

## **Risco Operacional no Setor Saúde: Financiamento pelo SUS Paralelo aos Gastos na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais**

### **Operational Risk in the Health Sector: Finance Expenses by SUS Parallel to The Hospital Foundation of The State of Minas**

Márcio Augusto Gonçalves - Ph.D. em Administração - Aston University, professor Associado CEPEAD/UFMG. Coordenador da Rede de Observatório de Custos em Saúde. Líder do Núcleo Observatório de Custos em Saúde, Minas Gerais, Brasil  
marcio@cepead.ufmg.br

Bruno Pérez Ferreira – Doutor em Administração/Finanças – CEPEAD/UFMG, professor Adjunto CEPEAD/UFMG. Pesquisador do Núcleo Observatório de Custos e Economia da Saúde - NOCES/UFMG, Minas Gerais, Brasil  
brunoperez.bh@gmail.com

Márcia Mascarenhas Alemão – Doutoranda em Administração/Finanças CEPEAD/UFMG, Gerente do Observatório de Custos da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Pesquisadora no Núcleo Observatório de Custos e Economia da Saúde, Minas Gerais, Brasil  
marcia.alemao@yahoo.com.br

Editor Científico: José Edson Lara  
Organização Comitê Científico  
Double Blind Review pelo SEER/OJS  
Recebido em 31.07.2013  
Aprovado em 05.02.2014



Este trabalho foi licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição – Não Comercial 3.0 Brasil

## RESUMO

O debate sobre o financiamento-gestão do setor de saúde no Brasil justifica-se pelo montante de recursos envolvidos, pela representação do SUS como comprador de serviços de saúde e pela importância dos hospitais neste segmento. A proposta do estudo foi dimensionar e compreender os repasses financeiros do Governo Federal aos hospitais públicos em contraponto aos seus gastos, focando na relação entre os gastos e os recursos financeiros repassados pelo SUS, refletindo o risco operacional do setor. Buscou-se compreender os custos de 25 procedimentos maiores consumidores de recursos na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG comparados ou “em paralelo” aos valores definidos na Tabela do SUS, mensurando o risco operacional pelo *Value at Risk Operacional* – VaR Op, identificando o seu percentual de cobertura de risco. Evidenciou-se que valores repassados aos prestadores não estão fundamentados apenas na Tabela SUS. Conclui-se pela necessidade de análise não apenas fundamentada nos valores de repasse da Tabela, exigindo uma compreensão qualitativa das formas de repasse.

**Palavras-Chaves:** Financiamento da saúde; Metainformação custo; Análise de risco setor saúde.

## ABSTRACT

The debate on funding-management of the health sector in Brazil is justified by the significant amount of resources consumed, the representation of the SUS as a purchaser of health services, and the importance of hospitals in this context. The purpose of the study was to measure and comprehend financial transfers from the Federal Government (from the SUS) to public hospitals against its spendings, reflecting the operational risk of the sector. It was tried to understand the costs of 25 major procedures in terms of resources consumption in the Hospital Foundation of Minas Gerais – FHEMIG in compared or "in parallel" to the values defined/transferred in the SUS Table, measuring operational risk by the Operational Value at Risk VaR-Op, identifying its percentage of risk coverage. It was showed that values passed to providers (hospitals) are far from the necessary amount to cover their costs. However, transferences from SUS to hospitals are not based only on the SUS Table. It is concluded that we need to analyze not only the values of the transfers from the SUS table, demanding a qualitative understanding of all the forms of transfer.

**Key Words:** Health financing; Metadata cost; Health sector risk analysis

## 1 INTRODUÇÃO

A gestão hospitalar é um dos grandes desafios no setor saúde mundial (La Forgia & Coutollenc, 2009). A atenção médico hospitalar, segundo Carvalho (2007), esteve sempre em evidência, simultaneamente como vilã, uma vez que é tida por muitos como maior responsável pelo aumento dos gastos, e como vítima, na medida em que os valores de remuneração dos serviços ficam geralmente aquém dos gastos estimados pelos próprios prestadores. A atenção hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) vive uma crise crônica que se arrasta por anos (Brasil, 2006). Essa crise manifesta-se em três dimensões principais que representam riscos para o setor: o subfinanciamento; a baixa capacidade gerencial; e a ineficiência de escala. Estas três dimensões sintetizam o risco do setor saúde, compreendido como a influência de fatores sobre os recursos (valores pagos pelos serviços prestados), os retornos dos ativos (serviços prestados) e do comportamento das demandas (Crouhy, Galai, & Mark, 2010).

A Lei 8080/90, que regulamenta o Sistema Único de Saúde, discorre sobre o financiamento da saúde, definindo que a prestação de serviços está subordinada às normas técnicas e administrativas e a princípios e diretrizes do SUS, mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato, fundamentado em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

Desta forma, está explicitamente fundamentada em leis que é de responsabilidade da direção nacional do SUS a definição da remuneração dos prestadores de serviços pelos serviços contratados, de forma a proporcionar o equilíbrio econômico e financeiro da relação entre as partes. O financiamento tem se constituído uma 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, sendo um dos desafios para implementação da proposta constitucional para o SUS (La Forgia & Coutollenc, 2009).

