



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO HUMANO

ÂNGELO HENRIQUE LOUZADA

**ANÁLISE DE INDICADORES E RECURSOS PÚBLICOS APLICADOS EM UMA
UNIDADE DE SAÚDE MENTAL DE UM HOSPITAL GERAL DA REGIÃO
METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE – RS**

Canoas, 2020

ÂNGELO HENRIQUE LOUZADA

**ANÁLISE DE INDICADORES E RECURSOS PÚBLICOS APLICADOS EM UMA
UNIDADE DE SAÚDE MENTAL DE UM HOSPITAL GERAL DA REGIÃO
METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE – RS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Saúde e Desenvolvimento Humano da Universidade La Salle como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre em Saúde e Desenvolvimento Humano.

Orientação: Prof. Dr. Jefferson M. Monticelli

Canoas, 2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

L894a Louzada, Ângelo Henrique.

Análise de indicadores e recursos públicos aplicados em uma unidade de saúde mental de um hospital geral da região metropolitana de Porto Alegre, RS [manuscrito] / Ângelo Henrique Louzada – 2020.
56f.;30 cm.

Dissertação (Mestrado em Saúde e Desenvolvimento Humano) – Universidade La Salle, Canoas, 2020.

“Orientação: Prof. Dr.Jefferson Marlon Monticelli”.

1. Gestão. 2. Custos. 3. Indicadores. 4. Saúde mental. I.Monticelli, Jefferson Marlon. II.Título.

CDU:614:311

ÂNGELO HENRIQUE LOUZADA

**ANÁLISE DE INDICADORES E RECURSOS PÚBLICOS APLICADOS EM UMA
UNIDADE DE SAÚDE MENTAL DE UM HOSPITAL GERAL DA REGIÃO
METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE – RS**

Dissertação aprovada como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre em Saúde e
Desenvolvimento Humano.

Aprovado pela banca examinadora em ____ de _____ de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Jefferson M. Monticelli- Orientador
UniLaSalle

Prof. Dr. Rafael Fernandes Zanin - Avaliador
UniLaSalle

Prof. Dr. Márcio Manozzo Boniatti - Avaliador
UniLaSalle

Prof. Dr. Diego Rodrigues Falci – Avaliador Externo
UFRGS

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus e à toda minha família, pelo apoio e ajuda que me deram sempre que eu precisei.

Agradeço à Secretaria Municipal de Saúde do município de Novo Hamburgo/RS, bem como, aos setores de direção, faturamento, financeiro e saúde mental do hospital municipal da cidade.

Ao coordenador do curso de Mestrado em Saúde e Desenvolvimento Humano, pela dedicação e auxílio sempre que necessário.

Ao meu professor orientador, pela paciência e dedicação ao revisar e fazer apontamentos a cada versão desta pesquisa.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano da Unilasalle de Canoas, pela oportunidade de ter vivido esta experiência, da qual, acredito que concluí como um ser humano melhor do que entrei; e por ter me proporcionado um crescimento profissional mais técnico e objetivo. Acredito que esta titulação em nível de mestrado será muito proveitosa de agora em diante.

Algo só é impossível até que alguém duvide e resolva provar o contrário.

Albert Einstein

RESUMO

Em novembro de 2020, o hospital municipal de Novo Hamburgo/Rio Grande do Sul (RS) completará 73 anos de existência. Em 1947, quando iniciou suas atividades, o espaço contava com 20 leitos para atender a população. Atualmente, possui 266 leitos, sendo que dez são destinados à saúde mental, tema central deste estudo. Uma vez que o hospital é referência para atendimentos na região, faz-se necessária a gestão de custos hospitalar, tendo em vista, a crescente demanda na área da saúde mental. Esta pesquisa analisou indicadores assistenciais de uma unidade de saúde mental e sua forma de gestão de recurso repassados dos entes da federação, com o objetivo de melhorar a forma de gerenciamento e de análise dos indicadores, possibilitando intervenções e tomada de decisões baseadas em evidências. Uma das contribuições deste estudo foi a retomada dos registros e dados para uma análise detalhada pela coordenação. Em relação aos repasses Estaduais e Federais, outra contribuição foi à proposta de habilitar novos leitos psiquiátricos. Neste sentido, foi desenvolvido um produto técnico que pode contribuir na estruturação e organização estratégica, visando à proposta de retomada da habilitação de novos leitos para a saúde mental. O produto técnico foi baseado nas ferramentas gerenciais dos 5W2H e matriz SWOT, para levantar os dados estratégicos necessários, para habilitar novos leitos junto ao Ministério da Saúde (MS). Este estudo reuniu informações obtidas dos registros feitos no sistema de gerenciamento dos pacientes na unidade de saúde mental do Hospital Municipal de Novo Hamburgo. Aplicou-se o método ecológico, pois se adapta à realidade da pesquisa, uma vez que se trata de um estudo observacional, com informações obtidas em nível agregado de uma determinada população ou grupo de pessoas, neste caso a saúde mental e seu centro de custo específico. Esta pesquisa propiciou uma visão sistêmica sobre os custos que norteiam a saúde mental e a forma de buscar recursos para o atendimento da demanda na região. Portanto, os repasses dos governos federais e estaduais podem ser conquistados com a apresentação e a submissão do projeto técnico, fundamentadas em cálculo de custos operacionais e de equipes, bem como da estrutura mínima exigida de acordo com os critérios do MS.

Palavras-chave: Gestão. Custos. Indicadores. Saúde Mental.

ABSTRACT

In November 2020, the municipal hospital of Novo Hamburgo/Rio Grande do Sul (RS) will reach the age of 73. In 1947, when it began its activities, space had 20 beds to attend to the population at present, it has 266 beds, ten of which are intended for mental health, the central theme of this study. Since the hospital is a reference point for attending to the region, the hospital cost management is necessary, in view of the growing demand in the area of mental health. This research analyzed the care indicators of a mental health unit and its form of resource management, with the goal of improving the way the indicators are managed and analyzed, making it possible to intervene and make decisions based on evidence. One of the contributions of this study was the resumption of records and data for a detailed analysis by coordination. With regard to the State and Federal transfers, another contribution was the proposal to empower new psychiatric beds. To this end, a technical product has been developed which can contribute to the structuring and strategic organization, with a view to the proposal to resume the qualification of new beds for mental health. The technical product was based on the 5W2H management tools and the SWOT matrix, to gather the necessary strategic data, to enable new beds with the Ministry of Health (MH). This study brought together information obtained from the records of the patient management system at the mental health unit of the Municipal Hospital of Novo Hamburgo. The ecological method was applied, since it adapts itself to the reality of the research, since it is an observational study, with information obtained at an aggregate level of a given population or group of persons, in this study mental health and its specific cost center. This research provided a systemic view of the costs that guide mental health and the way of looking for resources to meet the demand in the region. Therefore, the transfers of federal and state governments can be achieved by the presentation and submission of the technical project, based on the calculation of operating costs and teams, as well as the minimum structure required in accordance with Ministry of Health's criteria.

Keywords: Management. Costs. Indicators. Mental Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxo básico de critérios para internação ou encaminhamento externo 39

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Aplicação do produto técnico, modelo 5W2H..... 51

Quadro 2 - Aplicação do produto técnico, matriz SWOT 52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Relatório Sintético de procedimentos.....	35
Tabela 2 -Número de Internações Totais	42
Tabela 3 - Custos Totais.....	42
Tabela 4 - Tempos médio de internação	43
Tabela 5 - Receitas Totais	44
Tabela 6 - Número de Usuários por Cidade	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APURASUS	Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
ATSM	Área Técnica de Saúde Mental
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários da Saúde
DAPES	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único da Saúde do Brasil
DOU	Diário Oficial da União
DRG	<i>DiagnosisRelatedGroups</i>
EC	Emenda Constitucional
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FES	Fundo Estadual de Saúde
FFS	<i>Free for Service</i>
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
G. HOSP	Sistema de Gestão Hospitalar
GTC	Grupo de Trabalho de Custos
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MCA	Método de Custeio por Absorção
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNGC	Programa Nacional de Gestão de Custos

RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RS	Rio Grande do Sul
SAIPS	Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde
SAMU	Serviço Atendimento Móvel de Urgência
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SHR	Serviços Hospitalares de Referência
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRT	Serviços de Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats
TC	Termo de Cooperação
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USA	<i>United States of America</i>
USF	Unidade de Saúde da Família
5W2H	What, Why, Where, When, Who, How e How much

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 JUSTIFICATIVA.....	14
1.2 OBJETIVOS	15
1.2.1 Objetivo geral	15
1.2.2 Objetivos específicos	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 TRAJETÓRIAS DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	17
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL, DROGAS E OUTROS TRANSTORNOS MENTAIS	19
2.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUAS FORMAS DE FINANCIAMENTO	20
2.4 GESTÃO DE CUSTOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	23
2.5 MODALIDADES DE TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS NO SUS	24
2.5.1 Modalidade convênio	25
2.5.2 Modalidade fundo a fundo	25
2.5.3 Modalidade contrato de repasse	26
2.5.4 Modalidade termo de execução descentralizada	27
2.6 REPASSES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE AOS MUNICÍPIOS.....	27
2.6.1 Fundo estadual de saúde	27
2.6.2 Fundo municipal de saúde	28
2.7 MODELOS DE REMUNERAÇÃO NA SAÚDE – BRASIL X USA.....	28
2.8 CENTROS DE CUSTOS.....	30
2.9 CLASSIFICAÇÕES DOS CUSTOS	30
2.9.1 Custos diretos	30
2.9.2 Custos indiretos	31
2.9.3 Custos Fixos	31
2.9.4 Custos Variáveis	31
2.10 INDICADORES.....	31
2.10.1 Sistemas de indicadores	32
2.11 SERVIÇOS HOSPITALAR DE SAÚDE MENTAL	32
2.12 HOSPITAIS GERAL TIPO CINCO (5)	33
2.13 PROCEDIMENTOS EM HOSPITAL GERAL – SAÚDE MENTAL	33

2.14 TABELA DE PROCEDIMENTOS EM SAÚDE MENTAL E DIÁRIA.....	34
3 METODOLOGIA	37
4 ANÁLISE DOS DADOS	41
4.1 TABELA DE INTERNAÇÕES TOTAIS – SAÚDE MENTAL	41
4.2 TABELA DE CUSTOS TOTAIS NO PERÍODO – SAÚDE MENTAL.....	42
4.3 TABELA MÉDIO DE INTERNAÇÃO – SAÚDE MENTAL.....	43
4.4 TABELA DE RECEITAS NO PERÍODO – SAÚDE MENTAL.....	44
4.5 NÚMERO DE USUÁRIOS POR CIDADE – SAÚDE MENTAL.....	46
5 DESCRIÇÃO E APLICAÇÃO DO PRODUTO TÉCNICO.....	49
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
REFERÊNCIAS.....	56

1 INTRODUÇÃO

Em cinco de outubro de 2020, a sociedade brasileira celebrará 32 anos da Constituição Federal de 1988, também conhecida como Constituição Cidadã, renovando o compromisso e a esperança de se ter o acesso universal à saúde pública, onde cada cidadão brasileiro deve ter seu direito à saúde respeitado efetivamente (BRASIL, 1988). O movimento que culminou na Reforma Sanitária Brasileira, ocorreu no final da década de 70, que resultou a Oitava Conferência Nacional de Saúde em 1986, quando se reconheceu que o direito à saúde pública é um dever do Estado, garantindo um conjunto de políticas econômicas e sociais futuras, incluindo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), universal, público, participativo, descentralizado e integral em todas as suas demandas. Assim, surge, com todas essas políticas públicas implementadas no país, um segmento chamado saúde mental (SCHWARTZMANN, 1979).

Este estudo não abordará a saúde pública como um todo, mas a parte que trata de indicadores de saúde mental repasses públicos em um hospital municipal no Rio Grande do Sul (RS). A história da saúde mental no Brasil teve vários desdobramentos ao longo dos anos, passou por mudanças conceituais e de legislação, fazendo um resgate do indivíduo à sociedade. Apesar de ter evoluído muito em vários aspectos, atualmente, um tema recorrente e preocupante entre os gestores públicos são os gastos operacionais, tanto da manutenção da estrutura e realização do diagnóstico quanto do tratamento do paciente (GOULART, 2012).

