



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

BRUNO MIRANDA DA ROCHA

Produção Financeira das Autorizações de Internação  
Hospitalar no Hospital Geral de Roraima.

Boa Vista, RR

2013



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

BRUNO MIRANDA DA ROCHA

Produção Financeira das Autorizações de Internação  
Hospitalar no Hospital Geral de Roraima.

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Roraima, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de Concentração: Política, Gestão e Sustentabilidade de Sistemas e Programas de Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Ana Lúcia de Sousa

Boa Vista, RR

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Biblioteca Central da Universidade Federal de Roraima

R672p Rocha, Bruno Miranda da  
Produção financeira das autorizações de internação  
hospitalar no Hospital Geral de Roraima / Bruno Miranda da  
Rocha. -- Boa Vista, 2013.  
79 p. : il.

Orientador: Profa. Dra. Ana Lúcia de Sousa.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de  
Roraima, Programa de Pós-Graduação em Ciências da  
Saúde.

1 – Financiamento da saúde. 2 – Sistema Único de  
Saúde. 3 – Gestão hospitalar. I - Título. II – Sousa, Ana  
Lúcia de (orientador).

CDU 614(082)

BRUNO MIRANDA DA ROCHA

Produção Financeira das Autorizações de Internação  
Hospitalar no Hospital Geral de Roraima.

Dissertação apresentada como pré-requisito para conclusão do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima. Área de concentração: Política, Gestão e Sustentabilidade de Sistemas e Programas de Saúde. Defendida em 08 de abril de 2013.

---

Profa. Dra. Ana Lúcia de Sousa  
Orientador / Curso de Ciências Sociais – UFRR

---

Profa. Dra. Sandra Maria Franco Buenafuente  
Curso de Economia – UFRR

---

Prof. Msc. Ananias Noronha Filho  
Curso de Enfermagem – IFRR

À minha esposa e filha que sempre  
me acompanharam nesses dois  
anos de mestrado.

## AGRADECIMENTOS

A Deus.

À professora Ana Lúcia que aceitou este desafio e foi sempre muito paciente e coerente nas suas observações.

À enfermeira Marta, que fez se tornar possível esta pesquisa, sempre paciente e prestativa.

À Secretaria de Estado da Saúde que contribuiu para a realização deste trabalho.

À todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste sonho.

## RESUMO

A saúde pública no Brasil está inserida num contexto histórico bastante complexo no que se refere ao financiamento dos serviços. As diversas formas de financiamento que tem sido criadas, alteradas e recriadas, geram muitas questões sobre sua eficiência e aplicabilidade. O Ministério da Saúde trabalha atualmente o modo de financiamento em cinco blocos para o custeio do SUS: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS. As atividades assistenciais realizadas em regime de internação hospitalar, pelos serviços públicos e privados que integram o Sistema Único de Saúde, são custeadas por meio do sistema de financiamento hospitalar, tendo como instrumento operacional o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) e seu formulário próprio, a Autorização de Internação Hospitalar (AIH). O Objetivo desta pesquisa é contribuir com a gestão da saúde em Roraima, à partir do estudo do financiamento de AIH no Hospital Geral de Roraima, particularmente no que se refere aos recursos utilizados nos procedimentos de média e alta complexidade. Busca-se assim, fazer um levantamento das Autorizações de Internação Hospitalar, verificando o volume de recursos implicados, bem como os meios pelos quais esses procedimentos são financiados. Como resultado verificamos que o número de AIH glosadas é significativo chegando perto dos 10% do total de AIH processadas no primeiro quadrimestre de 2012. Os principais motivos de glosa foram a falta de cadastro de muitos profissionais no sistema CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) e o CBO (Cadastro Brasileiro de Ocupações) de profissionais incompatível com o procedimento realizado. Sendo assim ficou evidente um problema de gestão para reduzir o número de AIH glosadas no HGR-RR e assim contribuir para um melhor financiamento da saúde em Roraima.

Palavras-chaves: Financiamento da saúde, Sistema Único de Saúde; Gestão Hospitalar

## ABSTRACT

Public health in Brazil is inserted in a historical context quite complex in what refers the financing of services. The various forms of financing that has been created, changed and recreated, generate many questions about its efficiency and applicability. The Ministry of Health currently works the mode financing in five blocks to fund the benefit SUS: Basic Attention; Attention of Average and Alta Complexity Ambulatorial and Hospitalar; Surveillance in Health; Pharmaceutical Assistance; SUS Management. The activities assistential performed in regime of hospitalization, by public services and Private that integrate the Sistema Único de Health, are borne by means the system of financing hospital, having as operational instrument the Hospital Information System of System Unified Health (SIH / SUS) and your form own, the Authorization of Hospitalization (AIH). The Objective this research is contribute to the knowledge of health financing in Roraima, to from the study of question in Hospital Geral de Roraima, particularly in what refers to resources used in procedures of medium and high complexity. Searching-if thus, do a lifting of Commitments of Hospitalization, checking the volume of resources implicated, well as the means by which these procedures are financed. How result we verified that the number of AIH disallowed is signifier getting close of 10% of total AIH processed in first four months of 2012. The main reasons of disallowance were lack of cadastre of many professionals in the system CNES (Nacional Cadastre of Health Establishments) and the CBO (Brazilian Occupations Cadastre) of professionals incompatible with the procedure performed. Being thus became evident a management problem to reduce the numbers AIH disallowed in HGR-RR and so contribute to a better health financing in Roraima.

Keywords: Health Financing, Health System, Hospital Management



## LISTA DE TABELAS

Tabela 01	- Despesa com Ações e Serviços Públicos de Saúde com Proporção do PIB, 2006 a 2010, Brasil.....	40
Tabela 02	Gasto nacional em saúde: percentual do pib em <i>per capita</i> e participação público e privado: estimativas para 2007 (países com área acima de 3.000 km <sup>2</sup> ).....	40
Tabela 03	- Percentual do gasto público em saúde em relação ao gasto total do governo 1980, 1991, 2003 e 2007.....	41
Tabela 04	- Distribuição da arrecadação por principais tributos, 2010.....	43
Tabela 05	Gasto Social Federal das três esferas de governo, em % do PIB, 2010.....	43
Tabela 06	- Participação (%) na despesa com saúde segundo esfera de governo, 1980 a 2008.....	44
Tabela 07	- Gasto social federal como percentual do PIB, 1995 - 2005, em R\$ milhões correntes.....	45
Tabela 08	- Comparação entre os valores de AIH glosados e os valores da AIH processados no HGR, 2012.....	64
Tabela 09	- Distribuição dos valores financeiros (%) das AIH glosadas frente ao total de AIH processadas e glosadas no HGR, primeiro quadrimestre 2012.....	65

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01	- Distribuição percentual do GSF por área em 2005, Brasil.....	47
Gráfico 02	- Distribuição do quantitativo de AIH glosadas no HGR no primeiro quadrimestre de 2012.....	62
Gráfico 03	- Distribuição dos valores financeiros referentes às glosas de AIH do HGR no primeiro quadrimestre de 2012.....	63
Gráfico 04	- Comparação entre os valores de AIH glosados e os valores da AIH processados no HGR, 2012.....	64
Gráfico 05	- Distribuição dos motivos de glosas de AIH no HGR, no primeiro quadrimestre de 2012.....	66
Gráfico 06	- Distribuição do Faturamento de AIH no primeiro quadrimestre de 2010, 2011, 2012, no HGR, Boa Vista.....	68

## LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
BPC	Benefícios de Prestação Continuada
CAPs	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASP	Conselho Nacional de Segurança Pública
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CRM	Conselho Regional de Medicina
DATASUS	Departamento de informática do SUS
DNERu	Departamento Nacional de Endemias Rurais
EC	Ementa Constitucional
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FCES	Ficha de Cadastro de Estabelecimento de Saúde
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
GSF	Gasto Social Federal
HGR	Hospital Geral de Roraima
IAIA	Instituto de Assuntos Interamericanos
IAPs	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Programação Pactuada Integrada
IR	Imposto de Renda
MAC	Média e Alta Complexidade
MÊS	Ministério da Educação e Saúde
NOB	Serviço Especial de Saúde Pública
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PIB	Produto Interno Bruto
PPI	Programação Pactuada e Integrada
SALTE	Saúde, Alimentação, Transporte e Energia
SAS	Secretaria de Assistência a Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SES-RR	Secretaria de Estado da Saúde – Roraima
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial

SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIHD	Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos
SUCAM	Superintendência Nacional de Campanhas
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UCA	Unidade de Cobertura Ambulatorial

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	O ACESSO À SAÚDE NO BRASIL, UMA LENTA E DIFÍCIL CONSTRUÇÃO.....	16
	2.1 Do Império à República Velha.....	16
	2.2 A Era Vargas e o Populismo.....	20
	2.3 O período militar.....	24
	2.4 Democracia e Constituição do Sistema Único de Saúde.....	26
3	FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL.....	32
	3.1 O subfinanciamento da saúde no Brasil.....	38
	3.2 As Normas Operacionais da Saúde.....	49
	3.3 Os Blocos de Financiamento.....	54
4	FATURAMENTO DE AIH NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA.....	62
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
	REFERÊNCIAS.....	74
	APÊNDICE.....	79

## 1 Introdução

A população do Estado de Roraima, de acordo com o censo de 2010 (IBGE), chegou ao número de 451.227 habitantes. O Estado está situado numa região periférica da Amazônia Legal, no noroeste da Região Norte do Brasil. De acordo com o Censo agropecuário 2006 do IBGE, a economia do estado se baseia no setor de serviços, na agricultura (arroz, feijão, milho e mandioca), na pecuária (bovino, suíno e ovino) e no extrativismo (madeira, ouro, diamantes, cassiterita).

No que concerne ao setor da saúde Roraima apresenta 327 estabelecimentos, entre hospitais, unidades básicas, laboratórios, unidades móveis, dos quais 226 são da rede pública (DATASUS, 2012). Deste total de estabelecimentos, 17 realizam internação, sendo 15 pela rede pública e 2 pela rede privada. Na Capital, Boa Vista, está situado o Hospital Geral de Roraima, o hospital do Estado que realiza o maior número de internações.

O Ministério da Saúde trabalha o modo de financiamento em seis blocos para o custeio do SUS: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS; Investimento na Rede de Serviços de Saúde (CONASS, 2011).

As atividades assistenciais realizadas em regime de internação hospitalar, pelos serviços públicos e privados que integram o Sistema de Saúde, são custeadas por meio do sistema de financiamento hospitalar, tendo como instrumento operacional o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) e seu formulário próprio, a Autorização de Internação Hospitalar (AIH). O teto quantitativo de AIH é proporcional à população, cabendo às Secretarias de Saúde e aos conselhos de Saúde o planejamento e a distribuição para os diferentes prestadores, segundo a necessidade da população.

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988, tem três princípios básicos: a Universalidade, que visa atender todos os cidadãos sem distinção de raça, cor, religião etc.; a Equidade, que busca diminuir as diferenças sociais, oferecendo mais serviços para as regiões mais necessitadas; e a Integralidade, que busca

atender todas as necessidades do indivíduo, desde uma vacina até um transplante. Quando as condições da rede pública são insuficientes para o atendimento do princípio de integralidade, o SUS tem recorrido à terceirizações de serviços.

Para o acompanhamento e pagamento dos procedimentos realizados pelos prestadores de serviços que o SUS contrata, são utilizados dois sistemas: o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), para a área ambulatorial, e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), para a área hospitalar.

A legislação brasileira (Lei 8080/1990) divide as competências de cada esfera de governo (Federal, Estadual e Municipal) para o setor da saúde. No que concerne à alta complexidade hospitalar, que exige infra-estrutura mais cara e profissionais mais especializados, entre as competências da União está a de definir e coordenar os sistemas de “redes integradas de assistência de alta complexidade”. Enquanto à direção estadual do SUS compete identificar unidades hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade de abrangência estadual e regional, além de acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde. À direção municipal do SUS, entre outras, a competência de participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com a direção estadual.

Um hospital da rede pública deve seguir os requisitos legais para realização dos procedimentos de alta complexidade, para que estes procedimentos sejam habilitados pelo Ministério da Saúde, a fim de que se proceda o financiamento com recursos federais. Se um procedimento de alta complexidade não for habilitado ou não seguir os requisitos necessários, o sistema de informação não aceitará a produção, provocando uma glosa, ou seja, uma anulação da produção, e o Estado terá que arcar com as despesas com recurso próprio. Portanto, é importante para a gestão dos hospitais da rede pública a realização de estudos de avaliação das produções nos serviços de alta complexidade, verificando quais procedimentos ainda sofrem glosas e porquê.

Foram considerados campos de estudo desta pesquisa o Hospital Geral de Roraima (HGR) e o Departamento de Sistemas da Secretaria de Estado da Saúde de Roraima (SES-RR), a partir do seguinte critério: o HGR é a instituição que apresenta a demanda mais expressiva de procedimentos principais em internações hospitalares no estado de Roraima e consome valores significativos de recursos financeiros.

O objeto de estudo foi constituído por todas as AIH glosadas no primeiro quadrimestre de 2012 e pelo total das internações hospitalares processados/pagos pela SES-RR, através do SIH-SUS. A coleta dos dados só foi realizada após a autorização da Direção do Hospital.

Para análise foram utilizados dados referentes ao quantitativo de AIH abertas processadas pelo sistema e as AIH glosadas, realizando uma distribuição percentual e a representação gráfica.

Como técnica de coleta de dados foi utilizada a pesquisa documental e o procedimento adotado constou de consulta a um banco de dados referente às internações hospitalares, formado a partir de informações oficiais da SES-RR e do Departamento de Faturamento do Hospital Geral.

Utilizamos uma planilha (Apêndice) elaborada em Excel para coleta de dados constando: data da internação, código SIGTAP, número do prontuário, valor do procedimento e motivo glosa. O SIGTAP é o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese do SUS. Consultando o SIGTAP conseguimos as informações necessárias sobre os procedimentos realizados, como por exemplo o valor do procedimento, profissionais exigidos para realizar o procedimento, requisitos para habilitação do hospital, exigência de anestesista.

O Objetivo desta pesquisa é contribuir com a gestão da saúde em Roraima, à partir do estudo do financiamento de AIH no Hospital Geral de Roraima, particularmente no que se refere aos recursos utilizados nos procedimentos de média e alta complexidade. Busca-se assim, fazer um levantamento das Autorizações de Internação Hospitalar, verificando o volume de recursos implicados no primeiro quadrimestre do ano de 2012, bem como os meios



pelos quais esses procedimentos são financiados. Assim no primeiro Capítulo abordaremos assuntos relacionados à história da saúde pública no Brasil, para melhor entendermos a organização do nosso sistema de saúde. No segundo Capítulo discorreremos mais especificamente sobre o financiamento da saúde no Brasil: como ocorre; de onde vem os recursos, como são utilizados. E no terceiro Capítulo apresentamos os resultados da nossa pesquisa, fazendo uma análise da situação do faturamento de AIH no HGR e as considerações sobre a eficiência da gestão neste hospital.

## 2 O acesso à saúde no Brasil, uma lenta e difícil construção.

### 2.1 Do Império à República Velha

A questão do acesso à saúde no Brasil tem sido historicamente um grande desafio a ser enfrentado. No período colonial (1530-1815), o Brasil era subordinado econômica e politicamente à metrópole Portugal, sendo que a exploração econômica se deu por meio dos ciclos do pau-brasil, da cana de açúcar, da mineração e do café. Uma vez que inexistia um sistema de saúde formalmente estruturado, a população utilizava-se da medicina informal, oriunda de crenças e conhecimentos populares, enquanto que as famílias abastadas, principalmente no período de exploração do café, tinham acesso aos profissionais legais da medicina, que eram trazidos de Portugal. Com a chegada da família Real ao Brasil, em 1808, foi constituída a Academia Real de Medicina Social, na Bahia, que tinha como objetivos: a proteção da saúde da população, segundo os modelos europeus, e a defesa da ciência, o que contribuiu para a construção da hegemonia da prática médica no Brasil. Nesse momento, de acordo com Bertolozzi e Greco (1996), a Saúde Pública no Brasil passou a ser calcada em intervenções engendradas na corrente de pensamento do Sanitarismo, ou seja, havia uma preocupação com disseminações de doenças na população, podendo atingir a realeza.

Em 12 de outubro de 1822, no Campo de Santana (atual praça da república no Rio de Janeiro), dom Pedro I foi aclamado Imperador Constitucional e Defensor Perpétuo do Brasil. Era ao mesmo tempo o início do reinado de dom Pedro I e também do Império brasileiro. No dia 3 de março de 1823, a Assembleia Geral Constituinte e Legislativa do Império do Brasil iniciou sua legislatura com o intento de realizar a primeira Constituição Política do país (LUSTOSA, 2007).

