

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
FACULDADE DE GESTÃO E NEGÓCIOS – FAGEN
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO ORGANIZACIONAL – PPGGO
MESTRADO PROFISSIONAL

JACQUELINE PAULA DA SILVA

**PERDAS FINANCEIRAS DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS NO
FATURAMENTO HOSPITALAR:
UM ESTUDO DE CASO DAS CIRURGIAS DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
UBERLÂNDIA (MG)**

UBERLÂNDIA

2024

JACQUELINE PAULA DA SILVA

**PERDAS FINANCEIRAS DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS NO
FATURAMENTO HOSPITALAR:
UM ESTUDO DE CASO DAS CIRURGIAS DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
UBERLÂNDIA (MG)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Gestão Organizacional – Mestrado Profissional, da Faculdade de Gestão e Negócios da Universidade Federal de Uberlândia (PPGGO/FAGEN/UFU), como requisito para a obtenção do título de mestre em Gestão Organizacional.

Linha de Pesquisa: Gestão Pública

Orientador: Prof. Dr. Peterson Elizandro Gandolfi

UBERLÂNDIA

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

S586p
2024

Silva, Jacqueline Paula da, 1987-

Perdas financeiras de órteses, próteses e materiais especiais no faturamento hospitalar [recurso eletrônico]: um estudo de caso das cirurgias do Hospital de Clínicas de Uberlândia (MG)/ Jacqueline Paula da Silva. - 2024.

Orientador: Peterson Elizandro Gandolfi.

Dissertação (Mestrado profissional) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-graduação em Gestão Organizacional - Mestrado Profissional.

Modo de acesso: Internet.

Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2024.5534>

Inclui bibliografia.

Inclui ilustrações.

1. Administração. 2. Saúde pública. 3. Hospitais - Administração. 4. Administração financeira. I. Gandolfi, Peterson Elizandro, 1973-, (Orient.). I. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-graduação em Gestão Organizacional - Mestrado Profissional. II. Título.

CDU: 658

Rejâne Maria da Silva
Bibliotecária Documentalista – CRB6/1925



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Gestão
Organizacional

Av. João Naves de Ávila, 2121, Bloco 5M, Sala 108 - Bairro Santa Mônica, Uberlândia-MG,
CEP 38400-902
Telefone: (34) 3291-6333 - www.ppggo.fagen.ufu.br - ppggo@ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Gestão Organizacional				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional, 117, PPGGO				
Data:	Quatro de setembro de dois mil e vinte e quatro	Hora de início:	10:30	Hora de encerramento:	12:30
Matrícula do Discente:	12212GOM008				
Nome do Discente:	Jacqueline Paula da Silva				
Título do Trabalho:	Perdas financeiras de materiais de órteses, próteses e materiais especiais no faturamento hospitalar: Um estudo de caso das cirurgias do Hospital de Clínicas de Uberlândia				
Área de concentração:	Gestão Organizacional				
Linha de pesquisa:	Gestão Pública				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	-				

Reuniu-se, por meio de webconferência, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Gestão Organizacional, assim composta: Professores Doutores: Vinícius Silva Pereira (UFU), Álvaro Escrivão Junior (FGV) e Peterson Elizandro Gandolfi, orientador da candidata.

Iniciando os trabalhos o presidente da mesa, Dr. Peterson Elizandro Gandolfi, apresentou a Comissão Examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público, e concedeu a Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos examinadores, que passaram a arguir a candidata. Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando a candidata:

Aprovada.

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação

interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Peterson Elizandro Gandolfi, Professor(a) do Magistério Superior**, em 04/09/2024, às 12:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Vinícius Silva Pereira, Professor(a) do Magistério Superior**, em 04/09/2024, às 14:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **ALVARO ESCRIVÃO JUNIOR, Usuário Externo**, em 05/09/2024, às 22:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **5621698** e o código CRC **95226095**.

Referência: Processo nº 23117.053387/2024-71

SEI nº 5621698

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, pela presença constante em minha vida, ao me conceder saúde, força e persistência na busca por meus objetivos.

Ao meu filho, Nicolas, minha maior inspiração, por sua paciência, alegria e carinho, que trouxeram equilíbrio e motivação para seguir em frente.

Ao meu parceiro de vida, meu esposo Gabriel, por contribuir na construção desta pesquisa e por depositar em mim tanto amor, atenção, cuidado e confiança. Amo dividir essa vida com você!

Aos meus pais, Ângela e Vicente, pelos ensinamentos, carinho, amor e por sempre incentivarem meus estudos, ao oferecer todas as oportunidades que eles não tiveram anteriormente.

Aos meus irmãos que sempre estão presentes e me acompanham nesta vida. Com ternura e amor, procuram me auxiliar no que preciso.

À minha rede de apoio, cujo suporte foi indispensável para concluir este trabalho. Em especial, à minha mãe, irmã e sogro que, de maneira carinhosa e dedicada, cuidaram do meu filho durante os momentos de dedicação à pesquisa.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Peterson Elizandro Gandolfi, pelo suporte, confiança, discussões, correções e incentivos.

Aos docentes que participaram da banca de qualificação, pois realizaram devolutivas essenciais para concluir esta dissertação.

Ao Programa de Pós-graduação em Gestão Organizacional, da Faculdade de Gestão e Negócios da Universidade Federal de Uberlândia (PPGGO/FAGEN/UFU) e a todos os docentes, pela oportunidade e ensinamentos construídos, permeados por diversas reflexões.

À UFU, pela oportunidade de realizar este mestrado e por proporcionar um ambiente propício ao aprendizado e à pesquisa.

Ao Hospital de Clínicas (HC) da UFU, por abrir suas portas, possibilitar a realização deste estudo, pelo apoio e pelo fato de ser a instituição na qual foram desenvolvidas minhas atividades na maior parte da minha vida profissional. Igualmente, aos entrevistados do HC-UFU, pela cooperação e confiança.

A todos da equipe de faturamento do HC-UFU que não apenas tornam o ambiente de trabalho produtivo, como também transformam o ambiente hospitalar, ao proporcionarem uma atmosfera mais leve. A dedicação de cada um desta equipe é evidente nas tarefas executadas, por

desempenhar um papel crucial e garantir que o serviço prestado reverbera de maneira positiva aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Suellen e à Laíla, as quais tive a sorte de encontrar no início da minha caminhada acadêmica e, desde então, realizaram contribuições valiosas.

A todos os meus familiares e amigos que, de algum modo, torceram por mim e estiveram dispostos a ajudar nas circunstâncias adversas.

Por fim, a todos que, mencionados ou não, contribuíram direta ou indiretamente para a realização dessa pesquisa.

*“Peça a Deus que abençoe seus planos e eles
darão certo” (PROVÉRBIOS 16:3)*

RESUMO

Esta pesquisa foi realizada em um Hospital Universitário (HU) público federal em Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, com o objetivo principal de analisar as perdas financeiras de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME), no contexto do faturamento, pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), onde este estudo foi desenvolvido, se destaca como grande organização, por ofertar serviços de média e alta complexidade, prestar atendimento a usuários da referida cidade e região e desempenhar um papel essencial para o ensino e a pesquisa, fatores motivadores ao desenvolvimento desta investigação. Os dados coletados se referem aos anos de 2016 a 2021 e foram obtidos por meio de planilhas de controle preenchidas pelo setor de faturamento do HC-UFU, na qual constam informações relacionadas aos OPME que não foram lançados no faturamento. Nesse sentido, realizou-se a pesquisa exploratória e documental, por meio de um estudo conjugado de métodos quantitativo e qualitativo. Sob o viés exploratório, foram concatenadas informações e reunidos dados para a investigação sobre as perdas de OPME no faturamento de HUs, tema ainda pouco explorado na literatura acadêmica. Para tanto, foram realizadas estatísticas descritivas, com o intuito de mensurar os prejuízos financeiros de OPME e investigar as principais razões de tais ocorrências, por meio da aplicação de formulários direcionados às equipes responsáveis pelos procedimentos cirúrgicos. Os resultados revelaram que as perdas financeiras associadas aos OPME no faturamento hospitalar representam prejuízos e implicam sensivelmente na receita do HU. Em relação às especialidades analisadas, demonstrou-se que os grupos de Cardiologia, Neurologia e Ortopedia/Traumatologia apresentaram maior número de casos de perdas de OPME, cujas principais causas no faturamento, conforme os entrevistados, incluem a limitação do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (SIGTAP), problemas relacionados à programação cirúrgica, bem como a falta de conhecimento, o que ressalta a importância do treinamento e da capacitação de todos os envolvidos no processo. Por meio da condução deste estudo, foi possível adquirir informações a respeito das perdas de OPME, ao evidenciar a necessidade de aprimorar o controle e a gestão de materiais, além de implementar políticas para reduzir as perdas financeiras. Espera-se que as reflexões deste estudo contribuam para o problema ser abordado de forma eficaz e melhorar a gestão dos recursos e a qualidade dos serviços de saúde públicos oferecidos à população.

Palavras-chave: Faturamento; OPME; Perdas financeiras; SUS.