A redução de gastos em saúde pública e privada vem ganhando papel extremamente relevante em todo o mundo. O Brasil destina 8,3% de seu Produto Interno Bruto (PIB) em saúde, porém, em comparação com outros países, Estados Unidos da América (USA), por exemplo, o percentual aplicado é inferior à média internacional, que fica em torno de 9,9% segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (FIGUEIREDO; PRADO; MEDINA; PAIM, 2018). Os recursos utilizados na prestação da assistência médica, hospitalar, ambulatorial, laboratorial, entre outros, por um lado, apresentam demanda crescente em função das novas opções que a tecnologia oferece e, por outro, a insuficiência de recursos, principalmente do setor público, para atender a demanda dos usuários.

Em meio a um cenário competitivo, pois a saúde privada luta diariamente com novas empresas do mesmo segmento, o que aumenta a competição por menores preços sobre os serviços prestados, os gestores das organizações públicas brigam para reduzir os custos internos, uma vez que a competição externa não as atinge diretamente, mas depende dos repasses governamentais. No entanto, as duas organizações passaram a ter necessidade de

instrumentos gerenciais adequados na administração dos recursos utilizados e na formatação de suas atividades fim. As instituições públicas de saúde convivem com os mesmos desafios de uma crescente demanda de gestão profissional, sem a qual não terá viabilização, muito menos sua manutenção e sobrevivência. O aumento de gastos e a escassez de recursos em saúde são acompanhados pela preocupação dos gestores (FALK,2001).

Esta pesquisa tem por objetivo reunir informações obtidas de dados lançados no sistema de gerenciamento interno da instituição pesquisada. Por se tratar de um Hospital Geral que utiliza seus controles baseados em centro de custos, foram analisadas as informações inseridas no centro de custo correspondente à saúde mental. Os indicadores avaliados e as sugestões de melhorias, no que tange à captação de recursos ou à redução de gastos operacionais são: número total de atendimentos no período estudado; custos totais; tempo médio de permanência dos pacientes na unidade; receitas totais; e número de usuários por cidade.

Todos os dados coletados são de usuários que passaram pela avaliação médica, conforme estabelecido pela Lei nº 10.2016/2001, em seu art. 6º, que determina os tipos de internações e foram computados no trabalho (BRASIL, 2001). Os demais serão encaminhamentos ao Centro de Atenção Psicossocial(CAPS)ou a Rede de Atenção Psicossocial(RAPS)eserão descartados do estudo.A próxima seção aborda a justificativa desta pesquisa, a qual tende a contribuir efetivamente com a instituição estudada.

1.1JUSTIFICATIVA

Este estudo analisa os indicadoresde uma unidade de saúde mental em um Hospital Geral na região metropolitana de Porto Alegre (POA)/RS e sua forma de gestão de recurso repassado dos entes federativos (Federal, Estadual e Municipal). Tem como intuito melhorar a forma de gerenciamento ede análise dos indicadores assistenciais, possibilitando intervenções diretas pelas tomadas de decisões baseadas em evidências, contribuindo para a melhoria da gestão e aplicação dos recursos públicos e sugerindo aperfeiçoamentos na redução de custos operacionais e/ou no aumento de receitas da instituição.

A relevância desta pesquisa, após a avaliação dos indicadores propostos, está em auxiliar o gestor hospitalar na tomada de decisão quanto à utilização dos recursos públicos destinados à unidade de saúde mental, uma vez que a legislação referente ao financiamento do SUS, busca garantir a eficiência gerencial, utilizando plataformas de gestão governamentais para evitar desperdício na fase operacional. Analisou-se gastos com pacientes ou usuários que

ficaram internados na unidade no período estipulado entre 2016 e 2018, nos leitos da saúde mental do hospital público em questão.

1.2 OBJETIVOS

Os objetivos foram divididos em duas etapas, objetivos gerais e específicos. O primeiro intenciona uma interligação e uma medição dos recursos aplicados na saúde mental da instituição estudada; e os específicos tratam dos indicadores assistenciais propriamente ditos.

1.2.1 Objetivo geral

O Objetivo geral deste estudo é analisar recursos aplicados na unidade de saúde mental em um Hospital Geral da região metropolitana de POA, usando os indicadores assistenciais, comparando e analisando-os com as informações disponíveis nas bases de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) e do *Software* de Gestão Hospitalar (G-HOSP) em relação à instituição estudada.

1.2.2 Objetivos específicos

- a) determinar o número total de internações no período;
- b) definir os custos totais de internação;
- c) indicar o tempo médio de permanência;
- d) estabelecer as receitas totais;
- e) apontar o número de usuários por cidade; e
- f) propor melhorias para o centro de custos da saúde mental.

Esta pesquisa está estruturada em seis seções distintas e distribuídas da seguinte forma: na primeira seção, encontram-se a introdução, a justificativa e os objetivos geral e específicos; na segunda, é apresentado o referencial teórico; a terceira seção contém a especificação da metodologia e toda sua operacionalização; na quarta, está exposta a análise de dados; na quinta seção, descreve-se o produto técnico; e na sexta seção estão abarcadas as considerações finais. No referencial teórico, buscou-se direcionar bibliografias e legislações vigentes que norteiam o tema central do estudo, saúde mental, custos e indicadores.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico pretende identificar referências que são pertinentes ao tema central, no que tange a indicadores, repasses e formas de financiamentos da saúde, custos e saúde mental. Por isso, não foi explorada a saúde pública no Brasil como um todo.

2.1 TRAJETÓRIAS DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

O sistema de saúde pública no Brasil passou por várias fases e mudanças profundas ao longo dos tempos. Em 1953, foi instituído o Ministério da Saúde (MS), sendo esta a primeira vez em que se designou ministério dedicado exclusivamente à elaboração de políticas em saúde, principalmente para atendimento em zonas rurais, já que, nas cidades, a saúde era privilégio de quem tinha carteira assinada (PAIM, 2008).

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) tiveram um papel muito importante na consolidação do entendimento da importância da saúde pública no Brasil. A Terceira CNS, que ocorreu no final de 1963, apresentou diversos estudos sobre a criação de um sistema de saúde, foi com ela que o embrião da atual conjuntura na legislação se gerou, foram duas as principais bandeiras nessa conferência:

- a) a criação de um sistema de saúde para todos, e o direito universal à saúde; e
- b) a organização de um sistema descentralizado, visando o protagonismo do município.

Entre 1964 e 1985, a saúde pública atravessou a ditadura militar, sofreu com cortes de verbas, encarou doenças como dengue, meningite e malária, as quais se intensificaram. Houve um aumento das epidemias e da mortalidade infantil, até que o governo decidiu fazer algo. Uma das medidas foi à criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que surgiu da união de todos os órgãos previdenciários que funcionavam desde 1930. Ele tinha como prioridade melhorar o atendimento médico, fazendo com que se enxergasse a atenção primária de pacientes como responsabilidade dos municípios, sendo que os casos mais complexos eram de responsabilidade dos governos estadual e federal (PAIM, 2008).

Durante os anos de 1970, mesmo no auge do milagre econômico, as verbas para saúde eram baixas: 1% do orçamento geral da União. Ao fim dessa década, as prefeituras das cidades que mais cresciam começaram a se organizar para receber e conceder aos imigrantes algum tipo de atendimento na área da saúde. Começaram a ser estruturadas políticas públicas

que envolveram as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), as quais, depois se estenderam aos estados e aos ministérios, como o Ministério da Previdência Social (MPS) (MONTEIRO, 2016).

Os anos 80 chegam com um princípio da saúde pública como direito das pessoas. O Movimento Sanitarista e a Oitava CNS plantaram a primeira semente para o modelo de saúde pública que se tem nos dias de hoje. O Movimento Sanitarista foi de importância ímpar ao entendimento de saúde pública, do conceito de saúde e da evolução do direito à saúde no Brasil. A reforma sanitária se refere às idéias de uma série de mudanças e transformações na saúde. Sua composição era de técnicos da saúde, médicos, enfermeiros, biomédicos e intelectuais, partidos políticos, diferentes correntes e tendências e movimentos sociais diversos. Ao fim da década de 1970, ele adquiriu certa maturidade em função de uma série de estudos acadêmicos e práticas realizados principalmente nas faculdades de Medicina (MONTEIRO, 2016).

Esse movimento chegou também nos conselhos regionais, no Conselho Nacional de Medicina e na Associação Médica Brasileira – fazendo com que as entidades médicas começassem a ser renovadas. A criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976, teve grande importância na luta pela reforma sanitária. Enquanto o regime militar existia, o movimento sanitário foi ‘testando’ uma série de hipóteses a respeito do seu entendimento de saúde. Na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz, são executados diversos projetos que são constituídos de três etapas, e pessoas que faziam política em todo Brasil foram treinadas:

- a) saúde comunitária;
- b) clínica de família;
- c) pesquisas comunitárias.

Com o fim do regime militar, as propostas da Reforma Sanitária foram reunidas num documento chamado ‘Saúde e Democracia’, enviado para aprovação do Legislativo Federal. Uma das conquistas foi à realização da Oitava CNS, em 1986. Pela primeira vez na história, foi possível a participação da sociedade civil no processo de construção do que seria o novo modelo brasileiro de saúde pública. Desde o seu tema – ‘Saúde como direito de todos e dever do Estado’ – essa conferência foi importante, uma vez que apresentou como resultado uma série de documentos que, basicamente, esboçaram o surgimento do SUS. A conferência ampliou os conceitos de saúde pública no Brasil, propôs mudanças baseadas no direito universal à saúde, com melhores condições de vida, além de fazer menção à saúde preventiva,

à descentralização dos serviços e à participação da população nas decisões, conforme seu relatório e suas principais resoluções foram incorporadas à Carta magna atual.

A Constituição Federal de 1988, em seus art. 196 até 200, foi o primeiro documento a colocar o direito à saúde definitivamente no ordenamento jurídico brasileiro. A saúde passa a ser um direito do cidadão e um dever do Estado, mas o cuidado particular de cada indivíduo não pode ser negligenciado. A Constituição ainda determina que o sistema de saúde pública deva ser gratuito, de qualidade e universal, isto é, acessível a todos os brasileiros e/ou residentes no Brasil. Ele foi regulado pela Lei nº 8.080 de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que contempla todas as suas atribuições e funções distribuídas como um sistema público, e pela Lei nº 8.142, do mesmo ano, que dispõe sobre a participação da comunidade, da gestão e do financiamento do SUS (BRASIL, 2011).

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL, DROGAS E OUTROS TRANSTORNOS MENTAIS

As políticas públicas em saúde atuam conforme suas especialidades e complexidades, no que tange a saúde mental, suas estratégias e diretrizes adotadas junto ao SUS. Elas têm como objetivo organizar e dar à assistência às pessoas com necessidades de acolhimento e tratamento adequado em saúde mental. Auxiliam no atendimento e tratamento de pessoas com insuficiências relacionadas a transtornos de ordem mental, como depressão, esquizofrenia, ansiedade, transtorno bipolar e obsessivo-compulsivo, incluindo pessoas dependentes de substâncias psicoativas (álcool, cocaína, *crack* e outras drogas) (AMARANTE, 2007).

O SUS cria diretrizes e propõe a implantação de redes de serviços ao usuário, com diferentes graus de complexidade, com o propósito de atender as diferentes demandas, das mais simples às mais complexas e graves. A idéia de rede de atenção é promover uma assistência integral e que possa abordar condutas baseadas em evidências científicas. Esta política e este formato buscam maior integração social, fortalecimento dos vínculos regionais e participação do indivíduo que apresenta algum tipo de transtorno mental. Os usuários que buscam este tipo de atendimento no SUS, recebem atendimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (DESVIAT, 2008).

