A Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS passa a ser utilizada por todos os sistemas de informação da atenção à saúde do SUS e estará disponível no site www.saude.gov.br/sas. (BRASIL, 2007)

A Portaria GM/MS n ° 2.848, de 06 de novembro de 2007 (BRASIL, 2007b), publicou a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS, com sua estrutura e seus respectivos atributos. Outras publicações regularizam as alterações advindas da Tabela inicial. A sua configuração atual está apresentada no Manual Técnico Operacional do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP (BRASIL, 2011f).

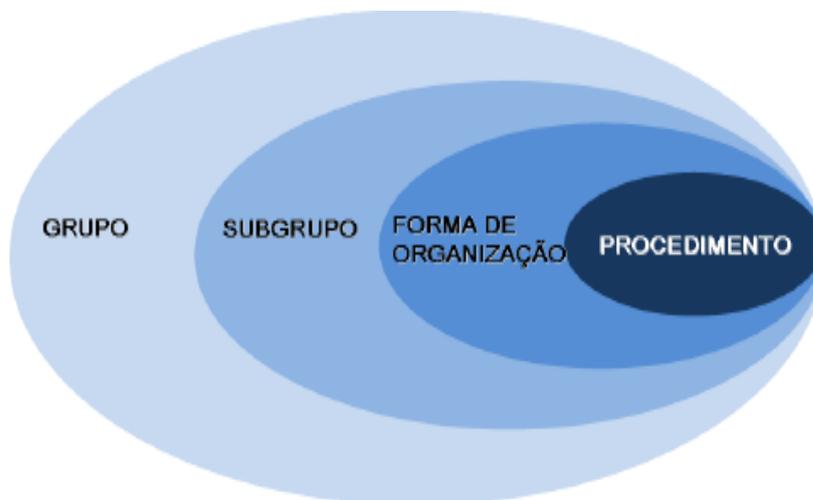
A Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde, em vigor desde janeiro de 2008, é parte integrante no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP). A compreensão de como a Tabela é composta está definida no Manual Técnico Operacional do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP (BRASIL, 2011f). O SIGTAP apresenta, de forma sintética, a descrição dos aspectos operacionais fundamentais e relevantes da Tabela, sendo uma ferramenta para consulta de todos os procedimentos que podem ser realizados no âmbito ambulatorial e hospitalar e que compõem a Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde.

A tabela está organizada em 04 (quatro) níveis de agregação, conforme descrito no Manual do SIGTAP (BRASIL, 2011f):

- ✓ **Grupo:** É o primeiro nível de agregação da tabela. Em cada grupo estão agregados os procedimentos com características gerais semelhantes ou de acordo com a finalidade do atendimento a ser prestado aos usuários na rede do SUS.
- ✓ **Subgrupo:** É o segundo nível de agregação da tabela. Nos subgrupo estão agregados os procedimentos por tipo e/ou área de atuação.
- ✓ **Forma de Organização:** É o terceiro nível de agregação da tabela. Os procedimentos estão agregados por diferentes critérios: Região Anatômica; Sistemas do Corpo Humano; Especialidades; Tipo de Exame; Tipo de Órtese e Prótese; Tipo de Cirurgias, entre outros.
- ✓ **Procedimento:** É o maior nível de desagregação da tabela ou quarto nível. É a “célula” do SIGTAP. É o detalhamento do método, do processo, da intervenção ou do atendimento do usuário, no ambiente e ainda no controle ou acompanhamento das ações complementares ou administrativas. Cada procedimento tem atributos definidos que os caracterizam de forma exclusiva. (BRASIL, 2011)

A Figura 7 representa, de forma diagramática, a estrutura da Tabela SIGTAP, usando a teoria dos conjuntos.

Figura 7 – Representação da Tabela do SIGTAP - 2011



Fonte: BRASIL, 2011f, p. 10

Essa estrutura resulta em uma forma de codificação que permite a identificação do procedimento de forma mais direta e possibilita os ajustes necessários, ao longo da linha do tempo, conforme as necessidades das áreas técnicas. A Figura 8 apresenta um exemplo direto dessa codificação.

Figura 8 – Exemplo de codificação da Tabela SIGTAP



Fonte: BRASIL (2011f), p. 11

Os atributos são definidos no Manual Técnico como características dos procedimentos constantes da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e órteses, próteses e materiais especiais – OPM do SUS. Esses atributos são inerentes ao Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), aos Usuários, aos Sistemas de Informação em Saúde Ambulatorial e Hospitalar (SIA/SIH/SUS) e com relação aos Blocos de Financiamento do SUS, definidos no Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2011f). Estão classificados em:

- ✓ Atributos Gerais: são características estruturais para composição do procedimento.
- ✓ Atributos Complementares: são marcadores adicionais que compõem regras para aplicação de consistências para determinados procedimentos, a serem utilizadas pelos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SIA/SUS e SIH). (BRASIL, 2011f)

Para cada procedimento, são exigidos atributos definidos, durante o processamento dos sistemas de produção. A intenção é que os atributos e relacionamentos dos procedimentos sejam transparentes e sejam refletidos nas regras implementadas nos sistemas. As regras existentes nos sistemas obedecem às definições publicadas nas portarias técnicas. A Figura 9 apresenta um exemplo de procedimento definido na Tabela, com todos os seus atributos.

Os atributos são características inerentes aos procedimentos constantes da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS e estão relacionados diretamente ao próprio procedimento; ao estabelecimento de saúde por meio do SCNES; ao usuário do SUS; e à forma de financiamento definidas nas políticas de saúde do SUS. Para cada procedimento da tabela, existem atributos definidos, os quais são necessários para operacionalizar o processamento dos sistemas de produção ambulatorial e hospitalar.

O detalhamento dos atributos da Tabela Unificada do SUS está apresentado no Quadro 2, apresentado no Anexo A.

Figura 9 – Exemplo de procedimentos e seus atributos – 2011

Ministério da Saúde - MS
Secretaria de Atenção à Saúde
Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS

Procedimento (Completo)

Competência: 10/2012

Filtros Utilizados	
Competência:	10/2012
Situação do Procedimento:	Publicado
Consultar:	Todos
Grupo:	03 - Procedimentos clínicos
Procedimento:	0301010013 - CONSULTA AO PACIENTE CURADO DE TUBERCULOSE (TRATAMENTO SUPERVISIONADO)
Descrição:	CONSISTE NO ATENDIMENTO 03(TRES) VEZES POR SEMANA NA PRIMEIRA FASE E 02(DUAS) VEZES POR SEMANA NA SEGUNDA FASE.
Origem:	A.02012154, A.02012162
Complexidade:	AB - Atenção Básica
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado)
Tipo de Financiamento:	01 - Atenção Básica (PAB)
Valor Ambulatorial SA:	0,00
Valor Ambulatorial Total:	0,00
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	0,00
Valor Hospitalar Total:	0,00
Atributo Complementar:	012 - Exige Idade no BPA (Consolidado)
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Mes(es)
Idade Máxima:	110 Ano(s)
Tipo de Documento:	Portaria
Numero do Documento:	335
Data da Documento:	14/07/2011
Tipo de Orgão de Origem:	SAS
Tipo de Publicação:	Publicado
Data Inicio de Vigência:	08/2011
Data Terminio de Vigência:	/
CBO:	2231F9, 223505, 223555, 223560, 223565, 225103, 225124, 225125, 225127, 225142, 225170

Fonte: BRASIL, 2011f, p. 47

6.3.6 Metodologia da definição do valor unitário dos procedimentos e do cálculo de impacto da Tabela Unificada

A Portaria nº 321, de 8 de fevereiro de 2007, apresenta a metodologia para a definição dos valores unitários dos procedimentos e para o cálculo do impacto da Tabela Unificada (BRASIL, 2007c). A referida Portaria é a referência metodológica para a definição dos valores de repasse por procedimento.

Segundo a referida Portaria, diante das possibilidades orçamentárias do Ministério da Saúde, foram definidos alguns critérios para diminuir diferenças ou minimizar distorções encontradas no processo de unificação.

No caso do grupo de procedimentos de finalidade diagnóstica, foi definido o mesmo valor de procedimento para os sistemas ambulatorial e hospitalar, baseado no fato de que a complexidade do exame não se altera por ser esse realizado ambulatorialmente ou em regime de internação. Esse é o caso de procedimentos como tomografia, endoscopia, radiologia intervencionista, medicina nuclear in vivo, ressonância magnética, anatomia patológica, coleta por punção ou biópsia, ultrassonografia e diagnóstico em hemoterapia, os quais têm o mesmo valor, no ambulatório e no hospital. No caso de os procedimentos terem mais de um código de origem, foi estabelecida média ponderada¹, com base na produção de 2005, realizada para procedimentos ambulatoriais e hospitalares, separadamente. Para os procedimentos com valores zerados no SIH, foi adotada a média ponderada ambulatorial (BRASIL, 2007c).

O pagamento de diária de UTI não existia na Tabela SIH/SUS. Aos procedimentos de diária de UTI, que, na Tabela do SIH, não tinham códigos (UTI I), foram atribuídos códigos na Tabela UTI adulto, neonatal e pediátrica. Foi adotada a média ponderada, considerando a produção de 2005 (BRASIL, 2007c).

Para a diária de acompanhante, que na Tabela do SIH não tinha código, na Tabela Unificada foram atribuídos dois códigos: a) diária de acompanhante para criança e adolescente; b) diária de acompanhante adulto. Nesse caso, foi adotado valor único com a média fixada, considerando os valores da diária geral e o da diária para a gestante e idoso.

¹ A metodologia de cálculo da média ponderada não está especificada na referida Portaria.

Na Tabela Unificada, quando da existência de mais de um procedimento de origem, com valores diferentes por vinculação a uma habilitação, como, por exemplo, o procedimento de parto, adotou-se o critério de unificar os procedimentos e estabelecer um percentual de incremento, vinculando à habilitação específica, em conformidade com as portarias específicas.

Na Tabela Unificada, o valor do procedimento de internação tem dois componentes: serviços hospitalares (SH), incorporando os serviços auxiliares de diagnose e terapia (SADT) e serviços profissionais (SP). O valor do procedimento ambulatorial tem um componente, serviços ambulatoriais (SA). O valor da internação hospitalar compreende:

- ✓ Serviços Hospitalares - SH - incluem diárias, taxas de salas, alimentação, higiene, pessoal de apoio ao paciente no leito, materiais, medicamentos e Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia – SADT (exceto medicamentos especiais e SADT especiais); e
- ✓ Serviços Profissionais - SP - Correspondem à fração dos atos profissionais (médicos, cirurgiões dentistas e enfermeiros obstetras) que atuaram na internação.
- ✓ O valor ambulatorial (SA): compreende somente o componente SA, que inclui taxa de permanência ambulatorial, serviços profissionais, materiais, medicamentos, apoio, não está incluído medicamento de dispensação excepcional. (BRASIL, 2011)

Considerando que o Pacto de Gestão estabelece a extinção do Tipo 7, ou seja, exclui a desvinculação de honorários de pessoa física, referente à prestação de serviços hospitalares, é necessário rediscutir no prazo definido naquele instrumento normativo, na Comissão Intergestores Tripartite, a forma de absorver o componente SP no valor hospitalar da Tabela.

São identificados na Tabela os procedimentos integrantes da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade - CNRAC e os que fazem parte do elenco de procedimentos passíveis de urgências, os quais serão necessários para o processamento dos sistemas de informação ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2001f).

6.3.7 Outros repasses financeiros

“Os mecanismos de pagamentos aos prestadores, ao longo dos anos, previam, por meio de formas distintas de incentivos, a agregação de valor aos custos mínimos definidos nas Tabelas vigentes. Essa lógica continua como política de repasse de recursos, adotada pelo Ministério da Saúde, em 2012. Os incentivos representam uma política de repasse de recursos a prestadores de serviços específicos, que atendam às políticas estratégicas definidas pelo Ministério da Saúde, seja com o objetivo de incrementar a produção em determinada especialidade, seja para desestimular a produção em outras” (ENTREVISTADO 1).

“Os diversos mecanismos de repasses aos prestadores – Sistema Nacional de Controle de Pagamento de Contas Hospitalares (SNCPCH), o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) e Sistema de Informações do SUS (SIH/SUS) – prevêm mecanismos de incentivos aos prestadores, que agregam recursos aos valores definidos nas respectivas tabelas. Esses incentivos são definidos, considerando-se as características dos prestadores, o tipo de serviço prestado ou o porte do estabelecimento de saúde” (ENTREVISTADO 3).

Em 1991, foi criado o Fundo de Incentivo a hospitais de ensino (FIDEPES), exclusivo para hospital de ensino credenciado pelos Ministérios da Saúde e da Educação para o atendimento à saúde. A Portaria MS/GM nº 1.413, de 30 de agosto de 2001, instituiu o Programa Nacional de Incentivo à Parceria entre os Hospitais Filantrópicos e sem fins lucrativos e o Sistema Único de Saúde (INTEGRASUS), que iniciou o incentivo para os hospitais filantrópicos, tendo como referência algumas exigências previamente definidas (BRASIL, 2001). A Portaria GM/MS 878/2002 alterou a classificação dos hospitais previamente fixada: Nível A – recebiam acréscimo de 10%; Nível B – recebiam acréscimo de 15% e Nível C (hospitais de excelência) – recebiam acréscimo de 25% (BRASIL, 2002a).

Durante a realização das entrevistas, soube-se que

Essa lógica persiste atualmente. Os incentivos são criados por meio de Portarias distintas, conforme decisão estratégica do Ministério da Saúde, algumas das quais podem ser destacadas, como, por exemplo, a de incentivo à saúde indígena e às redes de atenção. (ENTREVISTADO 3)

As ações e serviços de saúde estão organizados em redes de atenção regionalizadas e hierarquizadas, de forma a garantir o atendimento integral à população e a evitar a fragmentação das ações em saúde. O acesso à população ocorre preferencialmente pela rede básica de saúde (atenção básica) e os casos de maior complexidade são encaminhados aos serviços especializados, que podem ser organizados de forma municipal ou regional, dependendo do porte e da demanda do município. Todos esses incentivos agregam valor aos procedimentos, conforme definido nas Tabelas. Dessa forma, a definição do quanto efetivamente um prestador de serviço receberá

pelo serviço prestado agrega variáveis distintas, que devem ser consideradas isoladamente. (ENTREVISTADO 3).

A esse propósito, existe uma decisão do Ministério da Saúde de não conceder aumento linear à Tabela. O que se verifica é que o alinhamento linear dá um impacto financeiro, sem melhora no atendimento assistencial. A proposta, a partir de 2011, é conceder incentivos aos agravos prioritários, que são linhas de cuidado guias, como cardiovascular, renal crônico ou atendimento ao idoso. O objetivo dos incentivos é a verificação da sustentabilidade dos serviços que atendem a esses agravos, casados com o desenho de redes. (ENTREVISTADO 4)

Como exemplo de redes consideradas pelo Ministério da Saúde, pode-se citar a Rede Cegonha, cujo objetivo é reduzir a mortalidade materno-infantil e melhorar a qualidade de vida. A rede inicia o atendimento no pré-natal, com a análise do necessário ao atendimento materno, incluindo a disponibilização de exames previamente fixados; perpassa pelo componente hospitalar até a UTI, caso seja necessária para a mãe e o puerpério. Para atendimento hospitalar, mais de 250 maternidades já recebem incentivos como a maternidade de alto risco, o que corresponde a repasses acima do valor definido.

Dessa forma, “esses incentivos representam outras formas de repasse não vinculados apenas à produção. Representam uma série de incentivos que vinculam mais pelo resultado, não pelo meio” (Entrevistado1). Deve ser considerado também, conforme descrito por Carvalho (2007), que, com a contratualização definida pelo Pacto pela Saúde, há uma tendência crescente a celebrar contratos de metas com os hospitais, dissociando a remuneração da produção dos serviços. Dessa forma, é possível que as informações constantes nos sistemas de informação se tornem menos suscetíveis à omissão de registros e à alteração intencional (fraudulenta ou não) de dados, como respostas a orientações normativas. Por outro lado, o registro pode passar a ser visto como não essencial, e a adaptação do estabelecimento a regras de novas versões do sistema, como despesas supérfluas. Outro risco diz respeito às instâncias gestores subnacionais, tanto à sua capacidade de realizar o processamento, quanto à disposição de manter suas bases íntegras e enviá-las oportunamente para o gestor federal.

7 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os resultados apurados buscaram atender aos objetivos propostos. O tópico 7.1 apresenta os resultados relativos aos procedimentos geradores do maior faturamento na FHEMIG, além de evidenciar a representatividade no faturamento geral do SUS. Os resultados apresentados no tópico 7.2, mediante uma abordagem descritiva, dizem respeito ao aferimento do custo dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais utilizados pela FHEMIG, bem como o paralelismo com os valores indicados na Tabela SUS. Nesse item, a partir das divergências constatadas entre o custo (por procedimento) da FHEMIG e a Tabela do SUS, avaliou-se o risco operacional da FHEMIG. No item 7.3, apresenta-se a discussão dos resultados, sendo contemplado o alcance dos objetivos propostos para este trabalho.

7.1 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES DE CUSTOS

Os dados referentes aos custos dos procedimentos hospitalares disponibilizados pelo Observatório de Custos da Diretoria de Desenvolvimento Estratégico da FHEMIG atendem ao objetivo proposto de construir uma base de conhecimentos, a partir da aplicação do custeio ABC, com vistas a utilizá-la em organizações hospitalares, para custear procedimentos, produtos, serviços e subsidiar o desenvolvimento gerencial. Com a rigidez metodológica necessária para que possa ser usada como base científica.

Após a definição dos procedimentos principais, foi utilizada a base de informações de custos disponibilizada pela FHEMIG. As informações de custos produzidas pelo Observatório de Custos da FHEMIG constituíram a base para a definição das atividades assistenciais desenvolvidas pela FHEMIG e para verificação dos recursos consumidos. Foram utilizadas as informações referentes ao período de agosto de 2011 a julho de 2012, contidas no Sistema Integrado de Gestão Hospitalar, compiladas no Módulo Custos – SIGH–Custos. Para a definição do tempo de permanência referente ao procedimento pesquisado, utilizou o tempo médio de permanência apresentado nas Autorizações de Internação Hospitalar faturadas pela FHEMIG, excluídos os dias referentes a diárias em UTI, cujo valor e faturamento são específicos. Estas informações estão disponíveis no TabWin/DATASUS.

Os procedimentos hospitalares e ambulatoriais, que integram a Tabela Única do SUS e o faturamento da FHEMIG, foram identificados, em função de objetivo deste estudo, tendo sido apresentados na Tabela 5. Evidencia-se que correspondem a aproximadamente 50% do total do faturamento da instituição.

A Tabela 5 representa o faturamento conjunto, tanto ambulatorial quanto hospitalar, de todos os hospitais da Rede FHEMIG em 2011. Estão relacionados os 25 procedimentos estudados, responsáveis pelo maior faturamento da FHEMIG, os quais foram ordenados de forma decrescente, em relação ao percentual de faturamento, paralelamente ao faturamento total da FHEMIG. A coluna *Tipo*, por sua vez, registra o âmbito onde o procedimento foi realizado (hospitalar/ambulatorial); a coluna *Frequência* informa a quantidade de faturamentos correspondentes a cada procedimento realizado; a coluna *Valor Total* informa o total faturado com o procedimento, que consta como principal nas Autorizações de Internação Hospitalar; a coluna *Percentual* registra o percentual que cada procedimento representa no faturamento anual total da FHEMIG; finalmente, a coluna *Percentual Acumulado* indica a soma do percentual do procedimento com os procedimentos anteriores.

Tabela 5 – Procedimentos ambulatoriais e hospitalares geradores do maior faturamento na FHEMIG (R\$) – 2011

Item	Procedimentos Hospitalares	Tipo	Frequência	Valor Total	Percentual	(continua)
						Percentual Acumulado
1	04.15.03.001-3 Tratamento cirúrgico em politraumatizado	Hospitalar	1.391	8.114.173,82	5,91%	5,91%
2	03.03.01.003-7 Tratamento de outras doenças bacterianas	Hospitalar	1.140	7.083.142,94	5,16%	11,07%
3	03.03.16.006-3 Tratamento de transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período neonatal	Hospitalar	502	4.929.550,59	3,59%	14,66%
4	03.03.13.007-5 Tratamento de paciente sob cuidados prolongados por enfermidades osteomusculares e do tecido conjuntivo	Hospitalar	2.341	4.852.490,31	3,53%	18,19%
5	03.03.14.015-1 Tratamento de pneumonias ou influenza (gripe)	Hospitalar	2.179	4.709.196,74	3,43%	21,62%
6	03.03.17.009-3 Tratamento em psiquiatria (por dia)	Hospitalar	5.384	4.062.050,82	2,96%	24,58%
7	03.10.01.003-9 Parto normal	Hospitalar	5.645	3.870.996,01	2,82%	27,40%
8	03.03.04.010-6 Tratamento conservador de traumatismo cranioencefálico grave	Hospitalar	365	2.740.755,98	1,99%	29,39%
9	03.03.13.002-4 Atendimento a paciente sob cuidados prolongados por enfermidades cardiovasculares	Hospitalar	1.195	2.682.841,84	1,95%	31,34%
10	03.01.01.007-2 Consulta médica em atenção especializada	Ambulatorial	255.609	2.556.090,00	1,86%	33,20%
11	03.03.13.005-9 Tratamento de paciente sob cuidados prolongados por enfermidades neurológicas	Hospitalar	1.179	2.412.695,98	1,76%	34,96%

Fonte: MS/DATASUS, 2011

Tabela 5 – Procedimentos ambulatoriais e hospitalares geradores do maior faturamento na FHEMIG (R\$) - 2011

						(continua)
Item	Procedimentos Hospitalares	Tipo	Frequência	Valor Total	Percentual	Percentual Acumulado
12	03.01.01.004-8 Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico)	Ambulatorial	373.708	2.354.360,40	1,71%	36,67%
13	04.13.01.006-6 Tratamento de grande queimado	Hospitalar	225	2.332.007,22	1,70%	38,37%
14	03.03.04.014-9 Tratamento de acidente vascular cerebral - AVC (isquêmico ou hemorrágico agudo)	Hospitalar	769	2.226.235,77	1,62%	39,99%
15	04.11.01.003-4 Parto cesariano	Hospitalar	2.442	2.160.008,54	1,57%	41,56%
16	03.03.14.004-6 Tratamento das doenças crônicas das vias aéreas inferiores	Hospitalar	1.668	2.097.852,64	1,53%	43,09%
17	03.03.14.013-5 Tratamento de outras doenças do aparelho respiratório	Hospitalar	277	1.591.707,71	1,16%	44,25%
18	03.03.16.005-5 Tratamento de transtornos relacionados c/ a duração da gestação e c/ o crescimento fetal	Hospitalar	400	1.534.866,74	1,12%	45,37%
19	03.03.18.001-3 Tratamento de afecções associadas ao HIV/AIDS	Hospitalar	680	1.453.421,03	1,06%	46,43%
20	03.03.06.021-2 Tratamento de insuficiência cardíaca	Hospitalar	661	1.338.930,17	0,97%	47,40%
21	03.01.06.002-9 Atendimento de urgência c/ observação até 24 horas em atenção especializada	Ambulatorial	106.964	1.333.841,08	0,97%	48,37%

Fonte: MS/DATASUS , 2011

Tabela 5 – Procedimentos ambulatoriais e hospitalares geradores do maior faturamento na FHEMIG (R\$) - 2011

						(conclusão)
Item	Procedimentos Hospitalares	Tipo	Frequência	Valor Total	Percentual	Percentual Acumulado
22	04.13.04.017-8 Tratamento cirúrgico de lesões extensas c/ perda de substância cutânea	Hospitalar	329	1.249.653,21	0,91%	49,28%
23	03.01.07.005-9 Acompanhamento psicopedagógico de paciente em reabilitação	Ambulatorial	77.400	1.181.124,00	0,86%	50,14%
24	04.08.05.050-0 Tratamento cirúrgico de fratura da diáfise da tibia	Hospitalar	585	1.157.927,24	0,84%	50,98%
25	03.01.06.006-1 Atendimento de urgência em atenção especializada	Ambulatorial	104.547	1.150.017,00	0,84%	51,82%

Fonte: MS/DATASUS, 2011

A representação desses procedimentos no faturamento geral do Sistema Único de Saúde, base Brasil, também está evidenciada. A Tabela 6 revela que esses procedimentos representam aproximadamente 26% dos valores faturados no SUS. Representa o faturamento conjunto, tanto ambulatorial quanto hospitalar, de todos os prestadores de serviços do SUS. A coluna *Quantidade Aprovada*, informa o total de Autorizações de Internações Hospitalares faturadas pelo SUS, que constam como procedimento principal o procedimento pesquisado; a coluna *Valor Aprovado*, informa o total faturado nas Autorizações de Internação Hospitalar, que constam como procedimento principal o procedimento pesquisado; a coluna *Percentual* representa o percentual que este procedimento representa no faturamento total do SUS; coluna *Percentual Acumulado* corresponde a soma do percentual do procedimento com os procedimentos anteriores. O faturamento corresponde ao faturamento do SUS no ano de 2011.