A Carta (Constituição) promulgada em 1824 foi influenciada pelas Constituições francesa de 1791 e espanhola de 1812. Dentre as principais características desta constituição apontamos: o governo era uma monarquia unitária e hereditária; a existência de quatro poderes: o Legislativo, o Executivo, o Judiciário e o Poder Moderador, este acima dos demais poderes, exercido pelo Imperador; o Estado adotava o catolicismo como religião oficial. As outras religiões eram permitidas com seus cultos domésticos, sendo proibida a construção de templos com aspecto exterior diferenciado; define quem é considerado cidadão brasileiro; as eleições eram censitárias e indiretas; submissão da Igreja ao Estado, inclusive com o direito

do Imperador de conceder cargos eclesiásticos na Igreja Católica (padroado). Foi uma das primeiras do mundo a incluir em seu texto (artigo 179) um rol de direitos e garantias individuais; o Imperador era inimputável (não respondia judicialmente por seus atos). Por meio do Poder Moderador o imperador nomeava os membros vitalícios do Conselho de Estado, os presidentes de província, as autoridades eclesiásticas da Igreja oficial Católica Apostólica Romana, o Senado vitalício. Também nomeava e suspendia os magistrados do Poder Judiciário, assim como nomeava e destituía os ministros do Poder Executivo.

No que concerne ao sistema de saúde, a Constituição Brasileira de 1824 se apresentou deficiente, sem especificar competências para o Império. Não havia discriminadas as garantias constitucionais de acesso à saúde para a população. A única menção à saúde se fazia presente no Título 8º:

TITULO 8º

Das Disposições Gerais, e Garantias dos Direitos Civis, e Políticos dos Cidadãos Brasileiros.

Art. 179. A inviolabilidade dos Direitos Civis, e Políticos dos Cidadãos Brasileiros, que tem por base a liberdade, a segurança individual, e a propriedade, é garantida pela Constituição do Império, pela maneira seguinte(...)

XXXI. A Constituição também garante os socorros públicos. (Brasil, 1824)

Na segunda metade do século XIX, as bases do modelo de produção capitalista, que estava em franca expansão mundial, começam a ser desenvolvidas no Brasil. O sistema escravocrata vinha sendo cada vez mais questionado. Em 4 de setembro de 1850, por meio da lei que ficou conhecida como Lei Eusébio de Queirós, foi extinto o tráfico negreiro. Posteriormente, em 1888, foi abolida a escravidão. Nesse processo, grande soma de capitais, antes destinados ao tráfico e comercialização de escravos, voltaram-se para outras atividades econômicas. Entre 1850 e 1860, foram fundadas 62 empresas industriais, 14 bancos, três caixas econômicas, 20 companhias de navegação a vapor, 23 companhias de seguros e oito estradas de ferro. A cidade do Rio de Janeiro, o grande empório do comércio de café, modernizou-se rapidamente: suas ruas foram calçadas, criaram-se serviços de limpeza pública e de transportes urbanos, e redes de esgoto e de água.

A situação política do país, entretanto, no final do século, era de grande instabilidade. O Império estava desgastado, em função de diversas questões. No campo religioso temos os

conflitos entre a igreja e o império. O catolicismo era a religião oficial do Brasil e, como em Portugal, a Igreja estava subordinada ao Estado, através do regime do padroado. Segundo essa tradição, cabia ao imperador a escolha dos clérigos para os cargos importantes da Igreja, da mesma forma que as bulas (ou decretos) papais só eram aplicadas com o consentimento explícito do monarca. Através de uma bula, o papa condenou a maçonaria e interditou padres e fiéis de pertencerem a seus quadros. Essas determinações, entretanto, não foram aplicadas no Brasil, visto que era grande o número de católicos filiados à maçonaria.

Em 1872, os bispos de Olinda e Belém, obedientes às ordens papais, suspenderam irmandades religiosas que se recusavam a afastar os membros maçons. Por solicitação das irmandades atingidas, D. Pedro II anulou as suspensões. Como, no entanto, os bispos mantiveram firme o propósito de sustentar a decisão, eles foram julgados e condenados por ordem imperial.

Embora tenham sido anistiados mais tarde, em 1875, a prisão dos bispos foi uma afronta à Igreja, ao mesmo tempo em que feriu a religiosidade popular. Como consequência, a Igreja afastou-se do governo imperial.

Havia também conflitos internos entre os chefes militares, favorecendo a difusão do ideal republicano; a insatisfação dos fazendeiros com relação à não indenização com o fim da escravatura. Estes elementos contribuíram para que no dia 15 de novembro de 1889, o marechal Deodoro da Fonseca proclamasse por meio de um golpe militar o início da República e o fim do Império (VIANNA, 1994).

Outro elemento importante nesse contexto diz respeito à intensificação do processo migratório. Com a necessidade de mão-de-obra para o trabalho na cultura de cana de açúcar, cerca de 4 milhões de escravos foram trazidos da África para o Brasil entre os anos de 1531 e 1855, principalmente nas regiões Nordeste e Sudeste. Posteriormente, com a consolidação do ciclo de cultivo do café (entre o século XVIII e meados do século XIX), nas regiões Sudeste e Sul, expandiu-se a imigração com origem em países europeus. A partir de 1875, estados brasileiros passaram a incentivar e financiar a imigração, principalmente de italianos, e isto produziu a primeira grande onda de imigração para o Brasil, ocorrida entre os anos de 1880 e 1903, quando se registrou a entrada de cerca de 1,85 milhões de europeus no país, originários

principalmente da Itália. Sob o efeito da conjuntura de tensões sociais e políticas que antecedeu a I Guerra Mundial e de seus impactos nos anos seguintes, registrou-se um aumento da imigração para o Brasil, constituindo a segunda onda, entre os anos de 1904 e 1933. Este período presenciou a entrada de 2,23 milhões de estrangeiros no país. Com a Grande Depressão e a crise que então se estabeleceu sobre a economia cafeeira do país, o governo brasileiro, na década de 1930, impôs um limite para a imigração e, apesar do esforço determinado pela industrialização do país, a atividade produtiva no setor industrial recorreu mais intensamente ao uso de mão-de-obra proveniente das migrações internas e não externas. O limite à imigração, imposto em 1930, reduziu pela metade o ingresso de imigrantes no ano seguinte, quando se contabilizou a entrada de 27 mil imigrantes. Entre 1930 e 1939, registrou-se o ingresso de 333 mil imigrantes, bastante inferior ao número verificado no decênio anterior: 846 mil imigrantes (IBGE, 2000).

As condições sanitárias do país eram de extrema precariedade, tornando-se mais difíceis com a chegada dos imigrantes que vinham trabalhar no Brasil, uma vez que as políticas de saúde não acompanhavam o crescimento demográfico e econômico (SCOREL, 2008).

A vinda de imigrantes para o Brasil, aliada à falta de políticas sociais e de saúde pertinentes, acabou por resultar na eclosão de epidemias de febre amarela e peste bubônica, dentre outras. A Constituição de 1891, resultante da Proclamação da República, assinalava a preponderância dos grandes Estados nas decisões nacionais. Assim, o poder centralizou-se nos Estados produtores de café da região centro-sul, São Paulo e Minas Gerais, instalando-se a política do "café com leite". Essa Constituição incorporou a saúde como uma área de âmbito estatal estabelecendo sua estrutura e locais de atuação (IYDA, 1994).

Rodrigues Alves, presidente do Brasil no período de 1902 a 1906, nomeou o médico sanitarista Oswaldo Cruz, como Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública. Oswaldo Cruz propôs erradicar a epidemia de febre-amarela na cidade do Rio de Janeiro. A questão sanitária passou a ser tomada como uma questão política e social. O Departamento Nacional de Saúde Pública visava a extensão dos serviços de saneamento urbano e rural, além da higiene industrial e materno-infantil. Neste governo iniciaram os primeiros encontros dos sanitaristas que bradavam por soluções mais eficazes nas questões de saúde. Esse movimento

sanitário difundiu a necessidade da "educação sanitária" como uma estratégia para a promoção da saúde (BRAGA e PAULA, 1987).

País predominantemente rural, com um contingente de analfabetos estimado em 70% no censo de 1920 – analfabetos e doentes, como apregoaram os que se engajaram no movimento sanitarista da época –, esse era o Brasil das três primeiras décadas do século XX. Naquele contexto, emergia a questão social associada às primeiras manifestações operárias urbanas, com intensos conflitos entre capital e trabalho acompanhados de violenta repressão e ausência de canais legais de articulação de interesses.

## 2.2 A Era Vargas e o Populismo

Os trabalhadores mais articulados politicamente lutavam pela organização das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que se constituíram em embrião do Seguro Social, correspondendo ao primeiro período da história da Previdência Social brasileira. As CAPs foram regulamentadas por meio da Lei Elói Chaves, em 1923, e concediam benefícios pecuniários, nas modalidades de aposentadorias e pensões, bem como na prestação de serviços do tipo de consultas médicas e fornecimento de medicamentos. Para tanto, foi criado um fundo constituído pelo recolhimento compulsório do empregado: 3% do salário; do empregador: 1% da renda bruta das empresas e da União: 1,5% das tarifas dos serviços prestados pelas empresas (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1985).

Cabe ressaltar que desde o início, o sistema previdenciário não foi baseado no conceito do direito à previdência social, inerente à cidadania, mas considerado um direito contratual, baseado em contribuições ao longo do tempo (POSSAS, 1981). A propósito desta lei devem ser feitas as seguintes considerações: □ a lei deveria ser aplicada somente ao operariado urbano. Para que fosse aprovado no Congresso Nacional, dominado na sua maioria pela oligarquia rural, foi imposta a condição de que este benefício não seria estendido aos trabalhadores rurais. Fato que, na história da previdência do Brasil, perdurou até a década de 1960. Outra particularidade refere-se ao fato de que as caixas deveriam ser organizadas por empresas e não por categorias profissionais. A criação de uma CAP também não era

automática, dependia do poder de mobilização e organização dos trabalhadores de determinada empresa para reivindicar a sua criação (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1985).

No final do século XIX muitos cafeicultores passaram a investir parte dos lucros obtidos com a exportação do café, no estabelecimento de indústrias, principalmente em São Paulo e no Rio de Janeiro. Eram fábricas de tecidos, calçados e outros produtos de fabricação mais simples. A mão-de-obra usada nestas fábricas era, na maioria, formada por imigrantes italianos. Assim, no início do século XX a indústria brasileira foi alargando os passos. Foi, entretanto, durante o primeiro governo de Getúlio Vargas (1930-1945) que a indústria brasileira ganhou um grande impulso (ESCOREL e TEIXEIRA, 2008).

O crescimento do processo de industrialização do país trouxe também uma série de questões sociais. O ritmo interno de trabalho e as condições precárias foram elementos das lutas dos trabalhadores que cada vez mais pressionavam o Estado. O Governo Vargas, então, adota uma série de medidas relativas à regulamentação do trabalho como forma de minimizar os conflitos sociais crescentes, ao mesmo tempo em que dava um freio nas organizações sindicais. Longe de resolver o problema, as questões sociais se tornavam cada dia mais visíveis. O processo inflacionário, entre outras questões, solapava as condições de vida da população, fenômeno que se refletiu nas demandas por saúde e assistência médica.

No que diz respeito a esse fato a política de Vargas teve duas bases distintas: a saúde pública e a medicina previdenciária. Na década de 1930 as Caixas de Aposentadorias e Pensões foram transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que congregavam os trabalhadores por categorias profissionais. Apesar de estarem voltados prioritariamente para os benefícios e pensões, também ofereciam serviços médicos. A assistência era limitada aos trabalhadores inseridos em empregos formais e organizados conforme o sindicalismo instituído por Vargas e, portanto, atrelado aos interesses do Estado. Para Escorel (2008) esse modelo corresponde à concepção de cidadania regulada – modalidade de cidadania em que a base dos direitos não se encontra em valores políticos universais, e sim em um sistema de estratificação ocupacional definido por norma legal.

O crescimento industrial aumentava a preocupação com a manutenção da força de trabalho em condições de produção, bem como na sua reintegração rápida ao processo de

produção. Para responder a estas demandas, várias instituições de trabalho passaram a criar serviços de atendimento ambulatorial, de caráter terapêutico e, alguns, em nível de reabilitação (IYDA, 1994).

Nesse processo, a questão de saúde toma visibilidade, e em 1937 foram instituídas as conferências nacionais de saúde como mecanismo de o governo federal articular e conhecer ações desenvolvidas pelos estados na área da saúde. Foram estabelecidas pela Lei n. 378, de 13/01/1937, que reorganizou o Ministério da Educação e Saúde (PINHEIRO, WESTPHAL, AKERMAN, 2005). As conferências constituíram-se como espaços estritamente intergovernamentais, dos quais participavam autoridades do então Ministério da Educação e Saúde e autoridades setoriais dos estados e do território do Acre. Estavam previstas para serem realizadas a cada dois anos, mas, apenas em janeiro de 1941 foi convocada a I Conferência, por proposição do Ministro Gustavo Capanema. Desde então, foram realizadas 14 conferências nacionais de saúde (CONASS, 2011).

Em 1942, sob a estrutura do Ministério da Educação e Saúde do Brasil (MES), foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). O SESP respaldava-se num acordo entre os governos norte-americano e brasileiro, e realizava suas políticas em parceria com o Instituto de Assuntos Interamericanos (IAIA). O SESP tinha como atribuições centrais, naquele momento, sanear a Amazônia e a região do vale do rio Doce, onde se produzia borracha e minério de ferro, matérias-primas estratégicas para o esforço de guerra americano, tendo em vista os altos índices de malária e febre amarela que atingiam os trabalhadores desta região (CAMPOS, 2006).

Ainda neste período, o SESP passa a se ocupar, também, da formação de profissionais da saúde, implantando e desenvolvendo escolas de enfermagem no Rio de Janeiro, Bahia, Rio Grande do Sul, Goiás e Amazonas, com destaque para esta última, criada em 1945, que visava preparar profissionais para a Amazônia através de cursos de graduação e de formação de auxiliares de enfermagem.

Através da Lei nº 3.750, de 1960, o SESP foi transformado em Fundação vinculada ao Ministério da Saúde, Fundação Serviço de Saúde Pública, adquirindo caráter permanente e se



dedicando apenas a programas de abastecimento de água para cidades entre cinco mil e quarenta mil habitantes. A partir de 1990, com a reforma administrativa empreendida pelo governo Collor, a Fundação SESP foi extinta, passando a integrar junto com a Superintendência Nacional de Campanhas (SUCAM) um novo órgão denominado Fundação Nacional de Saúde, com sede em Brasília.

No governo do presidente Dutra (1946 -1951), foi criado o plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia). Dutra apresentou a questão da saúde como uma de suas prioridades, mas a Saúde Pública, ainda que elevada à condição de "questão social", nunca esteve verdadeiramente entre as opções prioritárias da política de gastos do governo. Os recursos para a execução do Plano SALTE seriam provenientes da Receita Federal e de empréstimos externos. Entretanto, a resistência da coalizão conservadora, que dava sustentação ao governo, e a ortodoxia da equipe econômica acabaram por inviabilizar o plano, que praticamente não saiu do papel (BERTOLOZZO e GRECO, 1996, p 385).

Em 1953 a saúde ganhou um Ministério próprio com a criação do Ministério da Saúde, desmembrado da educação<sup>1</sup>, com uma estrutura de caráter extremamente frágil, cabendo-lhe a menor fração do orçamento do antigo Ministério da Educação e Saúde, ou seja, um terço dos impostos destinados à Educação e Saúde. No plano econômico, tinha início a segunda etapa do processo de industrialização, com a produção de bens de capital, máquinas e equipamentos que requeriam vultosos investimentos (ESCOREL e TEIXEIRA, 2008, p 335).

O governo de Juscelino Kubitschek, no período de 1956 a 1960, ficou marcado pelo chamado desenvolvimentismo, política econômica baseada na meta de crescimento da produção industrial e da infra-estrutura, com participação ativa do estado, como base da economia e o conseqüente aumento do consumo. As políticas sociais tinham função meramente paliativa. Durante o seu governo foi feita uma tentativa de coordenar os vários órgãos envolvidos no combate, controle ou erradicação de doenças específicas, com a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu).

---

1 Antes do desmembramento, a Saúde e a Educação eram responsabilidade de um mesmo ministério, Ministério da Educação e Saúde (MES). Na saúde o MES executava as ações de saúde pública - centrada na erradicação de doenças infectocontagiosas, endemias ou epidemias - e assistência médica previdenciária, de caráter individual, destinada aos indivíduos acometidos por doenças que lhes impediavam de trabalhar. A assistência individual não estava sob o controle do MES e sim do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.

Embora a tentativa de unificar e coordenar as atividades das campanhas verticais não tenha tido muito sucesso, algumas conquistas foram realizadas: erradicação do transmissor da febre amarela e da varíola e as não bem sucedidas tentativas de erradicação da malária e lepra. Enquanto o DNERu estava voltado para determinadas doenças nas áreas rurais, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) expandia seus serviços de assistência à saúde, sem que houvesse qualquer tipo de trabalho, cooperação ou intercâmbio entre eles (SCOREL e TEIXEIRA, 2008).

Sendo assim, algumas definições precisavam ser feitas para melhor estabelecer o sistema de saúde. Então, em julho de 1963 foi convocada, pelo presidente João Goulart, a 3ª Conferência Nacional de Saúde. Seu temário expressava uma nova orientação, direcionada à análise da situação sanitária e à reorganização do sistema de saúde, com propostas de descentralização e de redefinição dos papéis das esferas de governo, além de proposição de um plano nacional de saúde.

### 2.3 O período militar

O golpe militar de 1964 inviabilizou a implementação das medidas propostas pela 3ª conferência, mas suas deliberações alimentaram muitos dos debates realizados por movimentos sociais a partir da década de 1970 (BRASIL, 2011).