Em dezembro de 2017, a saúde mental teve um ganho depois do encontro que reuniu a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), o MS, o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), pois foram anunciadas duas medidas – a Portaria nº 3.588 e a Resolução nº 32 - (BRASIL, 2017b;

2017c) que fortalecem o atendimento via SUS e promovem mudanças na política Nacional de Saúde Mental. Com o escopo de que os pacientes, dos casos menos complexos aos mais graves, tenham acesso a tratamento efetivo no SUS e que este seja mais acessível, eficaz e humanizado. Uma novidade da nova política nacional de saúde mental será a expansão dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e a inclusão do acolhimento de pacientes vulneráveis que vivem na rua. As RAPS são formadas pelos seguintes pontos de atenção (Serviços):

- a) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diferentes modalidades;
- b) Serviço Residencial Terapêutico (SRT);
- c) Unidade de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil);
- d) Enfermarias Especializadas em Hospital Geral;
- e) Hospital Psiquiátrico;
- f) Hospital-Dia;
- g) Atenção Básica;
- h) Urgência e Emergência;
- i) Comunidades Terapêuticas; e
- j) Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental.

Em março de 2018, desenrolaram-se mudanças nas diretrizes da Política Nacional sobre drogas. O Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD) criou a Resolução nº1/2018, com o objetivo de promover ações que atendam as demandas sociais relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, o que vem crescendo no país. Cabe ressaltar que todas as mudanças na resolução do CONAD seguem rigorosamente as determinações da Lei nº 10.216/2001, que redirecionou o modelo da assistência psiquiátrica no Brasil e estabeleceu direitos dos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2001).

2.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUAS FORMAS DE FINANCIAMENTO

Primeiramente, é fundamental se compreender que existe uma divisão temporal distinta no financiamento da saúde no Brasil, antes e depois da Constituição Federal de 1988. Antes, só poderia utilizar o sistema de saúde quem contribuía com o ele. Com a carteira de trabalho assinada, o titular poderia estender o atendimento aos seus dependentes. Depois de 1988, o sistema mudou sua concepção e incorporou a idéia de seguridade social, a qual compõe: Previdência Social, Saúde e Assistência Social. O orçamento da seguridade

foi dividido entre as três áreas de governo (Federal, Estadual e Municipal), garantindo o direito à saúde a todos os cidadãos, diferentemente do que acontecia antes de 1988. Foi uma evolução gigantesca em comparação ao modelo adotado anteriormente, desde a época do império, no século XIX, quando o financiamento era realizado por contribuições e restringia o atendimento entre os contribuintes. Na Constituição do Império, em 1824, havia referência à seguridade social como ‘socorros públicos’ (BRASIL, 1824). Legislações de 1850, 1860 e 1888 previam uma espécie de seguro, no caso do acometimento de infortúnio a determinadas categorias de trabalhadores.

A expressão ‘aposentadoria’ surgiu com a Constituição de 1891 como um direito assegurado a funcionários públicos. Somente com a promulgação da Carta Política de 1946 é que passou a existir no Brasil certa sistematização em matéria de previdência social, restrita, contudo, a alguns segmentos da sociedade. Previa o art. 157, parágrafo XVI, que a previdência seria custeada pela contribuição da União, do empregador e do empregado em favor da maternidade e contra as consequências da doença, da velhice, da invalidez e da morte (BRASIL, 1946).

Em outubro de 1988, a República Federativa do Brasil (RFB) promulgou a atual Constituição do Brasil, e a saúde passou a ser um direito de todos e um dever do Estado. Seguindo políticas públicas, sociais e econômicas visam à redução do risco de doenças e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário e ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Assim foi criado o SUS e, passados mais de 30 anos desde sua criação no modelo vigente, foram estabelecidas diversas políticas públicas em diferentes especialidades da saúde, incluindo as direcionadas à atenção em Saúde Mental, que geram um custo aos cofres públicos. Este estudo se propõe a analisar estes custos e correlacioná-los com indicadores dentro de uma série histórica, a fim de propor uma análise para qualificar a decisão dos gestores e ajudar na redução de custos e/ou no faturamento da unidade.

As pesquisas em artigos e na base de dados sobre mensuração de custos e indicadores assistenciais na saúde mental em hospitais gerais apontaram uma carência em relação a publicações de custos relativos à operacionalidade dos processos internos relacionados a indicadores assistenciais em hospitais gerais que possuem leitos psiquiátricos financiados pelo SUS. A bibliografia é vasta, mas ainda incipiente, no que tange aos custos e indicadores assistenciais que medem a qualidade da atenção básica e hospitalar em pessoas com transtornos mentais, intencionando sua recuperação e efetividade do tratamento. Porém, comum olhar voltado aos custos de internação e aos custos operacionais do processo, que

mensuram os gastos ou buscam financiamento para uma unidade psiquiátrica hospitalar pública e para o funcionamento de seus leitos 100% SUS, os quais atendem pacientes com algum tipo de transtorno mental.

Estas observações se confirmaram depois de se ter acesso à publicação do MS no Diário Oficial da União (DOU) de 14 de dezembro de 2005, onde foi publicada a Portaria n° 9, de 13 de dezembro de 2005, na qual o MS, juntamente com a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), considerava o crescimento exponencial dos gastos em saúde que estavam intimamente relacionados a uma série de fatores, tais como: o emprego de novas tecnologias; o aumento da expectativa de vida da população; o crescimento da demanda, com a universalidade do acesso à saúde (saúde como direito social e dever do Estado); e a escassez de mão de obra qualificada.

Considerando que o conhecimento dos custos de uma instituição é de extrema relevância para melhorar o gerenciamento de seus recursos e racionalizar o uso de insumos, dando assim subsídios para apoiar o planejamento em médio e longo prazos. Ponderando a necessidade de que sejam avaliadas as condições do Sistema Público de Saúde quanto à inserção de programas de implantação e acompanhamento de gerenciamento de custos no âmbito do SUS. E sopesando a falta de uma sinergia das informações entre as instituições de saúde, as quais dizem respeito aos custos dos procedimentos e ações em saúde, resolveu-se instituir um Grupo de Trabalho de Custos (GTC), com as seguintes atribuições:

- a) sistematizar a proposta de Política Nacional de Gerenciamento de Custos;
- b) elaborar um diagnóstico situacional sobre a metodologia de custos empregada nas Instituições de Saúde Brasileiras;
- c) definir um modelo de fomento para o desenvolvimento de um sistema básico de custos que seja homogêneo nos conceitos e nas metodologias;
- d) promover o desenvolvimento de uma metodologia de apuração de custos que possua portabilidade e seja integrável, parametrizável e pública;
- e) estabelecer regras para a criação/credenciamento de serviços colaboradores e os objetivos desses serviços;
- f) apoiar a implantação dos sistemas de gerenciamento de custos nas instituições de saúde; e
- g) avaliar e aprimorar o processo de implantação do programa nacional de gestão de custos; entre outras atribuições.

Na próxima seção, a gestão de custos no sistema de saúde pública, um dos pontos

chave desta pesquisa na visão de alguns autores é abordada.

2.4 GESTÃO DE CUSTOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Hoje em dia, o sistema tem formas mais modernas de arrecadação, financiamento e controle dos gastos em saúde. O MS publicou a Portaria nº 55, em janeiro de 2018, que dispõe sobre o “[...] Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) e o Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (APURASUS)” BRASIL, 2018, p. 1-2).

O PNGC é um conjunto de ações que objetivam promover a gestão de custos no âmbito do SUS, por meio da geração, do aperfeiçoamento e da difusão de informações relevantes e pertinentes a custos, utilizadas como subsídio para otimização do desempenho de serviços, unidades, regiões e redes de atenção em saúde do sistema. Considera-se que a gestão de custos aplicada às organizações públicas de saúde é de fundamental importância para a maior eficiência e orientação na alocação de recursos e, dessa forma, constitui uma importante ferramenta para a tomada de decisão.

A implementação de um sistema de custos em uma unidade de saúde permite estimar os custos envolvidos em determinado serviço, gerando resultados representados pela adequação do uso dos recursos, independentemente do nível de complexidade do estabelecimento. A informação de custos auxilia os gestores na tomada de decisão para alocação de recursos, contribuindo com o ganho de eficiência e, em última instância, com a qualificação da atenção e ampliação do acesso. O PNGC gera ferramentas para auxiliar os gestores durante o planejamento e a tomada de decisão, na adoção de medidas racionalizadoras que propiciem a redução de custos sem impactar negativamente a qualidade do serviço prestado ao usuário do SUS, ou seja, aumentar a eficiência sem prejudicar a eficácia e a efetividade.

Ao se procurar fazer mais com menos recursos, colabora-se com os princípios da universalidade e integralidade do SUS, maximizando os benefícios para a sociedade. A implementação de um sistema de custos em uma unidade de saúde, sem importar o seu nível de complexidade, permite estimar os custos envolvidos em uma ação específica, gerando resultados representados pela qualificação da atenção, adequando o uso dos recursos e/ou a ampliação do acesso.

Para o efetivo aproveitamento da metodologia adotada pelo PNGC, é disponibilizado o Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (APURASUS), que é um *software* de custos que tem portabilidade, é integrável, parametrizável e público, com flexibilidade para as

especificidades de cada instituição de saúde. O objetivo específico do programa é promover a gestão de custos no âmbito do SUS, estimulando o uso da informação de custos como um indicador para auxiliar na tomada de decisão e calcular os gastos dos serviços prestados, bem como fornecer informações detalhadas a todos os setores da instituição, possibilitando a troca de dados e resultados, fortalecendo o controle social por meio da transparência na utilização dos recursos públicos. O APURASUS utiliza o Método de Custeio por Absorção (MCA), com alocação recíproca executada a partir da lógica matricial, e tem essa denominação porque o custo dos bens e serviços produzidos deve absorver, além dos custos variáveis, também os fixos, e até os gastos fixos de administração geral.

A gestão de custos aplicada a hospitais públicos assume papel relevante para adequar a gestão operacional e financeira da instituição. Entretanto, conforme (FALK, 2001), os administradores possuem baixo conhecimento sobre os conceitos de custos hospitalares. Além disso, as informações de custos disponibilizadas são pouco aproveitadas, não são bem compreendidas e, muitas vezes, não representam a realidade da instituição. A melhoria desse resultado requer maior capacitação e conscientização dos responsáveis de cada unidade e centro de custo; e um aprimoramento do sistema de gestão interna, de forma a propiciar maior autonomia e responsabilização. A eficiência e a eficácia gerencial certamente envolvem a questão de custos.

A excelência hospitalar exige eficácia em custos, aliada à qualidade do serviço prestado, e, conseqüentemente, a satisfação do paciente - ou usuário, como é chamado em um hospital 100% SUS. Em se tratando de planejamento econômico-financeiro das instituições públicas em saúde, a análise de custos auxilia no gerenciamento dos resultados, no cálculo das margens por procedimento, no direcionamento do trabalho, na identificação de instalações e espaços ociosos e no nível de atividade de um hospital público, com vistas à expansão do nível de atendimento para uma maior parcela da população, considerando que os recursos são escassos. Contudo, a apuração dos custos em estabelecimentos hospitalares é um trabalho complexo, conseqüência direta da diversidade de serviços prestados e adequações às legislações vigentes, especialmente em urgência e emergência, e que exige, entre outras condições, a delimitação correta dos centros de custos e um eficiente sistema de informações (FALK, 2001).

2.5 MODALIDADES DE TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS NO SUS

Existem quatro principais modalidades de transferências de recursos, são elas: por

convênio, fundo a fundo, contrato de repasse e termo de execução descentralizada. Este estudo engloba a transferência de recurso na modalidade fundo a fundo. Não serão muito aprofundadas as abordagens às demais formas. Sintetiza-se, nas subseções que seguem, cada uma dessas modalidades.

2.5.1 Modalidade convênio

De acordo com a Portaria Interministerial nº 424, de 30 de dezembro de 2016, o Convênio é um instrumento que disciplina a transferência de recursos financeiros de órgãos ou entidades da Administração Pública Federal, direta ou indireta, para órgãos ou entidades da Administração Pública Estadual, Distrital ou Municipal, direta ou indireta, consórcios públicos, ou entidades privadas sem fins lucrativos, buscando a execução de projeto ou atividade de interesse recíproco, em regime de mútua cooperação (BRASIL, 2019).