Tabela 6 – Produção hospitalar e ambulatorial do SUS: procedimentos custeados no faturamento geral do Brasil (R\$) - 2011

(continua)					
Item	Procedimento	Qtd. Aprovada	Valor Aprovado	Percentual	% Acum.
1	03.01.01.007-2 Consulta médica em atenção especializada	86.501.570	869.464.395,78	3,55%	3,55%
2	03.03.14.015-1 Tratamento de pneumonias ou influenza (gripe)	766.422	638.802.186,30	2,61%	6,16%
3	03.01.06.006-1 Atendimento de urgência em atenção especializada	57.090.791	627.998.701,00	2,56%	8,72%
4	03.10.01.003-9 Parto normal	1.141.450	621.577.303,80	2,54%	11,26%
5	03.03.17.009-3 Tratamento em psiquiatria (por dia)	446.721	462.984.566,90	1,89%	13,15%
6	04.11.01.003-4 Parto cesariano	637.498	455.153.990,70	1,86%	15,01%
7	03.03.01.003-7 Tratamento de outras doenças bacterianas	154.337	398.315.862,40	1,63%	16,64%
8	03.03.06.021-2 Tratamento de insuficiência cardíaca	267.435	301.812.523,50	1,23%	17,87%
9	03.01.01.004-8 Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico)	44.743.303	282.335.447,20	1,15%	19,02%
10	03.01.06.002-9 Atendimento de urgência c/ observação até 24 horas em atenção especializada	20.370.484	254.108.029,93	1,04%	20,06%
11	03.03.16.006-3 Tratamento de transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período neonatal	38.567	238.949.277,20	0,98%	21,03%
12	03.03.16.005-5 Tratamento de transtornos relacionados c/ a duração da gestação e c/ o crescimento fetal	47.760	223.995.922,20	0,91%	21,95%
13	03.03.04.014-9 Tratamento de acidente vascular cerebral - AVC (isquêmico ou hemorrágico agudo)	179.185	197.925.754,90	0,81%	22,76%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Sistema de Informações Ambulatoriais – produção hospitalar e ambulatorial do SUS-Brasil. Situação da base de dados nacional em 20/09/2012. Ano base 2011

Tabela 6 – Produção hospitalar e ambulatorial do SUS: procedimentos custeados no faturamento geral do Brasil (R\$) - 2011

						(conclusão)
Item	Procedimento	Qtd. Aprovada	Valor Aprovado	Percentual	% Acum.	
14	03.03.14.004-6 Tratamento das doenças crônicas das vias aéreas inferiores	315.633	194.168.598,00	0,79%	23,55%	
15	04.15.03.001-3 Tratamento cirúrgico em politraumatizado	44.125	140.554.623,90	0,57%	24,12%	
16	03.03.14.013-5 Tratamento de outras doenças do aparelho respiratório	62.371	121.897.519,50	0,50%	24,62%	
17	03.03.13.005-9 Tratamento de paciente sob cuidados prolongados por enfermidades neurológicas	48.477	102.797.455,90	0,42%	25,04%	
18	04.08.05.050-0 Tratamento cirúrgico de fratura da diáfise da tíbia	35.019	52.654.747,21	0,21%	25,26%	
19	03.03.13.002-4 Atendimento a paciente sob cuidados prolongados por enfermidades cardiovasculares	17.914	38.785.925,91	0,16%	25,41%	
20	04.13.01.006-6 Tratamento de grande queimado	6.645	36.638.349,53	0,15%	25,56%	
21	04.13.04.017-8 Tratamento cirúrgico de lesões extensas c/ perda de substância cutânea	31318	30.447.090,44	0,12%	25,69%	
22	03.03.04.010-6 Tratamento conservador de traumatismo cranioencefálico grave	12.282	28.793.950,24	0,12%	25,80%	
23	03.03.18.001-3 Tratamento de afecções associadas ao HIV/AIDS	19.098	27.740.479,90	0,11%	25,92%	
24	03.01.07.005-9 Acompanhamento psicopedagógico de paciente em reabilitação	920.730	14.059.535,00	0,06%	25,98%	
25	03.03.13.007-5 Tratamento de paciente sob cuidados prolongados por enfermidades osteomusculares e do tecido conjuntivo	6.425	11.766.224,74	0,05%	26,02%	

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Sistema de Informações Ambulatoriais – produção hospitalar e ambulatorial do SUS- Brasil. Situação da base de dados nacional em 20/09/2012. Ano base 2011

A Tabela 7 apresenta a análise dos procedimentos ambulatoriais e sua representatividade no faturamento ambulatorial do SUS. A coluna *Quantidade Aprovada*, representa o total faturado ambulatorialmente dos prestadores de serviços do SUS, que tem o procedimento estudado como procedimento principal; a coluna *Percentual* representa o percentual que este procedimento representa no faturamento ambulatorial total do SUS; coluna *Percentual Acumulado* corresponde à soma do percentual do procedimento com os procedimentos anteriores. O faturamento corresponde ao faturamento ambulatorial do SUS no ano de 2011. Evidencia-se que os procedimentos ambulatoriais pesquisados representam aproximadamente 13% do total faturado no faturamento ambulatorial do SUS.

A Tabela 8 apresenta, de forma distinta, apenas os procedimentos hospitalares pesquisados e sua representação no faturamento hospitalar do SUS (aproximadamente 38%). A coluna *Quantidade Aprovada*, representa o total de AIH faturadas, que tem o procedimento estudado como procedimento principal para todos os prestadores de serviços do SUS; a coluna *Valor Aprovado*, informa o valor faturado nas AIH faturadas, que tem o procedimento como procedimento principal; a coluna *Percentual* representa o percentual que este procedimento representa no faturamento hospitalar total do SUS; coluna *Percentual Acumulado* corresponde a soma do percentual do procedimento com os procedimentos anteriores. O faturamento corresponde ao faturamento hospitalar do SUS no ano de 2011. Os dados de faturamento do SUS, para qualquer instituição prestadora de serviço podem ser acessados via site do DATASUS.

Tabela 7 - Produção ambulatorial do SUS: procedimentos custeados no faturamento ambulatorial geral do Brasil (R\$) - 2011

Item	Procedimento	Quant. Aprovada	Valor aprovado	Percentual	Percentual Acumulado
1	03.01.01.007-2 Consulta médica em atenção especializada	86.501.570	869.464.395,78	5,69%	5,69%
2	03.01.06.006-1 Atendimento De Urgência Em Atenção Especializada	57.090.791	627.998.701,00	4,11%	9,81%
3	03.01.01.004-8 Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico)	44.743.303	282.335.447,20	1,85%	11,66%
4	03.01.06.002-9 Atendimento de urgência c/ observação até 24 horas em atenção especializada	20.370.484	254.108.029,93	1,66%	13,32%
5	03.01.07.005-9 Acompanhamento psicopedagógico de paciente em reabilitação	920.730	14.059.535,00	0,09%	13,41%

**Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais – produção hospitalar e ambulatorial do SUS- Brasil.
Situação da base de dados nacional em 20/09/2012. Ano base 2011**

Tabela 8 - Produção hospitalar do SUS: procedimentos custeados no faturamento hospitalar geral do Brasil (R\$) – 2011

							(continua)
Item	Procedimento	AIH pagas	Internações	Valor Total	%	% Acumulado	
1	03.03.14.015-1 Tratamento de pneumonias ou influenza (gripe)	766.422	766.422	638.802.186,30	5,65%	5,65%	
2	03.10.01.003-9 Parto normal	1.141.450	1.141.450	621.577.303,80	5,50%	11,15%	
3	03.03.17.009-3 Tratamento em psiquiatria (por dia)	446.721	161.155	462.984.566,90	4,09%	15,24%	
4	04.11.01.003-4 Parto cesariano	637.498	637.498	455.153.990,70	4,02%	19,26%	
5	03.03.01.003-7 Tratamento de outras doenças bacterianas	154.337	154.337	398.315.862,40	3,52%	22,79%	
6	03.03.06.021-2 Tratamento de insuficiência cardíaca	267.435	267.435	301.812.523,50	2,67%	25,46%	
7	03.03.16.006-3 Tratamento de transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período neonatal	38.567	38.567	238.949.277,20	2,11%	27,57%	
8	03.03.16.005-5 Tratamento de transtornos relacionados c/ a duração da gestação e c/ o crescimento fetal	47.760	47.760	223.995.922,20	1,98%	29,55%	
9	03.03.04.014-9 Tratamento de acidente vascular cerebral - AVC (isquêmico ou hemorrágico agudo)	179.185	179.185	197.925.754,90	1,75%	31,30%	
10	03.03.14.004-6 Tratamento das doenças crônicas das vias aéreas inferiores	315.633	315.633	194.168.598,00	1,72%	33,02%	
11	04.15.03.001-3 Tratamento cirúrgico em politraumatizado	44.125	44.125	140.554.623,90	1,24%	34,26%	
12	03.03.14.013-5 Tratamento de outras doenças do aparelho respiratório	62.371	62.371	121.897.519,50	1,08%	35,34%	

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) Brasil. Situação da base de dados nacional em 20/09/2012. Ano base 2011

Tabela 8 – Produção hospitalar do SUS: procedimentos custeados no faturamento hospitalar geral do Brasil (R\$) – 2011

							(conclusão)
Item	Procedimento	AIH Pagas	Internações	Valor Total	%	% Acumulado	
13	03.03.13.005-9 Tratamento de paciente sob cuidados prolongados por enfermidades neurológicas	48.477	2.816	102.797.455,90	0,91%	36,25%	
14	04.08.05.050-0 Tratamento cirúrgico de fratura da diáfise da tíbia	35.019	35.019	52.654.747,21	0,47%	36,71%	
15	03.03.13.002-4 Atendimento a paciente sob cuidados prolongados por enfermidades cardiovasculares	17.914	3.096	38.785.925,91	0,34%	37,06%	
16	04.13.01.006-6 Tratamento de grande queimado	6.645	6.645	36.638.349,53	0,32%	37,38%	
17	04.13.04.017-8 Tratamento cirúrgico de lesões extensas c/ perda de substância cutânea	31.318	31.318	30.447.090,44	0,27%	37,65%	
18	03.03.04.010-6 Tratamento conservador de traumatismo cranioencefálico grave	12.282	12.282	28.793.950,24	0,25%	37,90%	
19	03.03.18.001-3 Tratamento de afecções associadas ao HIV/AIDS	19.098	19.098	27.740.479,90	0,25%	38,15%	
20	03.03.13.007-5 Tratamento de paciente sob cuidados prolongados por enfermidades osteomusculares e do tecido conjuntivo	6.425	1.339	11.766.224,74	0,10%	38,25%	

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) Brasil. Situação da base de dados nacional em 20/09/2012. Ano base 2011

7.2 AVALIAÇÃO DOS VALORES DA TABELA SUS

A Tabela 9 apresenta, para os 25 (vinte e cinco) procedimentos principais geradores de recursos por faturamento da FHEMIG, a consolidação dos valores de custos da FHEMIG e os valores dos procedimentos apresentados na Tabela do SIGTAP, tendo como referência o mês de setembro de 2012. A construção da Tabela 9 atende ao objetivo geral desta pesquisa. A Tabela apresenta os custos dos procedimentos estudados, na coluna Custo FHEMIG. Estes dados estão apresentados, com maior detalhe, no Apêndice B. A coluna *Custo FHEMIG* representa o custo médio FHEMIG, calculado por meio do custo do procedimento nos hospitais da Rede FHEMIG. A coluna *Valor de Tabela* apresenta o valor do procedimento definido na Tabela SIGTAP SUS. A coluna *Diferença* representa a diferença entre o valor do custo FHEMIG e o valor da Tabela. A coluna *Percentual* informa o percentual do Custo FHEMIG e do valor do procedimento definido na Tabela.

Os valores de custos, apresentados no Apêndice B, têm metodologia de apropriação de custos definida pela FHEMIG, conforme já apresentado.

Cabe-se esclarecer que os procedimentos 03.03.18.001-3 (Tratamento de afecções associadas ao HIV/AIDS) e 04.15.03.001-3 (Tratamento cirúrgico em politraumatizado) têm valores de faturamento zerados, na Tabela SIGTAP, por serem estes procedimentos considerados de faturamento múltiplo, advindos de outros procedimentos, conforme definido no Manual SIH/SUS (BRASIL, 2007). Quanto ao procedimento 03.031.80013 (Tratamento de afecções associadas ao HIV/AIDS) foi considerado o valor possível de faturamento, conforme o Manual SIGTAP (BRASIL, 2011f). Para o procedimento 04.15.03.001-3 (Tratamento cirúrgico em politraumatizado) foram considerados os atendimentos mais frequentes realizados na FHEMIG, nos casos de tratamento de politraumatizado.

Tabela 9 - Relação de custos dos principais procedimentos FHEMIG e os valores definidos na Tabela SIGTAP- (R\$) -2012**(continua)**

Item	Procedimentos Hospitalares	Tipo	Custo FHEMIG (R\$) (1)	Valor de Tabela (R\$) (2)	Diferença (3) = (1) – (2)	Percentual (2)/(1)
1	03.01.01.004-8 Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico)	Ambulatorial	105,82	6,30	99,52	5,95%
2	03.01.01.007-2 Consulta médica em atenção especializada	Ambulatorial	150,29	10,00	140,29	6,65%
3	03.01.06.002-9 Atendimento de urgência c/ observação até 24 horas em atenção especializada	Ambulatorial	255,22	12,47	242,75	4,89%
4	03.01.07.005-9 Acompanhamento psicopedagógico de paciente em reabilitação	Ambulatorial	79,14	15,26	63,88	19,28%
5	03.03.01.003-7 Tratamento de outras doenças bacterianas	Hospitalar	4.452,12	865,91	3.586,21	19,45%
6	03.03.04.010-6 Tratamento conservador de traumatismo cranioencefálico grave	Hospitalar	4.000,99	718,28	3.282,71	17,95%
7	03.03.04.014-9 Tratamento de acidente vascular cerebral - AVC (isquêmico ou hemorrágico agudo)	Hospitalar	5.102,15	463,21	4.638,94	9,08%
8	03.03.06.021-2 Tratamento de insuficiência cardíaca	Hospitalar	5.695,62	699,46	4.996,16	12,28%
9	03.03.13.002-4 Atendimento a paciente sob cuidados prolongados por enfermidades cardiovasculares	Hospitalar	48,50	74,75	- 26,25	154,13%

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 9- Relação de custos dos principais procedimentos FHEMIG e os valores definidos na Tabela SIGTAP- (R\$) - 2012**(continua)**

Item	Procedimentos Hospitalares	Tipo	Custo FHEMIG (R\$) (1)	Valor de Tabela (R\$) (2)	Diferença (3) = (1) - (2)	Percentual (2)/(1)
10	03.03.13.005-9 Tratamento de paciente sob cuidados prolongados por enfermidades neurológicas	Hospitalar	217,31	70,61	146,70	32,49%
11	03.03.13.007-5 Tratamento de paciente sob cuidados prolongados por enfermidades osteomusculares e do tecido conjuntivo	Hospitalar	208,12	68,54	139,58	32,93%
12	03.03.14.004-6 Tratamento das doenças crônicas das vias aéreas inferiores	Hospitalar	5.314,77	479,19	4.835,58	9,02%
13	03.03.14.013-5 Tratamento de outras doenças do aparelho respiratório	Hospitalar	3.251,24	480,87	2.770,37	14,79%
14	03.03.14.015-1 Tratamento de pneumonias ou influenza (gripe)	Hospitalar	4.781,68	582,42	4.199,26	12,18%
15	03.03.16.005-5 Tratamento de transtornos relacionados c/ a duração da gestação e c/ o crescimento fetal	Hospitalar	9.543,30	778,02	8.765,28	8,15%
16	03.03.16.006-3 Tratamento de transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período neonatal	Hospitalar	5.541,25	482,45	5.058,80	8,71%
17	03.03.17.009-3 Tratamento em psiquiatria (por dia)	Hospitalar	475,58	26,91	448,67	5,66%

Fonte: dados da pesquisa

Tabela 9 - Relação de custos dos principais procedimentos FHEMIG e os valores definidos na Tabela SIGTAP- (R\$) - 2012 (conclusão)

Item	Procedimentos Hospitalares	Tipo	Custo FHEMIG (R\$) (1)	Valor de Tabela (R\$) (2)	Diferença (3) = (1) - (2)	Percentual (2)/(1)
18	03.03.18.001-3 Tratamento de afecções associadas ao HIV/AIDS*	Hospitalar	12.510,77	1.980,60	10.530,17	15,83%
19	03.10.01.003-9 Parto normal	Hospitalar	31.618,34	443,40	31.174,94	1,40%
20	04.01.01.001-5 Curativo Grau II c/ ou s/ debridamento (por paciente)	Ambulatorial	114,65	32,40	82,25	28,26%
21	04.08.05.050-0 Tratamento cirúrgico de fratura da diáfise da tíbia	Hospitalar	4.529,66	846,37	3.683,29	18,69%
22	04.11.01.003-4 Parto cesariano	Hospitalar	11.359,48	545,73	10.813,75	4,80%
23	04.13.01.006-6 Tratamento de grande queimado	Hospitalar	32.933,33	1.819,52	31.113,81	5,52%
24	04.13.04.017-8 Tratamento cirúrgico de lesões extensas c/ perda de substância cutânea	Hospitalar	2.867,99	741,69	2.126,30	25,86%
25	04.15.03.001-3 Tratamento cirúrgico em politraumatizado*	Hospitalar	8.734,56	2.455,40	6.279,16	28,11%

Fonte: dados da pesquisa

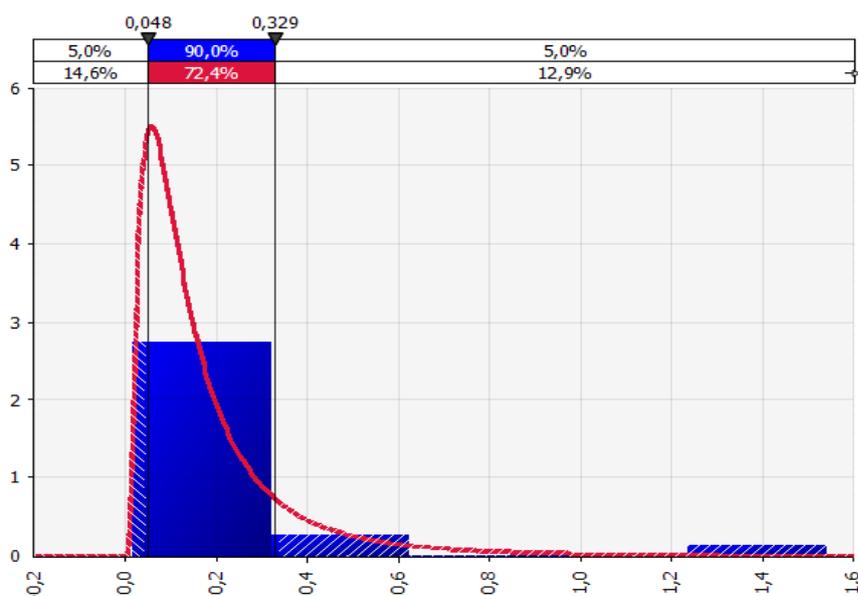
Nota: * Valores de faturamento estimados pela composição de outros procedimentos, conforme Manual SIH/SUS.

Após a coleta dos dados, procedeu-se à análise de risco operacional, confrontando-se entre os valores de custos e os valores apresentados na Tabela SUS, para os procedimentos estudados. Na análise, foi utilizada a técnica do *Value at Risk - VaR*. Essa técnica é justificada pelo fato de que a Var Operacional permite verificar adequação entre os custos e os valores definidos.

Desenvolveu-se também uma análise quantitativa em relação à constatação de medidas de risco operacional relacionada à probabilidade de desempenho de retornos, considerando os dados de custos dos procedimentos hospitalares e os valores definidos na Tabela. O resultado dessa avaliação foi aplicado na constatação da probabilidade de mensuração dos riscos decorrentes da operacionalização dos procedimentos. O retorno apurado pela curva (Gráfico 1) indica os resultados avaliados, por meio de medidas probabilísticas relacionada ao risco.

Assim, foram identificadas possíveis perdas decorrentes do comportamento dos custos identificados por meio da dispersão dos resultados dos valores de faturamento da Tabela. Igualmente, realizou-se uma medida estatística do nível de perda advinda da relação entre os valores de custos e de faturamento, refletindo a mensuração da perda nos investimentos, decorrente de uma distorção dos custos. A relação entre os valores de custos e os valores constantes na Tabela 9 estão apresentados no Gráfico 1, que representa o percentual de cobertura dos valores da Tabela 9, em relação aos valores de custos dos procedimentos.

Gráfico 1 - Percentual de Cobertura de Risco



Fonte: dados da pesquisa

Observa-se que 14,6% dos procedimentos tiveram até 4,8% dos custos cobertos, 72,4% dos procedimentos tiveram uma cobertura de risco entre 4,8% e 32,9% , e 12,9% têm cobertura acima de 32,9%.

Os dados gerados revelam que 95% dos procedimentos têm uma cobertura de aproximadamente 33% dos seus custos. Somente 4% dos procedimentos estudados foram sustentáveis, ou seja, seu custo foi coberto pela remuneração do SUS. Cabe destacar que o VaR Operacional a 5% foi uma cobertura de até 4,8% do custo, isto é, 5% dos procedimentos pesquisados implicam em perdas superiores a 95% do custeio.

A Tabela 10 apresenta os dados conforme resultado da análise. Para os dados observados, pode-se concluir que 95% dos procedimentos têm 32,93% dos seus custos cobertos pelos valores de Tabela. Considerando a simulação proposta pelo programa, utilizando a função Lognormal e a função Pearson 5 por terem maior aderência, estima-se que aproximadamente 95% dos procedimentos temos 50% dos seus custos cobertos com os valores de tabela.

Tabela 10 – Análise da VaR: valores de custos versus valores da Tabela SIGTAP - 2012

(continua)

Function	Observados	Simulados										
		Lognormal	Pearson5	Invgauss	Loglogistica	Extvalue	Exponencial	Logistica	Normal	Pareto	Triangular	Uniforme
Minimum	0,014	0,000432	-0,0255	-0,00659	0,00413	-Infinity	0,00683	-Infinity	-Infinity	0,014	0,014	-0,0496
Maximum	1,5413	+Infinity	+Infinity	+Infinity	+Infinity	+Infinity	+Infinity	+Infinity	+Infinity	+Infinity	1,6081	1,605
Mean	0,1938	0,1795	0,1828	0,1938	0,1814	0,1746	0,1866	0,142	0,1938	+Infinity	0,5454	0,7777
Mode	0,0571	0,0556	0,0643	0,0503	0,0709	0,1133	0,00683	0,142	0,1938	0,014	0,014	-0,0496
Median	0,1228	0,1214	0,1186	0,1255	0,1182	0,1522	0,1314	0,142	0,1938	0,0627	0,4809	0,7777
Std. Deviation	0,2944	0,1957	0,2897	0,2082	1,0727	0,1362	0,1798	0,1653	0,2944	+Infinity	0,3757	0,4776
Skewness	4,3047	4,5812	+Infinity	3,1179	+Infinity	1,1395	2	0	0	+Infinity	0,5657	0
Kurtosis	23,1127	55,6904	+Infinity	19,2017	+Infinity	5,4	9	4,2	3	+Infinity	2,4	1,8
5%	0,048	0,0286	0,0313	0,0283	0,0307	-0,00319	0,0161	-0,1264	-0,2905	0,0157	0,0544	0,0331
10%	0,0489	0,0393	0,0426	0,0386	0,0426	0,0248	0,0258	-0,0583	-0,1835	0,0176	0,0958	0,1158
15%	0,0552	0,0487	0,0519	0,0479	0,0525	0,0453	0,036	-0,0161	-0,1114	0,0199	0,1384	0,1986
20%	0,0566	0,0578	0,0607	0,0571	0,0616	0,0628	0,0469	0,0156	-0,054	0,0227	0,1823	0,2813
25%	0,0665	0,0669	0,0693	0,0664	0,0704	0,0786	0,0585	0,0419	-0,00479	0,0261	0,2276	0,364
30%	0,0815	0,0764	0,078	0,0763	0,0792	0,0936	0,0709	0,0648	0,0394	0,0303	0,2744	0,4468
35%	0,0871	0,0864	0,0871	0,0869	0,0881	0,1082	0,0843	0,0856	0,0803	0,0356	0,3229	0,5295
40%	0,0902	0,097	0,0968	0,0985	0,0975	0,1226	0,0987	0,105	0,1192	0,0423	0,3733	0,6122
45%	0,1218	0,1086	0,1072	0,1112	0,1074	0,1372	0,1143	0,1237	0,1568	0,051	0,4259	0,695
50%	0,1228	0,1214	0,1186	0,1255	0,1182	0,1522	0,1314	0,142	0,1938	0,0627	0,4809	0,7777
55%	0,1236	0,1356	0,1314	0,1417	0,1301	0,1679	0,1504	0,1603	0,2308	0,0787	0,5388	0,8604
60%	0,1479	0,1518	0,1459	0,1604	0,1435	0,1847	0,1715	0,1789	0,2684	0,1015	0,5999	0,9431
65%	0,1583	0,1706	0,1629	0,1823	0,1591	0,2027	0,1955	0,1984	0,3072	0,1354	0,665	1,0259

Fonte: dados da pesquisa

Tabela 10 – Análise da VaR: valores de custos versus valores da Tabela SIGTAP - 2012

(conclusão)

Function	Observados	Simulados										
		Lognormal	Pearson5	Invgauss	Loglogistica	Extvalue	Exponencial	Logistica	Normal	Pareto	Triangular	Uniforme
70%	0,1795	0,1929	0,1832	0,2087	0,1776	0,2228	0,2233	0,2192	0,3482	0,1888	0,735	1,1086
75%	0,1928	0,2203	0,2085	0,2413	0,2005	0,2456	0,256	0,2421	0,3924	0,28	0,8111	1,1913
80%	0,1945	0,2554	0,2415	0,2834	0,2306	0,2726	0,2961	0,2683	0,4416	0,4533	0,8952	1,2741
85%	0,2826	0,3034	0,2879	0,3411	0,2731	0,3063	0,3479	0,3	0,4989	0,8437	0,9907	1,3568
90%	0,3249	0,3769	0,3622	0,4284	0,3423	0,3523	0,4207	0,3422	0,5711	2,0253	1,104	1,4395
95%	0,3293	0,52	0,5186	0,5924	0,4935	0,4287	0,5453	0,4103	0,678	9,049	1,2516	1,5222
Chi-SqStatistic		0,4	0,4	1,2	1,2	2,4	9,2	9,2	18,8	29,2	47,2	65,2
P-Value		0,9825	0,9825	0,8781	0,8781	0,6626	0,0563	0,0563	0,0009	0	0	0

Fonte: dados da pesquisa

7.3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise dos dados apurados instrumentaliza o caderno de argumentos analíticos proposto nos objetivos da pesquisa. A relevância desta discussão fundamenta-se na importância dos procedimentos de saúde no faturamento ambulatorial e hospitalar do SUS/Brasil. A análise das duas vertentes de pesquisa, bem como da base de conhecimento da FHEMIG e dos valores apresentados na Tabela SUS serão apresentados de forma distinta. A superposição dessas duas análises será apresentada na conclusão desta pesquisa.