ABSTRACT

This research was carried out at a federal public University Hospital (HU, in Portuguese abbreviation) in Uberlândia, Minas Gerais, Brazil, with the main objective of analyzing the financial losses of Orthoses, Prostheses and Special Materials (OPME), in the context of billing, by the Unified Health System (SUS). The Clinical Hospital of the Federal University of Uberlândia (HC-UFG), where this study was developed, stands out as a large organization, as it offers medium and high complexity services, provides care to users of the aforementioned city and region and plays an essential role in teaching and research, factors that motivates the development of this investigation. The data collected refer to the years 2016 to 2021 and were obtained through control spreadsheets completed by the billing sector of HC-UFG, which contain information related to OPME that were not recorded in billing. In this sense, exploratory and documentary research was carried out, through a combined study of quantitative and qualitative methods. From an exploratory perspective, information was concatenated and data collected to investigate OPME losses in the billing of HUs, a topic that has not been widely explored in the academic literature. To this end, descriptive statistics were performed to measure the financial losses of OPME and investigate the main reasons for such occurrences, by applying forms directed to the teams responsible for surgical procedures. The results revealed that the financial losses associated with OPME in hospital billing represent losses and significantly affect the revenue of the HU. Regarding the specialties analyzed, it was shown that the Cardiology, Neurology and Orthopedics/Traumatology groups presented the highest number of cases of OPME losses, whose main causes in billing, according to the interviewees, include the limitation of the Management System of the Table of Procedures, Medications, Orthoses, Prostheses and Special Materials (SIGTAP), problems related to surgical programming, as well as the lack of knowledge, which highlights the importance of training and qualification of all those involved in the process. Through this study, it was possible to acquire information about OPME losses, highlighting the need to improve control and management of materials, in addition to implementing policies to reduce financial losses. It is expected that the reflections of this study will contribute to addressing the problem effectively and improving the management of resources and the quality of public health services offered to the population.

Keywords: Billing; OPME; Financial losses; SUS.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Página do Sigtap com os campos para consultas de procedimentos	20
Figura 2 – Mapa mental da pesquisa	23
Figura 3 – Laudo para solicitar Autorização de Internação Hospitalar (AIH)	37
Figura 4 – Fluxograma do processo de faturamento do HC-UFU	38
Figura 5 – Espelho de uma AIH após o faturamento no sistema hospitalar	39
Figura 6 – Representação da tabela do Sigtap.....	45
Figura 7 – Exemplo de codificação da tabela Sigtap	46
Figura 8 – Exemplificação da tela do Sigtap para o procedimento n. 0409010189 (litotripsia)...	46
Figura 9 – Organograma do HC-UFU.....	68
Figura 10 – Tabela Sigtap: compatibilidade entre procedimento e OPME.....	79

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Quantidade total de especialistas que trabalham no hospital e dos que participaram da pesquisa	63
Gráfico 2 – Sexo dos participantes por categoria	64
Gráfico 3 – Tempo de trabalho (em anos) dos participantes da pesquisa	65
Gráfico 4 – Conhecimento da tabela Sigtap	83
Gráfico 5 – Conhecimento da tabela Sigtap por categoria profissional	84
Gráfico 6 – Ciência das não conformidades e das consequentes perdas em relação aos OPME no faturamento	86
Gráfico 7 – Existência de programação sobre OPME utilizados no procedimento proposto antes do procedimento cirúrgico, conforme os participantes da pesquisa e por especialidade	88
Gráfico 8 – Existência de normativas e boas práticas para a criação de um <i>checklist</i> na utilização de OPME nas cirurgias	96

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Serviços prestados pelo HC-UFU à população – 2016 a 2023.....	69
Tabela 2 – Total e % de OPME, valor total (em R\$) e % de OPME não faturados em cirurgias por especialidade no HC-UFU – 2016 a 2021	72
Tabela 3 – Principais OPME para a especialidade Cardiologia, conforme a complexidade e os percentuais da quantidade e dos valores totais	73
Tabela 4 – Principais OPME para a especialidade Neurologia, conforme a complexidade e os percentuais da quantidade e dos valores totais	74
Tabela 5 – Principais OPME para a especialidade Ortopedia/Traumatologia, conforme a complexidade e os percentuais da quantidade e dos valores totais	75
Tabela 6 – Percentual da quantidade de cirurgias e valor total por complexidade.....	78
Tabela 7 – Percentual da quantidade e valor total das perdas por motivo de não faturamento.....	80
Tabela 8 – Quadro resumo das principais OPME para cada especialidade, conforme a complexidade, o motivo e os percentuais da quantidade e dos valores totais	81

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estudos sobre custos em HUs	53
Quadro 2 – Público entrevistado e média de tempo de trabalho (em anos) para cada categoria ..	62
Quadro 3 – Matriz de amarra�o.....	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABC	<i>Activity Based Costing</i> (Custeio Baseado em Atividades)
ABRAHUE	Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
AGHU	Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários Federais
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APAC	Autorização para Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade/Custo
BCB	Banco Central do Brasil
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CAPES	Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CC	Centro Cirúrgico
CDM	Custo Direto Médio
CEA	Corticoide Antenatal
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i> (Doença do Novo Coronavírus 2019)
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DOAC	<i>Direct Oral Anticoagulant</i> (Anticoagulante Oral de Ação Direta)
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
EMECIU	Escola de Medicina e Cirurgia de Uberlândia
EUA	Estados Unidos da América
FAEPU	Fundação de Assistência, Estudo e Pesquisa de Uberlândia
FEMECIU	Fundação Escola de Medicina e Cirurgia de Uberlândia
GM	Gabinete do Ministro
HC	Hospital de Clínicas
HC-UFGU	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

HU	Hospital Universitário
HU-UFJF	Hospital Universitário de Juiz de Fora
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social (extinto)
IRAS	Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
LAI	Lei de Acesso à Informação
LC	Lei Complementar
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MEC	Ministério da Educação
MG	Minas Gerais
MOD	Mão de Obra Direta
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social (extinto)
MS	Ministério da Saúde
NIE	<i>New Institutional Economics</i> (Nova Economia Institucional)
NIS	<i>New Institutional Sociology</i> (Nova Sociologia Institucional)
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OIE	<i>Old Institutional Economics</i> (Economia Institucional Antiga)
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPME	Órteses, Próteses e Materiais Especiais
P&B	Preto e Branco
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNGC	Programa Nacional de Gestão de Custos
PPA	Plano Plurianual
PPGGO	Programa de Pós-graduação em Gestão Organizacional
PS	Pronto-Socorro
R\$	Real Brasileiro

REHUF	Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RSS	Resíduos Sólidos de Saúde
SA	Serviços Ambulatoriais
SADT	Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SECNS	Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde
SH	Serviços Hospitalares
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAFI	Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal
SIAPE	Sistema Integrado de Administração de Pessoal
SIC	Sistema de Informações de Custos do Governo Federal
SIG	Sistema de Informação Gerencial
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SP	Serviços Profissionais
STN	Secretaria do Tesouro Nacional
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCU	Tribunal de Contas da União
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
UP	Úlcera por Pressão
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	OBJETIVO GERAL	21
1.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
1.3	JUSTIFICATIVAS	21
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	24
2.1	GOVERNANÇA E FINANÇAS PÚBLICAS.....	24
2.2	A TEORIA INSTITUCIONAL	28
2.3	FINANÇAS PÚBLICAS E CONTABILIDADE EM TEMPOS DE CRISES.....	30
2.4	HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS	33
2.4.1	Processo de faturamento hospitalar em instituições financiadas pelo SUS	36
2.4.2	Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)	41
2.4.3	Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS)	43
2.5	CUSTOS NO SERVIÇO PÚBLICO	47
2.5.1	Custos: aspectos gerais.....	47
2.5.2	Custos na área da saúde e nos Hospitais Universitários (HUs)	49
2.5.3	Custos em HUs: pesquisas empíricas.....	53
2.5.4	Perdas em HUs	55
3	ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	58
3.1	TIPOLOGIA DA PESQUISA.....	58
3.2	PROCEDIMENTO TÉCNICO	60
3.3	PÚBLICO ENTREVISTADO	61
3.4	ANÁLISE DAS VARIÁVEIS QUALITATIVAS DA PESQUISA.....	64

4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS.....	67
4.1 CAMPO DE ESTUDO: HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA (HC-UFU)	67
4.1.1 Apresentação do HC-UFU	67
4.1.2 Os serviços prestados pelo HC-UFU à população de 2016 a 2023	68
4.2 Análise descritiva das perdas de OPME das cirurgias realizadas de 2016 a 2021	70
4.2.1 Análise descritiva das perdas por especialidades.....	72
4.2.2 Análise descritiva das perdas por complexidade	77
4.2.3 Análise descritiva das perdas por motivo de não faturamento.....	78
4.2.4 Resumo da análise quantitativa das perdas de OPME	80
4.3 ANÁLISE DAS VARIÁVEIS QUALITATIVAS DA PESQUISA.....	83
4.3.1 Conhecimento da tabela Sigtap e das perdas de OPME	83
4.3.2 Processo de solicitação, liberação e utilização de OPME em cirurgias e possíveis causas de perdas.....	88
4.3.3 Possíveis ações de melhoria dos processos para reduzir as perdas de OPME no faturamento hospitalar.....	95
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS	108
APÊNDICES	120

1 INTRODUÇÃO

O Brasil enfrenta diversos desafios no campo da saúde pública, o que inclui questões relacionadas ao acesso, qualidade e eficiência dos serviços dessa área, além de problemas de financiamento e infraestrutura. O país possui o Sistema Único de Saúde (SUS), elogiado por especialistas em saúde em diversos países e financiado por recursos públicos federais, estaduais e municipais.

A Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) foi o marco inicial para a criação do SUS, ao conceber a saúde como um direito de todos. No entanto, tal sistema foi institucionalizado somente com a publicação da Lei Complementar (LC) n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1988, 1990).

Diante disso, a referida lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde:

Art. 2º. A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1990, Art. 2º).

No histórico do SUS, há diversos desafios relacionados ao financiamento, uma vez que os recursos públicos destinados à área têm sido insuficientes para assegurar a oferta de serviços de saúde acessíveis e de qualidade à população. Vale salientar que os gastos do governo brasileiro com saúde são consideravelmente menores do que os de outros países que possuem sistemas nacionais com o mesmo viés do SUS: garantir a cobertura universal aos seus habitantes (Piola, 2006).