2.5.2 Modalidade fundo a fundo

As transferências fundo a fundo são caracterizadas pelo repasse por meio da descentralização de recursos advindos diretamente de fundos da esfera federal para fundos da esfera estadual, municipal e do Distrito, junto às unidades da federação. A Emenda Constitucional (EC) nº 29, de setembro de 2000, assegurou o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde, estipulando que as três esferas de governo apliquem anualmente recursos mínimos provenientes da aplicação de percentuais das receitas globais e determinando as suas bases de cálculo (BRASIL, 2009a). Para efeito da aplicação dessa Emenda, considera-se despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas com pessoal ativo e outras despesas de custeio e de capital, financiadas pelas três esferas de governo, conforme o disposto nos art. 196 e 198 da Constituição Federal de 1988, bem como na Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080, de 1990.

Em 1994, o decreto nº 1.232 estabeleceu as condições e as formas para propiciar os repasses regulares e automáticos dos recursos do SUS. A Portaria nº 204, de 2007, regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, com o respectivo monitoramento e controle (BRASIL, 2019). Em dezembro de 2017, foi publicada no DOU, a Portaria nº 3.992, que trata do financiamento e da transferência dos recursos federais para ações e serviços públicos de saúde do SUS (BRASIL,

2017a). Com essa publicação, os recursos federais destinados ao financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) passaram a ser organizados e transferidos na modalidade fundo a fundo, por meio de dois blocos:

- a) Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e
- b) Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.

As transferências fundo a fundo passaram a ser feitas em conta única e específica por bloco. Com o intuito de permitir o controle e a transparência dos repasses de recursos, foi mantida a informação destes que foram realizados por grupos de ações e serviços públicos de saúde relacionados ao nível de atenção ou área de atuação, dentro de cada bloco. Destaca-se seis aspectos positivos da nova Portaria nº 3.992/2017:

- a) gestão financeira mais flexível: os recursos financeiros repassados em conta única poderão ser remanejados pelos gestores locais, de acordo com o fluxo de pagamento;
- b) durante o exercício financeiro, os recursos poderão ser utilizados na execução de quaisquer ações e serviços públicos de saúde associados ao mesmo bloco;
- c) fortalecimento dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação da política de saúde;
- d) substituição do atual controle focado nos saldos financeiros das contas correntes pelo controle das despesas efetuadas e do resultado da política pública de saúde;
- e) Plano de Saúde e Programação Anual de Saúde utilizado como resultado do efetivo planejamento das ações desenvolvidas e acompanhamento pelas áreas e órgãos de controle social interno e externo; e
- f) aprimoramento da governança do SUS, visando à implementação de ações e serviços públicos de saúde com mais eficiência, eficácia e efetividade (BRASIL, 2017a).

2.5.3 Modalidade contrato de repasse

O contrato de Repasse é o instrumento administrativo pelo qual a transferência de recursos financeiros se processa (BRASIL 2007). Para operacionalizar esse instrumento, o MS firma um Termo de Cooperação (TC) com a instituição ou agência financeira oficial federal escolhida, que passa a atuar como mandatária da União. A partir da formalização do TC, a transferência dos recursos será efetuada mediante Contrato de Repasse, no qual

constarão os direitos e obrigações das partes, inclusive quanto à obrigatoriedade de prestação de contas perante o ministério competente para a execução do programa ou projeto. As normas aplicáveis aos convênios se aplicam, no que couber, aos contratos de repasse (BRASIL, 2019).

2.5.4 Modalidade termo de execução descentralizada

O Termo de Execução Descentralizada é definido no Decreto nº 8.180, de 30 de dezembro de 2013, como:

Instrumento por meio do qual é ajustada a descentralização de crédito entre órgãos e/ou entidades integrantes dos Orçamentos Fiscais e da Seguridade Social da União, para execução de ações de interesse da unidade orçamentária descentralizadora e consecução do objeto previsto no Programa de Trabalho, respeitada fielmente a classificação funcional programática (BRASIL, 2013, p. 1).

Ele substituiu o TC, definido na Portaria Interministerial nº 507, de 24 de novembro de 2011, como instrumento que ajusta a transferência de crédito de órgão ou entidade da Administração Pública Federal para outro órgão federal da mesma natureza ou autarquia, fundação pública ou empresa estatal dependente (BRASIL, 2016).

2.6 REPASSES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE AOS MUNICÍPIOS

Conforme a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, e da outras providências”, o repasse na saúde pública é tripartite, ou seja, vêm recursos da União, do Estado e do Município (BRASIL, 1990, p. 01). Estes são provenientes do Fundo Nacional de Saúde (FNS), do Fundo Estadual de Saúde (FES) e do Fundo Municipal de Saúde (FMS), e a transação é conhecida como repasse fundo a fundo. No que tange a esta pesquisa, considera-se os recursos oriundos das três esferas de governo e se utiliza o total do fundo municipal de saúde, haja vista que o repasse para o Hospital Geral e para a unidade de saúde mental estudada é utilizado os recursos em questão e as contas são prestadas pelo DATASUS.

2.6.1 Fundo estadual de saúde

Este é o fundo que corresponde ao FNS nos estados, é, igualmente, um instrumento de gestão do Conselho de Saúde com o plano de saúde e o relatório de gestão, sob responsabilidade imediata do Secretário Estadual de Saúde, pode ser gerido por uma diretoria executiva, ou similar, que administra os recursos alocados no FES e executa as atividades de administração financeira e de contabilidade, de planejamento, programação, orçamento, acompanhamento e avaliação de estudos e análises, em estreita articulação com os sistemas financeiros e de contabilidade do estado e planejamento estadual. O SUS, no âmbito do Estado do RS, será financiado, dentre outros, com recursos da seguridade social e fiscal da União, dos Estados e dos Municípios, conforme Emenda Constitucional nº 25, de 14 de fevereiro de 2000 (BRASIL, 2000b).

O Estado deverá aplicar em ações e serviços de saúde, no mínimo 10% da sua Receita Tributária Líquida, excluído os repasses federais provenientes do SUS, considerando ações e serviços de saúde os Programas em Saúde no Orçamento do Estado, conforme Emenda Constitucional nº 25, de junho de 1999. O Poder Público transferirá aos Municípios, na forma da lei, recursos financeiros alocados ao orçamento vinculado ao SUS, essa se destina ao custeio de serviços e investimentos na área da saúde, vedada sua utilização para outras finalidades. A repartição dos recursos financeiros terá como critérios prioritários o número de habitantes e as condições de execução das ações e serviços públicos de saúde dos Municípios.

2.6.2 Fundo municipal de saúde

É correspondente ao FNS em cada município, é um instrumento de gestão do Conselho Municipal de Saúde com plano de saúde e relatório de gestão, sob responsabilidade imediata do Secretário Municipal de Saúde, e pode ser gerido por uma diretoria executiva, ou similar, que administra os recursos alocados no FMS e executam as atividades de administração financeira e de contabilidade, de planejamento, programação, orçamento, acompanhamento e avaliação de estudos e análises, em estreita articulação com os sistemas financeiros e de contabilidade do município e planejamento municipal (RIO GRANDE DO SUL, 2020).

2.7 MODELOS DE REMUNERAÇÃO NA SAÚDE – BRASIL X USA

Segundo Bichueti e Mere Junior (2016, p. 59), existem modelos de financiamento na saúde dos quais o Brasil ainda é incipiente, mas devem iniciar debates para se chegar a uma melhor forma

de manter o que a Constituição Federal de 1988 preconiza: o acesso universal e igualitário aos usuários do SUS. O modelo de *CapitationBundled Services* tem sido aplicado de maneira experimental, em mercados mais evoluídos, como o brasileiro e o europeu, em que o sistema de saúde difere do sistema Brasileiro. Neste, os prestadores de serviços são remunerados pela quantidade de atendimentos e serviços prestados e não pela qualidade deles. O Hospital Geral em estudo presta serviços para o município onde está localizado e segue todas as diretrizes do SUS.

O DiagnosisRelatedGroups (DRG) é um sistema de classificação de pacientes internados em hospitais, de Agudos, que foi desenvolvido pela Universidade de Yale, nos EUA. Esta classificação passou a ser usada em meados da década de 60, mas, somente em 1983, depois de várias categorizações e revisões é que o DRG foi incorporado no esquema governamental de seguros americano denominado *Medicare*. Este é um sistema de pagamento aos hospitais contratados e a remuneração é mediante pagamento único para um conjunto de serviços prestados, conforme o tipo do tratamento e/ou diagnóstico do usuário. Tem como base a Classificação Internacional de Doenças (CID), semelhante ao Brasil, que padroniza a codificação de doenças e os problemas de saúde (BICHUETTI; MERE JUNIOR, 2016, p. 59).

A CID e os Problemas Relacionados à Saúde são publicados pela OMS e tem por meta padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde. A CID fornece códigos relativos às doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas, inclusive para ferimentos. Para cada estado de saúde é atribuída uma categoria única, que corresponde a um código. Este modelo desconsidera o ciclo completo do tratamento ou da doença, e os pagamentos são realizados separadamente para cada especialista ou prestador de serviço. Tem a vantagem de unificar as categorias de doenças e está sendo utilizado no Brasil, há décadas, para definição de pacotes de serviços dentro de um modelo conhecido como *Free for service* (FFS).

Neste modelo, no Brasil, o prestador de serviços é remunerado por procedimentos e não por um pacote de determinado serviço ou sobre o tratamento completo do paciente. As partes estabelecem, previamente, uma tabela de preços por procedimentos ou um conjunto deles, porém, os valores praticados podem variar conforme o prestador ou a fonte pagadora. O desempenho não é levado em conta, os custos reais raramente são os valores e ficam condicionadas às negociações e barganhas entre o contratante e o contratado (BICHUETTI; MERE JUNIOR, 2016, p. 59).

O pagamento é feito sobre a quantidade de atendimentos e procedimentos e não de acordo com as qualidades do serviço, inclusive reinternações decorrentes de evoluções ou erros médicos, são novamente remuneradas. Alguns fatores levantados por Bichuetti e Mere

Junior (2016) referentemente à inexistência de mudança do modelo atual no sistema Brasileiro de saúde são: pulverização e falta de união entre os prestadores de serviços, pois impera o individualismo; fontes pagadoras não estão dispostas a assumir o risco de uma troca de modelo, uma vez que podem determinar valores e tabelas e assim ter o posicionamento sobre os preços praticados; a classe médica e a enfermagem trabalham em diferentes hospitais e não são fiéis a um único prestador de serviço; existem uma tabela de valores que é regulamentada pelo governo; entre outros. Soluções existem, sublinham os autores, porém demandam mudança de cultura e diferentes posicionamentos empresariais que só serão eficazes em longo prazo (BICHUETTI; MERE JUNIOR, 2016, p. 59).

2.8 CENTROS DE CUSTOS

Os custos representam os gastos relativos a bens utilizados na produção de outros bens ou serviços e estão associados aos produtos produzidos pela instituição. Pode-se dizer que o custo é um gasto realizado no processo fabril, na produção de bens, neste estudo, no entanto, refere-se aos insumos (medicação, equipe multifuncional, hotelaria, entre outros) utilizados pelo paciente na unidade hospitalar, denominada centro de custo da saúde mental (WERNKE, 2004). Para melhor entendimento da gestão por meio dos custos, a empresa pode se dividir em áreas distintas, de acordo com suas atividades desenvolvidas. Essas áreas distintas podem ser denominadas departamentos, setores, unidades ou centros de custos e/ou despesas, dependendo da nomenclatura adotada pela organização.

2.9 CLASSIFICAÇÕES DOS CUSTOS

Os custos podem ser classificados seguindo duas regras básicas que são compreendidas no caso da identificação do custo gerado em cada serviço ou produto, o qual se classifica como indireto ou variável; e, no caso de não identificação da quantidade de custo, ele se classifica como direto ou fixo, em virtude da realização do rateio. Os custos podem variar conforme cada empresa (WERNKE, 2004).

2.9.1 Custos diretos

Os custos diretos (ou despesas) são aqueles facilmente identificados, uma vez que têm

ligação direta com o objeto de custeio, e têm sua identificação relacionada diretamente com o portador para que seja realizada a identificação, não havendo necessidade de rateio. Os custos são gastos realizados para a criação ou geração de um produto ou serviço pela empresa (BRIMSON, 1996).