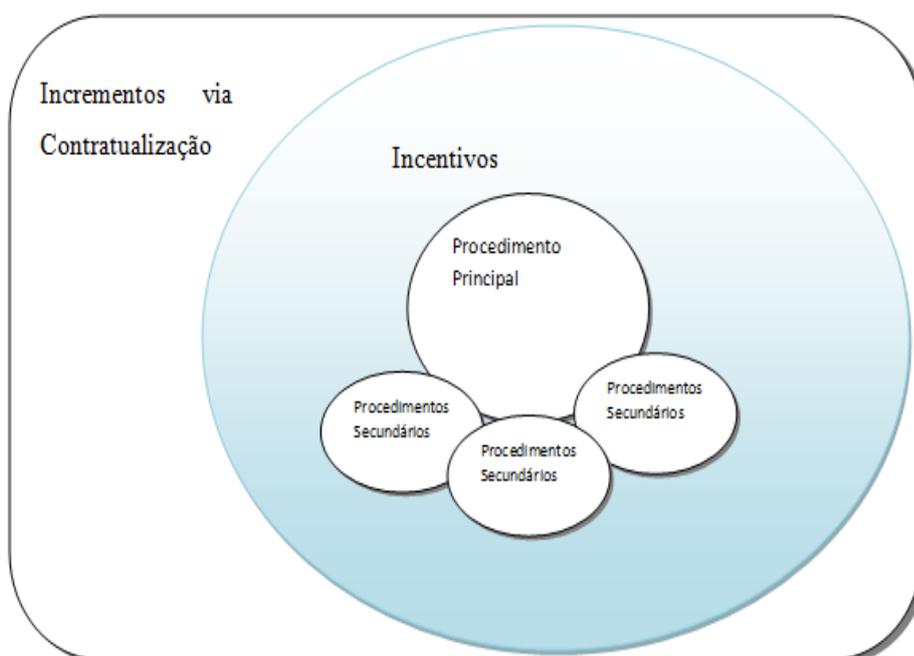
São inicialmente pertinentes algumas considerações. A proposta da pesquisa contém algumas dificuldades inerentes ao tema. A primeira grande dificuldade diz respeito ao entendimento da própria descrição do que sejam os procedimentos, tanto do ponto de vista do processo de atendimento assistencial quanto do ponto de vista do entendimento do Ministério da Saúde a respeito dos procedimentos que financia. Esse entendimento representa uma restrição para a análise do paralelo estabelecido entre os custos reais dos serviços prestados pela FHEMIG e o valor apresentado na Tabela do SUS. Em face dessa divergência, pode-se inferir que existe um componente subjetivo nesse entendimento, tanto pelo prestador de serviços (FHEMIG) quanto pelo financiador (SUS).

Com relação à FHEMIG, o questionamento sobre ‘onde começa’ e ‘onde termina’ o atendimento referente ao procedimento, é evidenciado, por exemplo, no procedimento “Parto normal”, amplamente discutido. Essa dificuldade reflete a falta de padrões assistenciais definidos, nas diversas unidades que realizam o procedimento, dificultando o processo de coleta de dados referentes a custos. Com relação à Tabela SIGTAP, verifica-se que alguns procedimentos não apresentam descrição, como é o caso do “Parto normal”, gerando dificuldade de definição de padrões quanto ao que efetivamente está incluído no referido procedimento. Esse exemplo ilustra a complexidade da definição dos procedimentos assistenciais, principalmente os de média e alta complexidade, que correspondem à maioria. A discrepância entre o valor unitários dos procedimentos definidos na Tabela do SUS e o valor da Autorização de Internação Hospitalar – AIH sugere a possibilidade da realização de um procedimento principal e de diversos procedimentos secundários, sejam eles

complementares ao atendimento principal, sejam exigidos em decorrência de outras patologias (doenças de base, intercorrências ou complicações).

A remuneração por procedimento, como atualmente estabelecida pelo Sistema SIGTAP, é um mecanismo de pagamento prospectivo, baseado em um “pacote” de serviços e tempo de permanência pré-definidos. Esse “pacote” corresponde a um valor previamente definido na Tabela SUS. Porém, deve ser considerado que a remuneração pelos procedimentos implica quatro importantes componentes, que agregam valor ao atendimento: o repasse referente ao procedimento principal, o repasse relativo aos procedimentos secundários, os incrementos e os incentivos. Essa composição do custo está representada na Figura 10.

Figura 10 – Definição do valor do procedimento



Fonte: Elaborada pela autora

São procedimentos primários aqueles que podem “abrir” uma Autorização de Internação Hospitalar – AIH. Trata-se geralmente de procedimentos mais relevantes ou mais complexos do que os secundários, ou seja, os complementares ao procedimento principal. Porém, não se pode perder de vista que um procedimento pode ser secundário, em um atendimento específico, mas pode ser considerado primário em uma AIH específica. Por exemplo, um procedimento 04.04.01.037-7 – Traqueostomia é primário; porém, pode ser

considerado secundário, se for parte de um tratamento, por exemplo, de um grande queimado. Essa especificidade de alguns procedimentos dificulta a obtenção do custo. Essa razão explica, de certa forma, o fato de que a AIH contém tanto o valor do procedimento principal, quanto o dos procedimentos secundários, definindo normalmente, o custo de todos os procedimentos. Já a Tabela SUS contempla o “o pagamento mínimo”, conforme descrito no Manual do AIH. A possibilidade de acréscimo de procedimentos secundários, que, em muitos casos, são de difícil distinção do procedimento “primário” ou “puro”, dificulta a análise do custo desses procedimentos.

Os incrementos, por sua vez, correspondem a percentuais acrescidos ao valor definido na Tabela SIGTAP. Os incrementos são definidos em função das características dos prestadores de serviços (hospitais cadastrados como alta complexidade, hospitais de ensino ou hospitais de urgência e emergência).

Quanto aos incentivos, cabe observar que não estão vinculados aos valores definidos na Tabela do SIGTAP. Trata-se de uma forma de repasse de recursos, atualmente adotada pelo Ministério da Saúde, não apenas por meio da produção e, conseqüentemente, dos valores definidos na Tabela, mas por meio da contratualização. Há de se considerar que a contratualização, conforme definido no Pacto pela Saúde, prevê repasses pelo cumprimento de metas físicas de produção, metas de valor do contrato e metas de qualidade. Dessa forma, existem valores de repasse que não estão diretamente vinculadas à quantidade produzida, mas à qualidade do atendimento. Esses valores são destinados a hospitais que participam de alguma ação estratégica definida pelo Ministério da Saúde, como é o caso dos hospitais que participam do Programa SOS Emergência.

Cabe ainda observar que, na análise dos custos dos procedimentos, em confronto com os valores de remuneração (valores médios da Autorização de Internação Hospitalar – AIH), medida de risco operacional apresenta comportamento diverso quanto à relação “custos x Tabela” conforme apresentado na Tabela 9.

A Tabela 11 apresenta na coluna *Tipo* a classificação do procedimento (ambulatorial ou hospitalar); a coluna *Custo FHEMIG* representa o custo médio do procedimento nos hospitais da Rede; a coluna *Valor Médio AIH FHEMIG* informa o valor médio da AIH, que tem o procedimento como procedimento principal, acrescido dos valores dos procedimentos secundários e os incrementos; a coluna *% (Percentual)* representa a relação percentual entre o custo FHEMIG e o valor médio das AIH FHEMIG, correspondendo ao percentual de cobertura que o valor faturado cobre os custos apresentados.

Tabela 11 – Custos FHEMIG dos procedimentos e valores médios da AIH FHEMIG (R\$) - 2012

Item	Procedimento	Tipo	Custo FHEMIG	VI Médio	
				AIH	%
				FHEMIG	
1	03.01.01.004-8 Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico)	Ambulatorial	105,82	6,30	5,95%
2	03.01.01.007-2 Consulta médica em atenção especializada	Ambulatorial	150,29	10,00	6,65%
3	03.01.06.002-9 Atendimento de urgência c/ observação até 24 horas em atenção especializada	Ambulatorial	255,22	12,47	4,89%
4	03.01.07.005-9 Acompanhamento psicopedagógico de paciente em reabilitação	Ambulatorial	79,14	15,26	19,28%
5	03.03.01.003-7 Tratamento de outras doenças bacterianas	Hospitalar	4.452,12	6.213,28	139,56%
6	03.03.04.010-6 Tratamento conservador de traumatismo cranioencefálico grave	Hospitalar	4.000,99	7.508,92	187,68%
7	03.03.04.014-9 Tratamento de acidente vascular cerebral - AVC (isquêmico ou hemorrágico agudo)	Hospitalar	5.102,15	2.894,97	56,74%
8	03.03.06.021-2 Tratamento de insuficiência cardíaca	Hospitalar	5.695,62	2.025,61	35,56%

Fonte: dados da pesquisa

Tabela 11 – Custos FHEMIG dos procedimentos e valores médios da AIH FHEMIG (R\$) - 2012**(continua)**

Item	Procedimento	Tipo	Custo FHEMIG	VI Médio	
				AIH	%
				FHEMIG	
9	03.03.13.002-4 Atendimento a paciente sob cuidados prolongados por enfermidades cardiovasculares	Hospitalar	48,5	2.245,06	4628,98%
10	03.03.13.005-9 Tratamento de paciente sob cuidados prolongados por enfermidades neurológicas	Hospitalar	217,31	2.046,39	941,69%
11	03.03.13.007-5 Tratamento de paciente sob cuidados prolongados por enfermidades osteomusculares e do tecido conjuntivo	Hospitalar	208,12	2.072,83	995,98%
12	03.03.14.004-6 Tratamento das doenças crônicas das vias aéreas inferiores	Hospitalar	5.314,77	1.257,71	23,66%
13	03.03.14.013-5 Tratamento de outras doenças do aparelho respiratório	Hospitalar	3.251,24	5.746,24	176,74%
14	03.03.14.015-1 Tratamento de pneumonias ou influenza (gripe)	Hospitalar	4.781,68	2.161,17	45,20%
15	03.03.16.005-5 Tratamento de transtornos relacionados c/ a duração da gestação e c/ o crescimento fetal	Hospitalar	9.543,30	3.837,17	40,21%
16	03.03.16.006-3 Tratamento de transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período neonatal	Hospitalar	5.541,25	9.819,82	177,21%

Fonte: dados da pesquisa

Tabela 11 – Custos FHEMIG dos procedimentos e valores médios da AIH FHEMIG (R\$) - 2012

Item	Procedimento	Tipo	Custo FHEMIG	(conclusão)	
				VI Médio AIH FHEMIG	%
17	03.03.17.009-3 Tratamento em psiquiatria (por dia)	Hospitalar	475,58	754,47	158,64%
18	03.03.18.001-3 Tratamento de afecções associadas ao HIV/AIDS*	Hospitalar	12.510,77	2.137,38	17,08%
19	03.10.01.003-9 Parto normal	Hospitalar	31.618,34	685,74	2,17%
20	04.01.01.001-5 Curativo Grau II c/ ou s/ debridamento (por paciente)	Ambulatorial	114,65	32,40	28,26%
21	04.08.05.050-0 Tratamento cirúrgico de fratura da diáfise da tíbia	Hospitalar	4.529,66	1.979,36	43,70%
22	04.11.01.003-4 Parto cesariano	Hospitalar	11.359,48	884,52	7,79%
23	04.13.01.006-6 Tratamento de grande queimado	Hospitalar	32.933,33	10.364,48	31,47%
24	04.13.04.017-8 Tratamento cirúrgico de lesões extensas c/ perda de substância cutânea	Hospitalar	2.867,99	3.798,34	132,44%
25	04.15.03.001-3 Tratamento cirúrgico em politraumatizado	Hospitalar	8.734,56	5.833,34	66,78%

Fonte: dados da pesquisa

Algumas considerações merecem ser tecidas acerca de certas especificidades dos dados coletados, gerando dificuldade de análise.

A Autorização de Internação Hospitalar - AIH registra os valores efetivamente repassados para remunerar o procedimento definido como principal, acrescido dos valores repassados para os procedimentos secundários e os valores de incremento. No levantamento de dados referentes ao quantitativo de procedimentos secundários, faturados em média por AIH, constatou-se a necessidade de novas pesquisas para sua obtenção.

Outra questão a ser analisada refere-se à distorção no tempo de permanência hospitalar em função do procedimento. Conforme apresentado por La Forgia e Coutollenc (2009)

“o tempo de permanência é o principal fator responsável pela variação dos custos entre procedimentos clínicos, provavelmente devido ao baixo uso de protocolos e tratamento para esses casos, bem como a ampla variação na gravidade dos casos” (LA FORGIA E COUTOLLENC, 2009, p.65).

As distorções evidenciadas decorrem do fato de que o sistema SIH/SUS utiliza, para a apuração do tempo de permanência o tempo de permanência do paciente, o que consta na AIH como um todo, e não o do procedimento em particular. Costuma haver o descompasso entre as diretrizes definidas pela Tabela e algumas das práticas médicas atuais. Os avanços tecnológicos do processo de atendimento médico e a inclusão de novas tecnologias, como equipamentos ou medicamentos, podem não estar sendo considerados para fundamentar os parâmetros definidos para o pagamento.

Isso ocorre, por exemplo, quando o tempo de permanência previsto para o procedimento é de três dias de internação, mas, na prática médica, o paciente pode ter alta em dois dias. O hospital, para não perder o valor do procedimento, pode adiar a alta hospitalar. Tal divergência acarreta o aumento dos custos do hospital. O período de internação médio, definido na Tabela, confrontado com a média de permanência na FHEMIG e a média brasileira, apresentam divergências, conforme mostra a Tabela 12.

Tabela 12 – Relação das médias de permanência dos procedimentos - (R\$) - 2011

Código	Procedimento	(continua)		
		Média de Permanência		
		Tabela	FHEMIG	Brasil
03.03.01.003-7	Tratamento de outras doenças bacterianas	6	17,55	10,73
03.03.04.010-6	Tratamento conservador de traumatismo cranioencefálico grave	14	20,86	10,12
03.03.04.014-9	Tratamento de acidente vascular cerebral - AVC (isquêmico ou hemorrágico agudo)	7	18,09	7,62
03.03.06.021-2	Tratamento de insuficiência cardíaca	4	11,90	6,59
03.03.13.002-4	Atendimento a paciente sob cuidados prolongados por enfermidades cardiovasculares *		29,62	27,90
03.03.13.005-9	Tratamento de paciente sob cuidados prolongados por enfermidades neurológicas*		26,79	29,59
03.03.13.007-5	Tratamento de paciente sob cuidados prolongados por enfermidades osteomusculares e do tecido conjuntivo*		26,94	26,44
03.03.14.004-6	Tratamento das doenças crônicas das vias aéreas inferiores	3	13,31	4,00
03.03.14.013-5	Tratamento de outras doenças do aparelho respiratório	4	18,52	8,01
03.03.14.015-1	Tratamento de pneumonias ou influenza (gripe)	4	13,25	5,56

Fonte: dados da pesquisa

Nota: Os procedimentos com * não tem média de permanência definidos na Tabela SUS

Tabela 12 – Relação das médias de permanência dos procedimentos - (R\$) - 2011**(conclusão)**

Código	Procedimento	Média de Permanência		
		Tabela	FHEMIG	Brasil
03.03.16.005-5	Tratamento de transtornos relacionados c/ a duração da gestação e c/ o crescimento fetal	10	24,74	17,07
03.03.16.006-3	Tratamento de transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período neonatal	8	22,48	17,16
03.03.17.009-3	Tratamento em psiquiatria (por dia) *		19,65	23,54
03.03.18.001-3	Tratamento de afecções associadas ao HIV/AIDS*		18,93	16,94
03.10.01.003-9	Parto normal	2	2,18	1,98
04.11.01.003-4	Parto cesariano	2	3,26	2,62
04.13.01.006-6	Tratamento de grande queimado	10	18,01	11,28
04.15.03.001-3	Tratamento cirúrgico em politraumatizado*		14,32	7,39
04.08.05.050-0	Tratamento cirúrgico de fratura da diáfise da tíbia	5	5,01	6,16
04.13.04.017-8	Tratamento cirúrgico de lesões extensas c/ perda de substância cutânea	3	5,98	4,94

Fonte: Dados da pesquisa**Nota: Os procedimentos com * não tem média de permanência definidos na Tabela SUS**

Durante o processo de análise das informações de custos, algumas situações que demandam consideração especial foram identificadas:

A AIH informa o tempo de permanência do paciente, desde sua entrada no hospital, até o fechamento da AIH. O tempo de permanência pode corresponder ao atendimento referente ao procedimento inicial (que “abriu” a AIH), acrescido de outros possíveis atendimentos, devidos à ocorrência de agravos e intercorrências. Em alguns casos, é “aberta” nova AIH; em outros, não. Nesse caso, o tempo de permanência pode se estender, mas a informação não é evidenciada. Essa é, por exemplo, a situação de um paciente internado para “tratamento de outras doenças bacterianas”, cuja média de internação é de 6 (seis) dias. Caso seja necessário um tratamento de vias aéreas inferiores, não é possível a identificação, pela AIH, do tempo de permanência, em função desses dois procedimentos, de forma distinta. Esta

pode ser uma das causas das distorções nas informações de tempo de permanência apresentado ao considerarmos o tempo de permanência definido pela Tabela SUS, pelo faturamento da FHEMIG e pelo faturamento total do SUS.

Outra situação constatada na análise dos dados diz respeito a distorções entre o valor pago e o custo, evidenciando o menor incentivo aos procedimentos de baixa complexidade. Essa distorção nos procedimentos de baixa remuneração e alta frequência, como consultas ambulatoriais, podem encorajar os hospitais a desenvolver estratégias de sobrevivência financeira, buscando a especialização do atendimento, de forma a garantir uma relação de risco que não comprometa sua sustentabilidade financeira.

Outra importante consideração analisada é a possibilidade de emissão de mais de uma AIH por paciente. Essa possibilidade gera algumas dificuldades de análise. Como os procedimentos definidos na Tabela nem sempre têm um ‘começo’ e um ‘fim’ bem definidos, o valor do custo e da remuneração ficam distorcidos, como se pode observar no seguinte exemplo: um paciente internado para tratamento de grande queimado tem uma AIH “aberta” para esse procedimento específico. Caso necessite de uma traqueostomia, a AIH inicial é “fechada”, como se o paciente já tivesse finalizado o tratamento e abre-se nova AIH para a Traqueostomia, como procedimento principal, a qual é novamente fechada após o procedimento. Para continuar o tratamento de queimado, é aberta uma terceira AIH para o mesmo paciente, sem que exista vinculação de uma AIH a outra nem a consideração de uma como complementação da outra. Isso representa dificuldade para o rastreamento da informação e para o cálculo dos custos e dos valores recebidos em função do tratamento. Portanto, pôde-se concluir que, atualmente, não se consegue traçar o perfil epidemiológico brasileiro, tendo como base as AIH, devido à possibilidade de emissão de mais de uma AIH por paciente e por não estarem as mesmas devidamente vinculadas. Esse fato fragiliza a adoção do sistema de informação como base de referência de custos e repasses de recursos, dificultando o controle tanto pelo SUS, como por todos os gestores e para as pesquisas. Não se tem a sequência do que acontece com o atendimento, de forma sistematizada.

Cabe ainda importante quanto aos valores apurados na análise de informações obtidas na base de conhecimento de custos da FHEMIG. Inicialmente, deve ser considerada a diferença da complexidade do atendimento hospitalar nos vários hospitais estudados, os quais apresentam particularidades quanto ao tamanho, tipo de atendimento e especialidade,

conforme Tabela 4, já apresentada. Há que se considerar que a caracterização dos hospitais também constitui componente importante a ser considerado na identificação dos recursos dispendidos, bem como o perfil dos atendimentos prestados. Dentre os hospitais estudados, verificou-se que ocorre maior consumo de recursos, naqueles voltados para o ensino

Além das particularidades inerentes às características de cada hospital, constatou-se na pesquisa que a prática cotidiana dos hospitais, na prestação dos serviços assistenciais, nem sempre se baseia em padrões de consumo ou protocolos assistenciais definidos de forma única, que possa ser replicada em outras unidades assistenciais. A falta de uniformidade revelou-se uma das causas de variação no consumo de recursos, não só humanos, mas também materiais (itens de consumo, equipamentos, etc.). Essa variação pode decorrer tanto da diversidade do perfil do atendimento hospitalar, quanto da falta de domínio dos processos internos do hospital. Como essa questão extrapola o âmbito deste estudo, cujo objetivo é apresentar os valores de custos aferidos, esses dados não foram excluídos da pesquisa, uma vez que podem ter gerado um maior risco operacional, devido a falhas internas no processo dos hospitais. Sugere-se que essa matéria constitua objeto de estudo em futuras investigações.

8 CONCLUSÕES

Esta pesquisa objetivou estabelecer relação entre os custos operacionais dos serviços de saúde prestados pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG e seu financiamento pelo SUS, considerando os repasses do Governo Federal. Essa meta foi plenamente alcançada, possibilitando comprovar, mediante as análises quantitativa e qualitativa realizadas, e com fundamento na base de conhecimento gerada com a metainformação *custo*, a relação entre os custos dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais na FHEMIG e os recursos repassados pelo Governo Federal, fundamentados na Tabela SIGTAP.

Foi possível, ao longo deste estudo, analisar mais profundamente o financiamento da saúde no Brasil, sob o ponto de vista da manutenção do equilíbrio financeiro das instituições prestadoras de serviços de saúde. Concluiu-se que a questão está legalmente fundamentada nas diretrizes do SUS. Verificou-se também que, ao integrar custos e risco operacional na gestão financeira de instituições hospitalares, torna-se possível uma abordagem inovadora nas análises de equilíbrio financeiro das instituições prestadoras de serviços, o que constitui uma contribuição para o setor da saúde pública brasileira.

Uma segunda conclusão a que se chegou é a necessidade de aprofundamento na compreensão do valor dos custos apresentados tanto pela FHEMIG quanto por qualquer outra instituição de saúde pública, considerando o custo como indicador de resultados. Assim, se, por exemplo, o valor de um procedimento é X reais, essa informação de custo deve ser compreendida em vários níveis de interpretação: o primeiro nível é a busca da compreensão do “quanto custa”, numa leitura mais quantitativa das informações e também mais simplificada; o segundo nível é a busca do entendimento do “como e por que custa”. Esse nível requer uma leitura mais qualitativa, gerencial, dos processos internos; o terceiro nível da leitura das informações de custos objetiva responder à pergunta: “é adequado?” buscando evidenciar “o que”, “quais” e “como” os recursos são consumidos na prestação de um serviço, base da visão gerencial para a análise dessas informações. Dessa forma, de modo geral, é possível identificar como as informações de custos retratam os recursos utilizados tais como recursos humanos, materiais, serviços e tecnologia. Também retratam os serviços/bens prestados/produzidos em hospitais públicos, possibilitando rastrear custos por unidade operacional (departamentos, divisões) e por objeto (paciente e tipo de serviço), construindo

um arcabouço de informações suficiente para a compreensão dos processos gerenciais internos, na perspectiva dos custos e de sua correlação com os serviços prestados e com os demais indicadores assistenciais.