A necessidade do equilíbrio econômico e financeiro da relação pactuada entre os prestadores de serviços e SUS, apesar de legalmente constituída e de sua importância para o setor saúde, na percepção comum entre os dirigentes, constitui-se em um preocupante risco operacional do setor. Esse equilíbrio é essencial para o

setor saúde, já que o SUS é o principal comprador de serviços de saúde no país (La Forgia & Coutollenc, 2009), afetando decisivamente a distribuição de serviços por organizações estatais e privadas, tanto as de natureza lucrativa quanto as filantrópicas (Ribeiro, 2009). Além disso, no Brasil, os hospitais são considerados o “centro das atenções” 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 & Coutollenc, 2009). Os autores avaliam que

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 & Coutollenc, 2009, p.63).

A sustentabilidade financeira do setor saúde pode ser medida por meio da relação entre os recursos pagos e os gastos da prestação do atendimento ao usuário. Essa medida de sustentabilidade representaria a medida do risco operacional do setor. Quanto maior a relação entre os gastos e os valores pagos, maior o risco de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro.

Para que se mantenha a sustentabilidade financeira dos prestadores de serviço, principalmente os hospitais, os valores de repasse devem estar fundamentados nos custos da prestação de serviços. O conhecimento dos custos dos hospitais públicos e sua gestão tornam-se fundamentais para uma alocação eficiente de recursos e melhoria na qualidade dos serviços prestados. Porém, as informações de gastos e, conseqüentemente, seus custos são produzidos apenas por 5% dos hospitais públicos, não sendo suficientes como subsídios para avaliações dos valores de financiamento do SUS (La Forgia & Coutollenc, 2009). Esses autores evidenciaram que estudos sobre eficiência, qualidade e equidade em assistência hospitalar demonstram a relação entre informação e eficiência do setor, apontando que a ausência de informações adequadas para tomada de decisão é um dos fatores críticos para a ineficiência do setor. Eles consideram que, apesar do grande volume de informações geradas, estas são irrelevantes e sem utilização para os gestores no monitoramento e avaliação dos serviços gerenciados.

Assim, a evidenciação de informações fundamentadas em custos dos serviços prestados metodologicamente válidas e os valores pagos por estes serviços possibilitam um maior esclarecimento da relação entre o risco e o retorno do setor saúde no Brasil, reduzindo, desta forma, o seu grau de incerteza (Gonçalves, Gonçalves, Capanema, Drumond, Alemão & Torga, 2012).

Nesse contexto, este artigo visa apresentar os resultados do estudo que avalia o paralelo entre os custos dos procedimentos de maior faturamento da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG e os valores desses procedimentos na Tabela do SUS, analisando o risco operacional indicado pela cobertura entre esses valores.

O artigo apresenta cinco partes, sendo esta introdução a primeira delas. Na segunda parte, será apresentado o referencial teórico, que discute o custo operacional, a gestão de custos no setor saúde e o financiamento da saúde no Brasil. A terceira parte apresenta a metodologia, os dados da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais e a técnica aplicada na pesquisa. A quarta parte apresenta a discussão dos resultados, destacando a relação de risco no setor e finaliza, apresentando as conclusões.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta seção, são abordados fundamentos teóricos sobre os conceitos de “financiamento da saúde”, “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 tem relação com o risco operacional e impactam o setor saúde.

### 2.1 Financiamento da saúde no Brasil

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, 2011, p.7).

Atualmente, o Pacto pela Saúde define como tripartite (das três esferas de gestão – União, Estados e Municípios) o financiamento da saúde em função das necessidades de saúde da população e da busca da equidade social. O Pacto recomenda que o financiamento deve considerar as diferenças locais e as variáveis sócio epidemiológicas (Brasil, 2006c), ser diverso para custeio e investimento e ter monitoramento e memória de cálculo histórico (Brasil, 2006b).

O financiamento da saúde pode ser analisado também pela forma de repasse dos recursos aos prestadores dos serviços de saúde, isto é, pelos mecanismos de pagamento a prestadores. Esses mecanismos são as formas pelas quais os contratantes remuneram os prestadores de serviço de saúde pelos produtos fornecidos. Constitui elemento essencial na 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 (La Forgia & Coutollenc, 2009).

Os mecanismos de remuneração ou de transferências financeiras, conforme Andreazzi (2003), podem ser:

- *ex post* (pós-pagamento) - modo pelo qual o pagamento ocorre após a realização efetiva do serviço. 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 & Coutollenc, 2009).
- *Ex ante (pré-pagamento)*, Para o pagamento, é calculado um valor prévio, independente da produção, com base em variados critérios, em geral populacionais. O financiamento dessas unidades está contemplado em um contrato de gestão entre a organização e o agente financiador no contexto dos orçamentos globais, com base em um programa de trabalho.
- *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.

O pagamento pós-produção é a modalidade de transferência utilizada pelo SUS para pagamento aos prestadores de serviços da rede credenciada (Brasil, 2003).