De acordo com o relatório “Aspectos fiscais da saúde no Brasil”, elaborado pela Secretaria do Tesouro Nacional (STN) em 2018, o Brasil gastou cerca de 3,8% do Produto Interno Bruto (PIB) em saúde pública em 2015, valor que posiciona o país em 64º lugar na classificação entre 183 nações de todo o mundo (Brasil, 2018a). A propósito, o Poder Executivo Federal é responsável por gerenciar os gastos com saúde pública e estabelecer os valores a serem cobrados pelos serviços e procedimentos oferecidos por meio do SUS, cujo sistema pretende regular as atividades relacionadas à saúde e transformar o governo no principal financiador. Ao considerar uma Tabela

de Procedimentos, o Ministério da Saúde (MS) fornece reembolsos para hospitais e clínicas públicas e privadas. Nesse sentido, nota-se a necessidade de aperfeiçoar as ferramentas de gestão a serem utilizadas na administração dos recursos nos estabelecimentos hospitalares.

Os Hospitais Universitários Federais (HUFs) se inserem no sistema de saúde pública do Brasil, sobretudo na prestação de serviços de média e alta complexidade, além de serem centros de formação de profissionais por meio das atividades de ensino, pesquisa e extensão (Biscaia, 2013). Tais HUFs integram as universidades federais e estão ligados ao Ministério da Educação (MEC) e ao MS, com o desempenho de um papel crucial no contexto do SUS.

Em 2010, o Governo Federal instituiu o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), com o propósito viabilizar condições tecnológicas, institucionais e estruturais para o fornecimento de assistência médico-hospitalar de qualidade à sociedade e garantir uma formação adequada dos profissionais da saúde. Em consonância às metas dessa iniciativa, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) foi criada em 2011 para modernizar a gestão e reformular o quadro de recursos humanos dos HUFs. No Brasil, existem cerca de 51 hospitais vinculados a universidades do MEC, dos quais 41 se inserem na rede Ebserh (Brasil, 2010, 2011a).

O Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), campo analisado neste estudo, foi criado em 26 de agosto de 1970 para atender às necessidades acadêmicas do curso de Medicina da Escola de Medicina e Cirurgia de Uberlândia, Minas Gerais (MG). A partir de 1978, o HC-UFU se tornou o principal ponto de acesso dos pacientes aos serviços públicos de saúde na região, especialmente para o atendimento de emergências e casos de alta complexidade, por ser o único hospital público regional com entrada disponível 24 horas.

Nesses termos, o HC-UFU ocupa uma área construída de aproximadamente 52 mil metros quadrados e oferece 514 leitos. Como provedor de serviços de saúde, o hospital está localizado na Região Ampliada de Saúde Triângulo Norte, que abrange as microrregiões de Ituiutaba, Uberlândia/Araguari e Patrocínio/Monte Carmelo (MG). Além disso, é uma referência em casos de alta complexidade em algumas pactuações para outras regiões que consistem em 86 municípios no estado (Universidade Federal de Uberlândia, 2022).

Dentre os vários departamentos integrantes do HC-UFU, o setor de faturamento é relevante ao se dedicar à viabilização de receitas para o hospital e converter as operações de prestação de serviços, consumo de materiais e medicamentos em valores monetários. Essas operações são

realizadas após o paciente ser admitido no hospital e a equipe multiprofissional documentar minuciosamente as suas necessidades de saúde no prontuário. O processo de faturamento se inicia desde a chegada do paciente ao HC-UFU, com o registro de cada atendimento ou procedimento realizado no prontuário (Oliveira, 2019).

Dentre as diversas atividades do processo de trabalho desse setor, há a atividade de buscar as informações dos prontuários, transformando-os em dados para o sistema de faturamento hospitalar do SUS. Os funcionários da referida área em estudo analisam os prontuários dos pacientes que usufruíram de atendimento hospitalar, ao extraírem as informações relacionadas aos procedimentos realizados e passíveis de cobrança, de acordo com a legislação.

Dessa forma, o setor de faturamento se destaca na gestão financeira, pois:

Compete ao Faturamento apresentar ao Sistema Único de Saúde (SUS), informações relacionadas a atendimento e procedimentos realizados no âmbito da internação Hospitalar e ambulatorial, utilizando-se do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do Sistema Único de Saúde para gerenciar tais informações, como também outras atividades (Mauriz *et al.*, 2012, p. 40).

Dentre os itens lançados no faturamento hospitalar estão as Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME). Em relação às instituições que possuem convênio com o SUS, a exemplo do HC-UFU, o faturamento é realizado de modo unificado pelo Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME do SUS (SIGTAP/SUS). A tabela contém inúmeras informações como a descrição de procedimentos médicos e seus valores financeiros, medicamentos, OPME disponibilizados pelo SUS, além de possibilitar a verificação de compatibilidade dos códigos dos procedimentos com as OPME (Camargo, 2017). Desse modo, os custos de todos os procedimentos no SUS são pré-definidos, e as informações sobre as órteses e próteses, genéricas, sem detalhes de marca ou modelo específico (Brasil, 2017b), cujo sistema pode ser acessado *on-line* (Figura 1):

Figura 1 – Página do Sigtap com os campos para consultas de procedimentos

The screenshot shows the SIGTAP interface. At the top, there's a navigation bar with links for 'Procedimento', 'Compatibilidades', 'Tabelas', and 'Relatórios'. The main area is titled 'Consultar Procedimentos' and contains a search form. The search form includes dropdowns for 'Grupo', 'Sub-Grupo', 'Forma de Organização', and 'Código', and text input fields for 'Nome' and 'Origem'. Below this is another section for 'Documento de Publicação' with dropdowns for 'Documento', 'Número', 'Ano', 'Orgão', and a date selector for 'Competência' set to '04/2023'. A magnifying glass icon is at the bottom right of the search form.

Fonte: Brasil (2023a).

O SUS estabeleceu diversas regras de compatibilidade, o que limita significativamente a cobrança pelo uso de materiais nas cirurgias realizadas. Nesse âmbito, o sistema rejeita o faturamento de material incompatível com o procedimento ou acima da quantidade permitida, segundo suas diretrizes, ainda que, em determinada cirurgia, o paciente tenha utilizado a quantidade declarada de material de fato. Com a análise das perdas de recursos decorrentes da impossibilidade de faturamento de determinados materiais, Araujo (2005) afirma que, no que diz respeito à administração dos serviços de saúde, a ineficiência decorrente de desperdícios tem se mostrado um desafio.

Devido à permanente limitação orçamentária em que se insere a saúde pública no orçamento público, a dispensa de receita decorrente da inviabilidade de faturamento de OPME gera um inaceitável déficit financeiro às instituições públicas de saúde. Os Hospitais Universitários (HUs) ou de ensino representam uma categoria relevante no SUS – por conseguinte, esta pesquisa pretende aprofundar os conhecimentos sobre a gestão financeira dos HUs públicos; conhecer a sistemática do HC-UFG e o processo de faturamento construído e imposto pelo SUS é de grande valia para tal instituição reduzir as perdas e continuar com a prestação de um serviço de saúde essencial à população.

Diante da importância de garantir a eficiência na execução do orçamento dos HUs, pretende-se responder à seguinte pergunta: em relação ao faturamento, qual o valor das perdas financeiras de OPME utilizados nas cirurgias do HC-UFG, o nível de entendimento do corpo clínico sobre tal cenário e as possibilidades para a redução dessas perdas?

Para buscar as respostas à pergunta principal desta pesquisa, faz-se necessário o estudo das cirurgias que utilizaram OPME, mas não foram faturados. Os dados coletados se referem às seguintes especialidades: Oncologia, Cardiologia, Neurologia, Geral, Vascular, Ortopedia/Traumatologia, Torácica, Cirurgia das Vias Aéreas Superiores, Pequena Cirurgia e Cirurgias de Pele e Reparadora, com base no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2021.

Esse recorte temporal foi definido em consonância à disponibilidade de dados. A partir de 2016, o setor de faturamento do HC-UFG passou a preencher em planilhas os dados referentes aos OPME que não puderam ser faturados. A compilação dos dados referentes às perdas de OPME em razão de problemas técnicos foi suspensa em 2022, devido a erros de *software*. No entanto, este estudo buscará evidenciar a relevância da inclusão dos dados para se manter o monitoramento das informações em relação aos OPME.

1.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar as perdas decorrentes do não faturamento de materiais de OPME utilizados em cirurgias realizadas no HC-UFG, no período de 2016 a 2021.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- (1) Realizar um estudo quantitativo de OPME não faturados, ao classificar as perdas por especialidades médicas no período de 2016 a 2021, considerando ainda o nível de complexidade, além do motivo da impossibilidade de faturamento.
- (2) Identificar as possíveis causas do não faturamento de OPME.
- (3) Apontar propostas e consolidar possíveis ações para minimizar as perdas de OPME no faturamento hospitalar.

1.3 JUSTIFICATIVAS

A realização deste estudo se justifica pela investigação dos prejuízos financeiros decorrentes de diversos OPME que não podem ser faturados em cirurgias realizadas no HC-UFG. Acredita-se que um conhecimento especializado acerca desses materiais poderia contribuir para

potencializar o faturamento da instituição; por conseguinte, abordar os HUs públicos compreende a importância significativa no atendimento e na promoção de saúde à população.

No Brasil, os investimentos na área da saúde são insuficientes, uma vez que os gastos do Governo Federal com a saúde pública não asseguram a sustentabilidade do sistema (Piola, 2006). Esse fato repercute na vida de milhões de brasileiros que, não raramente, morrem em filas à espera de uma cirurgia ou da realização de determinado procedimento. Por isso, a gestão de faturamento hospitalar precisa ser eficiente e solucionar os prejuízos decorrentes das incompatibilidades entre a tabela do SUS e a realidade hospitalar.