Assim, a informação de custos pode ser entendida como Indicador de Resultado, cuja função primordial é tornar-se um indicador de processo, à medida que se repete. Dessa forma, tem-se a dimensão do domínio tecnológico incorporado para a prestação de serviços ou para a geração de produtos. Busca-se uma visão gerencial para a análise das informações geradas, utilizando-as como indicadores de resultados e de processos, numa dimensão não apenas financeira. A metainformação torna-se, então, ferramenta essencial, balizadora das propostas de qualidade que suportam uma base para o conhecimento, acompanhamento e avaliação sistemática dos gastos das diversas atividades, tanto assistenciais quanto administrativas, dos hospitais da Rede FHEMIG.

Pode-se observar que os repasses do Governo Federal, via Tabela, não são as únicas formas de financiamento dos prestadores de serviços. Conforme definido no Pacto de Gestão (BRASIL, 2006c), o financiamento do SUS é tripartite, o que exige que os entes federados estadual e municipal também financiem a prestação de serviços. Isso explica a capacidade dos hospitais da FHEMIG de sobreviverem financeiramente, por receberem recursos orçamentários do Governo do Estado de Minas Gerais.

Também foi possível concluir que pode haver alguma margem de negociação dos hospitais com relação aos valores apresentados pela Tabela do SUS, caso haja fundamentação válida de informações de custos que subsidiem os valores. Dessa forma, pode-se inferir que a evidenciação dos custos da FHEMIG pode ser o início da discussão dos valores definidos na Tabela do SUS, sendo uma referência para negociações de repasse com os prestadores de serviços.

A pesquisa pôde também evidenciar que o risco operacional representado pela relação entre custo, valor de custo dos serviços prestados e valor repassado pelo SUS representa informação que deve ser considerada. Há necessidade de aprofundamento nas informações relativas aos valores de repasse de todos os entes federados e não apenas os valores repassados pelo Governo Federal. A análise do risco operacional que relaciona apenas os valores de custo com os valores da Tabela do SUS necessita de ser aprofundada.

A pesquisa evidenciou que a relação entre custo x Tabela SUS exige aprofundamento. Não é única ou exclusiva a forma de repasse dos recursos. Não há uniformidade na fundamentação quanto aos valores da Tabela. É essencial e urgente que sejam repensadas e revistas não apenas a composição do volume dos recursos efetivamente repassados aos hospitais, mas também a fundamentação relativa à remuneração dos procedimentos, com base em informações de custos dos hospitais filiados ao SUS, e a forma de pagamento aos prestadores de serviços, com base nos custos. Foi também possível concluir que os indicadores de risco evidenciados pela relação *custo x Tabela SUS* não representam a totalidade das variáveis que compõem os recursos disponibilizados às organizações hospitalares. Os valores repassados a título de incentivos e incrementos, por meio de pagamento global ou contratualização, devem ser considerados. Porém, essa análise carece de maior aprofundamento em estudos futuros, que possam evidenciar os repasses do financiamento que não seguem a lógica da tabela.

A partir dos resultados da análise dos dados coletados, concluiu-se também que a correlação apresentada não pode ser a única fonte para uma análise conclusiva, representando apenas o início de uma discussão necessária e profunda sobre outros mecanismos, atualmente utilizados pelo SUS, para pagamento aos prestadores. Dessa forma, a relação simplificada “1x1”, do “custo x valor de Tabela” não reflete a complexidade do cenário das transferências de recursos aos prestadores.

Evidenciou-se que a análise do financiamento pelo SUS utilizando cálculo de risco operacional representa importante ferramenta de gestão para o sistema. Pode-se, desta forma, fundamentar as discussões sobre o repasse de valores do SUS aos prestadores de serviços. Isto pela necessidade de repasse que possibilite atender ao fundamento legal de manutenção do equilíbrio financeiro dos prestadores.

Também evidenciou-se que os valores definidos na Tabela SUS, base para repasse financeiro por atividades ou serviços realizados pelo hospital, no atendimento ao paciente, não refletem o “Produto Hospitalar”, que é o “Atendimento ao Paciente”, considerando suas especificidades, a qualidade do atendimento e os produtos intermediários que compõem o produto final. A dificuldade da compreensão das variáveis implícitas na assistência prestada ao paciente compromete o levantamento do valor dos custos. Essa dificuldade de entendimento do “Produto Hospitalar” é evidenciada desde a identificação do atendimento

efetivamente prestado ao paciente, gerando discrepâncias entre os valores de custo dos procedimentos e o valor médio registrado na AIH.

A lógica de repasse de pagamento por produção pode incentivar tanto a superprodução como a subprodução de determinados serviços, uma vez que os prestadores, buscando incrementos nos valores de repasse, são levados ao entendimento de que quanto mais procedimentos forem prestados ao paciente, maior será o repasse dos recursos. Essa forma de repasse, na prática, contribui para o aparecimento de distorções no sistema, estimulando pouco o desempenho e, de certa forma, até mesmo contribuindo para a ineficiência.

É importante também salientar que as informações de custos são indicadores financeiros necessários à compreensão do financiamento da saúde. A dificuldade de obtenção de informações de custo sistematizadas e padronizadas, por parte dos hospitais públicos, para fundamentar o valor dos procedimentos, contribui para o aumento do risco operacional do setor saúde. Inversamente, a geração de informações de custos, com vistas à criação de uma base de conhecimentos que utilize os custos como metainformação, voltada para a produção de dados de custos confiáveis, por exigir a organização criteriosa dos processos, contribui para a redução do risco operacional. Portanto, há de ser considerado que, além do financiamento, analisado à luz dos recursos escassos ou do subfinanciamento, é necessário o aprofundamento do conhecimento relativo aos processos internos dos prestadores de serviços, de forma a reduzir as possíveis falhas desses processos, que também contribuem para o agravamento das dificuldades do setor. Conclui-se, a partir dessas considerações, que a gestão efetiva dos custos é essencial para a gestão eficiente dos recursos. Evidenciou-se que a falta de informações de custos sistemáticas e confiáveis é o maior obstáculo à melhoria dos mecanismos de pagamento aos atuais prestadores de serviços hospitalares, bem como ao desenvolvimento de uma nova proposta de modelos alternativos de pagamento, seja por produção, seja por valor global, ou por outras formas de repasses.

Cabe ainda observar que a necessidade de incremento das bases de custos dos hospitais do SUS, metodologicamente válidas, conforme concluído por esta pesquisa, é respaldada pelo Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC). O PNGC tem como proposta a criação de uma base de conhecimentos de custos, metodologicamente válida e sistematizada, no âmbito do SUS. Esse Programa está sendo coordenado pelo Núcleo Nacional de Economia da Saúde - Nunes/AESD/SE/MS e visa a implementar e disseminar a cultura de gestão de custos no Brasil, objetivando desenvolver,

acompanhar e avaliar a implantação/implementação de uma metodologia padrão de custos para todos os hospitais do SUS.

Acredita-se que esta pesquisa pode ser replicada em outras organizações públicas, não apenas na área de saúde, mas também em outros setores de serviços.

8.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muito tem sido discutido sobre o financiamento da saúde pública no Brasil. A literatura apresenta diversos estudos, ressaltando, entre outros aspectos, que o volume de recursos gastos nessa área são escassos, e que a relação de gastos *per capita* no Brasil é inferior à de diversos países desenvolvidos ou em desenvolvimento. Esta abordagem econômica, que reflete as condições macroeconômicas do setor saúde, visa à captação de recursos pelo setor; contudo, é imprescindível necessária a compreensão do financiamento público por meio de outras linhas de discussão, considerando a questão dos repasses de recursos aos prestadores de serviços. É necessária a produção de novos estudos contemplando a forma como efetivamente os recursos financeiros estão sendo utilizados pelos prestadores de serviços e o que isso representa em termos de qualidade e quantidade dos serviços prestados ao usuário cidadão. Urge buscar o equilíbrio financeiro necessário para a redução do risco de inviabilização financeira dos prestadores de serviços, conforme preconizado pelas diretrizes do SUS. Dessa forma, buscar-se-á gerar maior fundamentação para a discussão do subfinanciamento e do subgerenciamento do setor. Sugere-se que os novos estudos possibilitem a comparação empírica entre as experiências de diversos modelos de repasse de recursos (misto, valor global e totalmente por produção), do ponto de vista da sustentabilidade da organização contratada, e seu impacto em termos de estrutura, processos e resultados na assistência, sem perder de vista o atendimento aos anseios da sociedade e a necessidade de garantir a melhor utilização dos recursos disponíveis.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, E.; GOMES, M.A. O. *Metodologia de pesquisa social e diagnóstico participativo*. Lavras: UFLA/FAEPE, 1998
- ALONSO, M.. Custos no Serviço Público. *Revista do Serviço Público*. RSP, Ano 50, Número 1 jan-mar 1999. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/Terceiros-Papers/99-Alonso50%281%29.pdf>>. Acesso em: 10 02 2010.
- ANDREAZZI, M. F. S. *Formas de remuneração de serviços de saúde*. Texto para Discussão nº 1006. IPEA. Brasília, 2003. Disponível em: < https://ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_1006.pdf>. Acesso em: 03 out 2012.
- BANCO MUNDIAL. Relatório Nº. 36601-BR. Brasil. *Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos*. 2007. Disponível em <<http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-185895645304/4044168-1186326902607/19GovernancaSUSport.pdf>>. Acesso em: 05 abr 2011.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *O Financiamento da saúde*. Coleção Para Entender a Gestão do SUS. Vol. 2. Ed. CONASS. 124 p. Brasília. 2011a.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Sistema Único de Saúde*. Coleção Para Entender a Gestão do SUS. Vol. 1. Ed. CONASS. 191 p. Brasília. 2011b.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência de média e alta complexidade no SUS*. Coleção Para Entender a Gestão do SUS. Vol. 4. Ed. CONASS. 223 p. Brasília. 2011c.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS: avanços e desafios*. Brasília. Ed. CONASS. 164 p. 2006a.
- BRASIL. Constituição 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado, 1988. 168 p.
- BRASIL. *Decreto no 7.508, de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro e 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2011d. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/dec-7508-2011-reg-8080-29-6-2011.pdf. Acesso em: 02 jul 2012.
- BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. *Atenção de alta complexidade no SUS: desigualdades no acesso e no financiamento. Volume I*. Projeto Economia Da Saúde. Solon Magalhães Vianna (Coordenador). André Nunes. Geraldo Góes. Joelmir Rodrigues da Silva. René José Moreira dos Santos. SCTIE/DES DISOC. Brasília, DF. Fevereiro, 2005a.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. *Resolução nº 228, de 01 de agosto de 1990*. Regulamenta a implantação do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA / SUS. Diário Oficial da União. 1990a.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. *Resolução nº 227 de 27 de julho de 1990*. Regulamenta a implantação do Sistema de Informações Hospitalares – SIH-SUS. Diário Oficial da União. 1990b.

BRASIL. Instituto Nacional de Previdência Social. *Resolução nº 032 de 04 de março de 1976*. Dispõe sobre a implantação do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) em todo o território nacional. Diário Oficial da União. 1976.

BRASIL. *Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012*. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal Brasília. 2012a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em 09 jun 2012.

BRASIL. *Lei 8142 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 e dá outras providências. 1990c. Disponível em: <www.senado.gov.br/legislacao>. Acesso em: 31 jan 2012.

BRASIL. *Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000*. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. 2000. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/LCP/Lcp101.htm>>. Acesso em: 16 jan 2007.

BRASIL. *Lei nº 8080 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. 1990d. Disponível em; http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 03 abr 2012.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Serviços Médicos. *Portaria nº 116 de 13 de dezembro de 1979*. Resolve baixar a Tabela de Honorários Médicos, Odontológicos e Serviços Hospitalares a ser observada nos Serviços Médicos da Previdência Social, em substituição à aprovada pela Portaria nº SSM- 46 de 10 de dezembro de 1975. *Diário Oficial da União*. 1979.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. *Gestão financeira do Sistema Único de Saúde* : manual básico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Fundo Nacional de Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.663, de 6 de agosto de 2012*. Dispõe sobre o Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). 2012c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1663_06_08_2012.html. Acesso em: 07 jul 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n° 1541 de 27 de junho de 2007*. Prorroga para janeiro de 2008 a implantação da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS. 2007a. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/11728-1541>>. Acesso em: 10 set 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n° 2.848 de 06 de novembro de 2007*. Publica a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS, com sua estrutura e seus respectivos atributos. 2007b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-2848.htm>>. Acesso em: 10 set 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n° 321 de 08 de fevereiro de 2007*. Institui a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS. 2007c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/Portaria%20GM-321.pdf>>. Acesso em 01 out 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n° 204 de 29 de janeiro de 2007*. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. 2007d. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-204.htm>>. Acesso em: 07 jul 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n° 399 de 22 de fevereiro de 2006*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 01 nov 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n° 698 de 30 de março de 2006*. Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS. 2006c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-698.htm>>. Acesso em: 01 ago 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n° 699 de 30 de março de 2006*. Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. 2006d. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_699_2006.pdf>. Acesso em: 01 nov 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n° 821 de 4 de maio de 2004*. Determinar a implantação gradativa da descentralização do processamento do Sistema de Informação Hospitalar - SIH, facilitando o controle do teto financeiro da assistência pelos gestores estaduais/municipais, conforme estabelecido na Programação Pactuada Integrada - PPI, aprovada e monitorada pelas Comissões Intergestores Bipartite – CIB. 2004a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-821.htm>>. Acesso em: 10 jul 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n° 878, de 8 de maio de 2002*. Altera o Programa Nacional de Incentivo à Parceria entre os Hospitais Filantrópicos sem fins lucrativos e o Sistema Único de Saúde. 2002a. Disponível em:

<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-878.htm>>. Acesso em: 10 jul 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002*. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. 2002b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 10 jul 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.413, de 30 de agosto de 2001*. Institui o Programa Nacional de Incentivo à Parceria entre os Hospitais Filantrópicos e sem fins lucrativos e o Sistema Único de Saúde – INTEGRASUS. 2001. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-1413.htm>. Acesso em: 02 mai 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996*. Aprova a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde. 1996. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.htm>. Acesso em: 10 jul 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993*. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. 1993. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf. Acesso em 05 dez 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. 2012. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/texto/6999/904/Financiamento-do-SUS.html>. Acesso em: 30 jul 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Visibilidade dos Gastos Públicos com Saúde*. 2010. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/VisGastosP%C3%BAblicosSa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 02 jun 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96*. Brasília. 1997. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nob96.pdf>. Acesso em 03 jan 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação. *Manual Técnico Operacional do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS - SIGTAP*. 2011f. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_Operacional_SIGTAP-WEB_08_08.pdf>. Acesso em: 30 mar 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. *Programa Nacional de Gestão de Custos: Manual Técnico de Custos – Conceitos e Metodologia*. 2006e. Disponível em: <<http://portal.saude>

.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_do_programa_gestao_custos.pdf>. Acesso em: 02 fev 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária do Processo Participativo*. Brasília: Ministério da Saúde. 2006f. (Série I. História da Saúde no Brasil). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_sus.pdf> Acesso em: 5 mar 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília. 2006g. 76 p. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/producao/livros/pdf/06_0257_M.pdf>. Acesso em: 07 jul 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Pacto de gestão: garantindo saúde para todos / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Departamento de Apoio à Descentralização*. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005b. 84 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde*. SIOPS. 2012b. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/>. Acesso em: 03 set 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sala de Situação em Saúde. Gestão em Saúde. Transferência Fundo a Fundo. 2012c. Disponível em: http://189.28.128.178/sage/gestao_saude/fundo_a_fundo/fundo_blocos_detalha.php?uf=&ibge=&cobloco=2&cg=&tc=&rm=®i=&ufcidade=Brasil&category=2008#. Acesso em 15 out 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde / Ministério da Saúde –(Serie F. Comunicação e Educação em Saúde). Brasília, 2004b. 142 p.

BRIMSON, J. A. *Contabilidade por atividades: uma abordagem de custeio baseado em atividades*. São Paulo: Atlas, 1996.

BRUNI, L. A.; FAMÁ, R. *Gestão de custos e formação de preços com aplicações da calculadora HP12C e Excel*. 3ª edição. São Paulo: Atlas, 2004.

CAMARGOS, M. A.; GONÇALVES, M. A. Sistemas de acumulação de custos, métodos de custeio, critérios de atribuição de custos e tipos de custo: uma diferenciação didático-teórica para o ensino da disciplina Contabilidade de Custos. In: ANAIS XV ENANGRAD - ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 2004, Florianópolis, 2004.

CARVALHO, D. M. T. de. Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. *Revista Ciência Saúde Coletiva [online]*. 2007, vol.12, n.4, pp. 879-892. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400010>>. Acesso em: 20 mai 2012.

CARVALHO, E. J. L. Gerenciamento do risco operacional em organizações financeiras. In: *Gesto de Riscos no Brasil*. Rio de Janeiro, p. 457- 482.2003

CARVALHO, G.C.M. *Financiamento Público Federal do Sistema Único de Saúde– 1988-2001*. 363 p. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo. 2002

CHO, C.W. The knowing organization: how organizations use information to construct meaning, create knowledge and make decisions. *International Journal of Information Management*, Vol. 16, No. 5, pp. 329-340, 1996.

COOPER, D. R.; SCHINDLER, P. S. *Métodos de pesquisa em administração*. Tradução: Luciana de Oliveira, 7. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

CROUHY,M.; GALAI, D.; MARK,R. *The essentials of risk management*. McGraw-Hill eBooks. 2009. Disponível em: <http://silvarosa.net/aafm/ebooks/AAFM%20Training%20ebook%20-%20The%20Essentials%20of%20Risk%20Managemen%20%28Crouhy,%20Galay,%20Mark,%202009%29.pdf>. Acesso em: 15 nov 2012.

DAVENPORT, T. H. *Ecologia da informação: por que só a tecnologia não basta para o sucesso na era da informação*. São Paulo: Futura, 1998.

DUARTE JÚNIOR, A.M.. *Gestão de riscos para fundos de investimentos*. São Paulo: Pearson Prentice Prentice Hall: 2005.

EMMANUEL, C.R; OTLEY, D.T; MERCHANT, K. A. *Accounting for management control*. 2nd. Ed. London: 1990.

FERREIRA, B.P. *Análise do risco de não superação da meta atuarial em fundos de previdência*. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração. 2006.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS. FHEMIG. *Boletim estatístico executivo mensal*. Disponível em: <http://intranet.fhemig.mg.gov.br/be/relatorio_executivo/arquivos/boletim_mensal_dados_estatisticos_09_09.pdf>. Acesso em: 13 set 2012.

GIL, A.C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5ª Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GILLILAND-SWETLAND, A. J. *Introduction to metadata: setting the 2000*. Disponível em: http://www.getty.edu/research/conducting_research/standards/intrometadata/pdf/swetland.pdf. >. Acesso em: 10 fev 2010.

GONÇALVES, C.A.; MEIRELLES, A. M. *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. São Paulo: Editora Atlas, 2004.

GONÇALVES, M. A. Sincronização de leitos hospitalares de um hospital de médio porte de acordo com os princípios da teoria das restrições. In: Valdir Ribeiro Borba; Teresinha Covas

Lisboa; Wander M. M. Ulhôa. (Org.). *Gestão administrativa e financeira de organizações de saúde*. 1 ed. São Paulo: Atlas, 2009, v. 1, p. 111-130.

GONCALVES, M. A.; AMORIM, C. A.; ZAC, J. I.; COSTA, M. T.; ALEMAO, M. M. Gestão hospitalar : a aplicabilidade do sistema ABC. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde – RAHIS*. v.4, p.73 - 86, 2010.

GONCALVES, M. A.; GONÇALVES, C.A.; ALEMÃO, M.M. Decision making process and modes of governance: a comparative study between Brazilian and British hospitals. *Corporate Ownership & Control* (Print). v.8.p.177 - 187, 2011a.

GONCALVES, M. A; ALEMAO, M. M.; ALBUQUERQUE, M. S. Gestão da metainformação custos como indicador de resultados: o caso do Tribunal Regional Federal da 1ª Região do Brasil, 2011. *ANAIS DO XII CONGRESSO INTERNACIONAL DE CUSTOS*. Punta Del Leste: Aurco, 2011b.

GONÇALVES, M.A.; ALEMÃO, M.M. *Introdução à gestão de custos*. Brasília. Editora Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. 2012.

GONCALVES, M. A.; GONÇALVES, C. A.; CAPANEMA, F. D.; DRUMOND, H. A.; ALEMÃO, M. M.; TORGA, E. M. M. F. Acordo externo de resultados: inclusão de nova variável no modelo de gestão FHEMIG e sua possível influência. *Revista Médica de Minas Gerais*. Belo Horizonte. V.22, p.35 – 43. 2012.

GONÇALVES, M.A.; TEIXEIRA, L.; FROES, E. Gestão estratégica de informações baseada em custo: um estudo de aplicação no setor serviços. *Revista Brasileira de Administração Contemporânea (RBAC) /ANPAD*; Rio de Janeiro: ANPAD. 1998.

GOVERNO MINAS GERAIS. LOA, 2012. Disponível em: <http://www.planejamento.mg.gov.br/governo/planejamento/orcamento/orcamento.asp>. Acesso em: 01 jul 2012.

GRINBLATT, M.; TITMAN, S. *Mercados financeiros e estratégia corporativa*. 2ª Edição, Porto Alegre. Bookman. 2005.

GURGEL JÚNIOR, G. D. & VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Revista Ciência e Saúde Coletiva* 7(2): 325-334. 2002

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Economia da saúde: uma perspectiva macroeconômica 2000- 2005*. Rio de Janeiro: IBGE; 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia_saude/default.shtm>. Acesso em: 01 out 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GROGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa da assistência médico-sanitária*. 1999. Rio de Janeiro: IBGE; 1999.

JORION, P. *Financial risk manager – Handbook*. Second Edition. Chichester: John Wiley & Sons. 2003.

LA FORGIA, G.M.; COUTTOLENC, B. *Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência*. Editora Singular. 2009.

LAVILLE, C e DIONNE, J. *A Construção do saber: manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas*. Belo Horizonte. Editora UFMG. 1999.

LEVCOVITZ, E. *SIH/SUS (Sistema AIH): uma análise do sistema público de remuneração de internações hospitalares no Brasil - 1983 – 1991*. Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ/MS, 1993.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Técnicas de pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas, 1999.

MARINHO, A.; CARDOSO, S.S., ALMEIDA, V. V. *Uma política de investimentos defensiva para o resultado operacional de hospitais públicos na presença de filas e de desigualdades de acesso a hospitais privados*. Texto para Discussão 1418. Rio de Janeiro: IPEAD. 2009.

MARINHO, A; MORENO, A.B.; CAVALINI, L.T. *Avaliação descritiva da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Texto para Discussão 848. Rio de Janeiro: IPEA. 2001.

MARTINS, E. *Contabilidade de custos*. 9 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MATOS, A. J.. *Apuração dos custos de procedimentos hospitalares: alta e médica complexidade*. Relatório do Projeto REFORSUS 003/99. Consultant Report for Ministério da Saúde. São Paulo: PLANISA, 2002.

MELLO JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D; LAURENTI, R. *A saúde no Brasil: análise do período 1996 a 1999*. Saúde - Brasil. Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações/Rede Interagencial de Informações para a Saúde - Ripsa. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

MENDES, E.V. *Uma agenda para a saúde*. Hucitec, São Paulo, 1996. 300p.

MERTON, R. R. *The sociology of knowledge: theoretical and empirical investigations*. Chicago: The University of Chicago Press, 1973.

MINAS GERAIS. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Gestão de Custos Hospitalares. 2009. P.48. Disponível em <http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/publicacoes/pecas-graficas>. Acesso em: 07 jul 2012.

MINAS GERAIS. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Gestão de Custos Hospitalares. 2012a. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/institucional/missao-e-valores>. Acesso em: 07 jul 2012.

MINAS GERAIS. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Intranet FHEMIG. 2012b. Disponível em: <Http://intranet.fhemig.mg.gov.br>. Acesso em: 07 jul 2012.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5ª Edição. HUCITEC-ABRASCO. 1998.

MINTZBERG, H., QUINN, J. B. *The strategy process*. Upper Saddle River, N. J.: Prentice-Hall, 1996.

MINTZBERG, H. *Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações*. São Paulo: Atlas, 1995.

PEREIRA, J.M. Gestão do risco operacional: uma avaliação do novo acordo de capitais – Basiléia II. *Revista Contemporânea de Contabilidade*. Ano 03, v.1, nº 6, Jul/Dez, 2006. p. 103-124.

RIBEIRO, J. A.; PIOLA S.F.; SERVO, L. M. As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil. In: *Saúde para Debate: Revista do CEBES Rio de Janeiro*, 2007.

RIBEIRO, J. M. Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 771–82, 2009.

TAYLOR, C. *An introduction to metadata*. 2003. Disponível em: <<http://www.library.uq.edu.au/iad/ctmeta4.html>> . Acesso em: 10 mar 2010.