Para evidenciação da produção dos prestadores de serviços, o SUS conta com dois principais sistemas de informação que são a base para o pagamento de faturas de produção de serviços (Brasil, 2007): o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), que evidencia os procedimentos ambulatoriais prestados, e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), que evidencia o atendimento hospitalar. Estes sistemas têm como base o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP (Brasil, 2011). O SIGTAP é uma ferramenta para consulta de todos os procedimentos que podem ser realizados no âmbito ambulatorial e hospitalar do SUS. É apresentada, de forma sintética, a descrição dos aspectos operacionais fundamentais e relevantes de cada procedimento, inclusive os valores mínimos a serem pagos para cada procedimento. Também são apresentados os atributos exigidos durante o processamento dos sistemas de produção. Os atributos são características inerentes aos procedimentos constantes da Tabela do SUS, os quais são necessários para operacionalizar o processamento dos sistemas de produção ambulatorial e hospitalar e estão relacionados: diretamente ao próprio procedimento; ao estabelecimento de saúde por meio do CNES; ao usuário do SUS; à forma de financiamento definidas nas políticas de saúde do SUS.

## **2.2Custo e risco operacional**

A relação entre custos, risco e informação é de fundamental importância para o entendimento do setor saúde. A utilização das informações de custo como medida de redução de risco será abordada neste item.

### **2.2.1 Gestão de Custos**

A informação é um componente intrínseco de quase todas as atividades na organização, necessária para garantir uma visão coerente, a fim de gerenciar e integrar seus processos, recursos e tecnologias. (Cho, 1996). 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, Otley, & Merchant, 1990).

Diversos autores apresentam a importância da informação de custos no setor público, mais especificamente no setor saúde, englobando o setor hospitalar público. Segundo Alonso (1999, p. 38) “o conhecimento dos custos dos serviços públicos é fundamental para se atingir uma alocação eficiente de recursos. O desconhecimento dos custos é o maior indicador de ineficiência no provimento dos serviços públicos”. Para o autor, a existência de um sistema de custos é fundamental para o controle social dos atos públicos, devendo integrar os esforços de estabelecer medidas de desempenho capazes de combater o desperdício, aumentar a *accountability* e a transparência da gestão pública.

Para Gonçalves, Amorim, Zac, Costa e Alemão (2010) as informações sobre custo poderiam ser um importante ponto de partida para o *benchmarking*, planejamento e controle, melhorando a gestão dos recursos consumidos, sendo base para o processo de tomada de decisão no setor saúde.

Conforme dados apresentados pelo Banco Mundial (2007), em unidades de saúde, a falta de informações de custos é apontada como a principal dificuldade na preparação do orçamento e um dos principais problemas para a valoração das ações do setor e para a gestão eficiente dos recursos alocados.

No setor de saúde, a diversidade nos atendimentos faz com que o conhecimento dos processos constitutivos seja de suma importância. Desta forma, o conhecimento do “como”, “quando”, “quanto” sustenta a busca pela qualidade nos atendimentos (Gonçalves *et al.* (2010). Gonçalves, Teixeira e Froes (1998, p. 4) afirmam que a “informação de custos é mais que um fator de produção [...] é, de fato, o meta recurso que coordena a mobilização de outros ativos com a finalidade de melhorar a *performance* organizacional”.

Os métodos de custeio, fundamentais para a apuração dos custos no setor saúde pública, determinam a maneira como os custos devem ser alocados aos produtos, isto é, como deve ser feito o custeio destes produtos. No setor público, em particular na gestão hospitalar, a concepção de que os produtos produzidos e/ou serviços prestados devem absorver os custos é coerente com legislação e com a gestão tanto estratégica, quanto operacional. Essa concepção de custos está mais metodologicamente fundamentada no Custeio por Absorção (Martins, 2003).

O Custeio por Absorção é, dentre os diversos métodos de custeio, o mais utilizado em hospitais públicos (La Forgia & Coutollenc, 2009). Também denominado de Custeio Integral, esse método aloca todos os custos de produção (diretos ou indiretos) aos produtos e utiliza-se da lógica da departamentalização ou da divisão dos custos por centros de custos. Inicialmente, classificam-se os custos em indiretos e diretos, sendo que ambos são “absorvidos” pelos produtos (acumulados) durante o processo de produção (Camargos e Gonçalves, 2004).

### 2.2.2 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 na 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 de suas fontes, a estimativa de sua probabilidade e a avaliação dos seus efeitos; o planejamento de estratégias e de procedimentos de seu controle; 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 (2010) a *incerteza* não pode ser mensurada, mas o *risco* é uma medida mensurável. Os autores acrescentam que 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. 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. Finalmente, o *risco legal* está relacionado a possíveis perdas, quando um contrato não pode ser legalmente amparado. Ainda segundo os autores, nem sempre é fácil diferenciar o tipo de risco presente em determinada situação.

O risco operacional, segundo Duarte Júnior (2005), é oriundo de falhas no processamento e no controle das operações de uma organização e envolve o risco de liquidação das transações da empresa (*settlement risk*). Trata-se do tipo de risco que pode se materializar em qualquer unidade de negócio, decorrente de qualquer processo, produto ou serviço.