2.9.2 Custos indiretos

Os custos que, por sua pouca relevância ou não incidência direta, muitas vezes, são alocados aos objetos de custeio em forma de rateio. O setor de contabilidade deve ficar atento e orientar o gestor sobre este tipo de custo, o qual não é aplicado diretamente nos produtos ou serviços finais, mas no meio da produção sua elaboração (BRIMSON, 1996).

2.9.3 Custos Fixos

Custos fixos não variam em decorrência da redução do serviço prestado ou diminuição da produção de um produto, diferente dos custos variáveis, esses não são atingidos pela mudança das atividades e permanecem inalterados (FERREIRA, 2003).

2.9.4 Custos Variáveis

Os custos variáveis variam conforme a produção ou volume do serviço prestado, este tipo de custo se modifica, proporcionalmente, em decorrência do seu volume. A própria nomenclatura do custo já alerta para essa ponderação do volume e do tempo de produção ou prestação do serviço (FERREIRA, 2003).

2.10 INDICADORES

Também denominado ‘indicador de desempenho’, é uma informação quantitativa ou qualitativa para o desempenho de um processo, seja ele de produção ou de serviços, em termos de eficiência, eficácia ou nível de satisfação e que, em geral, permite acompanhar sua evolução ao longo do tempo e compará-lo com outras organizações ou sistemas de performance. Exemplos: lucratividade, rentabilidade, inadimplência, absenteísmo, produtividade, efetividade, custos, etc..

2.10.1 Sistemas de indicadores

Os sistemas de indicadores precisam obedecer a uma hierarquia, uma ordem de importância, conforme objetivos da organização, e refletem, de maneira visível, uma lógica complexa. Para se ter uma análise precisa, é necessário se munir de informações que se complementem. Um conjunto de indicadores permite, por meio de modelos de causa e efeito e sob vários ângulos, compreender o comportamento e o desempenho de uma organização ou de um setor (BRUNI; FAMÁ, 2009).

2.11 SERVIÇOS HOSPITALAR DE SAÚDE MENTAL

Os Serviços Hospitalares de Referência (SHR) para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas construirá um projeto técnico considerando oito critérios nas seguintes referências:

- a) internações de curta duração, até a estabilidade clínica do usuário, respeitando as especificidades de cada caso;
- b) adoção de protocolos técnicos para o manejo terapêutico dos casos;
- c) estabelecimento de fluxos entre os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Atenção às Urgências e o sistema de regulação;
- d) incorporação da estratégia de redução de danos como norteadora de projetos terapêuticos singulares, pactuados nos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde;
- e) articulação com outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para continuidade do tratamento, considerando perspectiva preventiva para outros episódios de internação;
- f) estabelecimento de mecanismos de integração do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas com outros setores do Hospital Geral, por intermédio de interconsulta ou outras formas de interação entre os diversos serviços, a partir de demandas de ordem clínica específica;
- g) garantia de transferência do usuário para estruturas hospitalares de maior

complexidade, devidamente acreditados pelo gestor local de saúde, quando as condições clínicas impuserem tal necessidade; e

- h) avaliação permanente, por equipe multiprofissional, dos indicadores de qualidade e humanização da assistência prestada.

O recebimento do incentivo financeiro de custeio instituído pelo Governo Federal fica condicionado à habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas. Os leitos já habilitados como Serviço Hospitalar de Referência para a Atenção Integral aos usuários de Álcool e outras Drogas, segundo a Portaria nº 2.842, de 20 de setembro de 2010, serão automaticamente habilitados como Serviços Hospitalares acima referidos em Hospital Geral.

2.12 HOSPITAIS GERAL TIPO CINCO (05)

Foi incluída, na Tabela de Habilitação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a habilitação (0636) - Serviços Hospitalares de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Esta habilitação é específica para estabelecimentos de saúde do Tipo 05 - Hospital Geral e, obrigatoriamente, inclui o cadastramento de leitos Saúde Mental - código 87, que o estabelecimento possui. Abrange também na Tabela de Serviço/Classificação do CNES o 115 - Serviços de Atenção Psicossocial com a classificação 003 - Serviço Hospitalar para atenção à saúde mental. Esta é utilizada especificamente pelos estabelecimentos de saúde do Tipo 05- Hospital Geral que prestam atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Nesses casos, as internações podem ser realizadas nas especialidades de leitos: (87 - Saúde Mental), (05 - Psiquiatria), (03 - Clínico), (07 - Pediátrico) e (02 - Obstétrico).

2.13 PROCEDIMENTOS EM HOSPITAL GERAL – SAÚDE MENTAL

Foram incluídos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos (SIGTAP) os procedimentos, realizados exclusivamente em Hospital Geral, que são:

- a) 03.03.17.009-3 - tratamento em psiquiatria (por dia) - admite longa permanência, tem registro diário e não permite mudança de procedimento;

- b) 03.03.17.010-7 - cada estabelecimento pode atender no máximo 30 pacientes/dia, com quantidade máxima permitida de 31 diárias, sendo até cinco diárias semanais, uma para cada dia útil da semana, no máximo 45 dias corridos;
- c) 03.03.17.013-1 - tratamento clínico em saúde mental em situação de risco elevado de suicídio- consiste na internação para preservação da vida;
- d) 03.03.17.014-0 - tratamento clínico para contenção de comportamento desorganizado e/ou disruptivo - consiste na internação para tratamento de transtornos mentais;
- e) 03.03.17.015-8 - tratamento clínico para avaliação diagnóstica de transtornos mentais e adequação terapêutica incluindo necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas – consiste na internação para avaliação diagnóstica e adequação terapêutica;
- f) 03.03.17.016-6 - tratamento clínico de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool –é a internação para tratar esses transtornos;
- g) 03.03.17.017-4 - tratamento clínico de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso do ‘*crack*’ – consiste na internação para tratamento desse transtorno;
- h) 03.03.17.018-2 - tratamento clínico dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso das demais drogas e/ou outras substâncias psicoativas – consiste na internação para tratamento desses transtornos;
- i) 03.03.17.019-0 - tratamento em psiquiatria de curta permanência, até 90 dias; e
- j) 03.03.17.020-4 – tratamento em psiquiatria por dia, com duração superior a 90 dias de internação, ou reinternação antes de 30 dias.

Após todo cadastramento dos procedimentos hospitalares, tem a tabela de valores para os procedimentos em questão, que será explicada na próxima seção.

2.14 TABELA DE PROCEDIMENTOS EM SAÚDE MENTAL E DIÁRIA

Os dez procedimentos descritos anteriormente são delineados na Tabela 1 e correspondem àqueles que têm cobertura do SUS na área da saúde mental junto ao Hospital Geral, objeto deste estudo. A instituição pesquisada tem habilitação para seis procedimentos sinalizados com um asterisco (*) na Tabela 1, que são os mais recorrentes nesta unidade de saúde mental, bem como o valor da diária em reais de cada procedimento que foi repassado pelo SUS em janeiro de 2019, conforme informações do MS. A Área Técnica de Saúde

Mental (ATSM) recomenda que as internações em saúde mental tenham curta permanência, conforme diretrizes da Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012).

Tabela 1 - Relatório Sintético de procedimentos

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	DIÁRIA
03.03.17.009-3	Tratamento em psiquiatria	26,91
03.03.17.010-7	Tratamento em psiquiatria em hospital dia (não se aplica neste caso)	39,88
03.03.17.013-1 *	Tratamento clínico em saúde mental/risco elevado de suicídio	57,00
03.03.17.014-0 *	Tratamento clínico para contenção/comportamento/desorganizado e/ou disruptivo	57,00
03.03.17.015-8 *	Tratamento clínico para avaliação/diagnóstico e adequação terapêutica decorrentes de álcool e outras drogas	57,00
03.03.17.016-6 *	Tratamento clínico de transtornos mentais e comportamento devido ao uso de álcool	57,00
03.03.17.017-4 *	Tratamento clínico de transtornos mentais e comportamento devido ao uso de <i>crack</i>	57,00
03.03.17.018-2 *	Tratamento clínico de transtornos mentais e comportamento devido ao uso das demais drogas e/ou substâncias psicoativas	57,00
03.03.17.019-0	Tratamento em psiquiatria de curta permanência, até 90 dias	26,91
03.03.17.020-4	Tratamento em psiquiatria por dia, com duração superior a 90 dias de internação ou reinternação antes de 30 dias	26,91

Fonte: adaptada de Secretaria de Atenção à Saúde, BRASIL (2019).

A Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012, contempla as diretrizes legais para a estrutura física, equipes técnicas, implantação dos serviços, incentivos financeiros, habilitação e acompanhamento dos serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com

sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas, que é um ponto de atenção do componente Atenção Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial(BRASIL, 2012).

Os indicadores analisados têm fundamentação Nessa Portaria, no que diz respeito às equipes técnicas e aos incentivos financeiros (BRASIL, 2012). Essas fornecem informações como o número de funcionários necessários para a quantidade de leitos habilitados, gerando dados para alimentar o indicador de custos totais. Os incentivos financeiros, por sua vez, geram dados para o levantamento dos valores a serem repassados, conforme o número de leitos habilitados e a taxa de ocupação exigida pela legislação, repassando os valores correspondentes às diárias por pacientes, alimentando os indicadores de tempo de permanência e as receitas do período.

Na seção seguinte, discorre-se sobre a metodologia aplicada nesta pesquisa para o levantamento de dados, de modo a contribuir na busca de informações junto ao centro de custo da saúde mental. O método utilizado facilitou a análise de um conjunto específico de indivíduos e propiciou uma verificação mais adequada dos dados.

3METODOLOGIA

Foi utilizado o método ecológico, pois se adapta à realidade deste estudo, que é observacional com informações obtidas em nível agregado de uma determinada população ou grupo de pessoas, neste caso a saúde mental e seu centro de custo específico. Segundo Morgenstern (1998), o estudo ecológico ou agregado foca na comparação de grupos, ao invés de indivíduos. Nesta pesquisa, o grupo está inserido no centro de custo da saúde mental do Hospital Geral estudado. Reuniu-se informações a partir de dados registrados no sistema de gerenciamento dos pacientes na unidade de saúde mental do Hospital Municipal de Novo Hamburgo. Este estabelecimento foi escolhido, haja vista que evidencia a proposta de pesquisa e possibilita acessibilidade dos dados analisados.

Por se tratar de um hospital que utiliza seus controles baseados em centro de custos, foram coletadas informações lançadas no centro de custo correspondente à saúde mental. Nesse sentido, analisou-se, no período estipulado entre 2016 e 2018, os seguintes indicadores:

- a) número total de internações no período;
- b) custos totais de internação;
- c) tempo médio de permanência;
- d) receitas totais;
- e) número de usuários por cidade.

Este período foi escolhido por conveniência, por ter o maior controle dos lançamentos de dados sobre a amostra que foi estudada. Os quatro indicadores selecionados retratam o cenário os objetivos propostos: o número de internações demonstra o fluxo de ocupações internas dos leitos de saúde mental; os custos totais e o tempo médio de permanência mostram o universo dos gastos da estrutura física e funcional; as receitas totais, que são repassadas pelos entes da federação, assim como as receitas oriundas das AIH's. Os dados foram coletados junto ao setor de faturamento e analisados conforme os lançamentos na base do SUS, onde são registrados os gastos e recursos disponibilizados pelo MS - para a manutenção dos leitos de saúde mental, em atendimento à legislação vigente.

O método utilizado possibilita a avaliação de um grupo de indivíduos, separando-os por unidades dentro do Hospital Geral, uma vez que se pode associar, a cada uma, o tipo de serviço prestado e/ou procedimento realizado, suas respectivas quantidades e o 'quanto custaram'. Em outras palavras, pode-se mensurar os gastos de cada unidade considerando a relação entre os recursos repassados e o quanto foi produzido e/ou gasto em cada centro de

custo.