YIN, R. K. *Estudo de Caso: planejamento e métodos*. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO – PESQUISA SEMI-ESTRUTURADA

- Qual a historia de definição dos mecanismos de pagamentos aos prestados no SUS e antes dele?
- Como são formados os valores repassados aos prestadores de serviços, via SIH/SIA?
- Como foi formada a Tabela Unificada do SUS, quais os elementos que a compõem (material medico, recursos humanos, outros)
- Qual a representatividade dos valores repassados via SIH/SIA no total dos valores repassados aos prestadores?
- Quais as outras fontes de recursos repassadas aos prestadores de serviços?
- Como são definidos os programas de repasse aos prestadores?
- Qual a dimensão destas fontes?
- Qual a relação que a Tabela Unificada tem com os custos hospitalares?
- Existem estudos de custos no Ministério da Saúde?

APÊNDICE B - RELAÇÃO DOS CUSTOS DOS PROCEDIMENTOS – FHEMIG – 2011-2012

PROCEDIMENTO 1 – 03.01.01.004-8 Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico)

Relação dos Custos dos Procedimentos por Unidade Assistencial- (R\$)

(continua)

Centro de Custo	Unidade de Produção	Unidade	Med + MAT	SP	SH	Total
Ambulatório - Especialidades Não Médicas	Atendimento	CEPAI	-	12,36	53,66	66,02
Centro de Tratamento de Lesões	Atendimento	CSPD	1,99	1,67	31,37	35,04
Centro de Tratamento de Lesões	Atendimento	CSSI	17,16	15,38	72,18	104,71
Casa de Apoio a Gestante	Atendimento	MOV	-	-	93,07	93,07
Atendimento Domiciliar	Atendimento Domiciliar	CSSI	4,68	33,79	20,22	58,69
Atendimento Domiciliar	Atendimento Domiciliar	HEM	56,51	131,38	109,47	297,36
Atendimento Domiciliar	Atendimento Domiciliar	CSPD	0,25	-	16,84	17,09
Atendimento Domiciliar	Atendimento Domiciliar	CSSFe	0,79	9,86	29,74	40,39
Ambulatório - Retorno	Atendimento Retorno	HJXXIII	195,27	-	191,03	386,30
Ambulatório - Retorno	Atendimento Retorno	HRB	-	12,22	16,21	28,43
Terapia Nutricional	Atendimento	HEM	-	81,69	118,27	199,96
Terapia Nutricional	Atendimento	HRJP	-	-	24,00	24,00
Terapia Ocupacional	Atendimento	HAC	-	12,35	191,04	203,39
Terapia Ocupacional	Atendimento	HEM	-	1,67	29,48	31,15
Terapia Ocupacional	Atendimento	HGV	-	6,18	26,48	32,67
Terapia Ocupacional	Atendimento	HIJPII	0,61	-	96,67	97,28

Fonte: dados da pesquisa, baseado no SIGH-Custos FHEMIG

APÊNDICE B - RELAÇÃO DOS CUSTOS DOS PROCEDIMENTOS – FHEMIG – 2011-2012

PROCEDIMENTO 1 – 03.01.01.004-8 Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico)

Relação dos Custos dos Procedimentos por Unidade Assistencial- (R\$)

(continua)

Centro de Custo	Unidade de Produção	Unidade	Med + MAT	SP	SH	Total
Toxicologia - Assistência	Atendimento	HJXXIII	12,06	129,92	44,07	186,05
Fisioterapia	Atendimento	CSPD	0,24	1,59	17,00	18,83
Fisioterapia	Atendimento	HAC	-	2,11	20,02	22,13
Fisioterapia	Atendimento	HEM	-	1,52	11,41	12,92
Fisioterapia	Atendimento	HIJPII	0,04	-	28,97	29,01
Fisioterapia	Atendimento	HJXXIII	0,00	1,19	15,84	17,03
Fisioterapia	Atendimento	HRB	-	4,80	4,99	9,80
Fonoaudiologia	Atendimento	HAC	-	6,39	25,86	32,25
Fonoaudiologia	Atendimento	HJXXIII	0,17	2,46	24,93	27,56
Odontologia	Atendimento	CSSI	1,00	24,00	206,96	231,97
Odontologia	Atendimento	CSPD	0,29	5,23	27,38	32,90
Odontologia	Atendimento	CSSFe	0,11	4,32	25,35	29,78
Odontologia	Atendimento	IRS	4,81	67,28	1.176,27	1.248,36
Prevenção de Incapacidades	Atendimento	CSPD	0,20	5,06	38,17	43,43
Reabilitação	Atendimento	CSSFe	0,37	42,18	81,14	123,70
Reabilitação	Atendimento	CSSI	0,38	42,75	82,27	125,39
Reabilitação	Atendimento	HRJP	0,37	42,08	80,94	123,40
Serviço Social	Atendimento	CSSI	0,00	11,54	68,98	80,52
Serviço Social	Atendimento	HAC	-	0,87	9,84	10,71
Serviço Social	Atendimento	HJXXIII	-	2,11	45,06	47,18

Fonte: dados da pesquisa, baseado no SIGH-Custos FHEMIG

APÊNDICE B - RELAÇÃO DOS CUSTOS DOS PROCEDIMENTOS – FHEMIG – 2011-2012

PROCEDIMENTO 1 – 03.01.01.004-8 Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico)

Relação dos Custos dos Procedimentos por Unidade Assistencial- (R\$)

(conclusão)

Centro de Custo	Unidade de Produção	Unidade	Med + MAT	SP	SH	Total
Serviço Social	Atendimento	HEM	-	1,26	12,26	13,52
Serviço Social	Atendimento	HGV	-	11,22	57,81	69,04
Serviço Social	Atendimento	HIJPII	0,01	8,15	10,97	19,12
Serviço Social	Atendimento	MOV	-	1,22	9,33	10,55
Terapia Nutricional	Atendimento	HEM	-	81,69	118,27	199,96
Terapia Nutricional	Atendimento	HRJP	-	-	24,00	24,00
Terapia Ocupacional	Atendimento	HAC	-	12,35	191,04	203,39
Terapia Ocupacional	Atendimento	HEM	-	1,67	29,48	31,15
Terapia Ocupacional	Atendimento	HGV	-	6,18	26,48	32,67
Terapia Ocupacional	Atendimento	HIJPII	0,61	-	96,67	97,28
Toxicologia - Assistência	Atendimento	HJXXIII	12,06	129,92	44,07	186,05
Unidade De Apoio Ao Paciente	Atendimento	HRJP	0,00	1,59	22,80	24,39
Custo FHEMIG						105,82

Fonte: dados da pesquisa, baseado no SIGH–Custos FHEMIG

APÊNDICE B - RELAÇÃO DOS CUSTOS DOS PROCEDIMENTOS – FHEMIG – 2011-2012
PROCEDIMENTO 2 – 03.01.01.007- 2 Consulta Médica em Atenção Especializada

Relação dos Custos dos Procedimentos por Unidade Assistencial- (R\$)

Centro de Custo	Unidade de Produção	Unidade	Med + MAT	SP	SH	Total
Ambulatório - Assistência	Consulta	HJPII	0,03	132,21	43,41	175,64
Ambulatório - Cardiologia	Atendimento	HRJP	0,27	0,60	44,26	45,14
Ambulatório - Dermatologia E Infectologia	Consulta	HEM	207,58	48,24	80,67	336,49
Ambulatório - Assistência	Consulta	HJPII	0,03	132,21	43,41	175,64
Ambulatório - Cardiologia	Atendimento	HRJP	0,27	0,60	44,26	45,14
Ambulatório - Dermatologia E Infectologia	Consulta	HEM	207,58	48,24	80,67	336,49
Ambulatório - Doenças Infecto-Contagiosas E Parasitárias	Atendimento Ambulatorial	HJPII	0,84	40,47	177,27	218,58
Ambulatório - Especialidades	Atendimento Ambulatorial	CEPAI	15,97	73,41	57,35	146,73
Ambulatório - Especialidades	Atendimento Ambulatorial	CMT	-	38,22	88,29	126,52
Ambulatório - Especialidades	Atendimento Ambulatorial	CSPD	0,14	37,11	14,18	51,42
Ambulatório - Especialidades	Atendimento Ambulatorial	CSSFe	0,10	34,86	25,79	60,75
Ambulatório - Especialidades	Atendimento Ambulatorial	CSSI	0,37	43,56	65,68	109,61
Ambulatório - Especialidades	Atendimento Ambulatorial	HAC	0,30	45,10	18,81	64,22
Ambulatório - Especialidades	Consulta	HJPII	1,76	61,59	49,02	112,36
Ambulatório - Especialidades	Atendimento Ambulatorial	HRJP	0,91	58,73	32,02	91,67
Ambulatório - Especialidades	Atendimento Ambulatorial	MOV	0,77	12,46	18,33	31,56
Ambulatório - Especialidades Não Médicas	Atendimento	CEPAI	-	12,36	53,66	66,02
Ambulatório - Oftalmologia	Consulta	CSSI	-	248,45	275,42	523,87
Ambulatório - Retorno	Atendimento Retorno	HJXXIII	195,27	-	191,03	386,30
Ambulatório - Retorno	Atendimento Retorno	HRB	-	12,22	16,21	28,43
Ambulatório - Especialidades	Atendimento Ambulatorial	CSSI	0,37	43,56	65,68	109,61
Ambulatório - Especialidades	Atendimento Ambulatorial	HCM	0,00	21,79	42,51	64,30

Fonte: dados da pesquisa, baseado no SIGH-Custos FHEMIG

APÊNDICEB - RELAÇÃO DOS CUSTOS DOS PROCEDIMENTOS – FHEMIG – 2011-2012
PROCEDIMENTO 3 – 03.01.06.002-9 Atendimento de Urgência com Observação até 24h em Atenção Especializada

Relação dos Custos dos Procedimentos por Unidade Assistencial- (R\$)

Centro de Custo	Unidade de Produção	Unidade	Med + MAT	SP	SH	Total
Ambulatório - Doenças Infecto-Contagiosas E Parasitarias	Atendimento Ambulatorial	HIJPII	0,84	40,47	177,27	218,58
Ambulatório - Especialidades	Atendimento Ambulatorial	CMT	0,00	38,22	88,29	126,52
Ambulatório - Especialidades	Atendimento Ambulatorial	CSSFe	0,10	34,86	25,79	60,75
Ambulatório - Especialidades	Atendimento Ambulatorial	CSSI	0,37	43,56	65,68	109,61
Ambulatório - Especialidades	Atendimento Ambulatorial	HJXXIII	14,75	230,77	132,44	377,96
Ambulatório - Especialidades	Atendimento Ambulatorial	MOV	0,77	12,46	18,33	31,56
Ambulatório - Psiquiatria	Atendimento	IRS	0,00	9,88	201,07	210,96
Ambulatório - Urgência	Atendimento	CEPAI	0,00	106,86	75,66	182,51
Unidade De Apoio Ao Paciente	Atendimento	HRJP	0,00	1,59	22,80	24,39
Unidade De Urgência - Clínica Pediátrica	Atendimento	HJK	24,42	730,76	291,01	1.046,19
Unidade Urgência - Gineco-Obstetrícia	Atendimento Urgência	HJK	5,06	29,47	53,87	88,39
Unidade Urgência/Emergência	Atendimento Urgência	HAC	30,67	156,61	182,54	369,81
Cac - Centro De Acolhimento De Crise	Paciente/ Dia	HGV	3,06	105,25	298,76	407,08
Unidade Internação - Clínica Médica	Paciente/ Dia	HRB	36,83	106,23	175,64	318,70
Custo FHEMIG						255,22

Fonte: dados da pesquisa, baseado no SIGH–Custos FHEMIG

APÊNDICE B - RELAÇÃO DOS CUSTOS DOS PROCEDIMENTOS – FHEMIG – 2011-2012
PROCEDIMENTO 4 – 03.01.07.005-9 Acompanhamento psicopedagógico de paciente em reabilitação
Relação dos Custos dos Procedimentos por Unidade Assistencial - (R\$)

Centro de Custo	Unidade de Produção	Unidade	Med + MAT	SP	SH	Total
Oficinas Terapêuticas	Paciente/ Dia	CMT	0,00	6,94	17,01	23,95
Oficinas Terapêuticas	Paciente/ Dia	CHPB	0,00	15,13	119,19	134,33
Custo Médio FHEMIG						79,14

Fonte: dados da pesquisa, baseado no SIGH-Custos FHEMIG

APÊNDICE B - RELAÇÃO DOS CUSTOS DOS PROCEDIMENTOS – FHEMIG – 2011-2012
PROCEDIMENTO 5 – 03.03.01.003-7 Tratamento de outras doenças bacterianas
Relação dos Custos dos Procedimentos por Unidade Assistencial- (R\$)

UA	Centro de Custos	Unidade de Produção	Média Perman.	Custo Unitário							Custo Total
				Medic + MMH	SP	SH*	Medicamentos + MMH	SP	SH*		
HAC	Unidade Internação - Clínica Médica	Paciente/ Dia	19	40,64	95,91	275,08	772,25	1.822,36	5.226,53	7.821,13	
HEM	Unidade Internação - Doenças Infecto-Contagiosas E Parasitárias	Paciente/ Dia	12,87	49,77	78,16	200,65	640,69	1.006,13	2.582,87	4.229,68	
HEM	Unidade Internação – Clínica Pneumológica	Paciente/ Dia	12,87	198,95	253,41	744,93	2.561,05	3.262,10	9.589,22	15.412,37	
MOV	Alojamento Conjunto	Paciente/ Dia	8,65	15,72	48,82	430,50	135,97	422,26	3.723,64	4.281,86	
HIJPII	Unidade Internação - Doenças Infecto-Contagiosas E Parasitárias	Paciente/ Dia	14,00	22,11	78,10	394,61	309,59	1.093,34	5.524,54	6.927,47	
HRJP	Unidade Internação - Clínica Pediátrica	Paciente/ Dia	11,88	17,13	51,85	249,10	203,60	616,21	2.960,51	3.780,31	
HJK	Unidade Internação - Clínica Tisiológica	Paciente/ Dia	13,80	31,63	19,57	209,69	436,53	270,03	2.893,55	3.600,11	
HRB	Unidade Internação - Clínica Médica	Paciente/ Dia	9,82	36,83	106,23	175,64	361,79	1.043,51	1.725,41	3.130,71	
HJK	Unidade Internação - Clínica Pneumológica	Paciente/ Dia	13,80	20,41	40,11	169,10	281,58	553,54	2.333,37	3.168,49	
CSSI	Ambulatório - Especialidades	Atendimento Ambulatorial	8,25	0,37	43,56	65,68	3,06	359,34	541,87	904,26	
CSPD	Ambulatório - Especialidades	Atendimento Ambulatorial	12,47	0,14	37,11	14,18	1,74	462,62	176,73	641,09	
CSSFe	Ambulatório - Especialidades	Atendimento Ambulatorial	10,00	0,10	34,86	25,79	0,97	348,61	257,93	607,51	
HJK	Unidade Internação - Clínica Médica	Paciente/ Dia	13,80	45,78	130,18	312,57	631,71	1.796,49	4.313,40	6.741,59	
Custo FHEMIG										4.452,12	

Fonte: dados da pesquisa, baseado no SIGH–Custos FHEMIG

APÊNDICE B - RELAÇÃO DOS CUSTOS DOS PROCEDIMENTOS – FHEMIG – 2011-2012
PROCEDIMENTO 6 – 03.03.04.010-6 Tratamento conservador de traumatismo cranioencefálico grave

Relação dos Custos dos Procedimentos por Unidade Assistencial-
(R\$)

UA	Centro de Custos	Unidade de Produção	Media Permanência	Custo Procedimento			Custo Total			Custo total
				Custo Unitário						
				Medicamentos + MMH	SP	SH*	Medicamentos + MMH	SP	SH*	
HJXXI II	Unidade Internação - Clínica Neurológica	Paciente/ Dia	15,66	51,90	37,35	166,24	812,72	584,95	2.603,31	4.000,99
Custo FHEMIG										4.000,99

Fonte: dados da pesquisa, baseado no SIGH-Custos FHEMIG

APÊNDICE B - RELAÇÃO DOS CUSTOS DOS PROCEDIMENTOS – FHEMIG – 2011-2012
PROCEDIMENTO 7 - 03.03.04.014-9 Tratamento de AVC Isquêmico

Relação dos Custos dos Procedimentos por Unidade Assistencial- (R\$)

UA	Centro de Custos	Unidade de Produção	Custo Procedimento						Custo total	
			Media Permanência	Custo Unitário			Custo Total			
				Medicamentos + MMH	SP	SH*	Medicamentos + MMH	SP	SH*	
HJK	Unidade De Urgência - Clínica Médica	Paciente/ Dia	13,66	9,19	55,24	88,75	125,50	754,42	1.212,13	2.092,05
HJK	Unidade Internação - Clínica Médica	Paciente/ Dia	13,66	45,78	130,18	312,57	625,19	1.777,96	4.268,91	6.672,05
CSSI	Unidade Internação - Clínica Médica	Paciente/ Dia	21,73	11,93	63,63	210,83	259,16	1.382,53	4.580,76	6.222,45
CSPD	Unidade Internação - Clínica Médica	Paciente/ Dia	12,75	51,43	284,47	457,06	655,69	3.626,95	5.827,58	10.110,22
CSSFA	Unidade Internação - Clínica Médica	Paciente/ Dia	39,40	1,80	55,17	119,80	70,88	2.173,63	4.720,06	6.964,57
HAC	Unidade Internação - Clínica Médica	Paciente/ Dia	23,65	40,64	95,91	275,08	961,05	2.267,89	6.504,32	9.733,26
HRJP	Unidade Internação - Clínica Médica	Paciente/ Dia	10,16	10,96	50,35	172,30	111,36	511,37	1.750,00	2.372,73
HJXXI II	Unidade Internação - Clínica Neurológica	Paciente/ Dia	8,84	51,90	37,35	166,24	458,99	330,36	1.470,24	2.259,58
HRAD	Unidade Internação - Clínica Médica	Paciente/ Dia	6,16	26,95	170,61	194,26	166,05	1.051,33	1.197,09	2.414,47
HRB	Unidade Internação - Clínica Cirúrgica	Paciente/ Dia	9,56	22,17	216,41	204,82	211,89	2.067,88	1.957,17	4.236,94
HRB	Unidade Internação - Clínica Médica	Paciente/ Dia	9,56	36,83	106,23	175,64	351,92	1.015,05	1.678,34	3.045,31

Custo FHEMIG

5.102,15

Fonte: dados da pesquisa, baseado no SIGH–Custos FHEMIG

APÊNDICE B - RELAÇÃO DOS CUSTOS DOS PROCEDIMENTOS – FHEMIG – 2011-2012

PROCEDIMENTO 8 – 03.03.06.021-2 Tratamento de insuficiência cardíaca

Relação dos Custos dos Procedimentos por Unidade Assistencial- (R\$)

UA	Centro de Custos	Unidade de Produção	Custo Procedimento						Custo Total	Custo total
			Media Permanência	Custo Unitário			Custo Total			
				Medicamentos + MMH	SP	SH*	Medicamentos + MMH	SP	SH*	
HJXXIII	Unidade Internação - Clínica Cuidados Progressivos	Paciente/ Dia	11,24	119,71	19,95	289,23	1.345,54	224,22	3.250,97	4.820,72
HJXXIII	Unidade Internação - Clínica Médica	Paciente/ Dia	11,24	60,84	280,07	243,65	683,88	3.147,98	2.738,65	6.570,51
Custo FHEMIG										5.695,62

Fonte: dados da pesquisa, baseado no SIGH–Custos FHEMIG

APÊNDICE B - RELAÇÃO DOS CUSTOS DOS PROCEDIMENTOS – FHEMIG – 2011-2012

PROCEDIMENTO 9 - 03.03.13.002-4 Atendimento a Pacientes Sob Cuidados Prolongados Por Enfermidades Cardiovasculares

Relação dos Custos dos Procedimentos por Unidade Assistencial- (R\$)

UA	Centro de Custos	Unidade de Produção	Media Perm	Custo Procedimento						Custo total
				Custo Unitário			Custo Total			
				Medic + MMH	SP	SH*	Medic + MMH	SP	SH*	
CSSF A	Lar Abrigado - Cuidados Prolongados	Paciente Abrigado	1,00	27,15	31,24	1.672,49	27,15	31,24	1.672,49	1.730,88
CSSFfe	Cuidados Prolongados	Paciente Abrigado	1,00	49,17	260,25	1.880,02	49,17	260,25	880,02	2.189,44
HCM	Cuidados Prolongados	Paciente Abrigado	1,00	31,66	130,27	227,33	31,66	130,27	227,33	389,26
Custo FHEMIG Mensal										
1.436,53										
Custo FHEMIG Diário										
48,50										

Fonte: dados da pesquisa, baseado no SIGH–Custos FHEMIG

APÊNDICE B - RELAÇÃO DOS CUSTOS DOS PROCEDIMENTOS – FHEMIG – 2011-2012

PROCEDIMENTO 10 - 03.03.13.005-9 Tratamento de pacientes sob cuidados prolongados por enfermidades neurológicas

Relação dos Custos dos Procedimentos por Unidade Assistencial- (R\$)

UA	Centro de Custos	Unidade de Produção	Media Permanência	Custo Procedimento						Custo total
				Custo Unitário			Custo Total			
				Medicamentos + MMH	SP	SH*	Medicamentos + MMH	SP	SH*	
CSSI	Lar Abrigado - Cuidados Prolongados	Paciente Abrigado	1	229,49	249,41	6.197,48	229,49	249,41	6.197,48	6.676,39
CSSFA	Unidade Internação - Cuidados Prolongados	Paciente Abrigado	1	126,99	1.039,72	5.599,08	126,99	1.039,72	5.599,08	6.765,78
HRB	Unidade Internação - Clínica Médica	Paciente/ Dia	12,00	36,83	106,23	175,64	441,95	1.274,71	2.107,68	3.824,34
HCM	Unidade Internação - Cuidados Prolongados	Paciente Abrigado	30	31,66	130,27	227,33	949,91	3.908,17	6.819,81	11.677,89
CSSFe	Unidade Internação - Cuidados Prolongados	Paciente Abrigado	1	49,17	260,25	1.880,02	49,17	260,25	1.880,02	2.189,44
CSPD	Unidade Internação - Cuidados Prolongados	Paciente Abrigado	1	171,52	89,48	3.538,40	171,52	89,48	3.538,40	3.799,41
Custo FHMEIG Mensal									5.822,21	
Custo FHEMIG Diário									217,31	

Fonte: dados da pesquisa, baseado no SIGH-Custos FHEMIG

APÊNDICE B - RELAÇÃO DOS CUSTOS DOS PROCEDIMENTOS – FHEMIG – 2011-2012
PROCEDIMENTO 11- 03.03.13.007-5 Atendimento a Pacientes Sob Cuidados Prolongados Por Enfermidades Osteomusculares e do Tecido Conjuntivo

Relação dos Custos dos Procedimentos por Unidade Assistencial- (R\$)

UA	Centro de Custos	Unidade de Produção	Media Permanência	Custo Procedimento			Custo Total			Custo total
				Medicamentos + MMH	SP	SH*	Medicamentos + MMH	SP	SH*	
CSSI	Lar Abrigado - Cuidados Prolongados	Paciente Abrigado	1	229,49	249,41	6.197,48	229,49	249,41	6.197,48	6.676,39
CSSFA	Unidade Internação - Cuidados Prolongados	Paciente Abrigado	1	126,99	1.039,72	5.599,08	126,99	1.039,72	5.599,08	6.765,78
HRB	Unidade Internação - Clínica Médica	Paciente/ Dia	27	36,83	106,23	175,64	994,39	2.868,10	4.742,28	8.604,77
CSSFe	Unidade Internação - Cuidados Prolongados	Paciente Abrigado	1	49,17	260,25	1.880,02	49,17	260,25	1.880,02	2.189,44
CSPD	Unidade Internação - Cuidados Prolongados	Paciente Abrigado	1	171,52	89,48	3.538,40	171,52	89,48	3.538,40	3.799,41
Custo FHEMIG Mensal										5.607,16
Custo FHEMIG Diário										208,12

Fonte: dados da pesquisa, baseado no SIGH–Custos FHEMIG

APÊNDICE B - RELAÇÃO DOS CUSTOS DOS PROCEDIMENTOS – FHEMIG – 2011-2012
PROCEDIMENTO 12 - 03.03.14.004-6 Tratamento de doenças crônicas das vias aéreas inferiores (asma)

Relação dos Custos dos Procedimentos por Unidade Assistencial- (R\$)

(continua)

UA	Centro de Custos	Unidade de Produção	Media Permanência	Custo Procedimento						Custo total
				Custo Unitário			Custo Total			
				Medicamentos + MMH	SP	SH*	Medicamentos + MMH	SP	SH*	
CSSI	Unidade Internação - Clínica Médica	Paciente/ Dia	8,57	11,93	63,63	210,83	102,19	545,16	1.806,30	2.453,66
CSPD	Unidade Internação - Clínica Médica	Paciente/ Dia	5,59	51,43	284,47	457,06	287,28	1.589,09	2.553,26	4.429,63
HJK	Unidade De Urgência - Clínica Médica	Paciente/ Dia	12,12	9,19	55,24	88,75	111,33	669,23	1.075,26	1.855,82
HJK	Unidade Internação - Clínica Médica	Paciente/ Dia	12,12	45,78	130,18	312,57	554,60	1.577,20	3.786,88	5.918,67
HAC	Unidade Internação - Clínica Médica	Paciente/ Dia	11,38	40,64	95,91	275,08	462,57	1.091,59	3.130,68	4.684,84
HEM	Unidade Internação - Doenças Infecto-Contagiosas E Parasitárias	Paciente/ Dia	14,24	49,77	78,16	200,65	708,68	1.112,90	2.856,97	4.678,55
HEM	Unidade Internação - Clínica Pneumológica	Paciente/ Dia	14,24	198,95	253,41	744,93	2.832,83	3.608,29	10.606,85	17.047,96