Ao final do estudo, pretende-se quantificar e entender as causas dos prejuízos financeiros ocasionados por OPME não faturados, conforme o regramento supracitado. Isso permitirá identificar pontos críticos a serem analisados e refletidos pela administração do HC-UFU, com vistas a minimizar as perdas e melhorar a gestão dos recursos. Ao identificar as principais causas de tais prejuízos, é possível verificar e debater a construção de ações para minimizá-los de fato, com a respectiva identificação de propostas de melhorias diante desse cenário.

Há o consenso global de que a promoção da saúde é essencial para garantir o bem-estar de todos, dado que a saúde representa uma dimensão fundamental para melhorar a qualidade de vida das pessoas. Nesse sentido, em 2015, os membros da Organização das Nações Unidas (PNU) elaboraram a Agenda 2030, que contém os 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) (Organização das Nações Unidas, 2020).

A promoção da saúde na agenda global está inserida no ODS 3, intitulado “Saúde e bem-estar”, o qual projeta, como um dos meios de transformação mundial, “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos e todas, em todas as idades” (Organização das Nações Unidas, 2020, p. 18). Existem, ainda, 13 metas associadas a esse objetivo, como:

[...] atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preço acessíveis para todos; [...]

Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento, formação, e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países menos desenvolvidos e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento (Organização das Nações Unidas, 2020, p. 22).

O campo de estudo para esta pesquisa foi escolhido em virtude da experiência de dez anos da pesquisadora como colaboradora do HC-UFU, onde é possível vivenciar os problemas

relacionados ao faturamento hospitalar na prática. Como justificativa didática, é relevante citar o inciso II do Art. 4º do regimento do Programa de Pós-graduação em Gestão Organizacional, da Faculdade de Gestão e Negócios (PPGGO/FAGEM) da UFU:

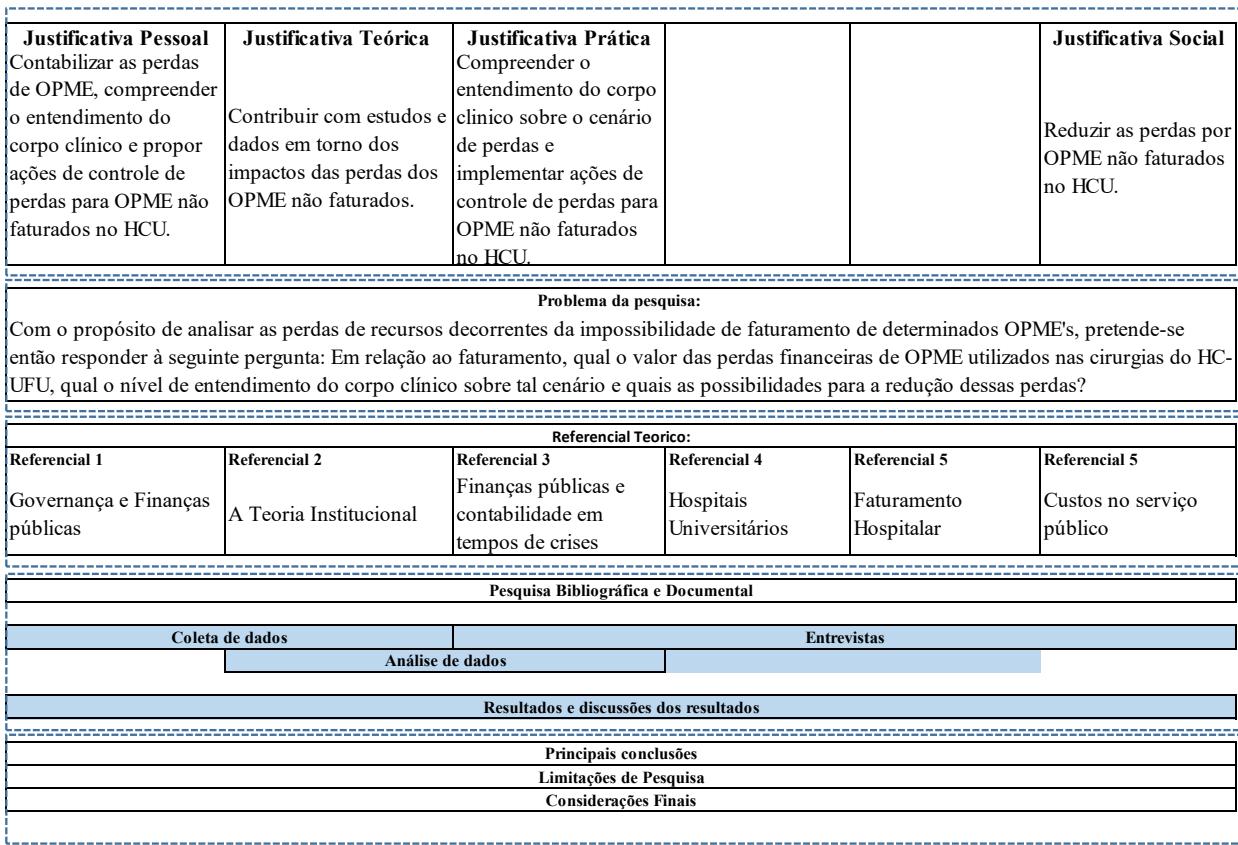
Art. 4º. O PPGGO tem os seguintes objetivos:

[...]

II - Atuar com foco em problemas práticos na produção de material intelectual/tecnológico, no âmbito da gestão organizacional de modo a contribuir com o desenvolvimento das organizações em suas diversas funções (Universidade Federal de Uberlândia, 2015, p. 2, Art. 4º).

Assim, o estudo está dividido nos tópicos de introdução, referencial teórico, metodologia, descrição e análise dos resultados, considerações finais e referências, detalhados na Figura 2:

Figura 2 – Mapa mental da pesquisa



Fonte: Elaboração da autora (2024).

Na sequência, há a abordagem dos elementos que embasaram a presente investigação.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 GOVERNANÇA E FINANÇAS PÚBLICAS

No processo de governança pública, as organizações governamentais gerenciam e coordenam suas atividades para atender às necessidades dos cidadãos, cujas principais diretrizes são a transparência, o estabelecimento de relações éticas, a integridade e a prestação de contas. Nesse caso, o objetivo principal é promover a melhoria da qualidade de vida da população por meio da adoção de mecanismos eficazes, eficientes e efetivos (Matias-Pereira, 2010).

De acordo com Secchi (2009, p. 358), a definição de governança pública é passível de contestações devido à ambiguidade ocasionada em diversas áreas do conhecimento, dado que “teorias do desenvolvimento tratam a governança como um conjunto adequado de práticas democráticas e de gestão que ajudam os países a melhorar suas condições de desenvolvimento econômico e social”.

Enquanto isso, para Alcântara, Pereira e Silva (2015), discussões sobre a governança pública têm ocorrido recentemente no Brasil, em se tratando de um modelo fundamentado na colaboração entre o Estado, o mercado e a sociedade civil, com o objetivo de alcançar metas compartilhadas. Aqui, Oliveira e Pisa (2015) elucidam que a governança engloba questões ligadas à administração, transparência, responsabilidade, ética, integridade, conformidade com as leis e participação da sociedade nas tomadas de decisão.

No Brasil, o Tribunal de Contas da União (TCU), órgão federal responsável pelo controle externo, tem desempenhado um papel preponderante na promoção da governança na administração pública. Por meio da Portaria TCU n. 170, de 12 de novembro de 2020, publicou-se um referencial básico de governança organizacional para as instituições públicas e outros entes jurisdicionados ao TCU (Brasil, 2020c, p. 15), ao defini-la como:

[...] práticas de liderança, de estratégia e de controle, que permitem aos mandatários de uma organização pública e às partes nela interessadas avaliar sua situação e demandas, direcionar a sua atuação e monitorar o seu funcionamento, de modo a aumentar as chances de entrega de bons resultados aos cidadãos, em termos de serviços e de políticas públicas.

De acordo com o referencial, a governança visa fornecer as diretrizes para as instituições públicas desenvolverem e aprimorarem a governança, com foco nos resultados e na redução de

medidas burocráticas. Sendo assim, são fortalecidas a gestão e o controle dos recursos públicos; entretanto, os obstáculos para a implementação de uma governança adequada não se limitam somente à eficácia, transparência e conformidade com a lei, por afetarem outras áreas, tais como a participação social, a democracia, a inclusão, o respeito aos direitos humanos, entre outras (Campos *et al.*, 2020). Dias e Cario (2014) coadunam o mesmo entendimento, ao afirmarem que a participação de outros atores na elaboração de políticas públicas fortalece a democracia, sem apenas otimizar a melhoria de resultados.

Nesse sentido, objetivos, responsabilidades, rotinas, ações e papéis dos atores envolvidos precisam estar claramente definidos em cada esfera de atuação – federal, estadual e municipal – que, por seu turno, necessitam ser organizadas e estruturadas para garantir a eficiência, a eficácia e a efetividade da gestão pública (Matias-Pereira, 2010). Nessa direção, Ronconi (2011) sublinha que, na governança pública, a participação de diferentes atores em processos decisórios gera atritos entre projetos políticos em várias esferas de deliberação e decisão do Estado, ao desafiar o governo a desenvolver redes de relacionamento para lidar com questões relacionadas à representatividade e explorar novas modalidades de colaboração.

Com o objetivo de aprimorar a gestão pública pela implementação da governança, foi editado o Decreto n. 9.203, de 22 de novembro de 2017, alterado pelo Decreto n. 9.901, de 8 de julho de 2019, que dispõe sobre a política de governança da administração pública federal, indireta, autarquias e fundacional (Brasil, 2017c, 2019). Nesses termos, a governança é definida como:

Art. 2º [...]

I - governança pública – conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade (Brasil, 2017c, Art. 2º).

O decreto em questão estabelece as orientações e os recursos necessários à implementação da governança pública, com base nos seguintes princípios: capacidade de resposta, integridade, confiabilidade, melhoria regulatória, prestação de contas, responsabilidade e transparência (Brasil, 2017c).