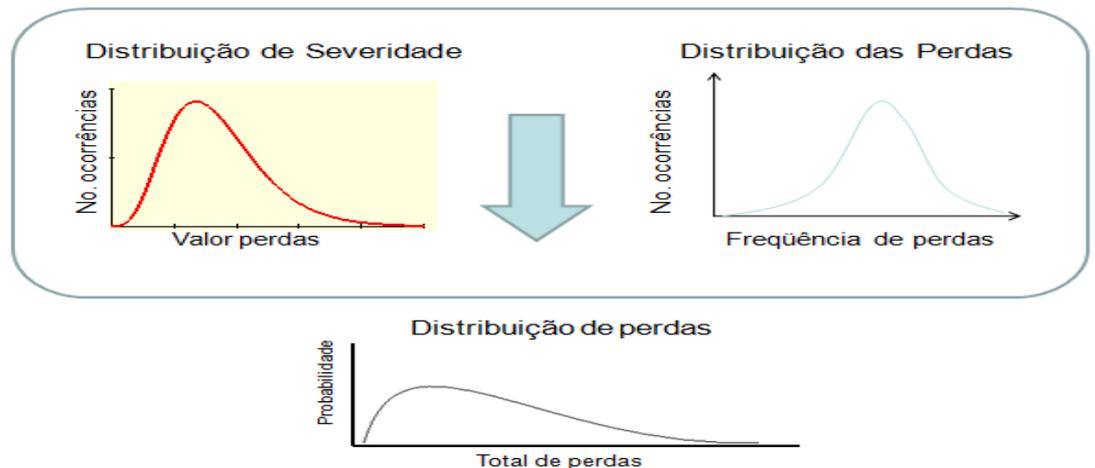
A necessidade de desenvolvimento de análises de riscos é um dos aspectos fundamentais no gerenciamento dos prestadores de serviços (Pereira, 2006). Ferreira (2006) recomenda, para a avaliação do risco operacional, a técnica de *Value at Risk- VaR*.

O *Value at Risk – VaR* é a um método de mensuração do risco por meio de técnicas estatísticas padrão, comumente utilizadas em outras áreas das ciências. 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. Porém, a integração do risco total de uma instituição, em uma única medida numérica, requer simplificações (Jorian, 2003).

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, Galai e Mark (2010)

O uso do *Value at Risk* – VaR é apresentado por diversos autores. Conforme apresentado por Grinblatt e Titman (2005), é utilizado por instituições financeiras no monitoramento a exposição a riscos de mercados. Segundo os autores, o VaR é uma medida da pior perda esperada durante um intervalo de tempo para um mercado que apresente um comportamento padrão normal de volatilidade, dentro de um intervalo de confiança. Jorion (2003) também apresenta que 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. Para Wilson (1998), a medida do VaR relaciona tanto a distribuição de probabilidade de resultados de um investimento, quanto a sensibilidade de investimento em relação ao comportamento de variáveis relacionadas a ativos de um portfólio. Conforme apresentado por Securato (2002), uma das formas de cálculo do VaR é a utilização de inúmeras observações do passado, para gerar uma distribuição de probabilidade.

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  $Pr\{L_t \leq VaR_t\}$ , conforme apresentado por Ferreira (2006).

Trazendo estes conceitos para o setor saúde, podemos identificar o risco operacional ao considerarmos a relação entre os custos da prestação de serviços e os recursos recebidos por estes serviços. Trata-se de riscos advindos de

deficiências possíveis de serem verificadas no setor saúde, capazes de acarretar perdas para os prestadores de serviços e para os usuários do SUS, assim como para as organizações com relações empresariais com estas instituições deficientes, que poderão apresentar problemas para honrar seus compromissos. Por ser uma abordagem pouco explorada no setor saúde, especificamente no que se refere ao tema aqui apresentado, as referências de risco operacional no setor são escassas.

### 3 METODOLOGIA

O presente estudo pode ser classificado como *estudo exploratório* (Gonçalves & Meireles, 2004) e também caracteriza-se como *pesquisa aplicada*, por dar ênfase à solução de problemas (Cooper & Schindler, 2003). Quanto aos meios, o método de pesquisa adotado foi o estudo de caso único (Yin, 2001). A unidade de análise da pesquisa foi a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG por meio da análise dos dados secundários coletados na Instituição e de sua relação com os valores repassados pelo Ministério da Saúde, fundamentados na Tabela do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses – SIGTAP.

Foram utilizadas 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.

A análise qualitativa deu-se por meio de estudo dos dados coletados em entrevistas semi-estruturadas, realizadas com a amostra selecionada. Foi utilizado o método de painel de especialistas (Gonçalves & Meirelles, 2004), mediante a realização de entrevistas de foco (Alencar & Gomes, 1998). A amostra foi integrada por quatro especialistas do Ministério da Saúde, que foram entrevistados com vistas a buscar subsídios para entender o financiamento pelo SUS, baseado no método proposto por Gonçalves e Meirelles (2004).

A análise quantitativa contemplou medidas de risco operacional relacionadas à probabilidade de desempenho de retornos, apresentada pelos dados referentes aos custos dos procedimentos hospitalares, no período de agosto de 2011 a julho de 2012, e aos valores definidos na tabela do SUS, em setembro 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. O resultado dessa avaliação foi aplicado na constatação da probabilidade de mensuração dos riscos operacionais.