Em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, centralizando e reforçando ainda mais a dominância do modelo clínico assistencial e curativista. A atuação do setor público na chamada assistência médico-hospitalar era prestada por intermédio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social, criada em 1977. A assistência à saúde desenvolvida beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, segurados do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e seus dependentes, não tendo caráter universal. O INAMPS dispunha de estabelecimentos próprios, mas a maior parte do atendimento era realizado pela iniciativa privada; os convênios estabeleciam a remuneração por procedimento. O pagamento baseava-se em tabelas de referência: a UCA (Unidade de Cobertura Ambulatorial) e as AIHs (Autorizações de Internação Hospitalar) (OLIVEIRA, 1985).

Em 1975, o modelo econômico implantado pela ditadura militar entra em crise. A população com baixos salários, contidos pela política econômica e pela repressão, passou a conviver com o desemprego e as suas graves consequências sociais, como aumento da marginalidade, das favelas e da mortalidade infantil. O modelo de saúde previdenciário começa a mostrar as suas mazelas: por ter priorizado a medicina curativa, o modelo proposto foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias e os indicadores de saúde (mortalidade infantil, por exemplo); aumentos constantes dos custos da medicina curativa, centrada na atenção médico-hospitalar de complexidade crescente; diminuição do crescimento econômico com a respectiva repercussão na arrecadação do sistema previdenciário, reduzindo as suas receitas; incapacidade do sistema em atender uma população cada vez maior de marginalizados que, sem carteira assinada e contribuição previdenciária, se via excluída do sistema; desvios de verba do sistema previdenciário para cobrir despesas de outros setores e para realização de obras por parte do governo federal; o não repasse pela União de recursos do Tesouro Nacional para o sistema previdenciário, visto ser esse tripartite (empregador, empregado e União).

Em razão desta situação caótica, em agosto de 1975, durante o governo de Ernesto Geisel, foi convocada pelo Decreto n. 52.301, de 27/07/63 e presidida pelo ministro da Saúde Paulo de Almeida Machado, a V Conferência Nacional de Saúde. Após a V Conferência foi regulamentada a Lei 6.229 de 17 de julho, que criou o Sistema Nacional de Saúde e distribuiu as atribuições entre o Ministério da Saúde, responsável pelas ações coletivas de saúde pública, e o sistema de assistência médica previdenciário, responsável por ações de assistência à saúde individual e curativa (BRASIL, 2011). Foi nesse contexto que as idéias gestadas na 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, e impedidas de serem disseminadas e concretizadas por conta do golpe militar de 1964, foram apresentadas por profissionais da área da saúde que tinham a preocupação em melhorar e democratizar o atendimento à saúde das populações mais carentes. Essas idéias deram suporte ao chamado Movimento Sanitário, que posteriormente redundou na criação do Sistema único de Saúde, o SUS.

Em agosto de 1982, foi aprovado o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, ou “Plano do Conasp”, que operacionalmente envolvia trinta e três projetos e programas, dentre os quais o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS)

com o qual se inicia, não sem muitas resistências, o processo de universalização da assistência médica. Com esse programa as prefeituras passariam a receber por produção e, financiadas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), ofereceriam atendimento a toda a população independentemente da existência de vínculo previdenciário. Os serviços da previdência social continuavam atendendo apenas seus segurados – trabalhadores com vínculo formal que contribuíam para a previdência (ESCOREL, 2008).

#### 2.4 Democracia e Constituição do Sistema Único de Saúde

Com o fim do regime militar, na segunda metade da década de 1980, iniciaram os debates em torno da elaboração de uma nova constituição para o país. No âmbito deste debate a proposta de unificação do sistema de saúde, embora aparentemente consensual, enfrentou resistências e divergências até no próprio movimento sanitário. Como solução foi Convocada pelo então ministro Carlos Santanna (Decreto n. 91.466, de 23/07/85) e realizada em 1986, sob a gestão de Roberto Figueira Santos, a VIII Conferência de Saúde, que teve sua Comissão Organizadora presidida por Sérgio Arouca, uma das principais lideranças do Movimento da Reforma Sanitária. Segundo Mendes (1999), a reforma sanitária pode ser conceituada como um movimento social, modernizador e democratizante de transformação para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um sistema único de saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema.

Um amplo processo de mobilização social, que articulou representação de diferentes segmentos e estimulou a realização de pré-conferências nos estados, permitiu a reunião de cerca de quatro mil pessoas em Brasília, dos quais mil eram delegados com direito a voz e voto, para discutir os rumos do sistema de saúde. O temário da VIII Conferência era composto pelos seguintes itens: 1) saúde como direito; 2) reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3) financiamento do setor. Pela primeira vez, uma conferência incluiu a participação de usuários do sistema de saúde. Seu relatório final continha a aprovação da unificação do sistema de saúde, o conceito ampliado de saúde, o direito de cidadania e dever

do Estado e a elaboração de novas bases financeira do sistema e a criação de instâncias institucionais de participação social (CONASS, 2011).

Como resultado dos debates, o relatório da VIII Conferência explicitou as diretrizes para a reorganização do sistema e estabeleceu que a mesma deveria resultar na criação de um Sistema Único de Saúde que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional, separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla Reforma Sanitária (BRASIL, 1986).

A VIII Conferência representou um avanço técnico e um pacto político, ao propor a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como diretrizes: a universalidade, a integralidade das ações e a participação social, além de ampliar o conceito de saúde, colocando-o como um direito dos cidadãos e um dever do Estado (CONASS, 2011).

Apesar dos avanços alcançados, algumas questões permaneceram indefinidas tais como o financiamento do setor saúde, a política de medicamentos e as ações no âmbito da saúde do trabalhador. Há ainda que ressaltar que permaneceu intocável o paradigma do modelo assistencial centrado na assistência médica individual e, portanto, na figura do médico.

Decorrente desta e das demais discussões que se seguiram, em julho de 1987 foi aprovada pelo Ministério da Saúde, juntamente com o Ministério da Previdência Social, por meio do decreto 94.657/87, a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), uma estratégia transitória para a chegada ao Sistema Único de Saúde, que estabelecia a transferência dos serviços de saúde para os estados e municípios; o estabelecimento de um gestor único de saúde em cada esfera de governo e a transferência para os níveis descentralizados dos instrumentos de controle sobre o setor privado (CONASS, 2011).

Consolidando o processo de evolução do sistema público de saúde, a Constituição Federal de 1988 consagrou o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde como um direito de cidadania (CF, art. 196). Sua regulamentação, pela Lei 8.080/1990, inclui, entre os

princípios do então criado SUS, a "igualdade da assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie" (art. 7º, inciso IV). A Lei (art. 43) ainda garantiu a gratuidade da atenção de modo a impedir que o acesso fosse dificultado por uma barreira econômica além das já existentes, como a distância dos serviços, o tempo de espera, o horário de funcionamento, a expectativa negativa quanto ao acolhimento, além de fatores educacionais e culturais. Uma análise geral da Lei nº 8.080 é suficiente para detectar as suas principais tendências: realce das competências do Ministério da Saúde, restringindo-lhe a prestação direta dos serviços apenas em caráter supletivo; ênfase na descentralização das ações e serviços para os municípios; e valorização da cooperação técnica entre Ministério da Saúde, estados e municípios, onde estes ainda eram vistos, preponderantemente, como receptores de tecnologia.

Ao final da década de 1980, cerca de 70% das unidades de saúde que prestavam assistência pertenciam ao setor público. No que diz respeito às instituições hospitalares, esse montante era de 19,6%, sendo que 77,1% dessas instituições pertenciam à rede privada (IBGE, 1989). No que se refere ao gasto em saúde, em 1990, era de US\$ 132/habitante/ano (incluindo-se o setor privado), sendo que, somente 2,8% do PIB, ou seja, US\$ 88/habitante relacionava-se ao gasto do setor público (WORLD BANK, 1990). Isto significa um gasto exíguo, quando comparado ao gasto de outros países e, o que é mais importante, de baixíssimo impacto no sentido da mudança dos perfis epidemiológicos (BERTOLOZZI e GRECO, 1996, p 394)

Em 1995, Fernando Henrique Cardoso assume o governo, intensificando a implementação do modelo neoliberal, atrelado à ideologia da globalização e da redução do "tamanho do estado". Na ótica do neoliberalismo não se admite o conceito de direitos sociais; a condição de mercadoria da força de trabalho é reforçada, assim como a mercantilização dos serviços sociais.

Com esta visão predominando no âmbito do Governo, não houve avanço nos recursos destinados à saúde, que já eram insuficientes. Assim, permanece e se reforça o abismo entre uma legislação que estabelece a saúde como direito e uma realidade de negação desse direito, pela limitação de recursos.

Na busca de uma alternativa econômica como fonte de recurso exclusiva para financiar a saúde, o então Ministro da Saúde - Adib Jatene – propõe a criação da CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira).

Por inúmeros fatores, as Contribuições Sociais constituem uma fonte bastante atraente para a União, vis a vis outros tributos. Primeiro, por sua magnitude, já que correspondem a mais da metade da receita tributária federal. Segundo, por não estarem sujeitas ao princípio da anualidade (CF Art. 150, III b), já que podem ser recolhidas noventa dias depois de sua criação (CF Art.195, § 6º). Terceiro, sua vinculação a uma causa nobre (área social) as torna mais palatáveis pela sociedade do que outros acréscimos fiscais sem destinação explícita ou para algum uso polêmico (CONASS, 2011).

O ministro realizou um intenso lobby junto aos congressistas para a aprovação da CPMF, com alíquota de 0,25% - sobre as movimentações financeiras - pelo congresso nacional, o que aconteceu em 1996, com a Lei n. 9.311, passando a contribuição a vigorar à partir de 23 de janeiro de 1997. Em 1999 a contribuição foi elevada para 0,38%. Com uma pequena interrupção em 1999, a CPMF durou até 2007, quando sua prorrogação foi rejeitada pelo Senado.

No final de 1996, nas discussões prévias à publicação da Lei que autorizava a CPMF, o ministro da saúde sentiu que os seus esforços para aumentar a captação de recursos para a saúde tinham sido em vão, pois o setor econômico do governo deduziu, dos recursos do orçamento da união destinados para a saúde para o ano seguinte, os valores previstos com a arrecadação da CPMF, o que acabou ocasionando o seu pedido de demissão do cargo neste mesmo ano. A crise de financiamento do SUS agrava a operacionalização do sistema, principalmente no que se refere ao atendimento hospitalar. A escassez de leitos nos grandes centros urbanos passa a ser uma constante.

O financiamento do SUS sofreu nesses anos muitos problemas decorrentes da lógica neoliberal que permeou todas as ações do Governo. Podemos citar algumas questões que impactaram diretamente a saúde: proposta de desvinculação da CPMF da receita do setor saúde; utilização sistemática dos recursos do Orçamento da Seguridade Social para garantir o

*superávit* primário das contas públicas; decisão do então Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, orientado pelos Ministros do Planejamento e da Fazenda de ampliar o conteúdo das “ações de serviços de saúde” incluindo gastos com saneamento e segurança alimentar o que ocasionou a redução de 5 bilhões dos recursos destinados ao SUS (BRAVO, 2001, p 19).

A Emenda Constitucional n. 29 (EC n. 29), promulgada em 13 de setembro de 2000, almejava assegurar o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, estabelecendo que as três esferas de governo aportassem anualmente recursos mínimos provenientes da aplicação de percentuais das receitas e determinando as suas bases de cálculo. Portanto, vinculou recursos ao setor saúde (CONASS, 2011).

Seus principais pontos são os seguintes:

a. Acrescenta (arts. 1º e 2º), aos artigos 34 e 35 da Constituição Federal, a possibilidade de intervenção da União nos estados, Distrito Federal e municípios, e do estado em seus municípios, no caso da não aplicação, em ações e serviços públicos de saúde, do mínimo previsto de suas receitas;

b. Permite, no art. 167 da CF, a vinculação de receita de impostos às ações e aos serviços de saúde;

c. Determina (art. 5º), como regra permanente, no art. 198 da CF, que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios apliquem, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, recursos mínimos. No caso dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, os percentuais serão calculados sobre a arrecadação de impostos e as transferências constitucionais. No caso da União, na forma como for definida em lei complementar;

d. Definiu (art. 77, § 1º) que, no caso da União, no ano 2000, o total de recursos mínimos aplicados em ações e serviços de saúde deveria ser equivalente ao montante empenhado no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, 5%. Do ano 2001 ao ano 2004, o valor mínimo deveria ser aquele apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB;

e. Definiu que a partir de 2000 as aplicações de estados, Distrito Federal e municípios serão de pelo menos 7% chegando, em 2004, para Estados e Distrito Federal, a 12% da arrecadação de impostos e das transferências constitucionais, deduzidas as parcelas que forem



transferidas aos municípios. No caso dos municípios, os recursos mínimos corresponderão a 15% da arrecadação de impostos e dos recursos de transferências.

f. Obriga a aplicação pelos municípios de no mínimo 15% dos recursos federais vinculados ao setor em ações e serviços básicos de saúde. A lei complementar disporá sobre o assunto, incluindo o rateio desses recursos segundo o critério populacional;

Os primeiros efeitos positivos da EC n. 29 logo se fizeram sentir, e em 2001 o gasto público em saúde já apresentou um crescimento real de 10% em relação ao ano anterior e de 35% entre 2000 e 2004.

Apenas em janeiro de 2012 foi sancionada, após muitas discussões, a Lei Complementar nº 141, que regulamentou a Emenda Constitucional nº 29/2000. A norma estabeleceu entre outros pontos, os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabeleceu os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo. Com a vinculação das receitas os Municípios devem aplicar 15% de suas receitas em saúde; os Estados 12% de suas receitas e a União o valor do ano anterior acrescido da variação nominal do PIB. Os repasses serão realizados por meio dos Fundos de Saúde e também diretamente às unidades orçamentárias do Ministério de Saúde, sendo requisito essencial para que o repasse ocorra a existência do Fundo municipal ou estadual, do Plano de Saúde e Conselho de Saúde. A prestação de contas é composta da apresentação de três relatórios distintos: Relatório Resumido da Execução Orçamentária; Relatório quadrimestral e Relatório de Gestão.

### 3 Financiamento da Saúde no Brasil

O Brasil tem um gasto em saúde que corresponde a 3,4% do PIB sendo significativamente inferior ao de países como Uruguai (5,1%), Panamá (4,8%) e Argentina (4,7%) para não compararmos com França (7,2%) e Alemanha (8,0%) (BRAVO, 2001).

Neto e Malik (2007) afirmam que o horizonte da gestão de serviços de saúde no Brasil baseia-se no imediato, sem perspectivas consistentes e integradas de futuro. Como não se constroem visões de futuro, em geral se observa mais do mesmo: preocupação com a sobrevivência, com um viés de curto prazo nas estratégias desenhadas. A sociedade ainda está sob o impacto do crescimento dos custos do setor e o modelo de financiamento não está dando resposta suficiente.

Concordamos com Teixeira et al (2004), quando afirmam que a prática cotidiana de gestão do Sistema Único de Saúde, em qualquer nível de governo, seja federal, estadual ou municipal, coloca um enorme desafio aos gestores: identificar e selecionar os conhecimentos, métodos, técnicas e instrumentos de trabalho que os ajudem a tomar decisões e a conduzir o processo de implementação das políticas, planos, programas e ações de saúde sob sua responsabilidade. Geralmente sem tempo para pesquisar, o gestor e sua equipe são envolvidos de tal sorte em um emaranhado de informações sobre leis, normas, portarias, decretos, programas e projetos prioritários, anúncios de novas tecnologias e sistemas de informação, que, por vezes, se sentem como capitães de navios sem rumo definido, sendo conduzidos ao invés de conduzir.

Segundo Haddad et al. (2007), para alcançar eficiência na gestão hospitalar o primeiro passo é avaliar os procedimentos médicos, a partir da análise do custo-benefício e o custo-efetividade, a fim de que, a par de se obter o melhor resultado possível para o paciente, seja realizada uma comparação desses indicadores. Sabe-se que, muitas vezes, a escolha recai naqueles de menor impacto nos recursos financeiros destinados à saúde e não no impacto para a saúde dos usuários. Ou seja, a carência de recursos faz com que o critério do mercado se sobreponha ao critério humano.

Isso pode ser percebido na própria legislação brasileira, quanto ao método de compras realizadas por entes públicos. O ordenamento brasileiro, em sua Constituição Federal de 1988 (art. 37, inciso XXI), determinou a obrigatoriedade da licitação para todas as aquisições de bens e contratações de serviços e obras, bem como para alienação de bens, realizados pela Administração no exercício de suas funções.

As três modalidades principais de licitação são concorrência, tomada de preço e convite, e destinam-se prioritariamente à aquisição de bens e serviços. O que as difere é o volume de recursos envolvidos. Atualmente, a lei estabelece as seguintes faixas de valores e respectivas modalidades para compras e serviços:

- convite: até R\$ 80.000,00;
- tomada de preços: até R\$ 650.000,00;
- concorrência: acima de R\$ 650.000,00.

Os tipos de licitação referem-se ao modelo de decisão na escolha do vencedor da licitação. À exceção do concurso, cujo julgamento é o parecer de uma comissão de especialistas na área, a lei 8.666/90 elenca os seguintes tipos de licitação:

- menor preço: vence a proposta com menor preço para a administração pública;
- melhor técnica: vence a proposta de melhor técnica, que aceitar o valor da proposta mais baixa dentre todas as com a técnica mínima exigida no edital;
- técnica e preço: as propostas recebem uma nota que leva em conta a técnica e o preço (com pesos na composição da nota definidos no edital), vence a com melhor nota;
- maior lance ou oferta: para o caso de venda de bens (somente em leilão ou concorrência)

No caso do tipo "menor preço", há uma série de requisitos para identificar se a proposta é exequível, e é proibido oferecer bens ou serviços a valores simbólicos, irrisórios ou nulos, incompatíveis com a realidade.