A governança adequada é essencial para garantir a gestão responsável, transparente e eficiente das finanças públicas, em atendimento aos interesses e necessidades da população. No que se refere às finanças públicas, deve-se conhecer a situação financeira das instituições públicas, para garantir a distribuição correta de recursos públicos. A propósito, o estudo das finanças públicas

é essencial para entender a política fiscal de um país, suas implicações econômicas e sociais, bem como garantir uma gestão responsável e eficiente, o que justifica a abordagem de alguns conceitos e ideias sobre o tema de finanças públicas, atinentes à administração das receitas, despesas, dívidas e outros aspectos financeiros relacionados ao setor público de um país, com abrangência de todas as atividades financeiras realizadas pelos governos nacionais, estaduais ou municipais. Convém salientar que as finanças públicas envolvem a arrecadação de recursos financeiros por meio de impostos, taxas e outras formas de receita; o uso desses valores para financiar investimentos governamentais, como programas sociais, infraestrutura, educação, saúde, segurança, entre outros; e a gestão da dívida pública.

Segundo Matias-Pereira (2012), as finanças públicas de um país geralmente focalizam as operações relacionadas com receita, despesa, crédito e orçamento, ou seja, correspondem ao gerenciamento do capital ao determinar como ele será obtido e administrado. O autor ainda afirma que uma gestão adequada das finanças públicas garante o funcionamento adequado do Estado, pois é responsável por manter administração e os serviços públicos, além de ser uma ferramenta essencial para impactar a economia do país e corrigir desequilíbrios econômicos.

Harada (2017) define as finanças públicas como a atividade financeira do Estado em obter, gerenciar e aplicar os recursos necessários para alcançar suas finalidades que, em última análise, se resumem à promoção do bem comum. Nesse ínterim, os cidadãos precisam acompanhar e exercer o controle sobre as ações do governo, no que se refere às finanças públicas, ao fiscalizarem os atos administrativos para garantir a proteção dos direitos e a melhoria dos serviços prestados. Sales (2012) enfatiza a importância da sociedade em se conscientizar sobre o próprio papel como fiscalizador das contas públicas, em sintonia com a obrigação do Poder Público em prestar contas e divulgar informações sobre os gastos públicos.

No Brasil, é possível observar a existência de leis que visam promover uma gestão pública eficiente e transparente. A Lei Federal n. 4.320, de 17 de março de 1964, denominada Lei do Orçamento, estabelece normas gerais para a elaboração e execução do orçamento público no Brasil, para haver transparência, eficiência e efetividade na alocação e aplicação dos recursos financeiros. Por sua vez, a LC n. 101, de 4 de maio de 2000, conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), estabelece normas que visam aprimorar a gestão fiscal das finanças públicas no Brasil, ao definir regras e limites para a administração das receitas e despesas públicas, bem como garantir a transparência e o controle dos gastos públicos. Também é importante citar a Lei de Acesso à

Informação (LAI) – Lei Federal n. 12.527, de 18 de novembro de 2011 –, que dispõe sobre o acesso às informações públicas no Brasil e assegura esse direito aos cidadãos de forma transparente (Brasil, 2011b).

Em relação ao orçamento, este se configura como um dos artefatos mais antigos de planejamento e constitui um instrumento importante para as finanças públicas. Esse meio é empregado pelo governo para organizar seus recursos, uma vez que o orçamento público contém as receitas e as despesas a serem aplicadas pelo Poder Executivo. Este último realiza a previsão do orçamento público, e o Legislativo autoriza, por determinado período, a arrecadação das receitas criadas em lei e as despesas reservadas ao exercício dos serviços públicos (Baleeiro, 2000).

Com a CRFB (Brasil, 1988), adotou-se uma estrutura orçamentária dividida em três instrumentos: o Plano Plurianual (PPA), que estabelece as diretrizes e metas da administração federal, estadual ou municipal para as despesas de capital, cuja duração é de quatro anos e se inicia no segundo ano do mandato do chefe do Executivo até o fim do primeiro ano de seu sucessor; a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), a qual estabelece as metas da administração pública e orienta a elaboração da Lei Orçamentária Anual (LOA), ao dispor sobre a estrutura e organização dos orçamentos, despesas da União com pessoal, dívida pública federal e alterações na legislação tributária da União; e a LOA propriamente dita prevê a receita e autoriza as despesas para cada exercício financeiro, de acordo com a estimativa de arrecadação para alcançar os objetivos determinados. Por isso, o orçamento é uma ferramenta de execução dos planos do governo e de administração das ações governamentais, capaz de transformar metas em obras e serviços. Além de seu papel de intervenção no domínio econômico, o orçamento deve ser considerado um instrumento de política que possibilita o acesso da sociedade a direitos sociais, por meio das reivindicações e participação, com base no que é permitido, nos modelos de participação política utilizados atualmente nas esferas do poder legislativo (Torrens, 2018).

No tocante à gestão financeira, é preciso compreender os custos dos serviços públicos. A necessidade de gerir os custos no setor público é evidente, uma vez que envolve eficiência e eficácia (Bonacim; Araujo, 2010) – ao mensurar os custos, é possível quantificar os gastos do Estado, com vistas a uma alocação adequada dos recursos.

2.2 A TEORIA INSTITUCIONAL

A globalização, os avanços tecnológicos e as mudanças demográficas trouxeram desafios para a administração pública, a qual lida com recursos limitados e metas complexas para atender uma população exigente. Assim, o contexto atual demanda serviços públicos de qualidade, com transparência e ética, o que impõe às organizações a necessidade de desenvolver estratégias para assegurar a sua sobrevivência e legitimidade. Nesse prisma, a teoria institucional se fundamenta na ideia de que, para sobreviver, as organizações precisam convencer o próprio público de que são entidades legitimadas e merecedoras de suporte e credibilidade (Meyer; Rowan, 1991).

De acordo com Burns e Scapens (2000), a teoria institucional é subdividida em três vertentes distintas, cada qual com um enfoque diferente em relação ao papel das instituições na sociedade e nas organizações: Nova Economia Institucional (*New Institutional Economics* – NIE), concentrada nas relações econômicas e com ênfase na compreensão de como as instituições afetam a eficiência econômica e a alocação de recursos, ao propor a elaboração de modelos econômicos, mediante a incorporação de pressupostos ou variáveis que considerem o contexto organizacional; Economia Institucional Antiga (*Old Institutional Economics* – OIE), embasada na influência das instituições nas decisões econômicas e sociais, com destaque à importância das normas sociais, dos hábitos e das tradições culturais; e Nova Sociologia Institucional (*New Institutional Sociology* – NIS) que, também conhecida como Sociologia Institucional, diz respeito às dimensões sociais e culturais das instituições – aqui, estudiosos como Richard Scott e John W. Meyer exploraram como as instituições moldam o comportamento social, as organizações e a construção da realidade social, ao examinarem a dinâmica entre as instituições e a sociedade e considerarem a interferência de normas e regras institucionais nas interações sociais. Essa teoria foi reconhecida pelo fato de oferecer explicações sobre como as estruturas, regras, normas e rotinas se tornam referências legitimadas para orientar o comportamento social (Scapens, 2006).

No cerne deste estudo, adotou-se a NIS por ser a vertente mais apropriada, uma vez que considera a influência do ambiente institucional nas organizações e oferece uma compreensão abrangente e complexa. Ela tem desempenhado um papel importante na explicação das transformações contábeis em organizações do setor público, em contrapartida à abordagem convencional, fundamentada exclusivamente na teoria econômica. Essa abordagem convencional é associada à perspectiva tradicional da contabilidade e gestão financeira, ao ser influenciada pela

teoria econômica clássica, em que se sobressaem a racionalidade econômica, a alocação eficiente de recursos, dentre outros aspectos.

Com a teoria institucional, os pesquisadores começaram a perceber as organizações não apenas como meio de produção de bens e serviços, mas como sistemas culturais e sociais (Scott, 2001). Assim, é possível notar que o ambiente começa a ser percebido para além dos aspectos técnicos, com a ideia de eficiência e eficácia, ele é visto como ambiente institucional, envolvendo as crenças e os aspectos do mundo social como práticas culturais elaboradas pelas sociedades, oferecendo legitimidade e suporte às organizações (Scott, 2001; Carvalho; Vieira, 2003).

Nesse sentido, a abordagem institucional incorpora o conceito de “campo organizacional”, ao defender a proposta de que a sobrevivência das organizações não se restringe apenas às interações materiais e de recursos, por incluir trocas simbólicas nas quais o comportamento dos integrantes de uma organização nem sempre é motivado por fatores econômicos. Segundo Meyer e Rowan (1991), as organizações são consideradas sistemas abertos, cujas estruturas são moldadas pelas influências do ambiente institucional em que estão inseridas.

Sob tal viés, a teoria institucional percebe as organizações como estruturas sociais que fornecem padrões estáveis de comportamento. Isso inclui normas formais, como leis e regulamentos, e informais, a exemplo da cultura e das tradições, para guiar o comportamento individual e organizacional. Dessa forma, a compreensão do comportamento das organizações, dos conflitos, da luta pelo prestígio, dos valores comunitários, da estrutura de poder e das instituições legais possui fundamentos e envolve a compreensão dos grupos informais (Carvalho; Vieira, 2003).

De fato, a teoria institucional buscou uma abordagem diferente em relação aos estudos organizacionais, em que a nova perspectiva de análise visou compreender as organizações, como elas se organizam e as razões pelas quais isso ocorre, com destaque ao conceito central de “isomorfismo”, relativo à tendência das organizações em se tornarem similares entre si ao longo do tempo. Para tanto, elas adotam estruturas e sistemas semelhantes que resultam em práticas idênticas entre si em um setor organizacional, de modo semelhante a outras no mesmo ambiente (DiMaggio; Powel, 1991).