Fonte: dados da pesquisa, baseado no SIGH-Custos FHEMIG

APÊNDICE B - RELAÇÃO DOS CUSTOS DOS PROCEDIMENTOS – FHEMIG – 2011-2012
PROCEDIMENTO 12 - 03.03.14.004-6 Tratamento de doenças crônicas das vias aéreas inferiores (asma)

Relação dos Custos dos Procedimentos por Unidade Assistencial- (R\$)

(conclusão)

UA	Centro de Custos	Unidade de Produção	Media Permanência	Custo Procedimento						Custo total
				Custo Unitário			Custo Total			
				Medicamentos + MMH	SP	SH*	Medicamentos + MMH	SP	SH*	
HUJPII	Unidade Internação - Clínica Pediátrica	Paciente/ Dia	4,29	103,89	259,56	377,98	445,36	1.112,67	1.620,27	3.178,31
HRJP	Unidade Internação - Clínica Médica	Paciente/ Dia	8,89	10,96	50,35	172,30	97,51	447,79	1.532,41	2.077,72
HJXXIII	Unidade Internação - Cirurgia Geral	Paciente/ Dia	6,78	19,49	202,41	269,83	132,03	1.371,33	1.828,09	3.331,45
HRAD	Unidade Internação - Clínica Médica	Paciente/ Dia	7,03	26,95	170,61	194,26	189,55	1.200,16	1.366,55	2.756,26
HRB	Unidade Internação - Clínica Médica	Paciente/ Dia	9,23	36,83	106,23	175,64	339,83	980,18	1.620,68	2.940,69
MOV	Alojamento Conjunto	Paciente/ Dia	14,10	48,82	430,50	495,04	688,35	6.070,04	6.980,03	13.738,42
Custo FHEMIG										5.314,77

Fonte: dados da pesquisa, baseado no SIGH–Custos FHEMIG

APÊNDICE B - RELAÇÃO DOS CUSTOS DOS PROCEDIMENTOS – FHEMIG – 2011-2012
PROCEDIMENTO 13 - 03.03.14.013-5 Tratamento de outras doenças do aparelho respiratório
Relação dos Custos dos Procedimentos por Unidade Assistencial - (R\$)

UA	Centro de Custos	Unidade de Produção	Media Permanência	Custo Procedimento			Custo Total			Custo total
				Custo Unitário			Custo Total			
				Medicamentos + MMH	SP	SH*	Medicamentos + MMH	SP	SH*	
HJK	Unidade De Urgência - Clínica Médica	Paciente/Dia	4,81	9,19	55,24	88,75	44,17	265,50	426,58	736,24
HJK	Unidade Internação - Clínica Médica	Paciente/Dia	4,81	45,78	130,18	312,57	220,02	625,71	1.502,33	2.348,05
HIJPII	Unidade Internação - Clínica Pediátrica	Paciente/Dia	5,09	103,89	259,56	377,98	529,10	1.321,87	1.924,91	3.775,87
HRJP	Unidade Internação - Clínica Médica	Paciente/Dia	6,41	10,96	50,35	172,30	70,30	322,82	1.104,76	1.497,88
HJXXIII	Unidade Internação - Cirurgia Geral	Paciente/Dia	10,00	19,49	202,41	269,83	194,88	2.024,10	2.698,29	4.917,28
HRAD	Unidade Internação - Clínica Médica	Paciente/Dia	5,13	26,95	170,61	194,26	138,23	875,23	996,58	2.010,05
MOV	Alojamento Conjunto	Paciente/Dia	7,67	48,82	430,50	495,04	374,44	3.301,93	3.796,94	7.473,31
Custo FHEMIG										3.251,24

Fonte: dados da pesquisa, baseado no SIGH–Custos FHEMIG

APÊNDICE B - RELAÇÃO DOS CUSTOS DOS PROCEDIMENTOS – FHEMIG – 2011-2012

PROCEDIMENTO 14 - 03.03.14.015-1 Tratamento de pneumonias ou influenza (gripe)

Relação dos Custos dos Procedimentos por Unidade Assistencial- (R\$)

(continua)

UA	Centro de Custos	Unidade de Produção	Media Permanência	Custo Procedimento			Custo Total			Custo total
				Medicamentos + MMH	SP	SH*	Medicamentos + MMH	SP	SH*	
CSSI	Unidade Internação - Clínica Médica	Paciente/ Dia	9,12	11,93	63,63	210,83	108,75	580,17	1.922,27	2.611,19
CSPD	Unidade Internação - Clínica Médica	Paciente/ Dia	8,05	51,43	284,47	457,06	414,20	2.291,11	3.681,23	6.386,53
CSSFA	Unidade Internação - Clínica Médica	Paciente/ Dia	28,33	1,80	55,17	119,80	50,97	1.563,10	3.394,29	5.008,36
HJK	Unidade De Urgência - Clínica Médica	Paciente/ Dia	16,25	9,19	55,24	88,75	149,28	897,36	1.441,80	2.488,44
HJK	Unidade Internação - Clínica Médica	Paciente/ Dia	16,25	45,78	130,18	312,57	743,65	2.114,84	5.077,77	7.936,26
HAC	Unidade Internação - Clínica Médica	Paciente/ Dia	12,02	40,64	95,91	275,08		1.152,80	3.306,22	4.459,02
HEM	Unid Inter- Doenças Infecto-Contagiosas E Parasitárias	Paciente/ Dia	11,22	49,77	78,16	200,65	558,61	877,22	2.251,95	3.687,77
HEM	Unidade Internação - Clínica Pneumológica	Paciente/ Dia	11,22	198,95	253,41	744,93	2.232,92	2.844,16	8.360,64	13.437,73

Fonte: dados da pesquisa, baseado no SIGH–Custos FHEMIG

APÊNDICE B - RELAÇÃO DOS CUSTOS DOS PROCEDIMENTOS – FHEMIG – 2011-2012

PROCEDIMENTO 14 - 03.03.14.0151 Tratamento de pneumonias ou influenza (gripe)

Relação dos Custos dos Procedimentos por Unidade Assistencial- (R\$)

(conclusão)

UA	Centro de Custos	Unidade de Produção	Media Permanência	Custo Procedimento			Custo Total			Custo total
				Custo Unitário						
				Medicamentos + MMH	SP	SH*	Medicamentos + MMH	SP	SH*	
HIJPII	Unidade Internação - Clínica Pediátrica	Paciente/ Dia	7,83	103,89	259,56	377,98		2.032,99	2.960,44	4.993,43
HRJP	Unidade Internação - Clínica Médica	Paciente/ Dia	10,22	10,96	50,35	172,30	112,01	514,37	1.760,27	2.386,65
HJXXIII	Unidade Internação - Cirurgia Geral	Paciente/ Dia	8,27	19,49	202,41	269,83	161,10	1.673,26	2.230,59	4.064,95
HRAD	Unidade Internação - Clínica Médica	Paciente/ Dia	7,03	26,95	170,61	194,26	189,55	1.200,16	1.366,55	2.756,26
HRB	Unidade Internação - Clínica Médica	Paciente/ Dia	11,31	36,83	106,23	175,64	416,48	1.201,25	1.986,22	3.603,95
MOV	Alojamento Conjunto	Paciente/ Dia	3,21	48,82	430,50	495,04	156,47	1.379,81	1.586,66	3.122,94
Custo FHEMIG										4.781,68

Fonte: dados da pesquisa, baseado no SIGH–Custos FHEMIG

APÊNDICE B - RELAÇÃO DOS CUSTOS DOS PROCEDIMENTOS – FHEMIG – 2011-2012

PROCEDIMENTO 15 - 03.03.16.005-5 Tratamento de transtornos relacionados c/ a duração da gestação e c/ o crescimento fetal

Relação dos Custos dos Procedimentos por Unidade Assistencial - (R\$)

UA	Centro de Custos	Unidade de Produção	Media Permanência	Custo Procedimento			Custo Total			Custo total
				Custo Unitário						
				Medicamentos + MMH	SP	SH*	Medicamentos + MMH	SP	SH*	
MOV	Unidade Intermediária Neonatal	Paciente/ Dia	16,62	20,82	261,25	430,19	345,95	4.341,94	7.149,70	11.837,60
HIJPII	Serviço Domiciliar - Doenças Pediátricas Gerais	Paciente/ Dia	34	8,62	38,24	75,22	293,06	1.300,14	2.557,59	4.150,79
HRAD	Unidade Internação - Clínica Pediátrica	Paciente/ Dia	31	13,98	119,87	336,51	433,30	3.716,00	10.431,77	14.581,07
HJK	Alojamento Conjunto	Paciente/ Dia	12,52	58,70	96,76	451,86	734,96	1.211,49	5.657,31	7.603,76
Custo FHEMIG										9.543,30

Fonte: dados da pesquisa, baseado no SIGH-Custos FHEMIG

APÊNDICE B - RELAÇÃO DOS CUSTOS DOS PROCEDIMENTOS – FHEMIG – 2011-2012
PROCEDIMENTO 16 – 03.03.16.006-3 Tratamento de transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período neonatal

Relação dos Custos dos Procedimentos por Unidade Assistencial - (R\$)

UA	Centro de Custos	Unidade de Produção	Media Permanência	Custo Procedimento			Custo Total			Custo total
				Medicamentos + MMH	SP	SH*	Medicamentos + MMH	SP	SH*	
MOV	Unidade Intermediária Neonatal	Paciente/ Dia	16,62	20,82	261,25	430,19	345,95	4.341,94	7.149,70	11.837,60
HIJPII	Serviço Domiciliar - Doenças Pediátricas Gerais	Paciente/ Dia	5	8,62	38,24	75,22	43,10	191,20	376,12	610,41
HRAD	Unidade Internação - Clínica Pediátrica	Paciente/ Dia	7,85	13,98	119,87	336,51	109,72	940,99	2.641,59	3.692,30
HJK	Alojamento Conjunto	Paciente/ Dia	9,92	58,70	96,76	451,86	582,33	959,90	4.482,47	6.024,70
HRJP	Unidade Internação - Clínica Pediátrica	Paciente/ Dia	11,32	17,13	51,85	249,10	193,93	586,92	2.819,82	3.600,66
Custo FHEMIG										5.541,25

Fonte: dados da pesquisa, baseado no SIGH-Custos FHEMIG

APÊNDICE B - RELAÇÃO DOS CUSTOS DOS PROCEDIMENTOS – FHEMIG – 2011-2012

PROCEDIMENTO 17 - 03.03.17.009-3 Tratamento em psiquiatria

Relação dos Custos dos Procedimentos por Unidade Assistencial - (R\$)

UA	Centro de Custos	Unidade de Produção	Media Permanência	Custo Procedimento				Custo Total		Custo total	
				Custo Unitário			Medicamentos + MMH	SP	SH*		Medicamentos + MMH
CEPAI	Unidade Internação - Hospitalidade Integral	Paciente/ Dia	30,42	2,02	129,41	406,90				61,31	
HGV	Cac - Centro De Acolhimento De Crise	Paciente/ Dia	13,40	3,06	105,25	298,76	41,06	1.410,62	4.004,03	5.455,70	
HGV	Unidade De Pacientes Internos - Centro Tratamento Clínico	Paciente/ Dia	13,40	7,16	136,31	389,60	95,97	1.826,78	5.221,40	7.144,15	
HGV	Unidade De Pacientes Internos - Média Permanência	Paciente/ Dia	13,40	3,18	86,75	242,50	42,59	1.162,63	3.249,97	4.455,19	
IRS	Cac - Centro De Acolhimento De Crise	Paciente/ Dia	15,14	3,62	316,86	317,36	54,79	4.796,20	4.803,83	9.654,83	
IRS	Cir - Cuidado Intermediário De Risco	Paciente/ Dia	15,14	8,97	48,41	497,85	135,70	732,76	7.535,80	8.404,26	
IRS	Unidade Internação - Psiquiatria	Paciente/ Dia	15,14	3,09	35,96	205,03	46,77	544,24	3.103,45	3.694,47	
Custo FHEMIG											
			16,58								7.883,26
Custo FHEMIG diário											475,58

Fonte: dados da pesquisa, baseado no SIGH–Custos FHEMIG

APÊNDICE B - RELAÇÃO DOS CUSTOS DOS PROCEDIMENTOS – FHEMIG – 2011-2012
PROCEDIMENTO 18 – 03.03.18.001-3 Tratamento de afecções associadas ao HIV/AIDS
Relação dos Custos dos Procedimentos por Unidade Assistencial - (R\$)

UA	Centro de Custos	Unidade de Produção	Custo Procedimento							Custo total
			Media Permanência	Custo Unitário			Custo Total			
				Medicamentos + MMH	SP	SH*	Medicamentos + MMH	SP	SH*	
HEM	Unidade Internação - Clínica Pneumológica	Paciente/ Dia	22,54	198,95	253,41	744,93	4.484,36	5.711,91	16.790,62	26.986,89
HEM	Unidade Internação - Doenças Infecto-Contagiosas E Parasitárias	Paciente/ Dia	22,54	49,77	78,16	200,65	1.121,84	1.761,72	4.522,57	7.406,13
HJK	Unidade Internação - Clínica Tisiológica	Paciente/ Dia	17,54	31,63	19,57	209,69	554,88	343,24	3.678,01	4.576,13
HIJPII	Unidade Internação - Clínica Pediátrica	Paciente/ Dia	8,89	14,52	103,89	259,56	129,08	923,62	2.307,53	3.360,23
HJXXIII	Unidade Internação - Clínica Cuidados Progressivos	Paciente/ Dia	67	119,71	19,95	289,23	8.020,55	1.336,54	19.378,53	28.735,63
HRJP	Unidade Internação - Clínica Tisiológica	Paciente/ Dia	22,12	4,72	46,62	129,47	104,34	1.031,30	2.863,96	3.999,60
Custo FHEMIG										12.510,77

Valores possíveis de faturamento para 03.03.18.001-3TRATAMENTO DE AFECCOES ASSOCIADAS AO HIV/AIDS

0303180048	Tratamento de afecções do sistema nervoso em HIV/AIDS	526,13	80,56	606,69
0303180056	Tratamento de afecções do sistema respiratório em HIV/AIDS	500,02	73,23	573,25
0303180064	Tratamento de doenças disseminadas em AIDS	455,8	51,27	507,07
0303180030	Tratamento de afecções do aparelho digestivo em HIV/AIDS	250,25	43,34	293,59
Faturamento Considerado				1.980,60

Fonte: dados da pesquisa, baseado no SIGH–Custos FHEMIG

APÊNDICE B - RELAÇÃO DOS CUSTOS DOS PROCEDIMENTOS – FHEMIG – 2011-2012

PROCEDIMENTO 19 - 03.10.01.003-9 Parto normal

Relação dos Custos dos Procedimentos por Unidade Assistencial - (R\$)

(continua)

UA	Centro de Custos	Unidade de Produção	Media Permanência	Custo Procedimento			Custo Total			Custo total
				Medicamentos + MMH	SP	SH*	Medicamentos + MMH	SP	SH*	
HJK	Ambulatório - Pré Natal	Consulta	1	6,88	204,96	161,28	6,88	204,96	161,28	373,11
HJK	Bloco Obstétrico	Hora Cirúrgica	10	3	106,27	403,69	30,00	1.062,68	4.036,94	5.129,62
HJK	Unid Inter - Clín Obstétrica	Paciente/ Dia	2,11	63,81	0,66	459,56	134,64	1,39	969,67	1.105,70
Custo Médio HJK							171,52	1.269,04	5.167,88	6.608,44
HRJP	Pré-Parto	Paciente/ Dia	1,00	269,41	517,65	799,68	269,41	517,65	799,68	1.586,74
HRJP	U. Inter Alto Risco Obstétrico	Paciente/ Dia	2,62	59,67	300,43	370,13	156,32	787,12	969,75	1.913,20
HRJP	Bloco Obstétrico	Hora Cirúrgica	10,00	156,89	111,19	270,70	1.568,89	1.111,87	2.706,98	5.387,74
Custo MédioHRJP							1.994,62	2.416,65	4.476,41	8.887,68
HRAD	Bloco Obstétrico	Hora Cirúrgica	10,00	434,27	5.335,59	4.396,01	4.342,74	53.355,93	43.960,11	101.658,78
HRAD	Alojamento Conjunto	Paciente/ Dia	1,77	15,30	33,42	210,31	27,08	59,15	372,24	458,48
Custo Médio HRAD							4.369,82	53.415,08	44.332,36	102.117,25

Fonte: dados da pesquisa, baseado no SIGH-Custos FHEMIG

APÊNDICE B - RELAÇÃO DOS CUSTOS DOS PROCEDIMENTOS – FHEMIG – 2011-2012
PROCEDIMENTO 19 - 03.10.01.003-9 Parto normal
Relação do Custo dos Procedimentos por Unidade Assistencial - (R\$) **(conclusão)**

UA	Centro de Custos	Unidade de Produção	Media Permanência	Custo Procedimento			Custo Total			Custo total
				Medicamentos + MMH	SP	SH*	Medicamentos + MMH	SP	SH*	
MOV	Unid Emerg - Admissão	Paciente/ Dia	1,00	3,28	2,20	33,18	3,28	2,20	33,18	38,66
MOV	Pré-Parto	Paciente/ Dia	1	28,92	48,31	297,09	28,92	48,31	297,09	374,32
MOV	Bloco Obstétrico	Hora Cirúrgica	10	31,15	455,42	257,27	311,51	4.554,20	2.572,67	7.438,38
MOV	Custo Médio Unid Intern	PACIENTE/ DIA	1,99	19,93	117,73	369,19	39,66	234,28	734,69	1.008,63
Custo Médio MOV							380,09	4.838,99	3.637,63	8.859,98
MOV	Alojamento Conjunto	Paciente/ Dia	1,99	15,72	48,82	430,50	31,28	97,15	856,69	985,12
MOV	U. Intermediária Neonatal	Paciente/ Dia	1,99	20,82	261,25	430,19	41,42	519,88	856,07	1.417,38
MOV	U. I. Alto Risco Obstétrico	Paciente/ Dia	1,99	23,25	43,12	246,88	46,27	85,80	491,30	623,37
Custo Médio MOV							39,66	234,28	734,69	1.008,63
Custo Médio FHEMIG										31.618,34

Fonte: dados da pesquisa, baseado no SIGH-Custos FHEMIG

APÊNDICE B - RELAÇÃO DOS CUSTOS DOS PROCEDIMENTOS – FHEMIG – 2011-2012
PROCEDIMENTO 20 - 04.01.01.001-5 Curativo Grau II c/ ou s/ debridamento (por paciente)

Relação dos Custos dos Procedimentos por Unidade Assistencial - (R\$)

Unidade	Centro de Custo	Unidade de Produção	Med + MAT	SP	SH	Total
CSSFe	Reabilitação	Atendimento	0,37	42,18	81,14	123,70
CSSI	Centro De Tratamento De Lesões	Atendimento	17,16	15,38	72,18	104,71
CSSFA	Centro De Tratamento De Lesões	Atendimento	0,84	0,00	12,17	13,01
CSPD	Prevenção De Incapacidades	Atendimento	0,20	5,06	38,17	43,43
Custo Médio FHEMIG						114,65

Fonte: dados da pesquisa, baseado no SIGH–Custos FHEMIG

APÊNDICE B - RELAÇÃO DOS CUSTOS DOS PROCEDIMENTOS – FHEMIG – 2011-2012
PROCEDIMENTO 21 - 04.08.05.050-0 Tratamento cirúrgico de fratura da diáfise da tíbia
Relação dos Custos dos Procedimentos por Unidade Assistencial- (R\$)

UA	Centro de Custos	Unidade de Produção	Media Permanência	Medicamentos + MMH	Custo Unitário			Custo Procedimento		Custo total
					SP	SH*	Medicamentos + MMH	SP	SH*	
HRB	Bloco Cirúrgico	Hora Cirúrgica	4	248,92	1.505,35	1.004,28	2.718,42	6.021,41	4.017,13	12.756,95
HRB	Unidade Internação - Clínica Cirúrgica	Paciente/ Dia	5,78	22,17	216,41	204,82	282,01	1.250,83	1.183,86	2.716,69
Custo HRB							1.500,21	3.636,12	2.600,49	7.736,82
CSSFA	Bloco Cirúrgico	Hora Cirúrgica	4	44,63	1.401,04	1.686,35	3.132,02	5.604,17	6.745,39	15.481,58
CSSFA	Unidade Internação - Clínica Cirúrgica Pós-Operatório	Paciente/ Dia	2,5	15,39	18,46	493,89	527,75	46,15	1.234,74	1.808,63
Custo CSSFA							1.829,88	2.825,16	3.990,06	8.645,10
HJXXIII	Bloco Cirúrgico	Hora Cirúrgica	4	198,90	275,22	379,17	795,60	1.100,87	1.516,69	3.413,17
HJXXIII	Custo Médio CC Internação	PACIENTE/ DIA	8,14	81,65	130,56	246,36	664,66	1.062,76	2.005,38	3.732,80
Custo HJXXIII							730,13	1.081,82	1.761,04	3.572,99
HRAD	Bloco Cirúrgico	Hora Cirúrgica	5	128,20	1.650,28	939,93	641,00	8.251,42	4.699,67	13.592,10
HRAD	Custo Médio CC Internação	Paciente/ Dia	3,41	21,64	107,74	240,25	73,78	367,41	819,26	1.260,45
Custo HRAD							357,39	4.309,42	2.759,46	7.426,27
Custo FHEMIG										6.845,30

Fonte: dados da pesquisa, baseado no SIGH-Custos FHEMIG

APÊNDICE B - RELAÇÃO DOS CUSTOS DOS PROCEDIMENTOS – FHEMIG – 2011-2012
PROCEDIMENTO 22 - 04.13.04.017-8 Tratamento cirúrgico de lesões extensas c/ perda de substância cutânea
Relação dos Custos dos Procedimentos por Unidade Assistencial - (R\$)

UA	Centro de Custos	Unidade de Produção	Custo Procedimento						Custo Total			Custo total
			Media Permanência	Custo Unitário			Custo Total					
				Medicamentos + MMH	SP	SH*	Medicamentos + MMH	SP	SH*			
HRB	Bloco Cirúrgico	Hora Cirúrgica	5	248,92	1.505,35	1.004,28	2.718,42	7.526,76	5.021,41	15.266,59		
HRB	Unidade Internação - Clínica Cirúrgica	Paciente/ Dia	3,33	22,17	216,41	204,82	282,01	720,63	682,05	1.684,69		
Custo HRB							1.500,21	4.123,70	2.851,73	8.475,64		
HJK	Bloco Cirúrgico	Hora Cirúrgica	5	101,77	897,52	457,60	3.132,02	4.487,62	2.287,98	9.907,62		
HJK	Unidade Internação - Clínica Cirúrgica	Paciente/ Dia	8,5	38,13	25,21	216,62	527,75	214,29	1.841,31	2.583,34		
Custo CSSFA							1.829,88	2.350,95	2.064,64	6.245,48		
HJXXIII	Bloco Cirúrgico	Hora Cirúrgica	5	198,90	275,22	379,17	994,50	1.376,09	1.895,87	4.266,46		
HJXXIII	Custo Médio CC Internação	PACIENTE/ DIA	6,27	81,65	130,56	246,36	511,97	818,61	1.544,69	2.875,27		
Custo HJXXIII							753,24	1.097,35	1.720,28	3.570,86		
HRAD	Bloco Cirúrgico	Hora Cirúrgica	5	128,20	1.650,28	939,93	641,00	8.251,42	4.699,67	13.592,10		
HRAD	Custo Médio CC Internação	PACIENTE/ DIA	2,2	21,64	107,74	240,25	47,60	237,04	528,55	813,19		
Custo HRAD							344,30	4.244,23	2.614,11	7.202,64		
Custo FHEMIG										5.098,92		

Fonte: dados da pesquisa, baseado no SIGH-Custos FHEMIG

APÊNDICE B - RELAÇÃO DOS CUSTOS DOS PROCEDIMENTOS – FHEMIG – 2011-2012

PROCEDIMENTO 23 - 04.11.01.003-4 Parto cesáreo

Relação do Custo dos Procedimentos por Unidade Assistencial - (R\$)

(continua)