Foram considerados os 25 (vinte e cinco) procedimentos geradores do maior quantitativo de recursos na FHEMIG, baseando-se nos dados de faturamento consolidado das unidades assistenciais quanto à produção hospitalar e ambulatorial, disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS – DATASUS, por meio dos sistemas de informação (Sistema de Internação Hospitalar – SIH/SUS e Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS). Para tanto, considerou-se a relação entre frequência e valor total pago por Autorização de Internação Hospitalar, considerando especificamente cada procedimento como procedimento principal faturado, conforme definido na Tabela do SIGPTAP. Os procedimentos estudados correspondem a aproximadamente 50% dos valores faturados na FHEMIG. No âmbito do SUS, os procedimentos hospitalares (20 procedimentos) estudados representam 38,25% do faturamento do SUS e os procedimentos ambulatoriais (5 procedimentos) representam 13,41% do faturamento do SUS.

Os dados de custos dos procedimentos da FHEMIG foram gerados utilizando o Sistema Integrado de Gestão Hospitalar – SIGH, sistema informatizado, metodologicamente válido, que agrega as informações assistenciais e administrativas que suportam as informações de custos da Instituição. Os dados referem-se ao período de agosto de 2011 a julho de 2012, sendo utilizado o custo médio dos procedimentos nas unidades assistenciais da Rede, representando todos os valores de custos apresentados pelos hospitais, contemplando a diversidade das unidades assistenciais e, conseqüentemente, a diversidade de seus custos. 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, quando da coleta de dados, 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 tratarem de dados mais recentes, no período da coleta dos dados.

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 do SUS. O resultado dessa avaliação foi aplicado na constatação da probabilidade de mensuração dos riscos decorrentes da operacionalização dos procedimentos. Na análise, foi utilizada a técnica do *Value at Risk Operacional – VaR OP*.

Essa técnica é justificada pelo fato de que o *VaR OP* permite verificar a adequação entre os custos e os valores definidos. O retorno apurado pela curva indica os resultados avaliados, por meio de medidas probabilísticas relacionadas ao risco operacional. Assim, foram identificadas possíveis perdas decorrentes do comportamento dos custos identificados por meio da dispersão dos resultados dos valores de faturamento da Tabela do SUS. 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.

#### 4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A Tabela 1 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.

**Tabela 1 -** Relação de custos procedimentos FHEMIG e os valores definidos na Tabela SIGTAP- (R\$) – 2012

Item	Procedimentos Hospitalares	Tipo A ou H*	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)	A	105,82	6,30	99,52	5,95%
2	03.01.01.007-2 Consulta médica em atenção especializada	A	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	A	255,22	12,47	242,75	4,89%
4	03.01.07.005-9 Acompanhamento psicopedagógico de paciente em reabilitação	A	79,14	15,26	63,88	19,28%
5	03.03.01.003-7 Tratamento de outras doenças bacterianas	H	4.452,12	865,91	3.586,21	19,45%
6	03.03.04.010-6 Tratamento conservador de traumatismo cranioencefálico grave	H	4.000,99	718,28	3.282,71	17,95%

**Tabela 1 - Relação de custos procedimentos FHEMIG e os valores definidos na Tabela SIGTAP- (R\$) – 2012**

Item	Procedimentos Hospitalares	Tipo A ou H*	Custo FHEMIG (R\$) (1)	Valor de Tabela (R\$) (2)	Diferença (3) = (1) – (2)	Percentual (2) / (1)
7	03.03.04.014-9 Tratamento de acidente vascular cerebral - AVC (isquêmico ou hemorrágico agudo)	H	5.102,15	463,21	4.638,94	9,08%
8	03.03.06.021-2 Tratamento de insuficiência cardíaca	H	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	H	48,50	74,75	- 26,25	154,13%
10	03.03.13.005-9 Tratamento de paciente sob cuidados prolongados por enfermidades neurológicas	H	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	H	208,12	68,54	139,58	32,93%
12	03.03.14.004-6 Tratamento das doenças crônicas das vias aéreas inferiores	H	5.314,77	479,19	4.835,58	9,02%
13	03.03.14.013-5 Tratamento de outras doenças do aparelho respiratório	H	3.251,24	480,87	2.770,37	14,79%
14	03.03.14.015-1 Tratamento de pneumonias ou influenza (gripe)	H	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	H	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	H	5.541,25	482,45	5.058,80	8,71%
17	03.03.17.009-3 Tratamento em psiquiatria (por dia)	H	475,58	26,91	448,67	5,66%
18	03.03.18.001-3 Tratamento de afecções associadas ao HIV/AIDS*	H	12.510,77	1.980,60	10.530,17	15,83%
19	03.10.01.003-9 Parto normal	H	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)	A	114,65	32,40	82,25	28,26%
21	04.08.05.050-0 Tratamento cirúrgico de fratura da diáfise da tíbia	H	4.529,66	846,37	3.683,29	18,69%
22	04.11.01.003-4 Parto cesariano	H	11.359,48	545,73	10.813,75	4,80%
23	04.13.01.006-6 Tratamento de grande queimado	H	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	H	2.867,99	741,69	2.126,30	25,86%
25	04.15.03.001-3 Tratamento cirúrgico em politraumatizado**	H	8.734,56	2.455,40	6.279,16	28,11%