DiMaggio e Powel (1991) ainda identificarem três tipos principais de isomorfismo: coercitivo, quando existem pressões externas que levam as organizações a adotarem estruturas ou práticas similares; mimético, com a imitação de práticas bem-sucedidas de outras entidades; e

normativo, que surge da influência de profissionais que estabelecem normas e modelos ideais às organizações.

Conforme Powel (1991), diversos fatores são responsáveis para as organizações responderem às pressões isomórficas, como o reconhecimento da autoridade e poder das entidades que constituem a fonte de pressão, o tipo de reação (aceitação ou recusa) às fontes de pressão, dentre outros. Especialmente a perspectiva da NIS tem sido utilizada em diversas áreas, como nos setores público e hospitalar, tendo em vista que as estruturas organizacionais (no caso deste estudo, os HUs) resultam não apenas de influências econômicas, mas também do ambiente institucional. Sendo assim, a sociologia institucional investiga uma dinâmica macro-organizacional na qual influências institucionais externas impactam sistemas e estruturas, cujos resultados se assentam em semelhanças entre as entidades.

No que se refere aos HUs, ressalta-se a importância da adaptação a ambientes dinâmicos e desafiadores para garantirem a própria sobrevivência. A habilidade em enfrentar crises, superar restrições financeiras, responder a pandemias, como a *Coronavirus Disease 2019* (Doença do Novo Coronavírus 2019 – COVID-19) (Brasil, 2023b) e se integrar a novas formas de administração como a Ebserh são aspectos fundamentais para cumprir a missão de ensino, pesquisa e prestação de serviços de saúde à sociedade.

Como sistemas abertos, os HUFs se inserem em um ambiente institucional complexo que envolve a participação de diversos atores sociais. Influências internas e externas contribuem para a configuração desse tipo de ambiente, o que denota semelhanças entre os HUFs ao longo do tempo, conforme destacado nas pesquisas da sociologia institucional. Por isso, analisar o que está institucionalizado nas diversas práticas de gestão nos ambientes organizacionais pode contribuir para um diagnóstico que identifique a necessidade de adequar processos e garantir uma tomada de decisão assertiva no que se refere à gestão hospitalar pública.

2.3 FINANÇAS PÚBLICAS E CONTABILIDADE EM TEMPOS DE CRISES

A pandemia global de Covid-19 impactou as finanças públicas de vários países, e a contabilidade desempenhou um papel crucial na gestão desses desafios. Em 2020, iniciou-se a crise sanitária provocada pela rápida propagação da doença em âmbito mundial, identificada pela primeira vez na cidade de Wuhan, na China, em dezembro de 2019. Ela se espalhou rapidamente

por todo o mundo e levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a declará-la como pandemia (Brasil, 2023b).

Devido a tais implicações na economia, sociedade e, principalmente, saúde pública, os sistemas enfrentaram desafios para lidar com diversos casos, o que sobrecarregou os hospitais e levou à escassez de recursos médicos. Medidas de distanciamento social, como o isolamento, foram adotadas para tentar controlar a propagação do vírus, mas isso afetou a vida diária da população (Brasil, 2023b). Com o impacto econômico em vários países, houve recessão e alta taxa de desemprego; logo, os governos adotaram medidas de estímulo econômico e programas de assistência social para mitigar os efeitos negativos na economia e no bem-estar da população.

Notoriamente, a pandemia de Covid-19 gerou desafios para as finanças públicas no mundo, com a necessidade da adoção de medidas extraordinárias, como o aumento das despesas, a redução de receitas e o endividamento. A gestão eficaz do orçamento se tornou crucial para garantir o direcionamento dos recursos para as localidades com mais dificuldade, mas havia a preocupação sobre o inevitável aumento de gastos e o emprego dos recursos disponíveis de maneira eficaz e eficiente. Nesse sentido, a OMS recomendou o empenho das nações no alocamento adequado dos recursos financeiros, com a intenção de assegurar o financiamento necessário para lidar com a pandemia de Covid-19 (Barroy *et al.*, 2020; Brasil, 2023b).

De acordo com Bresser-Pereira (2020), a crise econômica resultante da pandemia de Covid-19 apresentou potencial para ultrapassar a magnitude da Grande Depressão dos anos 1930, diante dos índices de mortalidade, queda na produção e arrecadação dos Estados, bem como o aumento do desemprego e da pobreza. No Brasil, a pandemia afetou significativamente as finanças públicas, pois as medidas adotadas para conter a propagação da doença, como as restrições impostas às atividades empresariais presenciais e restrições de mobilidade, invariavelmente repercutiram na queda da atividade econômica e reduziram a arrecadação de receitas governamentais.

A queda na atividade econômica diminuiu a geração de empregos e a renda das famílias, o que afetou diretamente a arrecadação de impostos e contribuições sociais. Além disso, o governo precisou aumentar os gastos para lidar com os impactos da pandemia, como investimentos em saúde, auxílio emergencial e programas de apoio econômico, o que resultou em um desequilíbrio no orçamento público. Tal crise impactou, significativa e imediatamente, o PIB do Brasil a partir de março de 2020, sobretudo a economia durante o segundo semestre daquele ano. De acordo com

dados do boletim do Banco Central do Brasil (BCB) (Brasil, 2020a), o PIB brasileiro diminuiu 5% em 2020, em virtude da pandemia de Covid-19 (Brasil, 2023b).

Em relação ao desemprego, a taxa de desocupação no Brasil que, no último trimestre de 2019, registrava 11,4%, foi para 14,9% no primeiro trimestre de 2021 – ou 14,8 milhões de brasileiros –, conforme dados coletados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022). Durante a pandemia do Covid-19, a legislação brasileira passou por alterações relacionadas ao orçamento público, com o intuito de enfrentar os desafios econômicos e sociais decorrentes da crise. Algumas medidas foram adotadas para permitir maior flexibilidade orçamentária e direcionar recursos a áreas prioritárias.

A Emenda Constitucional (EC) n. 106, que instituiu o chamado “orçamento de guerra” durante o período da pandemia, foi promulgada em 7 de maio de 2020 e objetivou estabelecer um regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para enfrentamento da calamidade pública decorrente da Covid-19 (Brasil, 2020c). Dentre as principais alterações introduzidas pela emenda se destacam a flexibilização de regras fiscais e orçamentárias, a simplificação de processos de contratação pública e a criação de instrumentos ágeis para a aquisição de bens, serviços e insumos necessários ao enfrentamento de tal conjuntura. Além disso, autorizou o BCB a adquirir e alienar títulos, o que viabilizou a disponibilidade de recursos no mercado.

A Proposta de Emenda à Constituição (PEC) n. 10, de 10 de abril de 2020, foi aprovada pelo Congresso Nacional e, após a promulgação, originou a EC n. 106, com o intuito de possibilitar a adoção de medidas emergenciais para mitigar os impactos econômicos da pandemia (Brasil, 2020b, 2020c). Segundo Dias (2020), a PEC estabeleceu um regime especial que visava simplificar a implementação orçamentária, ao afastar as disposições legais aplicadas em situações normais; logo, permitiu-se uma execução ágil de despesas do Poder Executivo à época. Após mais de três anos e quase sete milhões de mortes, a OMS declarou que a Covid-19 deixou de ser uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional em 2023. De acordo com dados atualizados do MS (Brasil, 2023b), em 5 de maio daquele ano, o país somou 701.833 óbitos por Covid-19 desde o início da pandemia.

Para compreender os efeitos da Covid-19 na sociedade, a contabilidade precisa transcender a abordagem convencional centrada no patrimônio financeiro e considerar outras perspectivas, como entender tal área como prática social, situada em um contexto específico, influenciada pela história, cultura e sociedade. A contabilidade possui um papel que transcende a mensuração e

avaliação de custos e transações econômicas, devido ao viés social e à capacidade de intervenção em períodos de crises sociais, como a pandemia de Covid-19.

Nesse contexto, uma perspectiva converge com os conceitos mencionados anteriormente, representada pela abordagem de Jürgen Habermas e Richard Laughlin em relação à contabilidade e alicerçada na concepção desta última como prática social, em que as interações e influências sociais desempenham um papel central. Laughlin (1987) analisa como a teoria de Habermas pode oferecer uma análise crítica das práticas contábeis, ao se sobressaírem os aspectos sociais e técnicos presentes nos sistemas contábeis. Além disso, tal teoria permite compreender e modificar as práticas por meio do paradigma da linguagem, ao reconhecer que a contabilidade é influenciada pela interação complexa de forças externas e internas que moldam sua natureza e função: as primeiras se referem às mudanças e influências emanadas do ambiente externo, e as segundas dizem respeito às características próprias da organização contábil.

A pandemia de Covid-19 pode ser considerada uma força externa da contabilidade, pois impactou as operações e finanças das organizações em todo o mundo, com mudanças nas demandas dos consumidores e fechamentos temporários de empresas, por exemplo, o que resultou nas atividades contábeis. Além disso, os programas de estímulo econômico, como subsídios para empresas e mudanças fiscais, impactaram as finanças públicas e privadas, bem como afetaram as práticas contábeis relacionadas às receitas financeiras.

Irrefutavelmente, a contabilidade desempenha um papel fundamental em tempos de crises, como a pandemia de Covid-19, devido às várias funções essenciais para ajudar indivíduos, organizações e governos a enfrentarem os desafios econômicos e financeiros associados a esses eventos. Tais aspectos evidenciam que o desequilíbrio nas finanças públicas acarretados em períodos de crise apresenta desafios para o governo, com a necessidade de uma gestão estratégica dos recursos disponíveis, ao buscar o equilíbrio com os investimentos para a recuperação econômica. Com o término da pandemia, foi imprescindível adotar medidas para estabilizar as finanças públicas.