A apuração dos custos, conforme a estrutura do custeio por absorção (GUERREIRO, 2001), está assim composta: são levantados os custos gerais da unidade de saúde mental, com pessoal (salários da equipe multifuncional), equipamentos e instalações, materiais de consumo e medicamentos em gerais. Uma vez totalizados os ‘gastos’ (custos e despesas), é aplicado o valor total ligado ao centro de custo correspondente a Saúde Mental. Ao longo de 30 dias, são contabilizados os procedimentos realizados, conforme os códigos específicos e somado o faturamento dos Atendimentos de Internação Hospitalar (AIH).

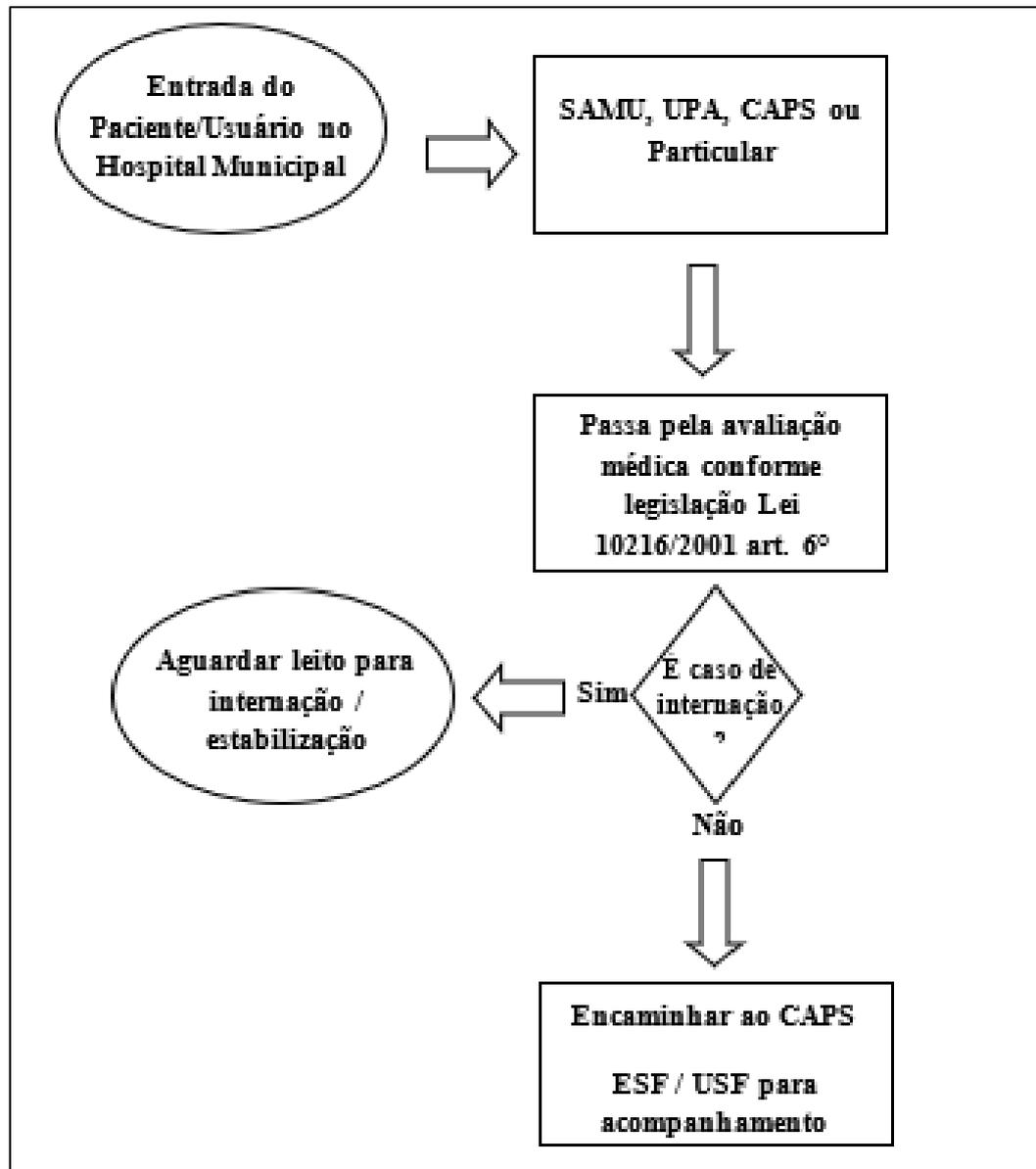
Esses dados têm o intento de fornecer informações estatísticas destinadas ao processo de rateio dos custos indiretos e dos centros de custos de base e intermediários da unidade. A soma dos custos diretos e do rateio dos custos indiretos forma o total dos custos do centro de custo da saúde mental. O cálculo do custo médio (sistema por absorção) que compõe o centro de custo especial da saúde mental é ilustrado nas equações 1 e 2.

$$\text{Custo médio do leito – dia} = \frac{\text{Total das despesas da enfermaria (gastos com paciente)}}{\text{N}^\circ \text{ de leitos x dias do mês}} \quad (1)$$

$$\text{Custo médio do paciente – dia} = \frac{\text{Total das despesas da enfermaria}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes x dias do mês}} \quad (2)$$

O fluxo desenhado na Figura 1 representa de que modo foram desenvolvidos a avaliação e o critério de escolha de cada paciente e/ou usuário.

Figura 1 - Fluxo básico de critérios para internação ou encaminhamento externo



Fonte: elaborada a partir dos dados da pesquisa (2020).

O fluxo esquematizado a cima, trata-se, de como os pacientes podem chegar e serem acolhido no sistema de saúde pública e encaminhado ao tratamento ou internação hospitalar. A chegada do usuário pode ser, via particular, onde por vontade própria ele busca o atendimento. Pode ser via encaminhamento através da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e via Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou via Serviço Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Após o acolhimento o usuário passa pela avaliação médica conforme legislação específica e determina-se o critério para internação hospitalar ou encaminhamento para tratamento e acompanhamento na atenção básica de saúde.

Na seção que segue, expõe-se a análise dos dados, a qual possibilitou uma interação maior com os setores envolvidos, faturamento e saúde mental. Esta ocasionou uma visão positiva à pesquisa, uma vez que se exteriorizaram debates sobre o tema com os setores envolvidos.

4 ANÁLISE DOS DADOS

Os Serviços de Saúde Mental no Hospital Municipal, atualmente conta com dez leitos, sendo que apenas quatro estão habilitados junto ao MS e atendem demandas de pessoas em situação de emergência psiquiátrica, referenciadas pela emergência Clínica do Hospital Municipal e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), e pacientes encaminhados pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Há, ainda, aqueles que chegam voluntariamente ou pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Os dados foram analisados conforme o objetivo proposto, por meio dos indicadores assistenciais, comparando e analisando-os com informações disponíveis nas bases de dados do DATASUS e G-HOSP em relação à instituição estudada, tendo como alicerce os seguintes indicadores:

- a) número total de internações no período;
- b) custos totais de internação;
- c) tempo médio de permanência;
- d) receitas totais; e
- e) número de usuários por cidades.

Cada dado levantado junto ao setor de faturamento da instituição foi colocado em uma tabela comparativa para facilitar a análise. Posteriormente, cada uma foi interpretada de forma a auxiliar na tomada de decisão para propor melhorias ao sistema de gestão dos custos da saúde mental no Hospital Geral de Novo Hamburgo.

4.1 TABELA DE INTERNALÇÕES TOTAIS – SAÚDE MENTAL

A Tabela 2 demonstra, por quadrimestres, o número total de internações nos períodos de 2016 a 2018, distribuídos nos dez leitos da saúde mental no Hospital Geral de Novo Hamburgo.

Tabela 2 -Número de Internações Totais

Unidade	1º quadrimestre	2º quadrimestre	3º quadrimestre	Total em 2016
Psiquiatria	198	162	220	580

Unidade	1º quadrimestre	2º quadrimestre	3º quadrimestre	Total em 2017
Psiquiatria	242	255	319	816

Unidade	1º quadrimestre	2º quadrimestre	3º quadrimestre	Total em 2018
Psiquiatria	218	263	380	861

Fonte: adaptada de DATASUS, G-HOSP (2019).

O indicador ‘número de internações totais’ indica um aumento de 32,63% entre os anos de 2016 a 2018 no atendimento aos usuários. O aumento de atendimentos no período tem variáveis que fogem do alcance do gestor público, uma vez que o requisito é o cartão do SUS, que pode ser feito no momento da internação apenas com um comprovante de endereço pessoal ou de parentes residentes na cidade. Desse modo, o número total pode estar mascarado e não revelar a quantidade exata de usuários que pertencem à cidade de Novo Hamburgo.

4.2 TABELA DE CUSTOS TOTAIS NO PERÍODO – SAÚDE MENTAL

A Tabela 3 está dividida em custos totais por ano e os valores são relativos aos gastos do centro de custos da saúde mental referentes aos exercícios financeiros de 2016 a 2018 e aos dez leitos da saúde mental no Hospital Geral de Novo Hamburgo

Tabela 3 - Custos Totais

ANO	CUSTOS TOTAIS
2016	R\$ 1.270.716,36
2017	R\$ 1.531.105,85
2018	R\$ 1.791.944,34

Fonte: adaptada de DATASUS, G-HOSP (2019).

O indicador ‘custos totais’ revela um aumento ao longo dos três anos de R\$ 521.227,98,

ou seja, 29% a mais, nos cofres públicos municipais. Este aumento é um dos maiores problemas enfrentados na gestão dos custos, pois os repasses federais e estaduais são fixos, independentemente da variação na demanda de usuários locais ou externos, ou de procedimentos e medicações. No modelo FFS, citado na seção 2, e aplicado no sistema de saúde no Brasil, verifica-se que os custos nem sempre são reais, uma vez que as reinternações que podem ter ocorrido nestes períodos não estão computadas separadamente, pois entram como atendimentos e internações normais. Se houvesse um controle de pacientes reinternados e fosse tratado separadamente, já que não foi eficaz da primeira vez, o indicador de custos não ficaria mascarado (novo atendimento) e o paciente teria um atendimento com maior qualidade e eficácia. Os repasses federais e estaduais só poderão ser aumentados caso haja criação e habilitação de novos leitos no setor da saúde mental.

4.3 TABELA MÉDIO DE INTERNAÇÃO – SAÚDE MENTAL

A Tabela 4 corresponde aos tempos de permanência em dias nos leitos da saúde mental no Hospital Geral de Novo Hamburgo.

Tabela 4 - Tempos médio de internação

ANO	TEMPO MÉDIO
2016	6 dias
2017	5 dias
2018	6 dias

Fonte: adaptada de DATASUS, G-HOSP (2019).

O indicador do ‘tempo médio de internação’ aponta uma regularidade ao longo dos anos e se manteve dentro da taxa média de ocupação exigida legalmente. Esse indicador deve atender uma taxa média de ocupação correspondente a 85%, com base na Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Se a taxa média de ocupação aumentar, ou seja, se o usuário permanecer hospitalizado sete, dez ou mais de 15 dias, os valores das diárias repassadas à instituição reduzem, conforme determina o MS (2012). O percentual de correspondência dos 85% é igual ao tempo médio de 5 dias, sendo que desse jeito a instituição atende o requisito legal e adquire um valor máximo de repasses nas diárias. Uma das formas de conseguir valores de repasses maiores para o centro de custo da saúde mental seria diminuir o tempo

médio de internação. Existe o programa melhor em casa que possibilita o tratamento e medicações na residência do usuário e com isso a redução do tempo internação hospitalar. A internação poderá ser para estabilização do paciente em até três (3) dias. Caso o paciente necessite de um acompanhamento com profissionais da área de saúde, pode ser encaminhado à rede de atenção básica junto ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

4.4 TABELA DE RECEITAS NO PERÍODO – SAÚDE MENTAL

Na Tabela 5, revela-se o total de recursos recebidos conforme fontes de repasses da seguinte forma: Autorização de Internação Hospitalar (AIH), Repasse Municipal, Repasse Estadual e Repasse Federal. Os valores repassados pelo Município são feitos por ‘Contrato de Gestão 001’, firmado com a secretaria municipal de saúde, que abrange os serviços de saúde hospitalar. Os valores, na Tabela 5, representam os exercícios financeiros de 2016 a 2018 relativos à manutenção dos dez leitos da saúde mental no Hospital Geral de Novo Hamburgo.