Luíza, Osório-de-Castro e Nunes (1999) relatam que a interpretação pouco criativa da legislação não libertou os contratantes do serviço público da compra de produtos de qualidade duvidosa, restritos sempre ao critério de menor preço.

Melhorar a assistência hospitalar nos aparece como uma esfinge. Seus mistérios nos ameaçam continuamente, uma vez que são poucas as avaliações que permitem um conhecimento consistente acerca de questões importantes. Por exemplo: se a atenção prestada é de boa qualidade, se é mais conveniente os hospitais serem grandes ou pequenos etc. De acordo com Neto e Malik (2007), as respostas têm variado no decorrer dos anos, com a mudança dos critérios valorizados em cada época e realidade. Os hospitais brasileiros atuam num ambiente marcado por significativos desafios de gerenciamento, de forma especial a busca permanente da sustentabilidade, tendo em vista a expressiva dependência destes ao SUS e a crise da saúde pública nos âmbitos nacional, estadual e regional (Teixeira, Pizolotto e Schirmer, 2007). A profissionalização dos processos de administração das instituições hospitalares constitui-se em uma necessidade do ponto de vista da eficiência (VENDEMIATTI et al., 2010).

A eficiência é sem dúvida um conceito importante. Mas como afirmam Gurgel e Vieira (2002), a noção de eficiência tem como pressuposto um tipo específico de racionalidade, qual seja, a racionalidade instrumental. Este tipo de racionalidade refere-se ao cálculo utilitário das conseqüências e implica, necessariamente, uma dimensão econômica que envolve a relação custo-benefício. Não se pretende aqui diminuir a importância dessa dimensão, mas apenas registrar que uma análise desse tipo deve estar sempre vinculada a uma análise da natureza da organização. Concordamos com os autores quando dizem que as organizações públicas de forma geral e os hospitais, mais especificamente, devem subordinar o conceito de eficiência a critérios superiores de eficácia, efetividade e relevância. Uma organização pública que trata diretamente com a vida das pessoas não pode ser dirigida pela lógica da acumulação lucrativa, sob pena de pôr em cheque a própria razão de sua existência. A eficiência é uma dimensão importante da vida das organizações, mas não é a única e nem a mais importante.

O aperfeiçoamento do processo de planejamento e gestão do sistema em todos os níveis demanda, portanto, o acesso a informações de natureza técnico-científica e político-institucional, que contribuam para a incorporação de conhecimentos e tecnologias de formulação, implementação e avaliação de políticas, planos, programas, projetos, destinados a

intervir sobre o estado de saúde da população e sobre o próprio sistema de serviços de saúde (TEIXEIRA et al., 2004). Paim e Teixeira (2006) entendem política de saúde como a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente.

Portanto, quando falamos em políticas de saúde, incluímos a gestão das internações hospitalares. As internações devem merecer atenção diferenciada do gestor pelo volume e variedade de recursos materiais consumidos e trabalho humano envolvidos, pela complexidade da estrutura dos serviços hospitalares e pela possibilidade de gerar conhecimentos que possibilitem, aos gestores, reestruturarem a atenção básica para a prevenção e controle de doenças prevalentes nas diferentes faixas etárias em seu município e que podem ser atendidas em ambulatórios; ou seja, monitorar os dados relativos à produção de internações hospitalares pode fornecer subsídios para reordenar o sistema local de saúde (PICOLO e CHAVES, 2009).

No que se refere ao atendimento hospitalar, o elenco de alta complexidade ambulatorial é composto pelos procedimentos listados nos anexos da Portaria SAS/MS número 968 de 11 de dezembro de 2002. São considerados procedimentos hospitalares de Alta Complexidade aqueles que demandam tecnologias mais sofisticadas e profissionais especializados como Cirurgia Cardíaca, Neurocirurgia, Cirurgia Oncológica e determinados procedimentos de Ortopedia.

Entre os bancos de dados administrativos de saúde disponíveis no país, encontra-se o Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). Desenhado para fins administrativos, é o único de abrangência nacional e tem origem nas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), as quais geram o pagamento das internações de hospitais públicos e privados conveniados ao SUS, oferecendo vantagens para avaliação de qualidade por conterem grande volume de dados, disponíveis com proximidade da ocorrência da internação, reduzindo em muito o custo das avaliações (LEMOS et al, 2011).

Se por um lado o SIH/SUS é um dos sistemas de informações mais utilizados entre os diversos níveis de gestão dos serviços de saúde, por outro, o seu emprego está associado,

sobretudo, ao repasse de recursos (BITTENCOURT, CAMACHO e LEAL, 2006). O mapeamento das redes estabelecidas pelo deslocamento das pessoas que buscam atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em todo o Brasil, permite identificar lacunas na distribuição dos serviços.

Um quadro de referência nacional, que permita situar os estudos mais detalhados, é útil para investigar em que medida o SUS avançou na promoção da universalização do acesso. De fato, para que os serviços possam ser acessíveis a todos, o planejamento do setor saúde precisa conhecer a sua distribuição e a de seus usuários nas várias escalas, da escala local à nacional (OLIVEIRA, CARVALHO e TRAVASSOS, 2004).

Os diferentes tipos de redes de saúde observados no Brasil demonstram a desigualdade regional no acesso, que é ainda mais marcada em relação aos serviços mais complexos. Ainda que, ao longo dos anos, a efetiva implantação da universalização do acesso aos serviços de saúde, meta do SUS, tenha sido tolhida pelas condições político-econômicas mais gerais, é indiscutível o avanço do setor saúde, no Brasil, em termos de ampliação da cobertura e níveis de atendimento. Entretanto, embora alguns estudos apontem tendência à redução das desigualdades regionais no sistema de saúde, esse processo é muito lento, pois *"a distribuição territorial de infra-estrutura de recursos reforça as desigualdades no acesso aos serviços e na quantidade e qualidade da atenção recebida pela população"* (TEIXEIRA, 1999).

É importante destacar que, como afirmam Lemos et al (2011), o conhecimento das peculiaridades de região pode fornecer subsídios para a gestão local, caracterizando os grupos de procedimentos que sofreram incremento no período, contribuindo para a ordenação do sistema local de saúde centrada nas necessidades de saúde da população, na adequação da alocação e distribuição dos recursos financeiros e na melhoria da atenção à saúde da população. Destaque-se ainda que é relevante introduzir a análise de fatores econômicos, na gestão em saúde, como uma possibilidade de ampliar a qualidade da atenção à saúde e a capacidade social de responder às necessidades/demandas da população.

Os autores afirmam ainda que outros elementos precisam ser avaliados, como o fato de que estes aspectos financeiros podem influenciar o crescimento da produção de internação, subestimando as reais necessidades de saúde da população e valorizando especialidades com remuneração maior, cujos procedimentos necessitam da incorporação de equipamentos

materiais e tecnologias, nas quais os próprios prestadores podem ser mais seletivos para internações que representem maior possibilidade de faturamento, em detrimento de especialidades que exigem maior volume de procedimentos relacionados ao processo de cuidar profissional (LEMOS et al, 2011). Ou seja, mais uma vez a lei de mercado pode ordenar a assistência à saúde em um âmbito de faturamento seletivo, priorizando os procedimentos que venham trazer maior rentabilidade para o hospital. É notório que, em todo país, a demanda por procedimentos hospitalares é maior do que a oferta, nesse sentido fica mais difícil analisar os critérios utilizados pelos hospitais para as prioridades de atendimento.

Nesse sentido, à medida que o processo de descentralização do sistema de saúde se implanta, amplia a importância do papel do gestor na utilização e alocação adequada de recursos financeiros, de modo a otimizar o montante monetário disponível para atender às necessidades de saúde da população, nos diversos níveis de atenção do sistema de saúde.

Entendemos a saúde como um direito da população, portanto, mais que otimizar recursos, é fundamental um incremento no financiamento da saúde pública, aumentando a oferta de serviços, tornando-os mais organizados e completos. Investir onde se pode atingir mais pessoas, com menos recursos, como na atenção básica, através da aproximação das equipes de saúde, da população. Mas entendemos também que incrementar recursos não é a única solução para os problemas de saúde no Brasil. Temos também um problema de gestão.

É comum vermos na mídia a precariedade da maioria dos estabelecimentos públicos de saúde, da mesma forma que é comum assistirmos os escândalos de corrupção e ingerência por parte dos gestores. Falta dinheiro e falta aplicação do dinheiro. É consenso entre gestores e muitos cidadãos que há um subfinanciamento da saúde. Mas chega ao ponto de termos uma situação tão crítica da assistência como a que temos encontrado? Por outro lado, temos uma população que muitas vezes se omite diante da calamidade que encontra, seja pela ignorância com relação aos mecanismos de mudança, seja por desacreditar na possibilidade de mudanças; o que leva a um conformismo que só contribui para a manutenção da precariedade no atendimento à saúde da população no Brasil.

O financiamento da saúde no Brasil 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 político-administrativas, envolvendo autoridades, técnicos de saúde, e os demais cidadãos. 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 a administração pública.

Os sistemas de proteção social estão, em alguns países, vinculados ao conceito de Estado de Bem-Estar (*Welfare State*), cuja característica central é a cobertura universal por meio de políticas públicas de cunho social, das necessidades básicas da população, como educação, saúde, previdência e assistência social. A ideia de um estado de bem-estar social surge no contexto de crise do capitalismo, no início do século XX, e sua expansão, particularmente nos chamados países “desenvolvidos” se deu após a segunda grande guerra.

Com a crise do capitalismo, iniciada na década de 1970, o Estado de Bem-Estar Social foi amplamente questionado, e inicia-se um processo de hegemonia das idéias neoliberais, segundo as quais a atuação do Estado deve ser mínima, de forma a deixar o mercado livre para atuar nas mais diversas áreas, inclusive as áreas sociais.

A idéia de um mercado que se auto regula prevalece, e a consequência mais evidente é um amplo processo de mercantilização das relações sociais, por meio da inserção, no âmbito das políticas públicas sociais, da lógica de mercado na concepção dessas políticas.

### 3.1 O subfinanciamento da saúde no Brasil

A Constituição Federal (CF) em 1988 garante a todo cidadão brasileiro o direito à atenção à saúde de forma integral e gratuita. Nos termos do art. 198, §1º, da CF, “o sistema único de saúde será financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”. Os recursos que compõem o financiamento do SUS provêm hoje de três fontes principais: recursos de tributos



e contribuições federais, recursos de tributos estaduais e recursos da arrecadação tributária municipal.

Ocorre que o subfinanciamento do setor público de saúde é reconhecido pelos diferentes atores sociais e grupos de interesse direta ou indiretamente envolvidos no processo de construção do SUS, como fator impeditivo do cumprimento dos preceitos constitucionais de acesso universal e atendimento integral. O subfinanciamento do SUS tem dupla implicação:

uma, por impossibilitar os gestores municipais e estaduais de organizarem a oferta de serviços com qualidade, o que os compele a sub-remunerar os profissionais e os estabelecimentos prestadores de serviços, a não investir em melhores edificações e equipagem de unidades de saúde e a atrasar com freqüência o pagamento de prestadores e fornecedores, pondo em risco a viabilidade da gestão. Outra, por significar intensa repressão de demanda, insuportável congestionamento nos pronto-socorros e consultórios de especialidades, impossibilidade de a atenção básica (...) ser a porta de entrada preferencial com alta resolutividade, e a permanência do predomínio de intervenções tardias: doenças preveníveis não prevenidas, doenças agravadas não atendidas precocemente e mortes evitáveis não evitadas. (CEBES; ABRASCO; ABRES;REDE UNIDA; AMPASA, 2006, p 2).

A Tabela 01 nos mostra a despesa com ações e serviços públicos de saúde em relação ao PIB a partir do ano de 2006 até o ano de 2010 no Brasil. Ao observamos o montante financeiro investido por ano, vemos um aumento importante, aparentando um maior investimento na saúde. No entanto quando observamos esse investimento proporcionalmente ao PIB, vemos que foi inversamente proporcional até 2009, ou seja, o PIB brasileiro cresceu, mas os investimentos em saúde não acompanharam esse crescimento. Somente de 2009 para 2010 houve um aumento, mas ainda assim a razão investimento/PIB em 2010 ficou menor que 2006 e 2007.

Tabela 01 - Despesa com Ações e Serviços Públicos de Saúde com Proporção do PIB, 2006 a 2010, Brasil.

Ano	Despesa (em R\$ mil correntes)	% PIB
2006	R\$ 40.750.154,61	1,72
2007	R\$ 44.303.486,99	1,66
2008	R\$ 48.670.189,58	1,61
2009	R\$ 58.270.260,60	1,60
2010	R\$ 61.965.198,06	1,64

Fonte: Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento-MS, 2012

Os dados mostrados nas tabelas a seguir são produto de estudos realizados ao longo de anos, por isso não são dados de anos recentes. A Tabela 02 traz dados sobre o Gasto Nacional em saúde: percentual do pib em *per capita* e participação público e privado: estimativas para 2007 (países com área acima de 3.000 km<sup>2</sup>).

Tabela 02 - Gasto Nacional em saúde: percentual do pib em *per capita* e participação público e privado: estimativas para 2007 (países com área acima de 3.000 km<sup>2</sup>).

PAÍS	% PIB	PER CAPTA(US\$) EM SAÚDE	ÍNDICE BRASIL: 100	% PÚBLICO	% PRIVADO	ÁREA KM2
Austrália	8,9	3.357	401	67,5	32,5	7.687
<b>Brasil</b>	<b>8,4</b>	<b>837</b>	<b>100</b>	<b>41,6</b>	<b>58,4</b>	<b>8.512</b>
Canadá	10,1	3.900	466	70	30	9.976
China	4,3	233	28	44,7	55,3	9.561
Índia	4,1	109	13	26,2	73,8	3.288
Rússia	5,4	797	95	64,2	35,8	17.075
USA	15,7	7.285	870	45,5	54,5	9.373

FONTE: World Health Report 2010.

Estes dados nos mostram que o gasto com saúde apresenta grande diversidade entre os países de grande dimensão geográfica em relação ao gasto per capita. Como percentual do PIB, o Brasil ocupa posição intermediária. O Brasil tem um dispêndio total em saúde (público e privado) equivalente a 8,4% do PIB, percentual baixo quando comparado ao dos Estados Unidos (15,7%), mas próximo ao de outros países que também possuem sistemas universais, como Canadá (10,1%) e Austrália (8,9%). Todavia, quando analisamos o dado *per capita*, o Brasil fica bem abaixo. Claro que a população brasileira é maior, mas esse dado mostra que não podemos pensar que estamos bem em relação a estes países. O Brasil é o único país com

sistema universal de saúde em que o gasto privado é maior que o público. Como então, um sistema universal pode representar a menor fatia do financiamento da saúde?

A Tabela 03 nos traz informações quanto ao percentual do gasto público em saúde em relação ao gasto total do governo 1980, 1991, 2003 e 2007.

Tabela 03 - Percentual do gasto público em saúde em relação ao gasto total do governo 1980, 1991, 2003 e 2007.

País	1980	1991	2003	2007
Argentina	-	3	14,7	13,9
Austrália	10	12,7	17,7	17,7
Bangladesh	6,4	4,8	5,8	8
Brasil	-	-	10,3	5,4
Canadá	6,7	5,2	16,7	18,1
Espanha	9,7	13,7	13,7	15,6
Índia	1,6	1,6	3,9	3,8
Indonésia	2,5	2,4	5,1	6,2
México	2,4	1,9	11,7	15,5
Paquistão	1,5	1	2,6	3,5
Paraguai	3,6	4,3	14,2	11,9
Reino Unido	13	13,3	15,8	15,6
Suécia	2,2	0,8	13,6	14,1
Trinidad Tobago	5,8	-	5,9	9,4
Uruguai	4,9	4,5	6,3	17,3
USA	10,4	13,8	18,5	19,5
Venezuela	8,8	-	6,4	7,1

FONTE: informe sobre el desarrollo mundial 1993. investir em Salud. banco mundial. Washington dc, p.264

Ano de 2003 - World Health Report 2006: Statistical Annex 2

Ano de 2007 - World Health Report 2010

Os dados revelam que, de 17 países selecionados, em 15 houve aumento da participação relativa da saúde no gasto público total. Acompanhando os dados disponíveis do Brasil, a redução do gasto de 2003 para 2007 foi bastante significativa, representando quase 50% de redução, quando houve um aumento da população e, sem dúvida, um aumento da demanda por serviços de saúde. Comparando com os demais países considerados em desenvolvimento, no continente americano, o Brasil ficou em último lugar. Analisando os

dados de 2003 e 2007 o Brasil teve redução de gasto, ficando atrás de Venezuela, Uruguai, Paraguai e México. Todavia, economicamente o Brasil tinha maior destaque.

Em países como o Brasil, com alta taxa de pobreza e forte concentração de renda, é relativamente baixo o percentual de pessoas que podem pagar serviços de saúde sempre que necessitam. Embora mais de 90% da população seja usuária do SUS, apenas 28,6% utilizam exclusivamente o sistema público. Parece pouco para um sistema de acesso universal. A maioria (61,5%) utiliza o SUS e outros serviços (plano de saúde, pagamento direto). Não usuários são apenas 8,7% (CONASS, 2003).