2.4 HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

O SUS abarcou consideráveis avanços para a saúde pública no Brasil e se tornou modelo para diversos países. Ainda que o SUS tenha sido definido pela CRFB, foi regulamentado por meio

da LC n. 8.080 (Brasil, 1988, 1990) com princípios fundamentais como a universalidade do atendimento, para garantir à população um acesso integral, gratuito, equitativo e resolutivo aos serviços de saúde. A referida lei, no Art. 4º, *caput*, define o SUS como “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (Brasil, 1990).

No que se refere às instituições de serviços de saúde, os HUs desempenham um papel significativo como centro de formação de profissionais e desenvolvimento de tecnologias na área, ao fornecerem suporte ao ensino, pesquisa e extensão das instituições federais de ensino superior às quais estão afiliados. Como informado anteriormente, no campo da assistência à saúde, os HUs são centros de referência de média e alta complexidade, ao oferecerem à população serviços de efetivos e contínuos, de forma a promover melhorias no atendimento e na elaboração de protocolos técnicos para diversas doenças, o que garante aos usuários os mais altos padrões de eficiência disponíveis no âmbito do SUS (Brasil, 2019).

A integração dos Hospitais Universitários no SUS foi definida pela LC n. 8.080:

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados (Brasil, 1990, Art. 45).

Quando os HUs foram criados, o financiamento integral era responsabilidade do MEC; porém, desde 1990, os HUFs passaram a receber recursos do MEC e do SUS (Biscaia, 2013) – até aquela década, tais instituições eram mantidas pelo MEC, com foco no ensino e na pesquisa médica. Com a evolução das políticas de saúde e a criação do SUS, houve uma mudança na visão dos HUs, considerados componentes importantes da rede pública.

O financiamento dos HUs configura motivo de preocupação, pois estudos indicaram que o custo desse tipo de instituição, que combina atividades de ensino e assistência, é maior em comparação a uma unidade de saúde convencional. De acordo com Bonacim e Araujo (2010), os HUs possuem custos elevados, uma vez que englobam conhecimento avançado e tecnologia de ponta, com atividades de ensino e assistência.

Sob o mesmo sentido, Scherer *et al.* (2018) salientam que os HUs são instituições estrategicamente importantes por desempenharem simultaneamente as funções de assistência,

gestão, ensino e pesquisa. Dessa forma, há vários desafios relacionados à organização e gestão dos processos de trabalho, proteção da saúde e formação dos profissionais.

Os HUs enfrentam uma série de crises que afetam as operações e a capacidade de fornecer assistência de qualidade. Bonacim e Araujo (2010) evidenciam a importância dos estudos que exploram a aplicação de instrumentos gerenciais em entidades públicas de assistência à saúde. Segundo os autores, tais instituições enfrentam desafios decorrentes do avanço tecnológico e da escassez de recursos financeiros fornecidos pelo Estado, o que resulta na demanda crescente por uma gestão profissional – inclusive, a falta de aplicação adequada de instrumentos gerenciais pode comprometer a sustentabilidade e a sobrevivência das referidas instituições.

Foco desta pesquisa, o HC-UFG está suscetível a crises financeiras. Quando passa por determinadas crises e devido à relevância na região onde atua, há uma desassistência ao seu principal público-alvo – a população –, com prejuízos aos que precisam dos atendimentos. De acordo com o portal de notícias G1 (2016), o HC-UFG passou por uma situação grave, com a falta de medicamentos, insumos e equipamentos que necessitavam de manutenção. Em fevereiro de 2016, cirurgias oncológicas foram canceladas por falta de insumos no hospital e, em junho do mesmo ano, foram suspensas as cirurgias de traumatologia e alta complexidade.

Em uma conjuntura de restrições financeiras e queda no desempenho dos HUs, que impossibilita garantir os preceitos constitucionais de acesso universal à saúde, foi criada inicialmente pelo Governo Federal uma comissão com o intuito de promover discussões e examinar as questões financeiras, estruturais e de gestão que afetavam os HUs no Brasil. A partir dos resultados obtidos pela comissão, foi instituído o Rehuf, por meio do Decreto n. 7.082, de 27 de janeiro de 2010, com o objetivo de “criar condições materiais e institucionais para que os hospitais universitários federais possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa, extensão e assistência à saúde” (Brasil, 2010). Assim, o programa busca fortalecer essas instituições, proporcionar recursos financeiros adicionais e incentivar a modernização de suas estruturas.

Até 2004, o financiamento dos HUs era realizado em conjunto por MEC e MS; porém, com o Rehuf, ocorreram mudanças significativas na forma de financiamento dos HUs por meio de certificação e contratualização – esta última corresponde ao contrato firmado entre o HU e a secretaria municipal ou estadual de saúde, com vistas a uma gestão orientada por resultados, a partir

do estabelecimento de metas quanti e qualitativas e indicadores de acompanhamento (Brasil, 2013a).

Após a implementação do Rehuf, a Ebserh foi estabelecida pela Lei Federal n. 12.550, de 15 de dezembro de 2011 (Brasil, 2011d), com a responsabilidade de desenvolver o planejamento para utilização e distribuição dos recursos financeiros, bem como resolver a escassez de mão de obra nos HUFs. De acordo com os termos do contrato, tal empresa é responsável pela otimização e administração do hospital, com o objetivo de preservar e promover o ensino, a pesquisa e a extensão, além de prestar assistência à saúde da população por meio de um atendimento via SUS (Brasil, 2019).

A adesão à Ebserh como gestora dos HUs tem gerado debates nos estudos que apresentam perspectivas divergentes: alguns argumentam que a empresa trouxe melhorias, enquanto outros citam a falta de avanços positivos. É importante ressaltar que a adesão da Ebserh é uma medida relativamente recente e, portanto, necessita de um estudo aprofundado para avaliar os efeitos na gestão e nos serviços dos HUs.

2.4.1 Processo de faturamento hospitalar em instituições financiadas pelo SUS

O faturamento hospitalar no SUS se refere ao processo de cobrança pelos serviços prestados por hospitais e outras instituições de saúde que atendem pacientes pelo sistema nacional. Tal área envolve a codificação e o registro de procedimentos, medicamentos, materiais e outros serviços prestados aos pacientes.

Ao longo da internação dos pacientes no hospital, os cuidados são registrados na Autorização de Internação Hospitalar (AIH), cujo laudo constitui um registro administrativo para identificar o hospital, o paciente, os serviços prestados durante o período de internação e os profissionais responsáveis pelo atendimento. Cada pessoa internada em um hospital do SUS recebe apenas um número de AIH, o qual não é reutilizado após a alta – tal documento é indispensável no prontuário de cada paciente.

O laudo para solicitação/autorização de internação hospitalar inclui os seguintes campos a serem preenchidos: identificação do estabelecimento, informações do paciente, justificativa para internação, dentre outros (Figura 3):

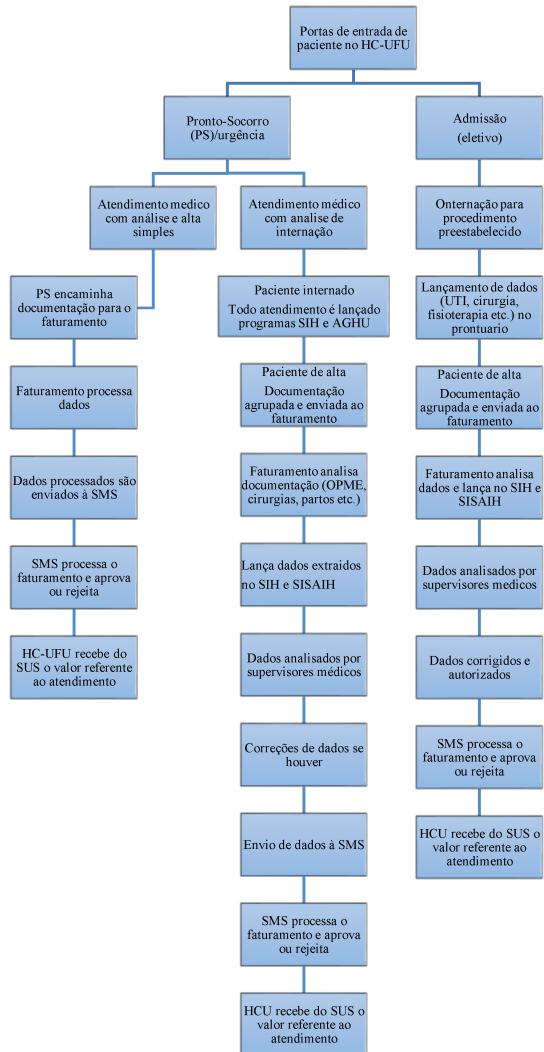
Figura 3 – Laudo para solicitar Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

 Sistema Único de Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR												
Identificação do Estabelecimento de Saúde														
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE						2 - CNES								
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE						4 - CNES								
Identificação do Paciente														
5 - NOME DO PACIENTE						6 - Nº DO PRONTUÁRIO								
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)						8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO		10 - RACA/COR		10.1 - ETNIA		
						/ /	Masc <input type="checkbox"/> Fem <input checked="" type="checkbox"/> 3	DDD	DDD	12 - FONE DE CONTATO Nº DO FONE				
11 - NOME DA MÃE						13 - NOME DO RESPONSÁVEL						14 - FONE DE CONTATO Nº DO FONE		
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)						16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA						17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF	19 - CEP
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO														
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS														

Fonte: Brasil (2017b).