Tabela 5 - Receitas Totais

ANO	AIH	MUNICIPAL	ESTADUAL	FEDERAL	TOTAL
2016	142.875,33	663.675,75	336.000,00	128.165,28	1.270.716,36
2017	205.163,34	861.777,23	336.000,00	128.165,28	1.531.105,85
2018	264.676,86	1.063.102,20	336.000,00	128.165,28	1.791.944,34

Fonte: adaptada de DATASUS, G-HOSP (2019).

O indicador ‘receitas totais’ tem uma particularidade na forma de captar recursos. Deve-se ressaltar que os repasses federais e estaduais são fixos e, sempre que houver aumento dos custos totais, o Município de Novo Hamburgo deve aportar mais recursos para cobrir a diferença. A AIH é um documento importante para conseguir do governo federal o ressarcimento dos gastos de cada usuário no setor de saúde mental e pode variar conforme cada procedimento, medicação e tempo de internação do paciente. A forma de calcular quanto o município deverá aportar é simples, sempre que os custos totais estiverem somados, o setor de faturamento deve abater os valores recebidos dos entes Estaduais e Federais, bem como os valores captados das AIH’s. O valor restante para liquidar os custos totais, é repassado pelo município para a instituição.

As AIH’s demonstram um aumento no faturamento de R\$ 121.801,53, ou seja, 46% a

mais de receitas. Porém, o aporte do município também aumentou e, como consequência, os custos ficaram elevados para o município, pois as esferas federais e estaduais não aumentaram seus repasses, sendo este um dos problemas: a proporcionalidade de receitas locais está diretamente ligada ao número de atendimentos realizados. A tendência é que, quanto mais atendimentos a instituição realizar, maiores serão seus custos com usuários, em outras palavras, é uma relação diretamente proporcional.

Após a análise, pode-se concluir que dois indicadores devem ser monitorados de forma mais específica e detalhada, são eles: número de internações totais e tempo médio de internação. Isso porque ambos têm relevância nas possíveis melhorias da gestão dos custos do centro de custo saúde mental. Uma das melhorias pode estar na Constituição Federal de 1988, nos art. 196 a 200, e por simetria na legislação do SUS. As duas contém, em seus textos o acesso universal à saúde em todo território nacional para quaisquer usuários do SUS, porém, os repasses são por estados e por municípios da federação. Todavia, cada município da federação tem características econômicas, patológicas e geográficas distintas e os repasses federais e estaduais são proporcionais à arrecadação e ao número de usuários por região e município. O município de Novo Hamburgo, por exemplo, atende usuários de outras regiões, principalmente das cidades limítrofes, sendo que, o repasse federal e estadual permanece o mesmo. Logo, o município eleva seu indicador de número de atendimentos e custeia usuários de cidades vizinhas.

Consoante Schwartzmann (1979), antes da Constituição de 1988 só tinha direito ao atendimento na saúde pública o usuário que possuía carteira de trabalho assinada e seus dependentes. Neste caso, o financiamento do sistema tinha uma fonte proporcional. No novo modelo, todos têm direito à saúde, mesmo que sem contribuir, ou não ser natural da cidade ou do País, como no caso avaliado. Antes de tentar mudar a legislação vigente, pode-se montar um plano de ações voltado ao atendimento de urgência e emergência. Posteriormente, investiga-se a origem de cada usuário antes da internação hospitalar, para encaminhá-lo ao seu município de origem, desde que este tenha a capacidade de oferecer um tratamento adequado, usando sua rede de atenção local. Não sendo possível o devido encaminhamento à cidade de origem do paciente, as ações devem ser dirigidas aos hospitais da rede estadual ou federal, uma vez que existem locais próprios para essas pessoas.

Outra análise sobre os repasses estaduais e federais diz respeito ao programa, no qual o hospital estudado está inserido, que possui uma escala de repasses em relação ao número de leitos psiquiátricos habilitados. Há a possibilidade de se elaborar novos programas de criação e habilitação de leitos, de forma que a capacidade instalada aumentaria e os incentivos

governamentais também. A instituição estudada se enquadra nos repasses de valores correspondentes a quatro leitos psiquiátricos habilitados e seis não habilitados, os incentivos financeiros estão previstos na Portaria nº 148(BRASIL, 2012). Esses podem variar conforme o número de leitos habilitados que oscilam entre 0-10, 11-20 e 21-30.

A Portaria nº 148 estabelece em seu texto as formas de custeio e habilitação de leitos. No capítulo dos incentivos financeiros, está explicado como funciona a implantação do serviço de atenção e internação da pessoa com transtornos ou sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas e os valores correspondentes ao tempo de permanência e de diárias. No capítulo sobre habilitação de leitos hospitalares, estão descritos os requisitos para que o gestor do hospital junte os requerimentos específicos, os projetos técnicos, a montagem da equipe técnica e consiga o parecer da secretaria de saúde estadual ou municipal para vistorias, tudo antes de encaminhar para aprovação do projeto em nível federal(BRASIL, 2012).

A manutenção do tempo médio de internações atual é fundamental, já que, com o aumento do tempo de internação, os repasses das diárias tendem a diminuir e os custos internos de equipes, medicação e hotelaria propendem a aumentar, ou seja, este é um efeito inversamente proporcional e indesejado. A variação dos valores das diárias também está na referida Portaria(BRASIL, 2012).Como destaca Goulart (2012), os gestores públicos têm responsabilidade quanto à gestão de gastos, tanto na manutenção da estrutura e realização do diagnóstico quanto no tratamento do paciente, por isso, a preocupação em reduzir os custos e melhorar os processos operacionais tende a ser o foco de uma gestão eficiente. Apesar de ter evoluído muito o gerenciamento da saúde pública, as receitas oriundas de outras esferas do governo ainda são insuficientes em relação à demanda, pois a vida das pessoas acontece nas cidades e o município muitas vezes não consegue custear os custos operacionais e de gestão.

Para Falk (2001), os gestores possuem baixo conhecimento sobre os conceitos de custos hospitalares. Além disso, as informações disponibilizadas são pouco aproveitadas, não são bem compreendidas e muitas vezes não representam a realidade da instituição. A melhoria desse resultado requer maior capacitação e conscientização dos gestores de cada unidade e centro de custo, como também um aprimoramento do sistema de gestão interna, de forma a propiciar maior autonomia e responsabilização aos gestores. A eficiência e a eficácia gerencial envolvem a questão de custos, por esse motivo, a análise dos indicadores pode contribuir para as melhorias no centro de custos da saúde mental.

4.5 NÚMERO DE USUÁRIOS POR CIDADE – SAÚDE MENTAL

A Tabela 6 corresponde ao número total de pacientes/usuários internados no período de 2016 a 2018, nos dez leitos da saúde mental do Hospital Geral de Novo Hamburgo. Nesta Tabela, pode-se estratificar e abrir por número de internações em relação das cidades vizinhas a Novo Hamburgo, bem como outras mais distantes, para que, na análise, seja abordado o percentual de atendimento externo.

Tabela 6 - Número de Usuários por Cidade

CIDADES / ANO 2016	NÚMERO DE USUÁRIO	% EXTERNO
Estância Velha	2	
Novo Hamburgo	574	
Porto Alegre	1	
São Leopoldo	2	
Sapiranga	1	
Total	580	1,04%
CIDADES / ANO 2017	NÚMERO DE USUÁRIO	% EXTERNO
São Paulo	1	
Canoas	2	
Estância Velha	2	
Novo Hamburgo	804	
Porto Alegre	1	
Rolante	2	
São Leopoldo	3	
Sapiranga	1	
Total	816	1,49%
CIDADES / ANO 2018	NÚMERO DE USUÁRIO	% EXTERNO
Campo Bom	3	
Estância Velha	2	
Gravataí	1	
Novo Hamburgo	852	
Portão	1	
Porto Alegre	2	
Total	861	1,06%

Fonte: adaptada de DATASUS, G-HOSP (2019).

Ao comparar os dois indicadores: número de atendimentos por cidades e custos totais, nota-se que os percentuais de atendimentos externos realizados ao longo dos anos de 2016 a 2018, em comparação com os custos totais, são de pequeno impacto no centro de custo da saúde mental. Em 2016 os custos totais foram de R\$ 1.270.716,36 e os atendimentos com cidades vizinhas de R\$ 13.215,45. Em 2017 os custos totais somaram R\$ 1.531.105,85 e os atendimentos com cidades vizinhas, R\$ 22.813,48. Para 2018, os custos totais resultaram em R\$ 1.791.944,34 e os atendimentos com cidades vizinhas, R\$ 18.994,61. No somatório total de pacientes de cidades vizinhas, ao longo dos três anos analisados, o município de Novo Hamburgo aportou em recursos próprios a quantia de R\$ 55.083,54.

Na próxima seção, descreve-se a aplicação do produto técnico, que apresentou um resultado surpreendente, uma vez que a instituição começou a debater sobre os pontos fortes e fracos, bem como sobre suas oportunidades e ameaças. Isso demonstra que uma decisão estratégica deve começar com a discussão de suas possibilidades e limitações antes de colocar em funcionamento um projeto estratégico.

5 DESCRIÇÃO E APLICAÇÃO DO PRODUTO TÉCNICO

O produto técnico elaborado para esta pesquisa tem como base a Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, no que tange à habilitação de leitos de saúde mental. A proposta é apresentar um produto para que o gestor possa avaliar a viabilidade de colocar em prática, futuramente. Neste sentido, optou-se por construir um plano estratégico utilizando as ferramentas de gestão do 5W2H e a matriz SWOT. O modelo 5W2H é uma ferramenta administrativa que pode ser utilizada em qualquer empresa, neste caso em um hospital, a fim de registrar de maneira organizada e planejada como serão efetuadas as ações.

5W2H é um termo em inglês que se refere a um conjunto de palavras que significam: *What?* (O que será feito?), *When?* (Quando será feito?), *Where?* (Onde será feito?), *Why?* (Por que será feito?), *Who?* (Quem o fará?), *How?* (Como será feito?) e *How much* (quanto vai custar?). E SWOT é, igualmente um termo em inglês que faz referência a uma combinação de quatro palavras: ‘*Strengths*’ (Forças), ‘*Weaknesses*’ (Fraquezas), ‘*Opportunities*’ (Oportunidades) e ‘*Threats*’ (Ameaças). Sucintamente, é uma ferramenta que permite fazer um diagnóstico estratégico da empresa no meio em que ela está implantada (MELLO, 2013).

Para habilitação de leitos hospitalares, consoante a Portaria nº 3.588, é necessário seguir algumas etapas iniciais. O pedido de habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas deverá ser formulado pelo gestor local de saúde. No caso do município de Novo Hamburgo, o gestor local é o secretário de saúde. Todos os requisitos para habilitação de leitos de saúde mental encontram-se no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), um sistema do MS, onde o projeto técnico deve ser cadastrado. Posteriormente, o pedido vai ser encaminhado à ATSM do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES), à Secretaria de Atenção a Saúde (SAS) e ao MS, com os seguintes documentos:

- a) requerimento do gestor local de saúde, informando o número de leitos implantados, observado os critérios definidos na referida Portaria;
- b) projeto técnico do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas;
- c) indicação da equipe técnica de referência para cuidado com os leitos de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas; e

- d) parecer da Secretaria de Saúde estadual ou municipal acerca do regular funcionamento do serviço, conforme diretrizes e requisitos estabelecidos na Portaria, exigindo-se a vistoria *in loco* realizada com a participação das áreas técnicas de vigilância sanitária e de saúde mental.

A Portaria nº 3.588 ainda explica que os leitos já habilitados como Serviço Hospitalar de Referência para a Atenção Integral aos usuários de Álcool e outras Drogas serão automaticamente habilitados como Serviços Hospitalares de Referência para a atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas em Hospital Geral. A indicação requerida na letra C, corresponde à faixa para o cuidado de oito a dez leitos. A equipe técnica multiprofissional mínima será de:

- a) dois técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno;
- b) dois profissionais de saúde mental de nível superior, totalizando carga-horária mínima de 40h por semana; e
- c) um médico psiquiatra responsável pelos leitos, com carga horária mínima de 10h por semana.