UA	Centro de Custos	Unidade de Produção	Media Permanência	Custo Procedimento			Custo Total			Custo total
				Medicamentos + MMH	SP	SH*	Medicamentos + MMH	SP	SH*	
HJK	Ambulatório - Pré Natal	Consulta	1	6,88	204,96	161,28	6,88	204,96	161,28	373,11
HJK	Bloco Obstétrico Unidade	Hora Cirúrgica	3	3	106,27	403,69	9,00	318,81	1.211,08	1.538,89
HJK	Internação - Clínica Obstétrica	Paciente/ Dia	3,14	63,81	0,66	459,56	200,37	2,07	1.443,01	1.645,45
Custo Médio HJK							216,25	525,84	2.815,37	3.557,46
HRJP	Pré-Parto Unidade	Paciente/ Dia	1,00	269,41	517,65	799,68	269,41	517,65	799,68	1.586,74
HRJP	Internação - Alto Risco Obstétrico	Paciente/ Dia	4,23	59,67	300,43	370,13	252,38	1.270,81	1.565,67	3.088,87
HRJP	Bloco Obstétrico	Hora Cirúrgica	3,00	156,89	111,19	270,70	470,67	333,56	812,09	1.616,32
Custo Médio HRJP							992,46	2.122,02	3.177,44	6.291,93
HRAD	Bloco Obstétrico Alojamento	Hora Cirúrgica	3,00	434,27	5.335,59	4.396,01	16.006,78	13.188,03	29.194,81	
HRAD	Conjunto	Paciente/ Dia	2,30	15,30	33,42	210,31	76,87	483,71	560,57	
Custo Médio HRAD							-	16.083,64	13.671,74	29.755,38

Fonte: dados da pesquisa, baseado no SIGH-Custos FHEMIG

APÊNDICE B - RELAÇÃO DOS CUSTOS DOS PROCEDIMENTOS – FHEMIG – 2011-2012

PROCEDIMENTO 23 - 04.11.01.003-4 Parto cesáreo

Relação dos Custos dos Procedimentos por Unidade Assistencial - (R\$)

(conclusão)

UA	Custo Procedimento									
	Centro de Custos	Unidade de Produção	Media Permanência	Custo Unitário			Custo Total			Custo total
				Medicamentos + MMH	SP	SH*	Medicamentos + MMH	SP	SH*	
MOV	Unidade De Emergência - Admissão	Paciente/ Dia	1,00	3,28	2,20	33,18	38,66	2,20	33,18	74,04
MOV	Pré-Parto	Paciente/ Dia	1	28,92	48,31	297,09	374,32	48,31	297,09	719,72
MOV	Bloco Obstétrico Custo Médio Das Unidades De	Hora Cirúrgica	3	31,15	455,42	257,27	743,84	1.366,26	771,80	2.881,90
MOV	Internação	Paciente/ Dia	3,39	19,93	117,73	369,19	506,85	399,10	1.251,55	2.157,50
Custo Médio MOV							1.625,01	1.815,87	2.353,63	5.833,16
MOV	Alojamento Conjunto Unidade Intermediária	Paciente/ Dia	3,39	15,72	48,82	430,50	495,04	165,50	1.459,39	2.119,93
MOV	Neonatal Unidade	Paciente/ Dia	3,39	20,82	261,25	430,19	712,25	885,63	1.458,33	3.056,21
MOV	Internação - Alto Risco Obstétrico	Paciente/ Dia	3,39	23,25	43,12	246,88	313,25	146,17	836,94	1.296,36
Custo FHEMIG										11.359,48

Fonte: dados da pesquisa, baseado no SIGH-Custos FHEMIG

APÊNDICE B - RELAÇÃO DOS CUSTOS DOS PROCEDIMENTOS – FHEMIG – 2011-2012

PROCEDIMENTO 24 - 04.13.01.006-6 Tratamento de grande queimado

Relação dos Custos dos Procedimentos por Unidade Assistencial - (R\$)

UA	Centro de Custos	Unidade de Produção	Media Permanência	Custo Procedimento			Custo Total			Custo total
				Custo Unitário			Custo Total			
				Medicamentos + MMH	SP	SH*	Medicamentos + MMH	SP	SH*	
HJXXIII	Bloco Cirúrgico	Hora Cirúrgica	5	198,90	275,22	379,17	994,50	1.376,09	1.895,87	4.266,46
HJXXIII	Bloco Cirúrgico - Queimados	Hora Cirúrgica	5	148,39	49,45	524,83	741,94	247,23	2.624,14	3.613,31
HJXXIII	Unidade Internação - Queimados Graves	Paciente/ Dia	18,01	117,99	0,03	1.273,08	2.124,99	0,47	22.928,10	25.053,56
Custo FHEMIG										32.933,33

Fonte: dados da pesquisa, baseado no SIGH–Custos FHEMIG

APÊNDICE B - RELAÇÃO DOS CUSTOS DOS PROCEDIMENTOS – FHEMIG – 2011-2012

PROCEDIMENTO 25 – 04.15.03.001-3 Tratamento cirúrgico em politraumatizado

Relação dos Custos dos Procedimentos por Unidade Assistencial - (R\$)

UA	Centro de Custos	Unidade de Produção	Media Permanência	Custo Procedimento			Custo Total			Custo total
				Medicamentos + MMH	SP	SH*	Medicamentos + MMH	SP	SH*	
HJXXIII	Bloco Cirúrgico	Hora Cirúrgica	7	198,90	275,22	379,17	1.392,30	1.926,53	2.654,21	5.973,04
HJXXIII	Ambulatório - Especialidades	Atendimento Ambulatorial	2	14,75	230,77	132,44	29,51	461,55	264,87	755,93
HJXXIII	Unidade Internação - Clínica Neurológica	Paciente/ Dia	5,8	51,90	37,35	166,24	301,01	216,65	964,19	1.481,85
HJXXIII	Unidade Internação - Sec/Sav	Paciente/ Dia	1	43,94	142,04	337,76	43,94	142,04	337,76	523,74
Custo FHEMIG										8.734,56

Valores de faturamento considerados,

03.03.04.014-9 - Tratamento de acidente vascular cerebral – AVC (isquêmico ou hemorrágico agudo)	463,21
0407040161 - Laparotomia exploradora	637,19
04.08.05.050-0 - Tratamento cirúrgico de fratura da diáfise da tíbia	846,37
0503040045 - Diária de unidade de terapia intensiva de provável doador de órgãos	508,63
Faturamento considerado	2.455,40

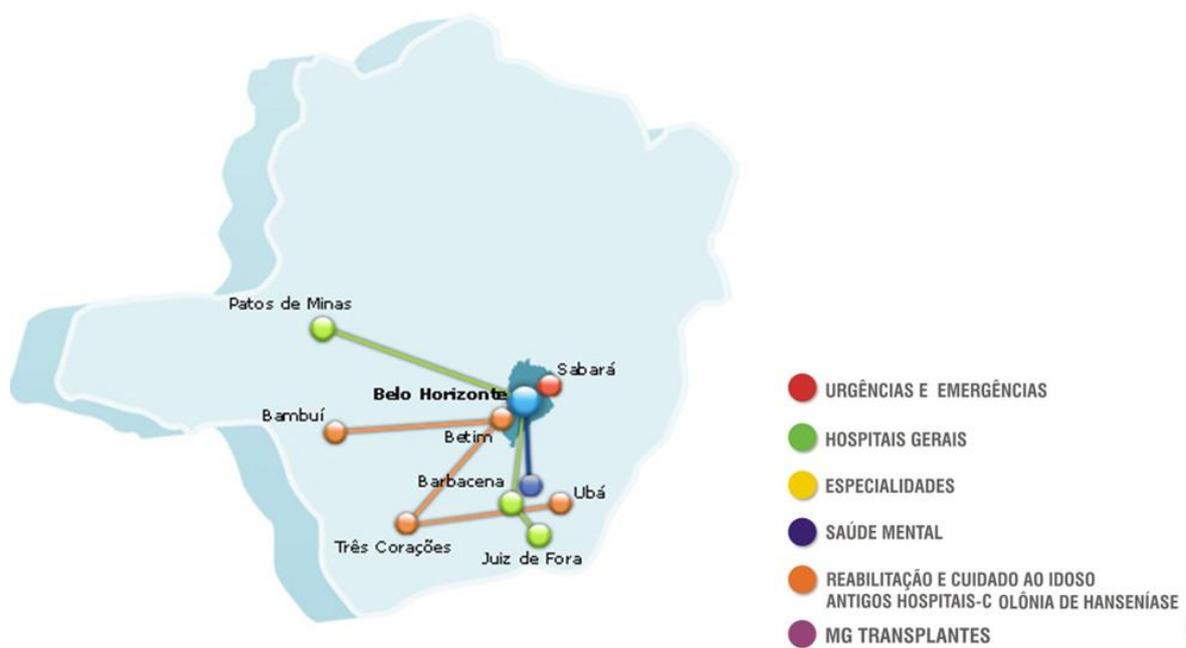
Fonte: dados da pesquisa, baseado no SIGH–Custos FHEMIG

ANEXO B – CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPITAIS DA FHEMIG²

A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais é uma das maiores redes de hospitais públicos da América Latina. Criada em 1977, a FHEMIG mantém 21 (vinte) unidades assistenciais, sendo 12 (doze) na Região Metropolitana de Belo Horizonte e 9 (nove) situadas no interior do Estado, objetivando prestar assistência para assistir a população de Minas Gerais, oferecendo serviços especializados de referência, em consonância com a Política Estadual de Saúde.

A localização das Unidades Assistenciais da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais está representada no mapa do Estado de Minas Gerais (Figura 11).

Figura 11 – Representação da Localização dos Hospitais da FHEMIG no Estado de Minas Gerais



Fonte: FHEMIG, 2012

² As informações contidas nesse Anexo foram disponibilizadas pela Assessoria de Comunicação Social da FHEMIG, constituindo informações internas da Instituição. Estão aqui apresentadas como complementação da caracterização dos hospitais da Rede.

Os hospitais estão organizados por complexos, conforme definidos na FHEMIG. Cada uma das Unidades que compõem os vários complexos será apresentado a seguir.

I. COMPLEXO MG TRANSPLANTES

Reconhecido nacionalmente como um dos captadores de órgãos mais organizados e mais ativos do País.

Fundação: 1992

O MG Transplantes iniciou suas atividades em 1992, coordenado pela Secretaria de Estado de Saúde. Em 2003, passou a ser administrado pela FHEMIG, que, em 2004, com o seu trabalho, fez de Minas Gerais o segundo maior Estado transplantador do País.

No ano de 2007, a Lei Delegada 163 transformou o MG Transplantes em um Complexo da Rede FHEMIG. Em 2012, o MG Transplantes foi reincorporado à estrutura organizacional da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

II. COMPLEXO DE REABILITAÇÃO E CUIDADO AO IDOSO

Formado por quatro ex-colônias de hanseníase, que se tornaram centros de reabilitação, com atendimento multidisciplinar para pacientes com qualquer incapacidade física.

a) Casa de Saúde Santa Izabel (CSSI) - Betim

Referência no atendimento aos pacientes acometidos por hanseníase e, com necessidade de reabilitação física, oral e oftalmológica.

Fundação: 23 de dezembro de 1931.

Quando foi fundado, o Sanatório Santa Izabel era considerado modelo de leprosário, com grandes pavilhões, onde os internos ficavam divididos por sexo e faixa etária. Devido ao perigo de contágio, os doentes eram mantidos sob constante vigilância.

Somente em 1965 foi permitido que os pacientes deixassem a instituição, mas a maioria permaneceu interna, consciente de que não seria aceita fora dos limites da colônia.

Com o avanço tecnológico e estudos acerca da hanseníase, novas perspectivas de tratamento foram incorporadas, acabando com a segregação desses doentes. O sanatório foi vinculado à Fundação Estadual de Assistência Leprocomanial – FEAL, até ser integrado à Rede FHEMIG, em 1977.

A partir de 1988, a Casa de Saúde Santa Izabel iniciou seus trabalhos de prevenção de incapacidades em hanseníase, fornecendo fisioterapia e terapia ocupacional e prestando serviços em consultório ambulatorial.

b) Casa de Saúde Padre Damião (CSPD) - Ubá

Unidade regional de referência em fisioterapia e reabilitação. Atua na prevenção de incapacidades e oferece assistência em geriatria e atendimento a pacientes crônicos.

Fundação: 15 de dezembro de 1945.

A Casa de Saúde Padre Damião foi inicialmente denominada Leprosário Padre Damião, em homenagem ao padre belga, cujo nome de batismo era Joseph de Veuster. Até ser integrada à Rede FHEMIG, em 1977, foi vinculada à Fundação Estadual de Assistência Leprocomanial - FEAL.

Na época de sua criação, tinha a missão de prestar assistência aos hansenianos em regime de segregação social, mas, com o avanço tecnológico e estudos acerca da hanseníase, novas perspectivas de tratamento foram incorporadas, acabando com a segregação desses doentes.

A CSPD é um centro de referência em atendimento à hanseníase, prestando serviços de saúde, em nível de complexidade secundária, aos usuários do SUS da microrregião de Ubá, garantindo sua reabilitação.

c) Casa de Saúde São Francisco de Assis (CSSFA) - Bambuí

Referência em reabilitação e atenção ao idoso foi a primeira unidade do Centro Oeste de Minas Gerais a atender demandas ortopédicas.

Fundação: 23 de março de 1943.

O Sanatório São Francisco de Assis foi inaugurado na época da II Guerra Mundial, tendo como objetivo atender e isolar pacientes hansenianos das regiões Oeste e Sudoeste de

Minas Gerais e Sul de Goiás, complementando as ações oferecidas pela Colônia Santa Izabel, em Betim.

Até ser integrado à Rede FHEMIG, em 1977, foi vinculado à Fundação Estadual de Assistência Leprocomanal - FEAL.

Com o avanço tecnológico e estudos acerca da hanseníase, novas perspectivas de tratamento foram incorporadas, acabando com a segregação desses doentes.

Em 2007, o sanatório passou a se chamar Casa de Saúde São Francisco de Assis. É o único hospital público da região que atende 100% pelo SUS, com qualidade diferenciada.

d) Casa de Saúde Santa Fé (CSSFE) - Três Corações

Centro de reabilitação ambulatorial de média complexidade.

Fundação: 12 de maio de 1942.

O Sanatório Santa Fé foi criado em 1942, com o objetivo de abrigar e cuidar de pessoas portadoras de hanseníase, na região Sul de Minas Gerais, os quais eram obrigadas a viver em regime de segregação social, de acordo com as diretrizes da época. O sanatório foi vinculado à Fundação Estadual de Assistência Leprocomanal – FEAL, até ser integrado à Rede FHEMIG, em 1977.

Com o avanço tecnológico e estudos acerca da hanseníase, novas perspectivas abriram-se para os hospitais-colônia, pois o tratamento passou a ser ambulatorial. Desde então, várias mudanças foram introduzidas, objetivando a oferta de serviços abertos à população do município e da região.

Em 9 de março de 2006, foi inaugurado na CSSFé o Centro de Reabilitação Física - CRF, para prestar atendimento a 50 (cinquenta) municípios referenciados, que fazem parte da Macrorregião Sul.

III. COMPLEXO DE ESPECIALIDADES

Unidades que oferecem atendimento completo, de referência em serviços especializados, em doenças infectocontagiosas, oncologia e saúde da mulher e da criança.

a) Maternidade Odete Valadares (MOV) - Belo Horizonte

Uma das maiores maternidades públicas do Estado de Minas Gerais, presta assistência integral à saúde da mulher e do neonato.

Fundação: 24 de março de 1955.

Entre 1956 e 1971, a Maternidade Odete Valadares era ligada à Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte. De 1971 a 1976, a Fundação Estadual de Assistência Médica de Urgência - FEAMUR tornou-se mantenedora da Maternidade, em caráter filantrópico. Em 1977, a MOV passou a integrar a Legião Brasileira de Assistência Social - LBA.

Até os anos 80, a Maternidade foi exclusivamente uma "Casa de Parto". A partir desse ano, passou a funcionar também como Pronto-Socorro Obstétrico e Ginecológico, com demanda principalmente em gravidez de alto risco, ganhando ambulatório de pré-natal, ginecologia e planejamento familiar.

Em 1986, a Maternidade Odete Valadares tornou-se referência em gestação de alto risco e inaugurou o Banco de Leite Humano, tendo como objetivo o incentivo ao aleitamento materno e a redução da mortalidade infantil.

A Maternidade Odete Valadares foi integrada à Rede FHEMIG, em 5 de julho de 1991.

b) Hospital Eduardo de Menezes (HEM) - Belo Horizonte

Referência estadual em doenças infectocontagiosas e parasitárias.

Fundação: 22 de maio de 1954.

O Hospital Eduardo de Menezes foi inaugurado com o nome de "Sanatório Estadual de Minas Gerais", como unidade da Campanha Nacional contra a Tuberculose.

Em 1977, o Ministério da Saúde redefiniu o perfil assistencial desse tipo de hospital, fechando alguns e passando o controle de outros para os governos estaduais. O Sanatório transformou-se, então, no Hospital Eduardo de Menezes, em homenagem ao doador do terreno onde foi construído. Nessa época, pertencia à Secretaria Estadual de Saúde e prestava atendimento em clínica médica e tisiopneumologia.

Passou a integrar a Rede FHEMIG em janeiro de 1978.

Com o início da epidemia de AIDS, o hospital internou o primeiro paciente portador da doença em 1988. A partir de então, abriu leitos para pacientes portadores de AIDS, tornando-se referência, no estado, para todas as doenças infectocontagiosas.

c) Hospital Alberto Cavalcanti (HAC) - Belo Horizonte

Referência no tratamento de câncer.

Fundação: 12 de setembro de 1936

Inaugurado como “Sanatório Minas Gerais”, tinha a missão de tratar pacientes com tuberculose. A unidade contava com o trabalho abnegado do médico pernambucano Alberto Cavalcanti, e a dedicação do Padre Eustáquio Von Lushout, capelão do hospital, que adoeceu em 1943 e lá permaneceu até falecer.

Em 1947, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários adquiriu o controle do sanatório, que passou a se chamar Sanaminas, nome que ficou conhecido em todo País, até 1956. Após uma reforma, a unidade foi reaberta em 1960 como Sanatório Alberto Cavalcanti, tornando-se referência como o mais moderno centro para tratamento da tuberculose no País.

O hospital pertenceu ao Instituto Nacional de Previdência Social - INPS e em seguida ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS.

Após atender casos de oncologia durante mais de 30 (trinta) anos, o Hospital Alberto Cavalcanti, localizado no bairro Padre Eustáquio, recebeu certificação como Unidade de Alta Complexidade em Oncologia com Radioterapia, concedida pelo Ministério da Saúde, em abril de 2008.

O Hospital Alberto Cavalcanti foi integrado à Rede FHEMIG em 1991.

IV. COMPLEXO DE HOSPITAIS GERAIS

Unidades assistenciais que são referências regionais para o atendimento de clínica geral, serviços especializados e de urgência.

a) Hospital Regional João Penido (HRJP) - Juiz de Fora

Referência para o cuidado de doenças infectocontagiosas é também Maternidade, Centro de Medicina Física e de Reabilitação.

Fundação: 20 de junho de 1950

O projeto do Sanatório João Penido, em Juiz de Fora, teve início no final dos anos 40, em decorrência da Campanha Nacional contra a Tuberculose. Para realizar a anunciada erradicação da doença em até 10 (dez) anos, o HRJP foi construído como um hospital de campanha.

Em 1977, o Ministério da Saúde redefiniu o perfil assistencial desse tipo de hospital, fechando alguns e passando o controle de outros para os governos estaduais. Assim, em 1º de junho de 1978, o Sanatório João Penido passou a integrar a Rede FHEMIG.

Em 1983, a unidade deixou de ser sanatório de tratamento de tuberculose e tornou-se hospital geral. No começo da década de 90, foi transformado em hospital regional, com atendimento também em maternidade e reabilitação.

b) Hospital Regional de Barbacena (HRB) - Barbacena

Referência para cirurgias ortopédicas, de traumas e bucomaxilofaciais.

Fundação: 20 de setembro de 2005

O Hospital Regional de Barbacena foi construído no terreno utilizado pelo Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena.

Primeiro hospital público de Barbacena a oferecer serviços especializados integralmente pelo SUS, o HRB atende a cidade e a mais 53 (cinquenta e três) municípios. Até sua criação a região contava apenas com instituições particulares ou filantrópicas conveniadas com o SUS.

A unidade também oferece equipe multidisciplinar e o Programa de Residência Médica em clínica médica e terapia intensiva.

c) Hospital Regional Antônio Dias (HRAD) - Patos de Minas

Referência no atendimento de urgência e emergência à população do Noroeste de Minas Gerais. Primeiro hospital público, 100% SUS, com Acreditação no Estado.

Fundação: 18 de julho de 1930

O Hospital Regional Antônio Dias, localizado em Patos de Minas, foi construído pelo Governo de Minas Gerais e por um grupo de patenses, com doações destinadas, inicialmente, à construção da Santa Casa de Misericórdia. O nome do hospital homenageou o então Vice-Presidente da Câmara Municipal de Patos de Minas.

O hospital começou a funcionar em caráter beneficente, servindo de clausura para freiras que ali atendiam a crianças órfãs, pessoas carentes e excluídos sociais, como os doentes mentais.

Na década de 80, foram construídos os pavilhões de psiquiatria e de isolamento. A Associação de Amigos do Hospital, formada por produtores rurais da cidade, construiu o Pronto Atendimento.

O Hospital Regional Antônio Dias foi administrado pela Fundação Ezequiel Dias - Funed - de 1975 a 1977, e, posteriormente, integrado à Rede FHEMIG em 1977.

d) Hospital Júlia Kubitschek (HJK) - Belo Horizonte

Atua com excelência nas áreas de fisiologia, pneumologia e cirurgia torácica.

Fundação: 1º de maio de 1958

O Hospital Júlia Kubitschek foi inaugurado em 1958, pelo então Presidente da República, Juscelino Kubitschek, que prestou homenagem a sua mãe, colocando seu nome no hospital.

Destinado, inicialmente, ao tratamento de tuberculose, pela localização em grande área arborizada, de ar puro, o hospital ampliou o atendimento às patologias pulmonares, fisiologia e cirurgia torácica, em decorrência de outras doenças apresentadas por seus pacientes.

Inicialmente pertencente ao antigo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS, foi integrado à Rede FHEMIG em 5 de julho de 1991.

Hoje, o Hospital Júlia Kubitschek é um hospital geral, com atendimento nas áreas de urgência e emergência, clínica médica, doenças complexas e também referência secundária em gravidez de alto risco.

V. COMPLEXO DE SAÚDE MENTAL

Unidades especializadas no atendimento de urgência e ambulatorial a crianças, adolescentes e adultos que necessitem da assistência psiquiátrica.

a) Instituto Raul Soares (IRS) - Belo Horizonte

Assistência aos portadores de doença mental.

Fundação: 7 de setembro de 1922

Em 1922, o Instituto Raul Soares era vinculado à Secretaria do Interior do Estado de Minas Gerais, passando a ser subordinado à Secretaria de Segurança Pública, em 1927. Na década de 60, foi nele implantado o primeiro ambulatório público do Estado, para atendimento a pacientes que não necessitassem de internação.

Desde 1968, pertenceu à Fundação Educacional de Assistência Psiquiátrica - FEAP - que, em 1977, foi integrada à Rede FHEMIG.

Na década de 80, a instituição passou por todas as transformações de orientação clínica e assistencial, promovidas pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica, principalmente após a transferência da Residência em Psiquiatria para o hospital. Em 1984, inaugurou o primeiro Hospital-Dia da Rede Pública e, em 1992, o Centro de Convivência Arthur Bispo.

Em janeiro de 2005, o Instituto Raul Soares foi certificado pelo Ministério da Educação como Hospital de Ensino.

b) Hospital Galba Velloso (HGV) - Belo Horizonte

Centro de tratamento clínico e psiquiátrico.

Fundação: 25 de janeiro de 1961

O Hospital Galba Velloso foi fundado para atender, exclusivamente, a pacientes psiquiátricos do sexo feminino.

Em 1969, foi incorporado à recém-criada Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica - FEAP, integrada à Rede FHEMIG, em 1977.

Em 1972, inaugurou o Posto de Urgências Psiquiátricas e passou a atender a pacientes de ambos os sexos.

A partir da década de 80, a Instituição passou por todas as transformações de orientação clínica e assistencial, motivadas pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica.

c) Centro Psíquico da Adolescência e Infância (CEPAI) - Belo Horizonte

Referência estadual em saúde mental da criança e do adolescente, para os casos de grande complexidade.

Fundação: 2 de agosto de 1980

Em 1947, foram criados o Hospital de Neuropsiquiatria Infantil, destinado a atender crianças portadoras de transtornos mentais, e o Instituto de Psicopedagogia, destinado a crianças com dificuldades de aprendizado.

Em 1968, o Hospital de Neuropsiquiatria Infantil foi integrado à Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica - FEAP e, em 1977, à Rede FHEMIG.

O Centro Psicopedagógico - CPP - foi criado em 1980, com a fusão do hospital e do Instituto. Esta aproximação da psiquiatria com as dificuldades de aprendizagem infanto-juvenil constituiu um marco histórico, político e assistencial. A Instituição passou por todas as transformações de orientação clínica e assistencial motivadas pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica e pela busca por alternativas no tratamento psiquiátrico de crianças e adolescentes.

Em fevereiro de 2007, o CPP passou a se chamar Centro Psíquico da Adolescência e da Infância - CEPAI.

d) Centro Mineiro de Toxicomania (CMT) - Belo Horizonte

Reconhecido como referência e excelência no tratamento de toxicomania.

Fundação: 5 de agosto de 1983

Em 1976, o Governo de Minas Gerais criou o Serviço de Recuperação Social da Divisão de Tóxicos e Entorpecentes, ligado à Secretaria de Segurança Pública. Esse serviço era uma espécie de cadeia especial, onde ficavam recolhidos os viciados em drogas.