Os gastos realizados pela administração pública para financiar as políticas sociais e outras despesas governamentais são provenientes de impostos, contribuições e taxas cobradas pelo Estado sobre a produção, consumo, renda e patrimônio. Conhecer o volume e a origem desses recursos é um elemento importante para a análise dos gastos públicos, particularmente para avaliar o espaço ocupado pelos gastos sociais e a forma, regressiva ou progressiva, como a tributação incide sobre os diferentes segmentos sociais.

Com recolhimento de 34% do PIB (Produto Interno Bruto) em impostos (2011), o Brasil possui a maior carga tributária do BRIC (Brasil, Rússia, Índia, China) e mais da metade das economias do G8 (Estados Unidos, Japão, Alemanha, Canadá, França, Itália, Reino Unido e Rússia).

Os países do G8 e as nações do BRIC de alto crescimento ficam com 28% e 29% do PIB em impostos, respectivamente. Entre o G8, os Estados Unidos, Canadá, Japão e Rússia impõem impostos mais baixos que o Brasil.

Em 2011, o valor do PIB no Brasil foi de US\$2.081,2 bilhões, deste valor US\$ 704,1 bilhões foram referentes ao recolhimento de impostos. Desse total, os impostos indiretos somam US\$ 215,9 bilhões, a seguridade social US\$ 284,6 bilhões, imposto de renda US\$ 121,8 bilhões, e outras contribuições e tributos não usuais em operações convencionais.

Observando-se, na Tabela 04, podemos analisar a distribuição da arrecadação, segundo os principais tributos:

Tabela 04 - Distribuição da arrecadação por principais tributos, 2010.

Tributo	2010		
	R\$ milhões	% PIB	%
<b>Total da Receita Tributária</b>	<b>1.233.491,32</b>	<b>33,56</b>	<b>100</b>
ICMS	256.837,91	6,99	21,09
Imposto de Renda	213.416,71	5,81	17,53
<b>Contribuição para Previdência Social</b>	<b>211.968,53</b>	<b>5,77</b>	<b>17,41</b>
Cofins	139.174,35	3,79	11,43
Contribuição para FGTS	61.797,21	1,68	5,07
Contribuição Social sobre o Lucro Líquido	45.487,17	1,24	3,74
Imposto sobre Produto Industrializado	37.305,31	1,02	3,06
Contribuição para o PIS	30.337,50	0,83	2,49
Demais tributos	450.583,34	10,52	18,18

Fonte: Receita Federal, set 2011.

Verifica-se que mais de 60% dos tributos concentram-se em não mais do que oito impostos ou contribuições sociais: Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), Imposto de Renda (IR), Contribuição de Empregados e Empregadores para Previdência Social, Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), Contribuição Social Sobre o Lucro Líquido, Imposto Sobre Produtos Industrializados e Contribuição para o PIS. Um deles, o ICMS, é responsável por mais de um quinto da receita nacional.

Em 2010, o gasto social das três instâncias de governo foi estimado como equivalente a 15,53% do PIB. A Previdência Social, incluídos tanto os gastos do regime geral quanto os regimes dos servidores públicos, é responsável pela maior proporção dos gastos: 47,5% do total ou 7,38% do PIB. A segunda maior área de gastos corresponde à área da saúde: 10,8% dos gastos sociais, correspondendo a 1,68% do PIB. Os gastos com educação seriam correspondentes a 7,1% do gasto social das três esferas ou 1,11% do PIB (Tabela 5).

Tabela 5 - Gasto Social Federal das três esferas de governo, em % do PIB, 2010.

ÁREA	% PIB	% TOTAL
Previdência	7,38	47,5
Benefícios a Serv. Federais	2,26	14,5
Saúde	1,68	10,8
Educação	1,11	7,1
Assistência Social	1,07	6,9
Habituação e Urbanismo	0,81	5,3
Outras Sociais	1,52	7,9
Total	15,53	100

Fonte: SIAFI/SIDOR e Ipeadata, 2012.

Com a criação do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS) e com a aprovação da Emenda Constitucional n. 29 em 2000, passou-se a ter mais uma fonte para acompanhamento das despesas públicas com saúde, principalmente das despesas municipais, uma vez que se passou a ter informação direta de milhares de municípios.

A Tabela 06, a seguir, apresenta a distribuição relativa do gasto público total com saúde, entre União, estados e municípios para alguns anos anteriores a 1995 e de 2000 a 2008.

Tabela 06 – Participação (%) na despesa com saúde segundo esfera de governo, 1980 a 2008.

ANO	UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS
1980	75	17,8	7,2
1985	71,7	18,9	9,5
1990	72,7	15,4	11,8
1995	63,8	18,8	17,4
2000	58,6	20,2	21,2
2001	54,6	22,9	22,6
2002	52,1	22,6	25,3
2003	50,1	24,5	25,4
2004	49,2	26,1	24,7
2005	48,2	25,5	26,3
2006	46,7	26,3	27
2007	45,8	26,9	27,3
2008	43,5	27,6	29

FONTE: 1980, 1985 e 1990: Barros mEd, Piola Sf e Vianna Sm (1996)  
 1995: Piola, Sf e Bisotto, G (2001)  
 União - 2000 a 2008: MS/SPO/CGOF/CAA

Até 1995, os dados referem-se à despesa total com saúde das três esferas de governo. Nesses anos, a metodologia utilizada já desconsiderava os gastos realizados com inativos e pensionistas da saúde, com assistência social, com alimentação e nutrição e saneamento básico, mesmo quando executados por órgãos da saúde. Entretanto, não excluía as despesas com juros e encargos das dívidas interna e externa e com assistência médica a servidores públicos de outros órgãos ou poderes.

Nota-se, contudo, que, independentemente da forma de agregação ou dos conceitos utilizados para consolidar o gasto público com saúde, há uma nítida tendência de redução da participação do governo federal nos gastos. Entre 1980 e 1990, a União era responsável por mais de 70% do gasto público com saúde. Em 2000, estava em torno de 58,6%, em 2008, essa participação caiu para 43,5%. Ou seja, a participação dos estados e dos municípios no financiamento da saúde cresceu, consideravelmente, nos últimos anos. Isso se deve à implantação do SUS que possui como um de seus princípios a descentralização. A descentralização significa a redistribuição da responsabilidade quanto às ações e serviços de saúde entre vários níveis de governo, partindo da lógica de que, quem está mais perto do fato pode influir na decisão, aumentando as possibilidades de acerto, sendo assim se delega mais poder aos municípios (“municipalização”), até esses assumirem a gerência dos serviços de saúde.

O Gasto Social Federal (GSF) representa, segundo a metodologia adotada no Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), o somatório dos dispêndios da União com Previdência Social, Assistência Social, Educação, Cultura, Trabalho, Saúde, Alimentação e Nutrição, Habitação e Urbanismo, Saneamento, Emprego e Defesa do Trabalho, Desenvolvimento Agrário e Benefícios para Servidores Públicos. O GSF tem-se mantido em ascensão: em 1995 correspondia a 12,28% do PIB. Em 2005 atingiu o montante de R\$ 296,7 bilhões, equivalente a 15,32% do PIB e em 2010 chegou a 447 bilhões alcançando 15,54% do PIB (Tabela 7).

Tabela 07 - Gasto Social Federal como percentual do PIB, 1995 - 2010, em R\$ bilhões correntes.

ANO	GSF ( Bilhões)	% do PIB
1995	234	11,24
1996	237	10,98
1997	259	11,51
1998	280	12,25
1999	286	12,16
2000	306	12,25
2001	327	12,56
2002	340	13,00
2003	343	12,92
2004	374	12,95
2005	406	13,82
2006	447	14,35
2007	485	14,38
2008	516	14,19
2009	576	15,54
2010	638	15,54

FONTE: SIAFI/SIDOR, 2012.

A área de saúde percorreu uma trajetória bastante irregular em termos de destinação de recursos. Logo de início, sofreu uma queda significativa de 1,8% do PIB em 1995 para 1,53% no ano seguinte. A partir daí, flutuou durante todo o período entre 1,58% e 1,71% do PIB – o que, em um contexto de crescimento do conjunto do GSF, significou de fato uma estagnação na destinação federal de recursos para a área. A criação da CPMF, na segunda metade da década de 1990, que tinha por objetivo servir como fonte de recursos federais adicionais para a saúde pública, acabou resultando em fonte substitutiva – ou seja, cobria a saída de outras fontes de recursos para outros setores do gasto público. Mesmo assim, cumpriu um papel importantíssimo: ao permitir maior estabilidade aos fluxos financeiros ao setor saúde, foi possível regularizar as transferências de recursos para estados e municípios nas bases estabelecidas pela Norma Operacional Básica 01/96 e fortalecer o processo de descentralização.

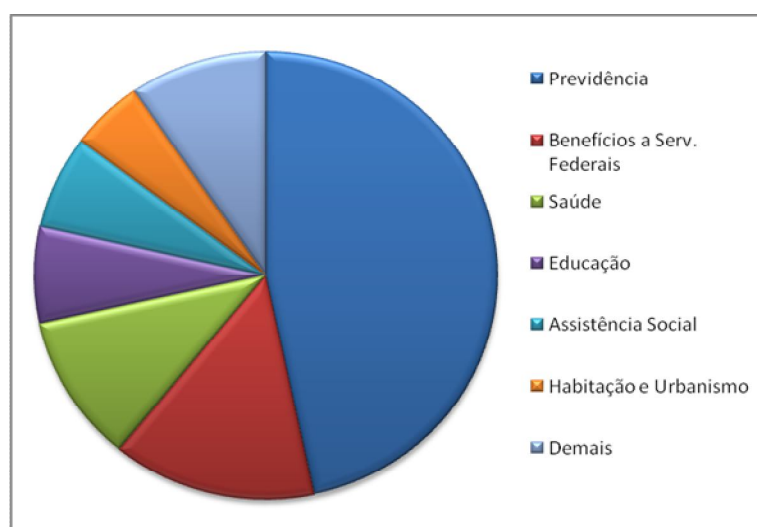
Com a aprovação da Emenda Constitucional 29/2000, as regras estabelecidas estimularam o crescimento dos aportes de estados e municípios para a saúde, mas no caso federal, a regra de definir o volume de recursos a serem aplicados no ano por meio da



correção, pela variação nominal do PIB, do valor apurado no ano anterior, teve o efeito concreto de virtualmente congelar os recursos federais destinados à área da saúde em termos da sua parcela no PIB. Somente em 2009 o percentual do PIB (1,82%) aplicado pelo governo federal na área de atuação saúde superou o alcançado em 1995 (1,72%). Porém, no ano seguinte, 2010, o crescimento dos valores destinados a saúde, já descontada a inflação, foi bastante modesto frente ao ritmo do PIB (1,68%). Como resultado, o percentual do PIB absorvido pela área voltou a recuar, permanecendo, porém, um pouco acima do vigente nos anos de 2007 (1,66%) e 2008 (1,63%). Em relação ao conjunto do Gasto Social Federal, a área de saúde perdeu espaço no período. Responsável por 15,9% do GSF em 1995, caiu até chegar ao patamar de 11,5% em 2005 – onde permaneceu entre os anos de 2005 a 2009.

Em 2010, foram aplicados em saúde R\$ 68,8 bilhões, equivalentes a 10,8% do GSF. Assistência Social, aqui incluídos o Programa Bolsa Família e os Benefícios de Prestação Continuada (BPC) para idosos e deficientes carentes, absorveu R\$ 44,2 bilhões em 2010, correspondendo a 6,9 % do GSF, constituindo o quinto item de dispêndio. Com Educação foram gastos R\$ 45,5 bilhões, o equivalente a 7,2% do GSF. As demais áreas (alimentação e nutrição, cultura, habitação e urbanismo, saneamento, desenvolvimento agrário e emprego e defesa do trabalho) absorveram aproximadamente R\$ 50 bilhões, 7,9% do GSF (Gráfico 01).

Gráfico 01 - Distribuição percentual do GSF por área em 2010, Brasil.



Fonte: SIAFI/SIDOR e Ipeadata, 2012.

As contribuições sociais têm sido, de longe, o grupo hegemônico de fontes no financiamento do Ministério da Saúde. Somente em três anos – 1995, 1996 e 1999 – a participação desse grupo de fontes ficou abaixo de 70%. Em 2005, no seu pico, superou 88% das receitas.

A participação de cada fonte varia no tempo. Em 1995, a Cofins correspondia a quase 50% do total das contribuições destinadas ao Ministério da Saúde. A já extinta CPMF teve seu apogeu em 2002 (36%), enquanto, em 2005, a participação da Contribuição sobre o Lucro Líquido foi a mais importante (39,7%). Em 2010 a Contribuição para a Previdência Social esteve em primeiro lugar nas arrecadações para o Orçamento da Seguridade Social<sup>2</sup>. Esse orçamento, criado para custear a seguridade social, tem suas receitas integralmente arrecadadas pela União. Em 2012 o orçamento da Seguridade Social ficou em R\$ 535.793.002.103,00 (quinhentos e trinta e cinco bilhões, setecentos e noventa e três milhões, dois mil e cento e três reais).

O financiamento do SUS é compartilhado entre as três esferas de governo. Na primeira década do século XXI, segundo dados do SIOPS, cerca de 43,5% dos recursos do SUS são originários do Ministério da Saúde e os outros 56,5% de estados, Distrito Federal e municípios. Essa participação do Ministério da Saúde já foi maior antes da implantação do SUS. Com o processo de construção do novo sistema, a hegemonia federal no financiamento foi sendo gradualmente reduzida.

No início da década de 1990, as ações de saúde então desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) foram unificadas; esse instituto foi incorporado pelo Ministério da Saúde em 1990 e formalmente extinto em 1993 pela Lei n. 8.689/93. A criação do SUS, ao mesmo tempo em que unificou as ações de saúde no âmbito federal, também incluiu a descentralização como uma das diretrizes básicas do novo sistema.

---

<sup>2</sup> Todos os anos o Governo Federal elabora um documento chamado Orçamento Federal. Dentro deste Orçamento são incluídos os gastos com saúde, previdência e assistência social, e dá-se o nome de Orçamento da Seguridade Social.

Essa característica do SUS – gestão descentralizada para estados e municípios e com boa parte dos recursos que lhes são destinados sendo arrecadada pelo governo federal – fez com que a questão dos mecanismos e critérios de transferência de recursos do governo federal para estados e municípios se tornasse relevante e motivo de preocupação dos gestores públicos do setor.

Não é por outro motivo que a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, apresentam diversos dispositivos dedicados a regulamentar essa questão. Por exemplo, o repasse chamado “Fundo a Fundo”, que significa que o recurso existente no Fundo Nacional de Saúde, destinado para um município ou Estado, é transferido diretamente para o Fundo Municipal de Saúde ou Fundo Estadual de Saúde. Desta forma, o recurso da saúde entra em uma conta específica, sendo facilmente identificado pelo gestor, sem muita burocracia.

### 3.2 As Normas Operacionais da Saúde

A utilização de critérios para orientar o estabelecimento de valores das transferências para estados e municípios aparece já na Lei n. 8.080/1990, mais precisamente no artigo 35:

Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a estados, Distrito Federal e municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo a análise técnica de programas e projetos: I – perfil demográfico da região; II – perfil epidemiológico da população a ser coberta; III – características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; IV – desempenho técnico, econômico e financeiro do período anterior; V – níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; VI – previsão do plano quinquenal de investimento da rede; VII – ressarcimento do atendimento de serviços prestados a outras esferas de governo (Lei n. 8.080/1990, art. 35).

No entanto, para dar mais clareza aos gestores das formas de financiamento e da organização do SUS foram elaboradas normas, denominadas Normas Operacionais Básicas (NOB's). As Normas Operacionais Básicas (NOB's) foram instrumentos utilizados para a definição de estratégias e movimentos tático-operacionais que reorientam a operacionalidade do Sistema Único de Saúde, a partir da avaliação periódica de sua implantação e desempenho.

Embora o instrumento que formaliza a norma seja uma portaria do Ministério da Saúde, o seu conteúdo é definido de forma pactuada entre o Ministério da Saúde e representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

Entre os objetivos das Normas Operacionais temos: induzir e estimular mudanças no SUS; aprofundar e reorientar a implementação do SUS; definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes, e movimentos tático-operacionais; regular as relações entre seus gestores; e normatizar o SUS.

As Normas Operacionais também definiram critérios para que estados e municípios se habilitassem a receber repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde para seus respectivos fundos de saúde. A habilitação às condições de gestão definidas nas Normas Operacionais foi condicionada ao cumprimento de uma série de requisitos e ao compromisso de assumir um conjunto de responsabilidades referentes à gestão do sistema de saúde.

Desde o início do processo de implantação do SUS, foram publicadas as seguintes Normas Operacionais Básicas: NOB/SUS 01/91, NOB/SUS 01/92, NOB/SUS 01/93 e NOB/SUS 01/96.

As Normas Operacionais Básicas n. 01/1991 e n. 01/1992 não chegaram propriamente a tratar de mecanismos de transferência regular e automática de recursos. Por essas NOBs, as transferências, mesmo para órgãos públicos, passaram a ser feitas como ressarcimento pela prestação de serviços. Foi nessa época, contudo, que se estabeleceram tetos financeiros, por estado, para o pagamento de serviços hospitalares e tetos para os atendimentos ambulatoriais. Estes últimos calculados com base no número de habitantes multiplicado pelo valor da Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), que era um valor variável que seguia uma estratificação estabelecida para os estados.