O projeto partiu de quatro leitos, pois hoje a instituição estudada tem esta quantidade já habilitada, o que será proposto no produto técnico é um plano estratégico para habilitar mais seis leitos e conseguir um maior repasse, contemplando o total da faixa de zero a dez leitos, pois a equipe mínima já existe. O modelo 5W2H foi proposto conforme exibido no Quadro 1, já traduzido.

Quadro 1 - Aplicação do produto técnico, modelo 5W2H

O que será feito?	Um projeto para habilitação de leitos em psiquiatria no Hospital Municipal de Novo Hamburgo (HMNH).
Quando será feito?	No Primeiro trimestre de 2020.
Onde será feito?	Na unidade Águia, situada na parte reformada do hospital Municipal.
Por que será feito?	Para aumentar o número de leitos habilitados pelo MS, e assim, atender a demanda crescente neste serviço na cidade de Novo Hamburgo, bem como aumentar os repasses do governo federal e estadual entendendo a determinação da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017.
Quem o fará?	O setor de saúde mental do hospital municipal com a coordenadora deste setor.
Como será feito	Por meio do cadastro do projeto no sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS).
Quanto vai custar?	O custo já está inserido nas rotinas do setor, uma vez que o encaminhamento é realizado via site do MS. Mas, estima-se que irá gerar um custo adicional de R\$ 1.500,00 no orçamento previamente aprovado, necessitando apenas realocação de funcionário previamente treinado no sistema SAIPS.

Fonte: elaborado a partir dos dados da pesquisa (2020).

A matriz SWOT foi apresentada da seguinte maneira, já traduzida, como demonstrado no Quadro 2.

Quadro 2 - Aplicação do produto técnico, matriz SWOT

Forças	O hospital municipal é referência em saúde desde novembro de 1947. As demandas em saúde mental na cidade de Novo Hamburgo e região vêm sendo atendidas, sempre que possível, na sua totalidade. É um hospital 100% SUS, que nos últimos dez anos nunca fechou suas portas à comunidade.
Fraquezas	A estrutura para atendimento de usuários de álcool, drogas e outros transtornos mentais ainda depende de melhoria, pois a demanda vem aumentando na busca deste serviço especializado e o hospital têm somente quatro leitos habilitados junto ao MS.
Oportunidades	A legislação do SUS, combinada com os programas do MS, tem ganhado espaço na gestão de políticas públicas e contempla projetos de gestores municipais, uma vez que a vida acontece nas cidades em todo o Brasil. A secretaria de saúde incentiva setores, como no caso a saúde mental do hospital municipal, a criar projetos para serem submetidos à aprovação do MS, para, com isso, atender à demanda crescente da comunidade por serviços de saúde mental. Outra oportunidade está nos programas de residência médica com universidades do município e região que tenham estudantes pesquisando sobre os temas da saúde mental.
Ameaças	Sempre que muda o governo, existe o risco de mudar as políticas públicas em saúde e os repasses e/ou novos projetos não terem a continuidade prevista inicialmente. Como resultado, a população poderá ficar desassistida e o gestor público não conseguirá fazer sua gestão como planejado.

Fonte: elaborado a partir dos dados da pesquisa (2020).

Após algumas reuniões e debates de como seria montado o produto técnico com o setor de faturamento, responsável por fornecer a maior parte dos indicadores para a realização deste estudo, buscou-se junto ao setor de saúde mental amparo para as descrições e prospecções citadas nas ferramentas estratégicas propostas como produto técnico: método 5W2H e matriz SWOT. No decorrer das análises e projeções de cada ponto analisado, a sensação foi positiva e contagiou os responsáveis que tomaram como base os levantamentos descritos no produto técnico. Esta atitude demonstrou um acolhimento em relação aos dados abordados e motivou a equipe a buscar novas habilitações de leitos na ala da psiquiatria. Na próxima seção, a última desta pesquisa, expõe-se as considerações finais referentes ao estudo realizado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como proposta geral analisar os repasses oriundos dos entes da federação (federal, estadual e municipal) e sua utilização na unidade de saúde mental, em um Hospital Geral da região metropolitana de Porto Alegre, por meio de indicadores assistenciais, comparando e analisando-os com informações disponíveis nas bases de dados do DATASUS e G-HOSP em relação à instituição estudada. Os indicadores foram analisados durante um período estipulado de três anos – de 2016 a 2018 –, que foi escolhido com fundamento no armazenamento e histórico mais completo. O centro de custos da saúde mental sofreu uma transição de *software* de gestão e o armazenamento dos anos anteriores existem em bases de dados não compatíveis e de difícil acesso. Mas, todas as informações, a partir de 2016, estão em uma mesma base, o que facilitou o acesso para a realização da pesquisa. O ano de 2019 foi excluído, pois o fechamento das informações necessárias somente estaria pronto ao longo de 2020, sendo que a pesquisa deve estar concluída em março deste ano.

A análise de indicadores é fundamental para a tomada de decisão com base em evidências. Considera-se que, a pesquisa realizada com base no centro de custo da saúde mental do hospital municipal de Novo Hamburgo/RS propiciou análises importantes em relação à legislação do SUS, bem como sobre os valores repassados para esse município. Uma preocupação prévia antes de analisar os indicadores propostos era de que os gastos com atendimentos de usuários de outras cidades poderiam ser maiores e, ao longo do estudo, constatou-se que um percentual pequeno dos custos totais da unidade está relacionado a este indicador. Outra consideração que deve ser feita é no que tange aos repasses estaduais e federais, pois ambos são fixos e podem ser melhorados conforme quantidade de leitos habilitados. Por este motivo, o produto técnico foi elaborar um plano de ações no sentido de habilitar mais leitos psiquiátricos e atingir outra faixa de repasse, conforme determina a Portaria nº 3588, de 21 de dezembro de 2017. O planejamento para a elaboração do produto técnico seguiu o modelo 5W2H e a matriz SWOT.

Como sugestão de pesquisas futuras, indica-se ampliar o estudo aos demais centros de custos e para outras unidades do Hospital Municipal, atingindo sua totalidade, de maneira a ampliar a análise e permitir uma visão sistêmica. Dessa forma, infere-se que tenha outro resultado, pois no centro de custo de saúde mental, local onde foi realizado este estudo, o percentual de custo é pequeno comparado aos custos totais. A pesquisa apresentou uma limitação, que pode ser descrita como o viés do pesquisador, já que este trabalha na instituição estudada, outra limitação foi à quantidade reduzida de anos escolhida, mesmo que o

período seja o que tem registros completos e rastreáveis. Uma amostra de tempo maior poderia ter apresentado resultados diferentes ou ter identificado um padrão sazonal em meses ou anos específicos.

Por fim, evidencia-se que a proposta de pesquisa atingiu seus objetivos e avançou na questão de criar um projeto para habilitação de novos leitos no setor da psiquiatria, comprovado pela submissão do pleito junto ao MS. Sendo assim, utilizando como base as ferramentas estratégicas propostas no produto técnico, buscou-se aumentar os repasses junto às esferas de governo superiores (federal e estadual), direcionando-os ao hospital municipal de Novo Hamburgo, ampliando, conseqüentemente, a capacidade de atendimento do serviço à comunidade.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BICHUETTI, J.; MEREJUNIOR? Modelo de remuneração na saúde. **Revista Harvard Business Review**, Cambridge, Massachusetts, v. 1, n. 8, p. 59-62, ago. 2016.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Emendas Constitucionais de Revisão. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 out. 2019.

BRASIL. Constituição dos Estados Unidos do Brasil (de 18 de setembro de 1946). **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 set. 1946. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao46.htm. Acesso em: 10 nov. 2019.

BRASIL. Decreto nº 8.180, de 30 de dezembro de 2013. Altera o decreto nº 6.170, de 25 de julho de 2007, que dispõe sobre as normas relativas às transferências de recursos da união mediante convênios e contratos de repasse. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013.

BRASIL. Decreto nº 6.170, de 25 de julho de 2007. Dispõe sobre as normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 jul. 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6170.htm. Acesso em: 12 nov. 2019.

BRASIL. Emenda constitucional nº 25, de 14 de fevereiro de 2000. Altera o inciso vi do art. 29 e acrescenta o art. 29-a a constituição federal, que dispõem sobre limites de despesas com o poder legislativo municipal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 15 FEV. 2000b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc25.htm. Acesso em: 12 dez. 2019.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 abr. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 12 dez. 2019.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 12 dez. 2019.

BRASIL. Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do serviço hospitalar de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas, do componente hospitalar da rede de atenção psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. **Diário Oficial da União**, Brasília, fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Economia. Portaria interministerial nº 507, de 24 de novembro de 2011. Estabelece normas para execução do disposto no Decreto no 6.170, de 25 de julho de 2007, que dispõe sobre as normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse, revoga a Portaria Interministerial nº 127/MP/MF/CGU, de 29 de maio de 2008 e dá outras providências. **Plataforma + Brasil**, Brasília, 22 jul. 2016. Disponível em: <http://plataformamaisbrasil.gov.br/legislacao/portarias/portaria-interministerial-n-507-de-24-de-novembro-de-2011>. Acesso em: 12 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Fundo a fundo. Diário Oficial da União**, Brasília, 2019. Disponível em: <http://portalfns.saude.gov.br/fundo-a-fundo>. Acesso em: 22 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 55, de 10 de janeiro de 2018. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) e o Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (APURASUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 jan. 2018. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/06/Ministerio-da-Saude---Portaria-PNGC.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a portaria de consolidação nº 6/gm/ms, de 28 de setembro de 2017b, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do sistema único de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, dez. 2017a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html. Acesso em: 12 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as portarias de consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a rede de atenção psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2017b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 12 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 245, seção 1, p. 239, 22 dez. 2017c. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/comissao-intergestores-tripartite/resolucoes>. Acesso em: 12 dez. 2019.

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

BRUNI, A.; FAMÁ, R. **Gestão de custos e formação de preços**: com aplicações na calculadora Hp 12c e Excel. 5. ed. São Paulo: Scipione, 2009.

DESVIAT, M. A **Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

FALK, J. **Gestão de custos para hospitais**: conceitos, metodologias e aplicações. São Paulo: Atlas, 2001.

FERREIRA, R. **Contabilidade de custos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ferreira, 2003.

FIGUEIREDO, J.; PRADO, N.; MEDINA, M.; PAIM, J. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, núm. esp. 2, p. 37-47, out. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe2/0103-1104-sdeb-42-spe02-0037.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2019.

GOULART, F. **Inclusão dos cidadãos na implementação das políticas de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

GUERREIRO, R. **Estruturação de sistemas de custos para a gestão da rentabilidade**. São Paulo: Atlas, 2011.

LOBATO, L.; NORONHA, J.; CARVALHO, A. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

MELLO, C. **Gestão da qualidade**. 3. ed. São Paulo: Pearson Educacion do Brasil, 2013.

MONTEIRO, M. **Trayectoria y cambios de dirección em las políticas públicas: análisis de la reforma del sistema sanitario brasileño (1975-2015)**. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2016.

MORGENSTERN, H. Ecologic studies. *In*: ROTHMAN, K.; GREENLAND, S. **Modern epidemiology**. 2. ed. [S.l.]: [S.e.], 1998.

PAIM, J. **Modelos de atenção à saúde no Brasil**. [S.l.]: [S. e.], 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Constituição do Estado do Rio Grande do Sul. Texto constitucional de 3 de outubro de 1989 com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de n.º 1, de 1991, a 73, de 2017. **Diário Oficial da Assembleia Legislativa**, Porto Alegre, n12.198, 4. fev. 2020. Disponível em: http://www2.al.rs.gov.br/dal/LinkClick.aspx?fileticket=9p-X_3esaNg%3D&tabid=3683&mid=5358. Acesso em: 10 fev. 2020.

SCHWARTZMANN, S. **Formação da comunidade científica no Brasil**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1979.

WERNKE, R. **Gestão de custos: uma abordagem prática**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2004.