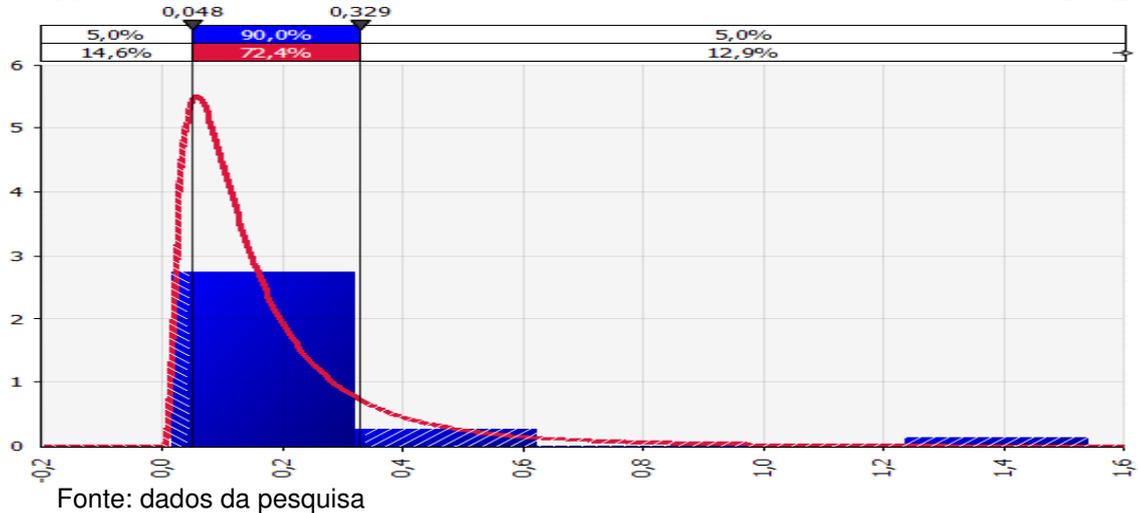
Observação: Tipo – A – Ambulatorial; H – hospitalar

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

Fonte: Dados da pesquisa

A relação entre os valores de custos e os valores constantes na Tabela 1 estão apresentados no Gráfico 1, que representa o percentual de cobertura dos valores da tabela, em relação aos valores de custos dos procedimentos.

**Gráfico 1 - Percentual de Cobertura de Risco – Custo x Valores Tabela - 2012**



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%, 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.

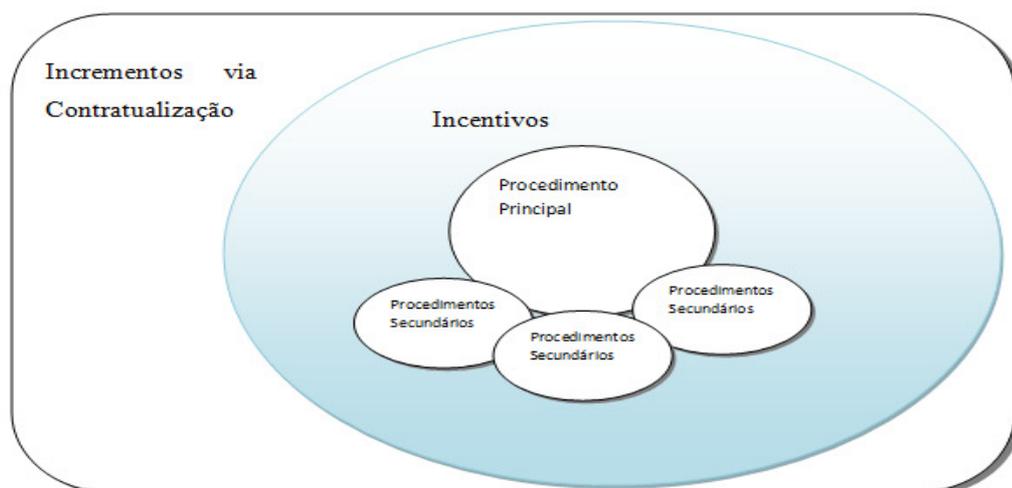
Para os dados observados, pode-se concluir que 95% dos procedimentos têm 32,93% dos seus custos cobertos pelos valores de Tabela. Considerando a simulação proposta pelo programa, utilizando a função *Lognormal* e a função *Pearson 5* por terem maior aderência, estima-se que aproximadamente 95% dos procedimentos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

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 dos serviços prestados pela FHEMIG e o valor

apresentado na Tabela do SUS. Diante dessa divergência, pode-se inferir que existe um componente subjetivo nesse entendimento, tanto pelo prestador de serviços (FHEMIG) quanto pelo financiador (SUS). O questionamento sobre ‘onde começa’ e ‘onde termina’ o atendimento referente ao procedimento é evidenciado, por exemplo, no procedimento “Parto normal”. A não descrição do procedimento pelo Ministério da Saúde e as dificuldades de padronização das atividades que constituem um “parto normal” exemplificam esse questionamento. Esse exemplo ilustra a complexidade da definição dos procedimentos assistenciais, principalmente os de média e alta complexidade, que correspondem à maioria.