Foi o Decreto nº. 1.232, de 30 de agosto de 1994, depois das Normas Operacionais 01/91 e 01/92 do SUS, que estabeleceu as condições e as formas para viabilizar os repasses regulares e automáticos dos recursos do SUS. Repasses de fundo a fundo começaram a ser

feitos para os estados e municípios habilitados na forma de gestão semiplena, conforme previsto na Norma Operacional Básica n. 01 de 1993. Essa norma operacional criou três condições de gestão – incipiente, parcial e semiplena –, às quais estados e municípios poderiam habilitar-se, de acordo com suas capacidades técnicas, para assumir as responsabilidades inerentes a cada uma das condições de gestão. Contudo, somente no caso da gestão semiplena, a mais avançada, estava prevista a transferência regular e automática aos fundos de saúde de recursos federais, calculando-se tetos financeiros globais com base na série histórica de gastos.

A Norma Operacional Básica 01/1993 também fez avançar o processo de pactuação, negociação, articulação e integração. Possibilitou colocar em funcionamento a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e orientou a criação, em cada estado, da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (CARVALHO, 2002, p 75). A Comissão Intergestores Tripartite é um espaço de articulação e expressão das demandas dos gestores federais, estaduais e municipais, no que se refere à saúde. A CIB funciona como um fórum de pactuação entre os gestores estadual e municipal e acontece previamente à CIT. É composta igualmente de forma paritária e integrada por representação do Estado e do Município e as decisões sempre serão tomadas por consenso. Essas Comissões são instâncias de caráter deliberativo.

O principal objetivo de uma distribuição de recursos financeiros em saúde deve ser atender as necessidades de saúde. A questão central é como medir “necessidade de saúde” ou que indicadores devem ser utilizados para aferi-la. O financiamento do SUS, na perspectiva da equidade, exige uma política de financiamento de custeio que aloque os recursos financeiros entre os estados e entre os municípios de cada estado, a partir de um valor *per capita* ajustado por estrutura etária, gênero, necessidades de saúde e que leve em consideração a oferta de serviços (BRASIL, 2007).

A Norma Operacional Básica n. 01/96 do SUS introduziu novas condições de gestão para estados e municípios: Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema de Saúde. Dessa forma, aumentou a possibilidade de um maior número de municípios habilitarem-se à gestão descentralizada de recursos, uma vez que poderiam fazê-lo na condição de gestores da atenção básica (CARVALHO, 2002). Essa NOB reinvestiu no

planejamento integrado, ao instituir a Programação Pactuada Integrada (PPI). Ademais, essa NOB abriu a possibilidade de descentralização de recursos a outras áreas do Ministério da Saúde (Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Fundação Nacional de Saúde e Assistência Farmacêutica), não ficando restrita, como ocorria anteriormente, aos recursos da assistência à saúde. Desta forma o Governo Federal passou a repassar recursos específicos para incentivar a implantação de programas estratégicos como: estratégia de saúde da família, assistência farmacêutica, Vigilância em Saúde.

Outra mudança que ocorreu, a partir de 1998, diz respeito aos critérios para alocação de recursos para o financiamento das ações de média e alta complexidade. Até esse ano, os recursos para o financiamento dessas ações eram quase integralmente incluídos nos tetos financeiros de municípios em gestão plena do sistema, repassados fundo a fundo ou mediante o pagamento por serviços prestados. O financiamento da média e alta complexidade começou a apresentar problemas quando alguns municípios começaram a não receber recursos suficientes para o pagamento dos serviços prestados à população originária de outras localidades e, dessa forma, a cogitar o estabelecimento de barreiras burocráticas ao acesso de não residentes. Com o objetivo de sanar o problema, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS<sup>3</sup> n. 531, de 30 de abril de 1999, criou o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), cuja finalidade inicial era a de arcar com os pagamentos dos procedimentos selecionados de alto custo e/ou de alta complexidade em pacientes com referência interestadual e dos decorrentes de ações consideradas estratégicas (BARROS, 2002).

Em face de problemas observados durante a implementação da NOB/SUS 01/96, entre os quais podemos citar a questão da definição das responsabilidades, do planejamento e organização do sistema, e da resolutividade e acesso a serviços, estabeleceu-se um amplo processo de discussão entre os gestores, que resultou na publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/01 (NOAS/SUS 01/01), instituída pela Portaria GM/MS n. 95, de 26 de janeiro de 2001.

O objetivo da NOAS/SUS 01/2001 era “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos nos níveis de

---

3 Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde

atenção”. Estabeleceu o processo de Regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. Institui o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com a necessidade da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção à saúde. Definiu que cabe às secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal a elaboração do PDR, em consonância com o Plano Estadual de Saúde, devendo o mesmo ser aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite e pelo Conselho Estadual de Saúde

Na busca de melhorar a NOAS 01/2001, a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002 (NOAS/SUS 01/02) foi instituída pela Portaria GM/MS n. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Foi o resultado dos encaminhamentos estabelecidos na reunião da Comissão Intergestores Tripartite realizada em 22 de novembro de 2001

Naquela data, foi firmado um acordo entre o CONASS e CONASEMS contemplando propostas relativas ao comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidades e fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências intermunicipais, notadamente no que diz respeito à explicitação e mecanismos de acompanhamento dos recursos federais referentes ao atendimento da população não-residente que busca atendimento no município de referência.

As mudanças mais recentes no processo de financiamento compartilhado do SUS tiveram como pano de fundo o Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS n. 399/2006) que engloba: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. O Pacto pela Vida define os principais compromissos dos gestores do SUS, em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Para 2011 são: saúde do idoso, controle do câncer de mama, redução da mortalidade infantil e materna, fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemia, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e Aids, promoção da saúde, fortalecimento da rede básica, saúde do trabalhador, saúde mental, fortalecimento da capacidade de resposta do

sistema de saúde às pessoas com deficiência, atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência e saúde do homem.

O Pacto em Defesa do SUS busca reforçar o fortalecimento do SUS como política pública e a defesa de seus princípios constitucionais. Por fim, o Pacto de Gestão envolve o estabelecimento de diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social, gestão do trabalho e da educação na saúde. A principal novidade do Pacto pela Saúde é a de resguardar a CIT como âmbito de pactuação das diretrizes e dos processos essenciais, dando maior flexibilidade para a adequação dessas diretrizes às especificidades locais e regionais, fortalecendo o papel das Comissões Intergestores Bipartite.

### 3.3 Os Blocos de Financiamento

A Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007, regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, com o respectivo monitoramento e controle. Os recursos federais destinados às ações e serviços de saúde passam a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento. São seis os blocos de financiamento: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS; Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

O Bloco da Atenção Básica é constituído por dois componentes: Componente Piso da Atenção Básica (PAB) Fixo e Componente Piso da Atenção Básica (PAB) Variável. O Componente Piso da Atenção Básica (PAB) Fixo refere-se ao financiamento de ações de atenção básica à saúde, cujos recursos serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos municípios proporcionalmente à população. O Componente Piso da Atenção Básica (PAB) Variável é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias realizadas no âmbito da atenção básica em saúde para programas específicos que o município seja credenciado.



A atenção Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar está diretamente relacionado ao tema desta dissertação, portanto será melhor discutido mais adiante, quando trataremos de esclarecer melhor o funcionamento da média e alta complexidade hospitalar.

Os recursos que compõem o bloco financeiro de Vigilância em Saúde dos municípios, do Distrito Federal e dos estados representam o agrupamento das ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e de vigilância sanitária. O bloco de financiamento para a Vigilância em Saúde é constituído por dois componentes: Componente da Vigilância e Promoção da Saúde, que se compõe de um valor *per capita* estabelecido com base na estratificação, população e área territorial de cada unidade federativa; e Componente da Vigilância Sanitária, que se refere aos recursos federais destinados às ações de vigilância sanitária, segundo modalidades e critérios definidos em normatização específica.

A Assistência Farmacêutica é constituída por três componentes: componente Básico da Assistência Farmacêutica; componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; e componente Especializado da Assistência Farmacêutica. O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos do elenco de Referência Nacional de Medicamentos e Insumos Complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se ao financiamento de ações de assistência farmacêutica dos seguintes programas de saúde estratégicos: controle de endemias, tais como a tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; antirretrovirais do programa DST/Aids; sangue e hemoderivados; imunobiológicos; combate ao tabagismo; alimentação e nutrição.

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde caracterizada pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde.

O bloco de financiamento para a Gestão do SUS é constituído de dois componentes: componente para a Qualificação da Gestão do SUS; componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde.

Em relação aos Investimentos na Rede de Serviços de Saúde, este bloco é composto por recursos financeiros que serão transferidos mediante repasse regular e automático do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, exclusivamente para a realização de despesas de capital, mediante apresentação de projeto, encaminhado pelo ente federativo interessado ao Ministério da Saúde.

Como dito anteriormente, o bloco de financiamento da média e alta complexidade, por estar relacionado diretamente com esta pesquisa, será melhor detalhado. Define-se alta complexidade como um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população o acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade).

As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em “redes”, são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras labiopalatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida.

Os procedimentos de alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informações Hospitalares do SUS, e estão também no Sistema de Informações Ambulatoriais em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, da quimioterapia, da radioterapia e da hemoterapia (BRASIL, 2009).

No Hospital, depois do tratamento, alta ou permanência, os dados e atos são registrados na Autorização de Internação hospitalar (AIH), assim como o CPF e CBO (Cadastro Brasileiro de Ocupações) dos profissionais que realizaram os atendimentos. Assim, se na internação foi necessária intervenção de serviço de anestesiologia, o CPF do profissional anestesista que executou o atendimento será inserido em campo próprio da AIH para que o pagamento seja efetivado. Já os valores referentes a oxigênio, medicamentos e utilização de equipamentos estão incluídos no item referente a Serviços Hospitalares.

Atualmente, as AIH constituem-se no documento exigido para o reembolso dos serviços hospitalares prestados pelos hospitais públicos e privados vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Os dados contidos neste documento compõem o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), de âmbito nacional. Este sistema contém informações sobre aproximadamente 15 milhões de internações/ano, sendo uma fonte de dados extremamente relevante para a programação, gerência e avaliação dos serviços hospitalares, além de ser de grande utilidade para a área de investigação em serviços de saúde, para estudos epidemiológicos e atividades de vigilância em saúde (VERAS e MARTINS, 1994).

Pode-se considerar o fluxo da internação desta forma: 1. Consulta; 2. Laudo médico ou do enfermeiro obstetra; 3. Emissão da AIH; 4. Internação; 5. Hospital; 6. Preenchimento da AIH; 7. Cobrança Pagamento da AIH.

O fluxo da internação inicia-se com a consulta médica. A consulta médica que gerou a internação poderá ocorrer em um consultório médico credenciado ou cadastrado no SUS; em Unidades Ambulatoriais (Públicas Federais, Estaduais, Municipais, Privadas Filantrópicas ou Lucrativas) integrantes do Sistema único de Saúde - SUS. Em ambos os casos o médico que

realizou a consulta solicitará a AIH através do Laudo Médico. A consulta realizada por enfermeiro obstetra somente poderá ocorrer em Unidades Ambulatoriais (Públicas Federais, Estaduais, Municipais, Privadas Filantrópicas ou Lucrativas) integrantes do Sistema único de Saúde - SUS.

O laudo de internação deverá ser encaminhado à Unidade Gestora local, onde o médico responsável pela emissão de AIH analisa os dados contidos nesse documento e considera as informações insuficientes para uma decisão e solicita dados adicionais ou considera as informações procedentes, aprova a internação e autoriza a emissão da AIH. Autorizada a internação, o Órgão Emissor preenche o campo "Órgão Emissor" da AIH com a identificação do paciente, a partir dos dados constantes do Laudo Médico. Nos casos de internação eletiva, de posse da AIH o paciente terá direito à escolha do Hospital de sua preferência, dentre os cadastrados pelo SUS e a internação se dará de acordo com a disponibilidade de vaga.

Conforme a Portaria da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) n.º 113/97:

(...) a AIH garante a gratuidade total da assistência prestada, sendo vedada a profissionais e/ou às Unidades Assistências públicas ou privadas, contratadas, ou conveniadas a cobrança ao paciente ou seus familiares, de complementariedade, a qualquer título (Portaria SAS n.º 113/97).

As AIHs geram um montante de recursos, quando informadas corretamente para o Ministério da Saúde. Portanto o preenchimento das AIHs deve ser bem feito e os profissionais que realizam os procedimentos devem estar em situação cadastral regular com os Sistemas de Informação.

No ano de 2009, as transferências de recursos federais do SUS para média e alta complexidade no Brasil representaram R\$ 25,3 bilhões, o triplo das transferências para atenção primária (R\$ 8,5 bilhões) (CONASS, 2011).

Portanto, tal como na assistência ambulatorial, os altos valores envolvidos nas internações indicam a importância do aperfeiçoamento da regulação hospitalar no SUS, observando em que especialidades e em que tipo de procedimentos os gastos estão

aumentando, procurando simultaneamente reduzir as internações evitáveis. Somente dessa forma será possível melhorar a cobertura das internações especializadas necessárias para garantir a integralidade da atenção no sistema.

O planejamento e o gerenciamento de um sistema de saúde dependem de um conjunto de informações adequadas que orientem o planejador quanto às necessidades de saúde da população e a ordem de prioridade dessas necessidades, assim como da oferta de serviços existentes e sua capacidade de atendimento. Essas informações devem expressar as diferentes características que evidenciam as condições de vida dessa população, sejam culturais, sociais, econômicas e epidemiológicas, e que são responsáveis pela geração de suas demandas de saúde (TANCREDI; BARRIOS e FERREIRA, 1998).

Não devemos nos esquecer de que no setor da saúde gerenciamos recursos escassos para necessidades ilimitadas. Gerenciar esses recursos de forma adequada nos remete à responsabilidade de planejar adequadamente, de modo que os objetivos operacionais convirjam em direção à realidade sanitária dos cidadãos que utilizam esses serviços.

Os procedimentos de média e de alta complexidade são financiados com recursos do teto de Média e Alta Complexidade (MAC) e também pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), conforme o atributo de nível de complexidade e forma de financiamento definido para cada procedimento da tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e pela tabela do Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

Os Procedimentos financiados com recursos do limite financeiro de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) são todos os procedimentos da tabela SIH/SUS, classificados como atenção de média e alta complexidade que não estão sendo custeados pelo FAEC. O SIH/SUS, utilizado para o registro das internações, é também um sistema informatizado, de envio obrigatório por todos os gestores que tenham serviços públicos ou privados sob sua gestão. O instrumento de coleta de dados é a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), documento emitido após análise do laudo de solicitação de internação. Até março de 2006, o processamento das informações do SIH era centralizado no Datasus e, a partir de abril de 2006, compete ao gestor estadual ou municipal o processamento

por meio do Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado (SIHD). Os gestores do SUS são obrigados a encaminhar as bases de dados do Sistema de Informação SIA e do SIH mensalmente ao Datasus, conforme cronograma estabelecido periodicamente pelo Ministério da Saúde.

A Portaria GM/MS n. 699/2006, no Art. 7º, item b, determina que o não cumprimento da obrigatoriedade da alimentação dos Bancos de Dados Nacionais, por dois meses consecutivos ou três meses alternados no prazo de um ano, implicará a suspensão imediata, pelo Ministério da Saúde, dos repasses financeiros transferidos mensalmente, fundo a fundo, para estados, Distrito Federal e municípios.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)<sup>3</sup> é uma das bases de dados utilizadas pelo SIA e pelo SIH, sendo de responsabilidade do gestor estadual ou municipal a inclusão de unidades por meio da Ficha de Cadastro de Estabelecimento de Saúde (FCES), sua atualização e manutenção, de acordo com as responsabilidades de cada gestor. O cadastro compreende o conhecimento dos estabelecimentos de saúde nos aspectos de área física, recursos humanos, equipamentos e serviços ambulatoriais e hospitalares. É base para o Cartão Nacional de Saúde dos profissionais que executam ações e serviços de saúde pelo SUS.

O CNES proporciona o suporte para operacionalizar os sistemas de informações em saúde, sendo estes imprescindíveis para um gerenciamento eficaz e eficiente. Propicia também, ao gestor, o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, visando auxiliar no processo de planejamento, programação, controle e avaliação da assistência, assim como o acompanhamento da realização dos procedimentos comparado com a capacidade instalada do prestador e a apresentação da fatura de serviços.

Percebe-se assim, a importância desse cadastro, que permite o conhecimento dos estabelecimentos de saúde nos aspectos de Área Física, Recursos Humanos, Equipamentos e Serviços Ambulatoriais e Hospitalares.

---

3 O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é determinado pelas Portarias GM/MS n. 1.890, de 18 de dezembro de 1997, e SAS/MS n. 33, de 24 de março de 1998, e normatizado pela Portaria da Secretaria de Assistência a Saúde n. 511, de 29 de dezembro de 2000.

De acordo com o CNES, o SUS em Roraima possui 739 leitos. O HGR concentra 28,5% destes leitos. É o único hospital de alta complexidade e, portanto é referência para todos os municípios do Estado. Por este motivo foi escolhido para a nossa pesquisa, cujos resultados serão apresentados no próximo capítulo.