Em 1983, a Rede FHEMIG assumiu o serviço, criando a Unidade de Reintegração Social - URS, que funcionou por mais de um ano em salas do Hospital Maria Amélia Lins.

Em 1985, a Unidade de Reintegração Social foi transferida para uma casa, na rua Grão Mogol, no bairro Sion.

e) Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB) - Barbacena

Primeiro hospital psiquiátrico público de Minas Gerais, participou de todo o processo de reforma psiquiátrica do Brasil.

Fundação: 12 de outubro de 1903

O Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena foi, antes da Reforma Psiquiátrica, o primeiro “hospício” de Minas Gerais e um dos mais antigos do país. Serviu como autêntico depósito de seres humanos excluídos sociais, abrigando loucos, mendigos e prostitutas. Em 1911, tornou-se um hospital-colônia, onde o trabalho era considerado a principal forma de terapia.

Instalado onde antes funcionava o Sanatório Barbacena, entidade particular para tratamento de tuberculose, foi construído, segundo registros históricos, na Fazenda da Caveira, de propriedade de Joaquim Silvério dos Reis, traidor de Tiradentes.

Na década de 80, houve importante reestruturação física e introdução de métodos de humanização, buscando integrar o paciente ao convívio social por meio de projetos alternativos, como internações de curto prazo, ambulatorios, hospital-dia, centros de convivência, oficinas terapêuticas e módulos residenciais. Esses projetos se consolidaram na década de 90, quando foram criados outros, de atenção global à saúde e iniciada a instalação de um hospital geral.

A partir de 1988, a Unidade ganhou sua sede própria, recebendo o nome de Centro Mineiro de Toxicomania.

VI. COMPLEXO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Unidades especializadas no atendimento a pacientes em risco, vítimas de traumas e outros acidentes graves.

a) Hospital João XXIII (Hospital de Pronto-Socorro) (HJXXIII) - Belo Horizonte

Principal pronto-socorro do estado e um dos maiores hospitais de trauma da América Latina.

Fundação: 4 de abril de 1973.

O primeiro Pronto-Socorro de Belo Horizonte foi criado em 1933, ao lado da Medicina Legal e do Necrotério. Em 1947, seus serviços foram transferidos para o Hospital Maria Amélia Lins, pertencente à Cruz Vermelha Brasileira.

A pedra fundamental do novo hospital de Pronto-Socorro foi lançada em 1958, ano da morte do Papa João XXIII, de quem recebeu o nome.

O Hospital João XXIII - hoje um dos maiores da América Latina no atendimento ao politrauma e a queimados - abriu suas portas em abril de 1973, para receber a grande demanda da cidade em urgência e emergência, substituindo o Hospital Maria Amélia Lins, até então única unidade que prestava esse atendimento aos pacientes da capital e de toda a Região Metropolitana. Pertenceu à Fundação Estadual de Assistência Médica de Urgência - FEAMUR - até 1977, quando foi incorporado à Rede FHEMIG.

b) Hospital Ortopédico Galba Velloso (HOGV) - Belo Horizonte

Referência em cirurgias ortopédicas.

Fundação: 1998

O Centro Ortopédico do Hospital Galba Velloso começou seu funcionamento em apoio aos hospitais João XXIII e Maria de Lourdes Drummond, dentro das enfermarias psiquiátricas do hospital.

Com o crescimento da demanda no atendimento aos pacientes ortopédicos, foi necessária a construção de um novo prédio no local, com área para bloco cirúrgico e ambulatório.

Surgiu assim, em 1998, a Unidade Ortopédica do Hospital Galba Velloso, destinada a funcionar em apoio ao Hospital João XXIII.

c) Hospital Maria Amélia Lins (HMAL) - Belo Horizonte

Referência no tratamento cirúrgico pós-trauma nas diversas áreas da cirurgia bucomaxilofacial e ortopedia para adultos

Fundação: 27 de setembro de 1947

Ao iniciar suas atividades, o Hospital Maria Amélia Lins pertencia à Cruz Vermelha Brasileira e tinha por missão atuar como pronto-socorro e Instituto Médico Legal de Belo Horizonte.

Com a construção do Hospital João XXIII, em 1973, a unidade que pertencia à Fundação Estadual de Assistência Médica de Urgência - FEAMUR -, passou por mudanças no seu foco de atendimento, se transformou em policlínica e depois em hospital geral, vindo a integrar a Rede FHEMIG em 1977.

Em 1989, teve início uma importante mudança de foco, quando o Hospital João XXIII transferiu para o HMAL os serviços eletivos de cirurgia bucomaxilofacial, de cirurgia e fisioterapia de traumas dos membros superiores. Cinco anos depois, o serviço de ortopedia e traumatologia programada do HPS também passou a integrar o Hospital Maria Amélia Lins, compondo sua identidade atual.

d) Hospital Infantil João Paulo II (HIJPII) - Belo Horizonte

Referência estadual em atendimento infantil para urgência e emergência pediátricas, doenças infectocontagiosas e doenças complexas.

Fundação: 1º de abril de 1982

O Centro Hospitalar de Doenças Transmissíveis, fundado em 1971 pelo Governo de Minas Gerais, integrando a Fundação Estadual de Assistência Médica de Urgência - FEAMUR -, era formado por duas unidades: o Hospital Cícero Ferreira, criado em 1911 para isolamento de pacientes com doenças infectocontagiosas, e o Hospital Sávio Nunes, criado em 1961 para atendimento de emergência de gastroenterite.

Em 1982, o Centro composto pelos dois hospitais teve o seu atendimento limitado à clientela infantil, passando a ser denominado Centro Geral de Pediatria - CGP -, integrado à Rede FHEMIG em 5 de julho de 1991.

Com a organização da Rede FHEMIG em Complexos Assistenciais, em 2007, o CGP passou a se chamar Hospital Infantil João Paulo II, em homenagem ao Papa falecido dois anos antes.

e) Hospital Cristiano Machado (HCM) - Sabará

Especializado na recuperação e reinserção social e familiar de pacientes com grandes comprometimentos neurológicos e ortopédicos.

Fundação: 19 de setembro de 1944

O Hospital Cristiano Machado, localizado em Sabará, Região Metropolitana de Belo Horizonte, foi inaugurado em 1944, com o nome de Sanatório Roça Grande, para atender ao paciente portador de hanseníase. O HCM pertenceu à Fundação Estadual de Assistência Leprocomial - FEAL - até 1977, quando foi integrado à Rede FHEMIG.

No início da década de 80, foi transformado em hospital, para atendimento em geriatria e reabilitação. Desde 2005, vem atuando como apoio ao Hospital João XXIII no tratamento de pacientes com grandes sequelas e que necessitam de internação prolongada.

ANEXO A
QUADRO 2 – Detalhamento dos Atributos da Tabela Unificada do SUS - 2007

(continua)

DETALHAMENTO DOS ATRIBUTOS EM RELAÇÃO AOS PROCEDIMENTOS		
ATRIBUTOS	REFERÊNCIA	DEFINIÇÕES
Código, Nome e Descrição.	Código numérico e nome e/ou descrição alfa-numérico	São identificadores dos procedimentos. Obrigatório para todos os procedimentos.
Vigência/Portaria	Vigência inicial e final:	Data e portaria a partir da qual o procedimento foi incluído e excluído do sistema.
	Data e número da portaria de origem	
Modalidade do Atendimento	Ambulatorial, Internação Hospitalar, Hospital Dia, Atenção Domiciliar.	Local onde o procedimento pode ser realizado.
Complexidade	Atenção Básica; Média, Alta Complexidade; Não se aplica.	Relaciona o grau de infra-estrutura, especialização, elaboração ou sofisticação que envolve a realização do procedimento.
Classificação Brasileira de Ocupações – CBO	Tabela de Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego	Especialidades profissionais que estão aptas a realizar o procedimento
Exige Autorização	APAC e AIH	Vincula a necessidade de autorização prévia do gestor para realização do procedimento.
	1- Não,	Procedimentos de Internação – todos os procedimentos que geram internação e os especiais devem ser autorizados pelo gestor;
	2- Sim, com emissão de APAC	
	3- Sim, com emissão de AIH,	Procedimentos ambulatoriais – Devem ser autorizados pelo gestor todos os procedimentos que geram APAC, que são procedimentos de alta complexidade, com tratamento contínuo, medicamentos de dispensação excepcional/estratégicos e procedimentos de transplantes, bem como todos os exames de alta complexidade.
	4- Sim, sem emissão de AIH, 5- Sim, com emissão de APAC e AIH,	
	6- Sim, com emissão de APAC, sem emissão de AIH (ex: tomografia)	Obs.: Cada gestor, dependendo da necessidade e do processo de regulação, poderá definir outros procedimentos com exigência de autorização.

Fonte: Adaptado da Portaria GM/MS n° 2.848 de 06 de novembro de 2007 (BRASIL, 2007b)

ANEXO A - QUADRO 1 – Detalhamento dos Atributos da Tabela Unificada do SUS -2007

(continua)

DETALHAMENTO DOS ATRIBUTOS EM RELAÇÃO AOS PROCEDIMENTOS		
ATRIBUTOS	REFERÊNCIA	DEFINIÇÕES
Dias de permanência	Número/quantidade de dias	É o número de dias previstos para aquele procedimento, também chamado de média de permanência
Admite tratamento continuado	Sim ou Não	É o tratamento no qual o paciente não tem a perspectiva da data da alta uma vez que a ação, o cuidado ou a terapia indicada tem característica de continuidade. Ocorre em Psiquiatria, Pacientes sob Cuidados Prolongados, Tuberculose e Hanseníase, Nefrologia, Medicamentos de dispensação excepcional e oncologia.
Total de Pontos do Ato	Quantitativo numérico	É o número de pontos definidos para um procedimento de internação. É a base para cálculo do rateio exclusivo para a fração Serviços Profissionais (SP).
Quantidade Máxima	Quantitativo numérico	Utilizado para procedimentos com quantidade máxima permitida.
Admite Anestesia	Sim ou Não 1- Não, 2-Sim, Anestesia 3-Sim, Analgesia	Informa se o procedimento pode ou não ser realizado sob anestesia.
Órteses, Próteses e Materiais (OPM)	Código dos procedimentos	Explicita a compatibilidade entre OPM e procedimento principal no caso da internação hospitalar.
Valor	Moeda Nacional (Real)	É o valor de referência nacional mínimo definido pelo Ministério da Saúde para remuneração do procedimento.
		- O valor da internação hospitalar compreende:
		a) Serviços Hospitalares (SH) - incluem diárias, taxas de salas, alimentação, higiene, pessoal de apoio ao paciente no leito, materiais, medicamentos e Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia – SADT (exceto medicamentos especiais e SADT especiais); e
		b) Serviços Profissionais (SP) - correspondem à fração dos atos profissionais (médicos, cirurgiões dentistas e enfermeiros obstetras) que atuaram na internação.
		- O valor ambulatorial (SA)- compreende um componente – o SA, que inclui taxa de permanência ambulatorial, serviços profissionais, materiais, medicamentos, apoio. (Não está incluído medicamento de dispensação excepcional).

Fonte: Adaptado da Portaria GM/MS n ° de 06 de novembro de 2007 (BRASIL, 2007b)

ANEXO A

QUADRO 1 – Detalhamento dos Atributos da Tabela Unificada do SUS - 2007

(continua)

DETALHAMENTO DOS ATRIBUTOS EM RELAÇÃO AO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		
ATRIBUTOS	REFERÊNCIA	DEFINIÇÕES
Serviço/Classificação (S/C)	Tabela de Serviço/Classificação do SCNES	O estabelecimento de saúde deve dispor do serviço/classificação compatível, devidamente cadastrado no CNES.
Habilitação (HB)	Tabela de Habilitação – SCNES	O estabelecimento de saúde deve ter habilitação específica e cadastrada no CNES.
Especialidade do leito exigida	Tabela de especialidade dos leitos – SCNES	O estabelecimento de saúde deve ter a especialidade do leito cadastrado no CNES.
Tipo de prestador	Tabela de Prestador – SCNES	O tipo de prestador deve ser compatível e informado no CNES.
DETALHAMENTO DOS ATRIBUTOS EM RELAÇÃO AO USUÁRIO		
ATRIBUTOS	REFERÊNCIA	DEFINIÇÕES
Idade	Em anos de vida – idade mínima: 0 anos Idade máxima: 110 anos	É a idade do paciente em anos para que o mesmo seja submetido ao procedimento. Quando do atendimento a paciente com idade superior, caberá ao gestor avaliar e efetivar a autorização.
Sexo	Masculino ou Feminino	É o sexo do paciente para o qual é possível para a realização do procedimento (Pode ser também “ambos”).
CID Principal	Código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID 10	Corresponde à doença/lesão de base que motivou especificamente o atendimento ambulatorial ou internação.
CID Secundário	Código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID 10	Corresponde à doença/lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente a doença de base; O CID secundário é campo obrigatório para determinados procedimentos.

Fonte: Adaptado da Portaria GM/MS n ° 2.848 de 06 de novembro de 2007 (BRASIL, 2007b)

ANEXO A

QUADRO 1 – Detalhamento dos Atributos da Tabela Unificada do SUS - 2007

(conclusão)

DETALHAMENTO DOS ATRIBUTOS EM RELAÇÃO AO FINANCIAMENTO		
ATRIBUTOS	REFERÊNCIA	DEFINIÇÕES
Forma de financiamento de custeio	PAB; MAC, FAEC, Incentivo MAC, Assistência Farmacêutica ou Vigilância em Saúde.	É o tipo de financiamento do procedimento em coerência com o Pacto de Gestão.
Incremento	Percentual	É um percentual que é acrescido ao valor original do procedimento e está vinculado diretamente a uma habilitação do estabelecimento.

Fonte: Adaptado da Portaria GM/MS n ° 2.848 de 06 de novembro de 2007(BRASIL, 2007b)

ANEXO B

ATRIBUTOS DOS PROCEDIMENTOS DO SUS CONFORME TABELA SIGTAP – 2012 (SET.)

(continua)

Item	Código	Nome	Descrição	Financiamento	Modalidade	Complexidade	Instrumento de Registro	Idade Mínima	Idade Máxima	Qtd. Máxima	Permanência Média
1	03.01.01.004-8	Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico)		MAC	01, 02, 03	MC	01 - BPA (Consolidado), 05 - AIH (Proc. Secundário)	0 Mês (es)	110 Anos(s)		
2	03.01.01.007-2	Consulta médica em atenção especializada		MAC	01	MC	01 - BPA (Consolidado)	0 Mês (es)	110 Anos(s)		
3	03.01.06.002-9	Atendimento de urgência c/ observação até 24 horas em atenção especializada	Compreende o atendimento prestado, em unidades hospitalares ou não de atendimento as urgências, pronto socorros especializados e/ou serviços de atenção as urgências que necessitem permanecer em leito de observação para tratamento e/ou elucidação diagnóstica, até 24 horas.	MAC	01	MC	01 - BPA (Consolidado)	0 Mês (es)	110 Anos(s)		
4	03.01.07.005-9	Acompanhamento psicopedagógico de paciente em reabilitação	Destina-se a elaboração de situação de ensino que favoreça a superação da dificuldade apresentada pelo paciente com déficit de aprendizagem.	MAC	01	MC	01 - BPA (Consolidado)	7 anos	110 Anos(s)	20	

Fonte: Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (www.sigtap.datasus.gov.br)

Legenda: Modalidades: 01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia, 04 - Internação Domiciliar, 05 - Assistência Domiciliar, 06 - Atenção Domiciliar

Complexidade: NA - Não se Aplica, AB - Atenção Básica, MC - Média Complexidade, AC - Alta Complexidade

Referencia: setembro 2012

ANEXO B – ATRIBUTOS DOS PROCEDIMENTOS DO SUS CONFORME TABELA SIGTAP – 2012 (SET.) (continua)

Item	Código	Nome	Descrição	Financiamento	Modalidade	Complexidade	Instrumento de Registro	Idade Mínima	Idade Máxima	Qtd. Máxima	Permanência Média
5	03.03.01.003-7	Tratamento de outras doenças bacterianas	Refere-se ao Tratamento de outras doenças bacterianas (códigos Cid de a30 a a49) exceto hanseníase (a30) A31 - infecções devidas a outras microbactérias (exclui hanseníase e tuberculose) 432 - listeriose	MAC	02	MC	03 - AIH (Proc. Principal)	0 Mês(es)	110 Anos(s)	1	6
6	03.03.04.010-6	Tratamento conservador de traumatismo cranioencefálico grave	Consiste no tratamento clínico de caso de traumatismo craniano grave com avaliação continua quanto a indicação de intervenção neurocirúrgica.	MAC	02	AC	03 - AIH (Proc. Principal)	0 Mês(es)	110 Anos(s)	1	14
7	03.03.04.014-9	Tratamento de acidente vascular cerebral - AVC (isquêmico ou hemorrágico agudo)	Tratamento clínico do acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico, com uso de medicações e procedimentos clínicos necessários para prevenir ou diminuir possíveis sequelas.	MAC	02	MC	03 - AIH (Proc. Principal)	13 Anos(s)	110 Anos(s)	1	7

Fonte: Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (www.sigtap.datasus.gov.br)

Legenda: Modalidades: 01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia, 04 - Internação Domiciliar, 05 - Assistência Domiciliar, 06 - Atenção Domiciliar

Complexidade: NA - Não se Aplica, AB - Atenção Básica, MC - Média Complexidade, AC - Alta Complexidade

Referencia: setembro 2012

ANEXO B – ATRIBUTOS DOS PROCEDIMENTOS DO SUS CONFORME TABELA SIGTAP – 2012 (SET.) (continua)

Item	Código	Nome	Descrição	Financiamento	Modalidade	Complexidade	Instrumento de Registro	Idade Mínima	Idade Máxima	Qtd. Máxima	Permanência Média
8	03.03.06.021-2	Tratamento de insuficiência cardíaca		MAC	02	MC	03 - AIH (Proc. Principal)	0 Mês(es)	110 Anos(s)		4
9	03.03.13.002-4	Atendimento a paciente sob cuidados prolongados por enfermidades cardiovasculares	Paciente sob cuidados prolongados, portador de patologia de evolução lenta ou portador de sequelas da patologia básica que gerou a internação que necessita de cuidados médico-assistenciais permanentes, com vistas a reabilitação físico funcional.	MAC	02	MC	03 - AIH (Proc. Principal)	0 Mês(es)	110 Anos(s)	45	
10	03.03.13.005-9	Tratamento de paciente sob cuidados prolongados por enfermidades neurológicas	Paciente sob cuidados prolongados portador de patologia de evolução lenta ou portador de sequelas da patologia básica que gerou a internação que necessita de cuidados médico-assistenciais permanentes, com vistas a reabilitação físico funcional.	MAC	02	MC	03 - AIH (Proc. Principal)	0 Mês(es)	110 Ano(s)	45	
11	03.03.13.007-5	Tratamento de paciente sob cuidados prolongados por enfermidades osteomusculares e do tecido conjuntivo	Paciente sob cuidados prolongados portador de patologia de evolução lenta ou portador de sequelas da patologia básica que gerou a internação que necessita de cuidados médico-assistenciais permanentes, c. vistas a reabilitação físico funcional.	MAC	02	MC	03 - AIH (Proc. Principal)	0 Mês(es)	110 Ano(s)	45	

Fonte: Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (www.sigtap.datasus.gov.br)

Legenda: Modalidades: 01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia, 04 - Internação Domiciliar, 05 - Assistência Domiciliar, 06 - Atenção Domiciliar
Complexidade: NA - Não se Aplica, AB - Atenção Básica, MC - Média Complexidade, AC - Alta Complexidade **Referencia:** setembro 2012

ANEXO B – ATRIBUTOS DOS PROCEDIMENTOS DO SUS CONFORME TABELA SIGTAP – 2012 (SET.)

(continua)

Item	Código	Nome	Descrição	Financiamento	Modalidade	Complexidade	Instrumento de Registro	Idade Mínima	Idade Máxima	Qtd. Máxima	Permanência Média
12	03.03.14.004-6	Tratamento das doenças crônicas das vias aéreas inferiores		MAC	02	MC	03 - AIH (Proc. Principal)	0 Mês(es)	110 Ano(s)	1	3
13	03.03.14.013-5	Tratamento de outras doenças do aparelho respiratório		MAC	02	MC	03 - AIH (Proc. Principal)	0 Mês(es)	110 Ano(s)	1	4
14	03.03.14.015-1	Tratamento de pneumonias ou influenza (gripe)		MAC	02	MC	03 - AIH (Proc. Principal)	0 Mês(es)	110 Ano(s)	1	4
15	03.03.16.005-5	Tratamento de transtornos relacionados c/ a duração da gestação e c/ o crescimento fetal		MAC	02	MC	03 - AIH (Proc. Principal)	0 Mês(es)	1 Mês(es)		10
16	03.03.16.006-3	Tratamento de transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período neonatal		MAC	02	MC	03 - AIH (Proc. Principal)	0 Mês(es)	1 Mês(es)		8
17	03.03.17.009-3	Tratamento em psiquiatria(por dia)	Internação para tratamento de transtornos mentais e comportamentais - realizada em hospital psiquiátrico.	MAC	02	MC	03 - AIH (Proc. Principal)	12 Ano(s)	110 Ano(s)	45	
18	03.03.18.001-3	Tratamento de afecções associadas ao HIV/AIDS		MAC	02	AC	03 - AIH (Proc. Principal)	0 Mês(es)	110 Ano(s)	1	

Fonte: Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (www.sigtap.datasus.gov.br)

Legenda: Modalidades: 01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia, 04 - Internação Domiciliar, 05 - Assistência Domiciliar, 06 - Atenção Domiciliar

Complexidade: NA - Não se Aplica, AB - Atenção Básica, MC - Média Complexidade, AC - Alta Complexidade

Referencia: setembro 2012

ANEXO B – ATRIBUTOS DOS PROCEDIMENTOS DO SUS CONFORME TABELA SIGTAP – 2012 (SET.)

(continua)

Item	Código	Nome	Descrição	Financiamento	Modalidade	Complexidade	Instrumento de Registro	Idade Mínima	Idade Máxima	Qtd. Máxima	Permanência Média
19	03.10.01.003-9	Parto normal		MAC	02	MC	03 - AIH (Proc. Principal)	10 Ano(s)	49 Ano(s)		2
20	04.01.01.001-5	Curativo Grau II c/ ou s/ debridamento (por paciente)	Tratamento de lesão aberta, em que ha grande área de tecido afetado nos aspectos de extensão, profundidade e exsudato (grau ii), com a finalidade de promover cicatrização, evitar contaminação e/ou tratar infecção. Necessitando de cuidados mais complexos.	MAC	01, 02, 03	MC	03 - AIH (Proc. Secundário); 06 - APAC (Proc. Principal)	0 Mês(es)	110 Ano(s)	31	
21	04.08.05.050-0	Tratamento cirúrgico de fratura de diáfise da tíbia	Procedimento realizado em centro cirúrgico, que consiste na redução aberta e fixação da fratura diafisária de tíbia. Inclui instrumentação.	MAC	02	MC	03 - AIH (Proc. Principal)	5 anos	110 Anos	2	
23	04.11.01.003-4	Parto cesariano		MAC	02	MC	03 - AIH (Proc. Principal)	10 Ano(s)	49 Ano(s)	1	2
24	04.13.01.006-6	Tratamento de grande queimado		MAC	02	AC	03 - AIH (Proc. Principal)	0 Mês(es)	110 Ano(s)	1	10

Fonte: Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (www.sigtap.datasus.gov.br)

Legenda: Modalidades: 01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia, 04 - Internação Domiciliar, 05 - Assistência Domiciliar, 06 - Atenção Domiciliar

Complexidade: NA - Não se Aplica, AB - Atenção Básica, MC - Média Complexidade, AC - Alta Complexidade

Referencia: setembro 2012

ANEXO B – ATRIBUTOS DOS PROCEDIMENTOS DO SUS CONFORME TABELA SIGTAP – 2012 (SET.)

(conclusão)

Item	Código	Nome	Descrição	Financiamento	Modalidade	Complexidade	Instrumento de Registro	Idade Mínima	Idade Máxima	Qtd. Máxima	Permanência Média
25	04.15.03.001-3	Tratamento cirúrgico em politraumatizado	São cirurgias múltiplas ou procedimentos sequenciais procedidos em individuo que sofre traumatismo seguido de lesões que, ao acometer múltiplos órgãos (fígado, baço, pulmão etc.) Ou sistemas corporais (circulatório, nervoso, respiratório, musculoesquelético, etc.), podem por em risco a vida, pela gravidade de uma ou mais lesões. A definição da complexidade deste procedimento, depende das cirurgias realizadas.	MAC	02	NA	03 - AIH (Proc. Principal)	0 Mês(es)	110 Ano(s)		

Fonte: Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (www.sigtap.datasus.gov.br)

Legenda: Modalidades: 01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia, 04 - Internação Domiciliar, 05 - Assistência Domiciliar, 06 - Atenção Domiciliar

Complexidade: NA - Não se Aplica, AB - Atenção Básica, MC - Média Complexidade, AC - Alta Complexidade

Referencia: setembro 2012