Outro dificultador para análise dos valores apurados diz respeito aos mecanismos de remuneração aos prestadores do SUS. 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 2.

- **Figura 2** – Representação do valor do procedimento



Fonte: elaborado pelos autores.

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 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. Os incentivos representam uma tendência crescente de celebrar contratos de metas com os hospitais, dissociando a remuneração da produção dos serviços, conforme descrito por Carvalho (2007). Esses incentivos podem ser definidos por meio de contratualização definida pelo Pacto pela Saúde, por meio de portarias distintas, que representam uma política de repasse de recursos a prestadores de serviços específicos, que atendam às políticas estratégicas definidas pelo Ministério da Saúde, como é o caso dos hospitais que participam do Programa SOS Emergência e Rede Cegonha, que tem como objetivo incrementar a produção em determinada especialidade, apesar do repasse não estar diretamente vinculado a uma produção. 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.

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

Tabela 1 e no Gráfico 2. A Tabela 2 apresenta os valores de custos dos procedimentos e os valores médios de AIH da FHEMIG. A Tabela 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 2 – 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 crânioencefálico 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%
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%
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%

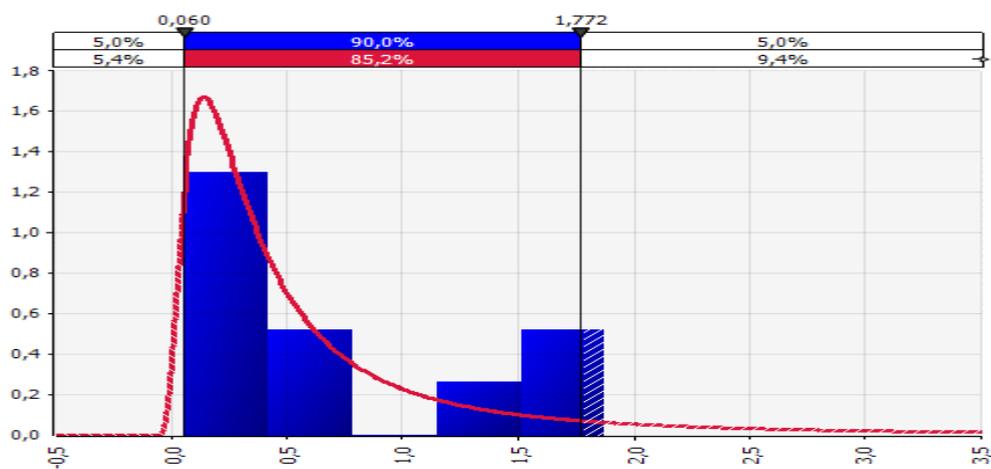
19	03.10.01.003-9 Parto normal	Hospitalar	31.618,34	685,74	2,17%
20	04.01.01.001-5 Curativo Grau II c/ ou s/ debridamento (por paciente)	Ambulatorial	114,65	32,40	28,26%
21	04.08.05.050-0 Tratamento cirúrgico de fratura da diáfise da tíbia	Hospitalar	4.529,66	1.979,36	43,70%
22	04.11.01.003-4 Parto cesariano	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

O Gráfico 2 apresenta que 5,4% dos procedimentos tiveram até 6,0% dos custos cobertos, 85,2% dos procedimentos tiveram uma cobertura de risco entre 6,0% e 177,2% e 9,4% têm cobertura acima de 177,2%. 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 6,0% do custo, isto é, 5% dos procedimentos pesquisados implicam em perdas superiores a 95% do custeio.

Para os dados observados, considerando a simulação proposta pelo programa, utilizando a função *Lognormal* e a função *Pearson 5* por terem maior aderência, estima-se que em aproximadamente 95% dos procedimentos temos 50% dos seus custos cobertos com os valores de tabela.

**Gráfico 2** - Percentual de Cobertura de Risco – Custo x Valores AIH Média FHEMIG - 2012



Fonte: dados da pesquisa

Algumas considerações merecem ser tecidas acerca de certas especificidades dos dados coletados, que geram dificuldades de análise. É o caso do tempo de permanência hospitalar em função do procedimento. Conforme apresentado por La Forgia & 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 & Coutollenc, 2009, p.65).

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 consideração quanto aos valores obtidos 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. 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.

## 5 CONCLUSÕES

Este artigo propôs-se a analisar o financiamento da saúde no Brasil, sob o ponto de vista da manutenção do equilíbrio financeiro das instituições prestadoras de serviços de saúde, manutenção esta preconizada nas diretrizes do SUS. Essa análise deu-se por meio da relação entre os custos operacionais dos serviços de saúde prestados pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG e os valores definidos na Tabela do SUS.

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 de saúde. Pode-se, desta forma, fundamentar as discussões sobre o repasse de valores do SUS aos prestadores de serviços de forma a atender ao fundamento legal de manutenção do equilíbrio financeiro dos prestadores. Porém, 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 relação entre *custo x Tabela SUS* exige aprofundamento. Não é a única ou exclusiva 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.

Assim, 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. 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.

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. 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 dificuldade da compreensão das variáveis implícitas na assistência prestada ao paciente compromete o levantamento do valor dos custos.

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 no setor.