#### 4 Faturamento de AIH no Hospital geral de Roraima

Segundo o Caderno de Informações em Saúde <sup>4</sup>(2009), Roraima possui oito Hospitais Gerais Públicos, sendo um na capital e sete nos municípios do interior, e uma média de 1,8 leitos por mil habitantes. Quanto aos profissionais médicos, a média na rede pública em Roraima é de 2,6 para cada 1.000 habitantes. A Organização Mundial de Saúde preconiza pelo menos um profissional médico para cada 1.000 habitantes, ou seja, quanto ao quantitativo de profissionais, Roraima está bem suprido. O Hospital Geral de Roraima possui 300 médicos cadastrados no CNES, entre clínicos e especialistas. Em relação aos leitos, o HGR possui 221 leitos dos quais 20 são de UTI, e destes, 10 foram inaugurados em março de 2013.

Roraima possui apenas 15 municípios, e todos eles encaminham pacientes para o HGR, uma vez que é o único hospital do Estado que faz atendimento de alta complexidade. Nas especialidades cirúrgicas o HGR é credenciado para realizar procedimentos de cirurgia Buco-Maxilo-Facial; Cirurgia Geral; Gastroenterologia; Nefrologia; Urologia; Neurocirurgia; Oftalmologia; Oncologia; Ortopedia; Traumatologia; Otorrinolaringologia; e Plástica Torácica. Caso o paciente necessite de procedimento não realizado no Estado, será encaminhado para outro Estado mediante TFD (Tratamento Fora Domicílio).

O Departamento de Faturamento do hospital é responsável pelas informações financeiras provenientes dos atendimentos tanto ambulatoriais quanto de internação. Quanto às internações, todas as AIHs, após a alta do paciente, são encaminhadas para o departamento, que alimentará o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) com as informações contidas nas fichas. Da mesma forma o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) é alimentado com as informações de procedimentos ambulatoriais. Então, o financiamento do HGR está diretamente relacionado com o bloco de Média e Alta Complexidade.

Este é o ponto de partida da nossa pesquisa. Quando as AIH apresentam algum campo não preenchido, ou falta assinatura de um profissional, por exemplo, o departamento devolve para correções. Todavia mesmo com a análise prévia das fichas, o SIH pode acusar inconsistências e não realizar o processamento da AIH, provocando a glosa, ou seja, uma anulação da produção desta AIH com inconsistência, isso significa que os recursos referentes

---

<sup>4</sup> Instrumento de indicadores do Ministério da Saúde, parte integrante do DATASUS.



ao procedimento glosado não entram no cálculo para repasse dos recursos pelo Ministério da Saúde

O HGR trabalha com um teto financeiro aproximado de 3 milhões de reais. Se a produção ultrapassar o teto por três meses consecutivos, o Estado pode solicitar ao Ministério da Saúde aumento deste teto, e o Hospital irá receber mais recursos. Portanto, glosas de AIH podem se tornar um impedimento para que as informações enviadas pelos sistemas sejam de fato correspondentes às produções. A seguir iremos analisar a situação do faturamento de AIH no HGR-RR no primeiro quadrimestre de 2012.

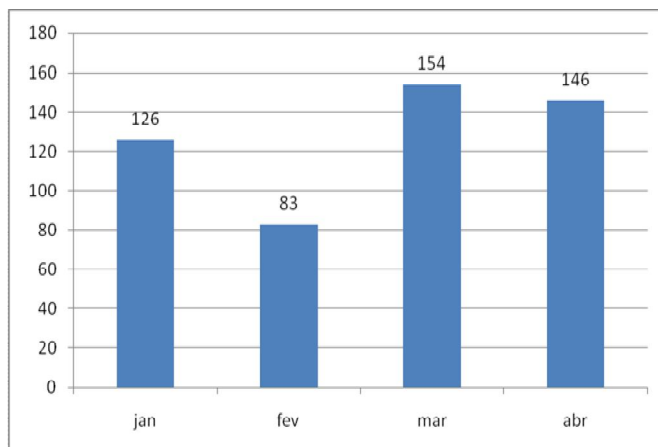
Os dados apresentados a seguir são o resultado da pesquisa feita no HGR no período de janeiro a abril de 2012. Analisamos todas as AIH glosadas e o total das internações hospitalares processadas/pagas à Secretaria de Estado da Saúde-RR (SES-RR) pelo Ministério da Saúde. As informações financeiras referentes aos valores processados e pagos foram retiradas do próprio Sistema de Internação Hospitalar. E as AIH glosadas estavam separadas pelo Departamento de Faturamento para serem arquivadas. Estas AIH foram solicitadas com a permissão da Direção do Hospital, para realização deste estudo.

Como técnica de coleta de dados foi utilizada a pesquisa documental e o procedimento adotado constou de consulta a um banco de dados referente às internações hospitalares, formado a partir de informações oficiais da SES-RR e do Departamento de Faturamento do Hospital Geral.

Utilizamos uma planilha (Apêndice) elaborada em Excel para coleta de dados constando: data da internação, código SIGTAP, número do prontuário, valor do procedimento e motivo glosa.

Foram registradas todas as glosas de AIH do Hospital Geral do primeiro quadrimestre de 2012 (Gráfico 02).

Gráfico 02 – Distribuição do quantitativo de AIH glosadas no HGR no primeiro quadrimestre de 2012.

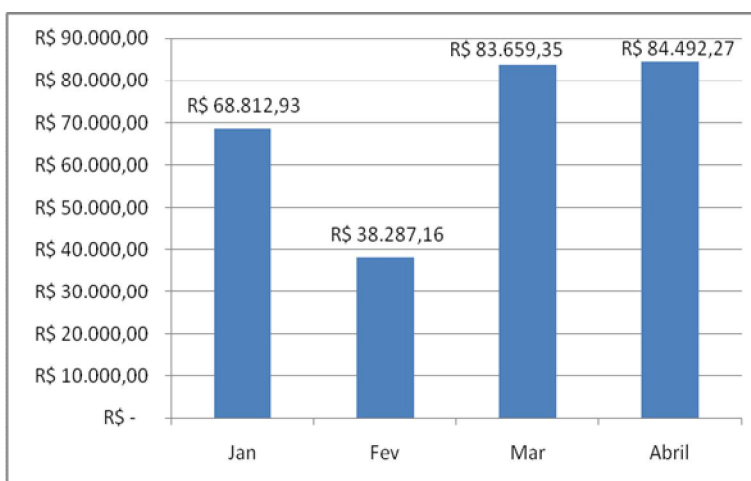


Fonte: Pesquisa de campo, jan-abr de 2012, Boa Vista Roraima.

Em janeiro foram registradas 126 glosas de AIH, em fevereiro foram 83 glosas, em março foram 154 glosas e no mês de abril foram registradas 146 glosas de AIH, totalizando 509 glosas apenas no primeiro quadrimestre de 2012. Todavia estes dados isolados não nos dão uma informação precisa se estas perdas são significativas. Para termos uma informação que nos esclareça melhor o *déficit* financeiro, faz-se necessário comparar o total de produção de AIH com o quantitativo de glosas, que faremos a seguir.

O Gráfico 03 mostra a distribuição dos valores financeiros referentes às glosas de AIH do HGR no primeiro quadrimestre de 2012.

Gráfico 03 – Distribuição dos valores financeiros referentes às glosas de AIH do HGR no primeiro quadrimestre de 2012.



Fonte: Pesquisa de campo, jan-abr de 2012, Boa Vista Roraima.

Cada AIH glosada possui um valor correspondente ao procedimento realizado, já determinado pelo Ministério da Saúde. Este valor varia bastante, podendo ter procedimentos que não chegam a R\$ 200,00, e outros podendo passar dos R\$ 5.000,00. Portanto o quantitativo de AIH glosada precisa ser calculado em valores monetários, para termos uma quantia do que se deixa de informar ao Ministério da Saúde. Transformando as informações do gráfico 01 em valores monetários, o mês de janeiro correspondeu a um valor de R\$ 68.812,93. O mês de fevereiro apresentou um valor de R\$ 38.287,16 de glosa. Em março as glosas alcançaram um valor de R\$ 83.659,35 e em Abril as glosas fecharam em R\$ 84.492,27. Fechando o primeiro quadrimestre tivemos um total de R\$ 275.251,71 (Gráfico 03).

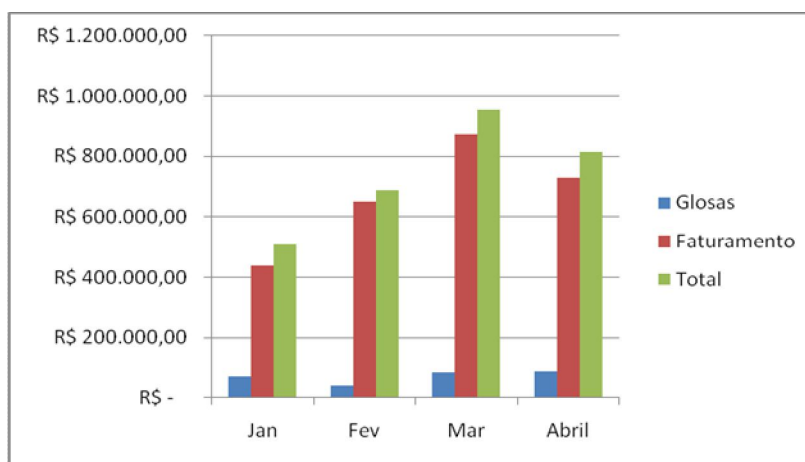
A Tabela 08 e o Gráfico 04 mostram a comparação entre os valores glosados (não processados) e o total dos valores repassados (processados) junto ao Ministério da Saúde, finalizando com o total que deveria ter sido processado caso não houvesse glosa.

Tabela 08 - Comparação entre os valores de AIH glosados e os valores da AIH processados no HGR, 2012.

	Jan	Fev	Mar	Abril	Total
Glosas	68.812,93	38.287,16	83.659,35	84.492,27	275.251,71
Faturamento	439.112,88	648.286,93	872.305,37	729.743,35	2.689.448,53
Total	507.925,81	686.574,09	955.964,72	814.235,62	2.964.700,24

Fonte: Pesquisa de campo, jan-abr de 2012, Boa Vista Roraima.

Gráfico 04 – Comparação entre os valores de AIH glosados e os valores da AIH processados no HGR, 2012.



Fonte: Pesquisa de campo, jan-abr de 2012, Boa Vista Roraima.

Ao analisarmos os dados da Tabela 08 e do Gráfico 04, percebemos que o quantitativo de glosas de AIH no primeiro quadrimestre de 2012 chegou perto dos 10% do total de AIH, um número bastante expressivo, uma vez que diminui o valor das informações financeiras repassadas para o Ministério da Saúde (MS). Como dissemos anteriormente e reforçamos aqui, o Ministério da Saúde trabalha com um teto financeiro na assistência hospitalar, com um valor determinado para cada estado. Este valor é repassado todo mês para os estados, após o envio das informações. Se a produção do hospital ficar três meses seguidos acima do teto estipulado, o Estado pode pedir o aumento do teto, passando a receber mais recursos Federais. Sendo assim, nossa pesquisa contribui para trazer à tona a necessidade de revisão da forma de gerenciamento dos fatores que influenciam nas glosas de AIH, uma vez que muitas intervenções médicas são realizadas de fato, mas não são informadas pelo SIH, fornecendo informações financeiras mais baixas que a realidade. Concordamos então com Vendemiatti et al. (2010), que coloca a profissionalização dos processos gerenciais das instituições hospitalares como uma necessidade do ponto de vista da eficiência.

No Gráfico 04 a coluna das glosas (azul), não deveria existir. Essa seria uma situação ideal. Caso alcançássemos este padrão a coluna do faturamento (vinho) ficaria da mesma altura da coluna do valor total. Ou seja, tudo o que o hospital produzisse seria processado e o faturamento das AIH do hospital alcançaria os 100%.

A Tabela 09 mostra a representatividade, em percentual, dos valores financeiros das AIH glosadas frente ao total que deveria ser faturado caso não houvesse glosa, somada às AIH processadas.

Tabela 09 – Distribuição dos valores financeiros das AIH glosadas em proporção ao total de AIH processadas e glosadas no HGR, primeiro quadrimestre 2012.

Jan	Fev	Mar	Abr	Média
13,55%	5,58%	8,75%	10,37%	9,56%

Fonte: Pesquisa de campo, jan-abr de 2012, Boa Vista Roraima.

Diante do elevado valor de glosas, buscamos identificar quais motivos levaram as AIH a sofrerem glosa. O Gráfico 05 mostra o motivos de glosas de AIH no HGR no primeiro quadrimestre de 2012.

Gráfico 05 – Distribuição dos motivos de glosas de AIH no HGR, no primeiro quadrimestre de 2012.



Fonte: Pesquisa de campo, jan-abr de 2012, Boa Vista Roraima.

Analisando os motivos que produziram glosas de AIH, percebemos que mais de 50% foi por motivo de cadastro no CNES e CBO (Cadastro Brasileiro de Ocupações) incompatível com o procedimento. O Cadastro no CNES é de responsabilidade do setor de pessoal da unidade hospitalar, devendo este informar à Secretaria de Estado da Saúde sobre a lotação do profissional na unidade. Não é necessário injetar recursos para se ter o profissional cadastrado no CNES. Após a contratação do profissional, o setor de pessoal encaminha os dados dele para a gerência estadual do CNES, que tem acesso ao sistema para inserir dados. Assim, após a inserção dos dados do profissional no sistema, é possível visualizá-lo em qualquer computador ligado à internet. Quanto ao CBO, o SIGTAP possui a relação de profissionais que são habilitados para realizar cada procedimento. Se um profissional não tiver a especialidade exigida como requisito, e ainda assim assinar a AIH, esta irá glosar. Por exemplo, se um procedimento exige que seja realizado por um médico vascular, mas um médico clínico o realizou, o sistema não processará o procedimento por reconhecer uma inconsistência, provocando a glosa. Concordamos então com Neto e Malik (2007) que colocam que tanto o setor público quanto o privado têm que ter o compromisso de busca da

eficiência. Isto implica em uma nova disposição para a gestão, usando informações, com gerenciamento de custos e pesadamente baseada em processos informatizados. Uma vez que estes problemas de CNES e CBO são meramente de gestão, e podem ser facilmente resolvidos em curto prazo.

O Hospital Geral não possui um sistema, ou banco de dados que informem a quantidade de glosas e os motivos. Para Brito, Portela e Vasconcellos (2005) a grande vantagem do uso de bancos de dados administrativos em pesquisas e na tomada de decisão pelos gestores de saúde está relacionada à sua rápida disponibilidade e, conseqüentemente, a economia de tempo e de recursos. Para conseguirmos obter os resultados desta pesquisa foi necessário solicitar todas as AIH glosadas e analisar uma a uma, o que gerou uma elevada sequência de visitas ao Departamento de Faturamento. Não pudemos cruzar as informações com nenhum dado do hospital por não haver registros. Então se for solicitado do hospital informações de glosas, teremos que aguardar um prazo significativo para se fazer esse levantamento.

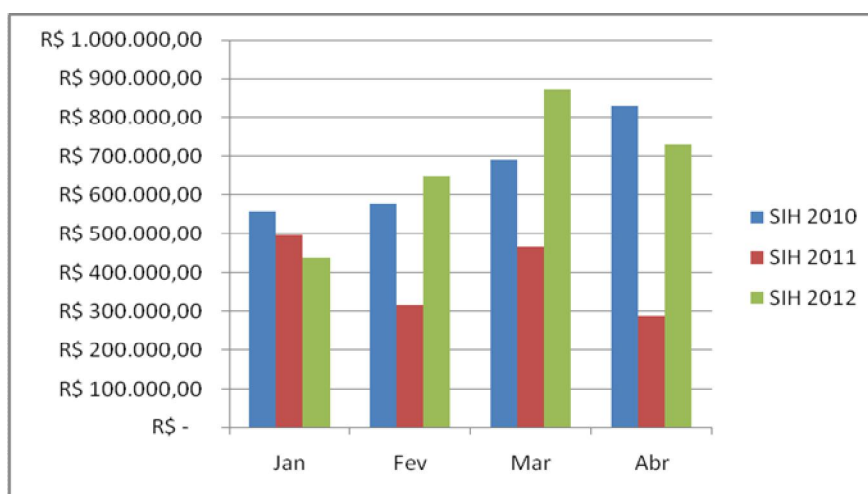
Analisando os resultados da nossa pesquisa, percebemos que falta um olhar mais crítico da gestão hospitalar do HGR para o controle das AIH. O montante de procedimentos que deixam de ser informados representam uma perda na produção de AIH no Hospital, que se apresenta mais baixa do que é realmente produzido. Desta forma os sistemas de informação não registram a real situação de saúde da população quando analisados os números de internação. Sendo assim fica mais difícil traçar o perfil epidemiológico das doenças que demandam internação, não se consegue fazer um comparativo fiel entre receita e despesa, e o pior, fica difícil trazer melhorias para o atendimento à população, uma vez que poderia se trabalhar com metas de aumento do teto financeiro hospitalar, objetivando aumentar o repasse de recurso para o hospital. Outra questão é que o Estado pode acabar utilizando recurso próprio para o financiamento de procedimentos que o Ministério pagaria por eles, diminuindo a possibilidade de aplicar este recurso em outras áreas, como qualificação de pessoal.