## REFERÊNCIAS

Alencar, E., & Gomes, M. A. (1998). *Metodologia de pesquisa social e diagnóstico participativo*. Lavras: UFLA/FAEPE.

Alonso, M.(1999). Custos no Serviço Público. *Revista do Serviço Público*. RSP, Ano 50, Número 1 jan-mar. Recuperado em 10 fevereiro, 2010, de <<http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/Terceiros-Papers/99-Alonso50%281%29.pdf>>.

Andreazzi, M. F. S. (2003). *Formas de remuneração de serviços de saúde*. Texto para Discussão nº 1006. IPEA. Brasília. Recuperado em 3 outubro, 2012, de < [https://ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td\\_1006.pdf](https://ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_1006.pdf)>.

Banco Mundial. (2007). Relatório Nº. 36601-BR. Brasil. *Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos*. Recuperado em 5 abril, 2011, de

<<http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-185895645304/4044168-1186326902607/19GovernancaSUSport.pdf>>.

Brasil. (2003). 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.

Brasil. (2006a). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS: avanços e desafios*. Brasília: CONASS.

Brasil. (2006b). Ministério da Saúde. *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. Recuperado em 1 novembro, 2012, de <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>.

Brasil. (2006c). Ministério da Saúde. *Portaria nº 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. Recuperado em 1 agosto, 2012, de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-698.htm>>.

Brasil. (2007a). Ministério da Saúde. *Portaria nº 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. Recuperado em 10 setembro, 2012, de <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/11728-1541>>.

Brasil.(2011). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *O Financiamento da saúde* (Coleção Para Entender a Gestão do SUS. Vol. 2). Brasília: CONASS.

Camargos, M. A., & Gonçalves, M. A.(2004). 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. *Anais do Encontro Nacional da Associação dos Cursos de Graduação em Administração*, 2004, Florianópolis, SC, Brasil, 15.

Carvalho, D. M. T. de. (2007). Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. *Revista Ciência Saúde Coletiva*, 12(4), 879-892. Recuperado em 20 maio, 2012, de <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400010>>.

Cho, C.W. (1996). The knowing organization: how organizations use information to construct meaning, create knowledge and make decisions. *International Journal of Information Management*, 16(5), 329-340.

Cooper, D. R., & Schindler, R. P. S. (2003). *Métodos de pesquisa em administração* (2a ed., L. de Oliveira, Trad.). Porto Alegre: Bookman.

Crouhy, M., Galai, D., & Mark, R. (2009). *The essentials of risk management*. Recuperado em 15 novembro, 2012, de <http://silvarosa.net/aafm/ebooks/AAFM%20Training%20ebook%20-%20The%20Essentials%20of%20Risk%20Managemen%20t%20%28Crouhy,%20Galay,%20Mark,%202009%29.pdf>.

- Duarte Junior, A.M. (2005). *Gestão de riscos para fundos de investimentos*. São Paulo: Pearson Prentice Hall.
- Emmanuel, C.R., Otley, D.T, & Merchant, K. A. (1990). *Accounting for management control* (2nd. ed.). London: Chapman and Hall.
- Ferreira, B.P. (2006). *Análise do risco de não superação da meta atuarial em fundos de previdência*. Dissertação de Mestrado em Administração, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.
- Gonçalves, C.A., & Meirelles, A.M. (2004). *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. São Paulo: Atlas.
- Gonçalves, M. A., Amorim, C. A., Zac, J. I., Costa, M. T., & Alemão, M. M. (2010). Gestão hospitalar: a aplicabilidade do sistema ABC. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde – RAHIS*. V.4, pp.73 – 86.
- Gonçalves, M. A., Gonçalves, C. A., Capanema, F. D., Drumond, H. A., Alemão, M. M., & Torga, E. M. M. F. (2012). Acordo externo de resultados: inclusão de nova variável no modelo de gestão FHEMIG e sua possível influência. *Revista Médica de Minas Gerais*, V.22, pp. 35 – 43.
- Gonçalves, M.A., Teixeira, L., & Froes, E. (1998). 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.
- Grinblatt, M., & Titman, S. (2005). *Mercados Financeiros e Estratégia Corporativa* (2a ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Jorion, P. (2003). *Financial risk manager – Handbook* (2a ed.). Chichester: John Wiley & Sons.
- La Forgia, G.M., & Coutollenc, B. (2009). *Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência*. São Paulo: Singular.
- Martins, E. (2003). *Contabilidade de custos* (9a ed.). São Paulo: Atlas.
- Pereira, J.M. (2006). Gestão do risco operacional: uma avaliação do novo acordo de capitais – Basiléia II. *Revista Contemporânea de Contabilidade*. Ano 03, 1(6), 103-124.
- Ribeiro, J. M. (2009). Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 4(3), 771–82.
- Securato, J.R. (2002). *Avaliação do Risco da Empresa: estudo introdutório* (Série de working papers nº 02/2002). São Paulo: FEA-USP.
- Wilson, T.C. (1998). Value at Risk. In C. Alexander. *Risk Management and Analysis*. Vol 1. Chichester: John Wiley & Sons.
- Yin, R. K. (2001). *Estudo de Caso: planejamento e métodos* (2a ed.). Porto Alegre: Bookman.