Algumas AIH analisadas glosaram por falta de habilitação do hospital para realizar o procedimento. A habilitação de um hospital para realizar determinada cirurgia acontece quando os requisitos exigidos pelo Ministério da Saúde, por portaria, são obedecidos. Após a visita técnica do Ministério da Saúde, para análise do cumprimento mínimo para habilitação

de um procedimento de média ou alta complexidade, é gerado um relatório e autorizada a realização do procedimento. Se o procedimento for realizado sem ter habilitação, a AIH irá glosar. Se o procedimento foi realizado no HGR, é porque existe demanda. Mas precisamos analisar por que um procedimento não habilitado está sendo realizado. Estaria a população em risco? Trata-se de uma questão importante, para a qual é necessária uma investigação.

O Gráfico 06 mostra um breve histórico do faturamento de internações no HGR no primeiro quadrimestre nos últimos três anos.

Gráfico 06 – Distribuição do Faturamento de AIH no primeiro quadrimestre de 2010, 2011, 2012, no HGR, Boa Vista.



Fonte: Dep. de Faturamento HGR/RR, 2012.

É visível que no ano de 2010 o faturamento cresce de janeiro a abril de forma significativa, tem forte queda em 2011, voltando a subir em 2012.

Se a Atenção Básica funcionar bem, os riscos de pacientes necessitarem de atendimento hospitalar diminuem. É interesse para um hospital atingir a eficiência máxima de gestão, recebendo 100% pelo que produz. Então se em 2012 o faturamento diminuiu no mês de abril, não conseguindo acompanhar o crescimento que vinha acontecendo nos meses anteriores, deve ser feita uma análise para verificar se realmente a demanda por internação diminuiu ou se foi alguma problema de glosa ou acesso. O ano de 2011 mostra a maior alternância entre os meses do primeiro quadrimestre. Também mostra um faturamento bem

mais baixo que os outros dois anos, levantando dúvidas se a produção foi realmente esta. A tendência nestes três anos seria aumentar o faturamento de um ano para o outro. Conhecendo a realidade atual da saúde em Roraima, existe uma precariedade da assistência básica e na saúde como um todo. Então possivelmente a necessidade da população por serviços hospitalares deveria aumentar a cada ano.

As informações obtidas por esta pesquisa somam apenas as glosas do HGR. Ainda assim conseguimos encontrar falhas de gestão que ocasionaram um alto número de glosas. Sabemos que o HGR possui uma grande demanda, mais de 60 % das notificações de doenças do Estado são realizadas lá, e que realiza também muitos procedimentos de Atenção Básica no Pronto Atendimento, competência do município. A população em Roraima tem sofrido para conseguir acesso ao sistema de saúde e muitas vezes a porta de entrada tem sido o HGR, contrariando a política de saúde do Brasil, que coloca a Atenção Básica como a porta de entrada. Desta forma fica difícil planejar ações que realmente causem impacto na saúde da população, pois a gestão fica presa na resolução dos problemas de emergência, que passam a ser rotina.

A quantidade de pacientes que precisam fazer tratamento fora do Estado é grande. O chamado TFD (Tratamento fora Domicílio), gera custos de passagens e hospedagens para pacientes e acompanhantes, sem falar no desgaste das viagens, distância dos entes queridos e riscos de tantas idas e vindas. É necessário investir na saúde, mas é necessário também que cada esfera cumpra com sua parte, para que a população seja melhor atendida. Seria enriquecedor realizarmos esta pesquisa em todos os hospitais públicos do Estado e do Brasil para termos a real informação sobre as internações realizadas no país.



## 5 Considerações Finais

Ao estudarmos a história da saúde pública no Brasil, conseguimos visualizar que a dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde sempre esteve presente, em todos os governos. As lutas sociais para se obter um acesso universal aos serviços de saúde contribuíram para que o sistema de saúde brasileiro avançasse nesse quesito, mas ainda hoje, especificamente aqui em Roraima, conseguimos visualizar que o acesso da população a estes serviços pode ser muito difícil, como é o caso dos pacientes que necessitam de tratamento em determinados procedimentos especializados que ainda não temos em nosso Estado. O fato de termos apenas um Hospital Geral com atendimento de alta complexidade, também deixa a população do interior numa dificuldade certa de receber o tratamento necessário, por um lado devido à distância geográfica, por outro, pela fila de espera que os pacientes certamente terão que enfrentar em procedimentos de maior complexidade.

Então, mesmo com tantas modificações nas formas de financiamento do Sistema Único de Saúde, com tantas mudanças na legislação procurando melhorar o repasse de recursos, como vimos anteriormente, ainda temos este grave problema do acesso aos serviços públicos de saúde.

É certo que o SUS trouxe muitos avanços, como por exemplo, seus princípios de universalidade, equidade e integralidade, que buscam dar ao Sistema uma ampla estrutura para atender a todos que procurem ou necessitem. Todavia, para se ter uma estrutura considerada ideal, o financiamento teria que ser incrementado e melhor gerido. Nossa pesquisa, apesar de se limitar a uma unidade, nos mostrou essa necessidade de melhor gerenciamento, e maior financiamento para se ampliar a oferta de serviços habilitados.

Toda instituição de saúde, seja ela privada ou pública, visa obter um aumento de receita para investir na melhoria da qualidade dos serviços.

Um gestor de um Hospital como o HGR deve estar atento à produção hospitalar, uma vez que as glosas hospitalares podem significar a perda de recursos provenientes da União. Um hospital público está a serviço da população, e os investimentos serão sempre

necessários. Melhorias de infra-estrutura e melhor qualificação dos profissionais necessitam de altos investimentos.

Esta pesquisa mostrou que existem falhas de gestão no HGR que tem se convertido em glosas de AIH, diminuindo significativamente o valor total do faturamento das internações. Estas falhas dizem respeito principalmente ao cadastro de profissionais no CNES e CBO do profissional incompatível com procedimento. Problemas estes que podem ser resolvidos de forma simplesmente gerencial, sem gastos de recursos. O prazo expirado também foi bastante encontrado como motivo de glosa. O que está acontecendo para que a AIH passe três meses sem ir para o sistema? É motivo de análise. Tivemos também glosas pelo fato de o hospital não ser habilitado no procedimento realizado, isso já é mais grave pela possibilidade de colocar o paciente em risco caso o problema da não habilitação esteja relacionado à estrutura, por exemplo.

Dez por cento de glosa é um valor significativo. Qual empresário ficaria tranquilo ao saber que não está recebendo por dez por cento do que produz? Da mesma forma um gestor de um hospital precisa estar atento para os prejuízos financeiros da unidade. Uma vez que temos um subfinanciamento da saúde, não é possível que ainda venhamos a ter perdas de produção.

Estas informações não estão em relatórios, muito menos no Relatório de Gestão. Não há hoje um acompanhamento fiel destas glosas. Apenas se sabe que existem. Quem mais sofre com isso? A população que utiliza o serviço. E aqui em Roraima podemos dizer que são todos, tanto ricos como pobres, uma vez que o HGR realiza procedimentos que os hospitais particulares não realizam e é o único que possui UTI. Toda atenção com o financiamento do HGR é necessária. Roraima é um estado com uma população pequena, e os recursos enviados pelo ministério levam isso em consideração. Portanto não podemos ter desperdícios.

Esperamos então que esta pesquisa possa contribuir para um melhor conhecimento do financiamento da saúde em Roraima, especialmente no Hospital Geral, elucidando para os gestores os principais entraves que impedem o repasse de recursos federais para os serviços da média e alta complexidade hospitalar. A identificação destes entraves dará subsídios para

intervenções resolutivas uma vez que apontamos o motivo de cada glosa em um período de quatro meses. Sendo assim, a possibilidade de captar os recursos da União proporcionalmente aos serviços realizados, possibilita ao Estado aplicar em outras ações, como reforma e ampliação, oferecendo à população mais serviços e com melhor qualidade.

Cabe então à Secretaria de Estado da Saúde (SESAU) rever a forma de gerenciamento dos recursos humanos das suas unidades, de forma a cadastrar todos os seus servidores no CNES e trabalhar a gestão de pessoal de cada estabelecimento para que cada procedimento realizado seja correspondente ao CBO do profissional. Além disso, faz-se necessário buscar os motivos de glosas por perda de prazo. Como uma AIH passa três meses sem ser processada? Pode ser uma questão de organização de fluxo dessas AIH? Fica a dúvida, mas a SESAU precisa buscar as respostas para melhorar o faturamento. De forma geral os motivos de glosas encontrados nesta pesquisa deixam claro um problema de gestão. A busca pelas melhorias está atrelada a uma melhor qualidade de vida para a população deste Estado.

## REFERÊNCIAS

- AFONSO, J. R.; MEIRELLES, B. B.; CASTRO, K. P. **A Verdadeira Carga Pesada: Tributação no Brasil**. Rio de Janeiro: Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, Rio Estudos n. 207, 2006.
- ALENCAR, F. et al. **História da sociedade brasileira**. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico, S.A., 1985
- ANDRADE, L. O. M. **SUS Passo a Passo: Normas, Gestão e Financiamento**. São Paulo: Hucitec;Sobral: Uva, 2001
- BARROS, M. E. D. **Financiamento do Sistema de Saúde do Brasil: marco legal e comportamento do gasto**. OPAS. Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 4 – Brasília, 2002
- BERTOLOZZI, M R; GRECO, R. M. **As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais**. Rev. Esc.Enf. USP, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996
- BITTENCOURT, S. A; CAMACHO, L. A. B.; LEAL, M. C. **O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, Jan. 2006
- BRAGA, J. C. de S. PAULA, S. G. **Saúde e Previdência - Estudos de política social**. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1987.
- BRASIL, 8ª Conferência Nacional de Saúde – relatório final. Brasília: Ministério da Saúde,1986.
- \_\_\_\_\_, **Constituição Política do Império do Brasil** (1824).
- \_\_\_\_\_. **Lei nº 3.750**, de 11 de abril de 1960. Autoriza o poder executivo a transformar em fundação o serviço especial de saúde pública, e dá outras providências.
- \_\_\_\_\_, **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de outubro de 1988.
- \_\_\_\_\_. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, Brasília, 1990.
- \_\_\_\_\_. Congresso Nacional Brasil. **Lei Nº 8.666** de 21 de junho de 1993.
- \_\_\_\_\_. Congresso Nacional. **Emenda Constitucional n. 29, de 13 de outubro de 2000**. Altera a Constituição Federal para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 399 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 699 de 30 de março de 2006**, Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios** 3ª Ed. 2009.

\_\_\_\_\_, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde**. Coleção para entender a Gestão do SUS, 2011.

\_\_\_\_\_. **Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012**. Mensagem de veto Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil**. Este texto é uma versão revista e ampliada dos artigos: “As Políticas de Seguridade Social Saúde”. In: *CFESS/ CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social*. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000 e “A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica”. In: *Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio*. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BRITO, C; PORTELA, M. C.; VASCONCELLOS, M. T. L.. **Avaliação da concordância de dados clínicos e demográficos entre Autorizações de Procedimento de Alta Complexidade Oncológica e prontuários de mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro**. Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, Dec. 2005 .

CAMPOS, A. L. V. **Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas: O Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. 318 pp.

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

CEBES, ABRASCO, ABRES, REDE UNIDA e AMPASA. Manifesto Reafirmando Compromissos pela Saúde dos Brasileiros. 2005, jun., 8º Simpósio sobre Política de Saúde. Câmara dos Deputados. Brasília, jun., 2005.

CONASS. **A saúde na opinião dos brasileiros** – Progestores (Programa de informação e apoio técnico as novas equipes gestoras estaduais). 2003, 244 p.

\_\_\_\_\_. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS; 2006. 164p. Disponível em: [http://www.conass.org.br/pdfs/livro\\_sus\\_avancos\\_desafios.pdf](http://www.conass.org.br/pdfs/livro_sus_avancos_desafios.pdf).

\_\_\_\_\_. **O Financiamento do SUS** – Coleção Progestores (Programa de informação e apoio técnico as novas equipes gestoras estaduais). 1ª Edição. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. **As Conferências Nacionais de Saúde. Evolução e Perspectivas**. Brasília, 1ª Edição, 2009.

\_\_\_\_\_. **O Financiamento do SUS** – Coleção Para entender a gestão do SUS. 1ª Edição. Brasília, 2011, Vol 2.

CORDEIRO, H. A. **As empresas médicas: um estudo sobre as transformações capitalistas da prática médica no Brasil**. São Paulo, 1981. Tese (doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

DATASUS. Caderno de Informação em Saúde. Ministério da Saúde. [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br). Acessado em 15 de março de 2012.

SCOREL, S. **História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária**. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. P. 385-434.

SCOREL, S.; TEIXEIRA, L.A. **História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista**. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. P. 333-384.

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

HADDAD et al. Custos hospitalares da cirurgia de revascularização do miocárdio em pacientes coronarianos eletivos. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. vol.88 no.4 São Paulo Apr. 2007

IBGE. **Estatísticas de Saúde**. Assistência Médico Sanitária. Rio de Janeiro, IBGE. 1989. v. 14.

\_\_\_\_\_. Censo agropecuário. Rio de Janeiro, p.1-146, 2006.

\_\_\_\_\_. Censo. Rio de Janeiro. 2010.

IYDA, M. **Cem anos de saúde pública: a cidadania negada**. São Paulo, Universidade Estadual Paulista, 1994.

LEMOS, C et al. **Produção física e financeira nas internações em clínica médica em hospitais em Ribeirão Preto-SP**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2011 jul/set;13(3):508-20. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n3/v13n3a17.htm>.

LUIZA, V. L.; OSORIO-De-CASTRO, C. G. S. e Nunes, J. M. **Aquisição de medicamentos no setor público: o binômio qualidade – custo**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(4):769-776, out-dez, 1999

LUSTOSA, I. D. **Pedro I**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007, p.154 e 155

MENDES, E. V. **Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Unico de Saúde**. Hucitec Abrasco, 4 ed, SP-RJ, 1999

NETO, G. V. ; MALIK, A. M. **Tendências na assistência hospitalar**. Ciência & Saúde Coletiva, 12(4):825-839, 2007

OLIVEIRA, E. X. G. de; CARVALHO, M. S; TRAVASSOS, C. **Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar**. Cad. Saúde Pública [online]. 2004, vol.20, n.2 [cited 2011-02-06], pp. 386-402 .

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. (Im)**Previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petropolis: Vozes,1985.360 p.

PAIM, J. S. e TEIXEIRA, C. F. **Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte**. Rev Saúde Pública; 40 (N Esp):73-8, 2006.

POSSAS, C. A. **Saúde e trabalho - a crise da previdência social**. Rio de Janeiro, Graal, 1981.

PICOLO, G. D. CHAVES, L. D. P. **Produção Física e Financeira nas Internações em Clínica Médica em Hospitais em Ribeirão Preto-SP**. Revista da rede de Enfermagem do Nordeste. V 10. N 3, p 74-82, jul/set, Fortaleza, 2009.

PINHEIRO, M. C.; WESTPHAL, M. F.; AKERMAN, M. **Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 449-458, mar./abr. 2005.

PIOLA, S. F.; RIBEIRO, J. A. C.; REIS, C. O. O. **Financiamento da Saúde: o que mudou com a CPMF**. Texto elaborado por solicitação da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES) para o Encontro Nacional de Economia da Saúde realizado em Salvador, Bahia, em 30 de novembro de 1999.

TANCREDI, F.B.; BARRIOS, S.R.L.; FERREIRA, J.H.G. **Planejamento em Saúde**, volume 2 – SérieSaúde & Cidadania. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São

Paulo: 1998. p. 19 e 20. Disponível em [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saude\\_cidadania/index.html](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saude_cidadania/index.html)

TEIXEIRA, C. M. **Epidemiologia e planejamento de saúde**. Ciência & Saúde Coletiva. 1999; 4:287-303.

TEIXEIRA, Carmen (coord). **Planejamento & gestão de sistemas e serviços de saúde**. Carmen Teixeira, coord. Ana Luiza Villasboas, Cristiane Abdon, Maria Creuza Ferreira. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004. 31 p. Texto de difusão técnico-científica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Vigilância Epidemiológica em âmbito hospitalar. Rev Saúde Pública 2007; 41(3):487-91.

TEIXEIRA, E. B.; PIZOLOTTO, M. F.; SCHIRMER, T. **Desenvolvimento de competências nos Hospitais Gaúchos: na busca da Sustentabilidade Organizacional**. XXVII Encontro Nacional de Engenharia de Produção. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 09 a 11 de outubro de 2007.

VENDEMIATTI, M et al. **Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança** Ciência & Saúde Coletiva. vol.15 supl.1 Rio de Janeiro, Junho 2010.

VERAS, C M. e MARTINS, MS. **A Confiabilidade dos Dados nos Formulários de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)**, Rio de Janeiro, Brasil Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 10 (3): 339-355, jul/set, 1994

VIANNA, H. **História do Brasil: período colonial, monarquia e república**. 15. ed. São Paulo: Melhoramentos, 1994, p.417 e 418

WORLD BANK. Brazil: the new challenge of adult health. Washington, World Bank, 1990.



## APÊNDICE

Planilha de acompanhamento das glosas de AIH



Secretaria de Estado da Saúde  
Departamento de Faturamento - HGR

Nº Prontuário	dd/mm/ano	Cód. SIGTAP	Motivo da não cobrança	Valor

---

Ass. e carimbo do resp.