Nesse contexto são envolvidos a codificação e o registro de todos os procedimentos, medicamentos, materiais e outros serviços prestados aos pacientes. Quando ocorre a alta, o óbito ou a transferência ao final da internação, ações e procedimentos são consolidados de acordo com as normas estabelecidas na tabela Sigtap do SUS, a fim de obter uma previsão bruta do faturamento (Brasil, 2017b). Os procedimentos hospitalares faturados pelo HU são posteriormente enviados à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que realiza a análise, a aprovação ou a reprovação desses procedimentos. Ao final do processo, a SMS transmite as informações de internações faturadas para a base de dados oficial do MS, referente ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS). A seguir, o fluxograma do processo de faturamento do HC-UFG, fornece uma visão ampla das diversas etapas (Figura 4):

Figura 4 – Fluxograma do processo de faturamento do HC-UFU



Fonte: Acervo da autora (2023), com base em documento interno do setor de faturamento do HC-UFU.

De acordo com o fluxograma acima, o registro da internação configura o início do processo. Por um lado, quando se planeja a internação com antecedência para algum motivo específico, é classificada como eletiva e deve ser agendada pela regulação. Por outro lado, se a internação ocorre sem um agendamento prévio e o paciente chega ao HU, é considerada de emergência – aqui, a equipe responsável pelos atendimentos realizados durante a internação descreve e registra no prontuário todos os serviços disponibilizados para tratamento. Caso tenha ocorrido uma cirurgia, a equipe médica elabora uma nota operatória para detalhar o procedimento cirúrgico, o que inclui os OPME, se tiverem sido utilizados.

Adicionalmente, o prontuário contém informações acerca de medicamentos, exames, eventual permanência do paciente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), sessões de hemodiálise,

acompanhamento nutricional e fisioterapêutico etc. Em conformidade com as diretrizes estabelecidas na Tabela de Procedimentos Sigtap, tais dados são passíveis de serem lançados no sistema de faturamento hospitalar. Caso o procedimento realizado durante o período de internação não possuir um código correspondente na tabela Sigtap, o lançamento não poderá ser feito, o que impede a efetivação do faturamento relativo a esse procedimento.

Após o setor de faturamento realizar a codificação e o registro no sistema, gera-se o espelho de AIH que inclui códigos, descrição dos procedimentos e valor total (Figura 5):

Figura 5 – Espelho de uma AIH após o faturamento no sistema hospitalar

MS-DATASUS VERSÃO: 22.00		PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01				PAG.: 1
O.E : M317020001	ESFERA : PÚBLICO	ESPELHO DA AIH	APRESENTAÇÃO: 02 / 2024	PAG.: 1	DATA : 29/01/2024	
Num AIH:	Situação : APURADA	Tipo : 01-INICIAL	Apresentação : 02/2024	Data Autorização: 24 / 10 / 2023		
Especialidade : 01 - CIRURGICO		Órgão Emissor:	CRC:			
Doc autorizad: [REDACTED]	Doc med resp: [REDACTED]	Doc diretor clínico: [REDACTED]	Doc médico solic: [REDACTED]	CNS: [REDACTED]	Prontário: [REDACTED]	
CNES: 2146355 - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA						
Paciente: [REDACTED]						
Data Nasc.: [REDACTED]	Sexo: [REDACTED]	Nacionalidade: 010 - [REDACTED]	Tipo: CPF			
Responsável pac.: [REDACTED]			Nome da Mãe: [REDACTED]			
Endereço: [REDACTED]			Raça/Cor: 01 - [REDACTED] Etnia: 0000-			
Município: [REDACTED]	UF: MG	CEP: [REDACTED]	Telefone: [REDACTED]			Muda Proc.? : NÃO
Procedimento solicitado : 04.06.03.003-0 : ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM IMPLANTE DE STENT						
Procedimento principal : 04.06.03.003-0 : ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM IMPLANTE DE STENT						
Diag. principal : I259-DOENCA ISQUEMICA CRONICA DO CORACAO NAO ESPECIFICADA						
Complementar :						
Caráter atendimento : 02 - URGENCIA						
Data internação : 24 / 10 / 2023	Data saída : 08 / 11 / 2023	Mot saída : 27 - PERMANENCIA POR REOPERACAO				
Liberação SISAIH01:			AH Anterior :			AH Posterior :
Causas Externas (Acidente ou Violência)						
CNPJ do Empregador : [REDACTED]			CNAER: -			
Vínculo Previdêncie :			CBOR: -			
PROCEDIMENTOS REALIZADOS						
Linha Procedimento	Documento CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtde	Cmpt	Descrição	
1 0406030030	225120(1)	2146355	2146355	1	11/2023 ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM IMPLANTE DE	
2 0406030030	225151(6)	2146355	2146355	1	11/2023 ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM IMPLANTE DE	
3 0702040380	[REDACTED]	2146355	2146355	1	11/2023 FIG GUIA DIRIGIVE PARA ANGIOPLASTIA	
4 0702040134	[REDACTED]	2146355	2146355	1	11/2023 CATETER GUIA P/ ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL	
5 0702040088	[REDACTED]	2146355	2146355	1	11/2023 CATETER BALAO P/ ANGIOPLASTIA	
6 0702040614	[REDACTED]	2146355	2146355	1	11/2023 STENT FARMACOLÓGICO PARA ARTERIA	
7 0211020010	225120	2146355	2146355	1	11/2023 CATETERISMO CARDIACO	
8 0205010032	[REDACTED]	2146355	2146355	1	11/2023 ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	
9 0204030170	[REDACTED]	2146355	2146355	2	11/2023 RADIOGRAFIA DE TORAX(PA)	
10 0202031047	[REDACTED]	2146355	2146355	1	11/2023 PESQUISA DE TRYPAROSOMA CRUZI (POR	
11 0202020380	[REDACTED]	2146355	2146355	17	11/2023 HEMOGRAMA COMPLETO	
12 0202010732	[REDACTED]	2146355	2146355	4	11/2023 GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2	
13 0802010091	[REDACTED]	2146355	2146355	6	10/2023 DIARIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	
14 0802010091	[REDACTED]	2146355	2146355	7	11/2023 DIARIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	
15 0802010040	[REDACTED]	2146355	2146355	2	10/2023 DIARIA DE ACOMPANHANTE DE IDOSOS C/	
16 0302040013	223605	2146355	2146355	16	10/2023 ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM PACIENTE	
17 0302040013	223605	2146355	2146355	17	11/2023 ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM PACIENTE	
18 0302040021	223605	2146355	2146355	2	10/2023 ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM PACIENTE	
19 0302040021	223605	2146355	2146355	5	11/2023 ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM PACIENTE	
20 0302040030	223605	2146355	2146355	21	10/2023 ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM PACIENTE	
21 0302040030	223605	2146355	2146355	20	11/2023 ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM PACIENTE	
22 0302040048	223605	2146355	2146355	2	11/2023 ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM PACIENTE	
23 0302060014	223605	2146355	2146355	2	11/2023 ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM	
DADOS DE OPM						
Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
VALORES DA PRÉVIA						
			Serviço Hospitalar		Serviço Profissional	
			Direto		Direto	
			Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro
					Rateado	
					Próprio	Terceiro
02.05.01-ULTRA-SONOGRAFIAS DO SISTEMA	101,79					101,79
02.11.02-DIAGNOSTICO EM CARDIOLOGIA	738,78		420,42			1.159,20
03.02.04-ASSISTENCIA FISIOTERAPÉUTICA	669,61					669,61
03.02.06-ASSISTENCIA FISIOTERAPÉUTICA NAS	14,01					14,01
04.06.03-CARDIOLOGIA INTERVENTIONISTA	1.482,72		449,00		1.047,58	2.979,30
07.02.04-OPM EM ASSISTENCIA CARDIOVASCULAR	2.970,33					2.970,33
08.02.01-DIARIAS	11.626,50		2.047,50			13.674,00
Total Geral:	17.603,74		2.916,92		1.047,58	21.568,24
Número de Nascedos	Número de Saídas	Nº Pré-Natal:				
Vivos: 0	Mortos: 0	Altas: 0	Transtf.: 0	Óbitos: 0		
<i>"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986, uma via desse relatório deve ser arquivado no prontário do paciente"</i>						
ASSINATURA E CARIMBO DIRETOR DO HOSPITAL						

Fonte: Acervo da autora (2023), com base no sistema de faturamento hospitalar do setor de faturamento do HC-UFG.

Cada prontuário faturado é submetido à análise dos médicos supervisores/auditores de gestão do SUS e da SMS, incumbidos de verificar a conformidade dos procedimentos, corrigir ou ajustar eventuais inconsistências. Após a conclusão da fase interna, os dados de faturamento das AIHs são encaminhados para a SMS, que realiza uma avaliação criteriosa e a análise dos dados relacionados ao faturamento, como a verificação dos códigos dos procedimentos, datas de atendimento, observância aos prazos estabelecidos, dentre outros. A seguir, procede com o pagamento ou solicita alterações conforme necessário e, ao término do processo, as informações sobre as internações são inseridas na base de dados oficial do Datasus.

A precisão das informações de faturamento desempenha um papel preponderante na sustentabilidade da instituição, ao assegurar o adequado fluxo de recursos e converter os serviços e insumos em capital. Conforme Salu (2018), operações atinentes à prestação de serviços assistenciais e o registro apropriado de materiais e medicamentos empregados durante um atendimento são elementos cruciais que influenciam no faturamento hospitalar. Dessa forma, a omissão na cobrança de itens utilizados durante a internação de pacientes resulta em perda de receita, quando não registrados.

Responsável por gerenciar a produção dos hospitais conveniados ao SUS, o SIH foi uma iniciativa do MS para melhorar a informação e o controle dos processos. Tal sistema representa uma importante ferramenta para monitorar a distribuição de recursos do SUS, avaliar as políticas organizacionais e financiar as hospitalizações no serviço público. A quantidade e o valor financeiro da produção de cada município são determinados com base na quantidade disponibilizada, proporcional à sua população, conforme estabelecido pelo Manual de Gestão Financeira do SUS (Brasil, 2003).

Com a finalidade de aprimorar os processos de gestão, foi implementado o Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários Federais (AGHU), o qual visa auxiliar na padronização das práticas assistenciais e administrativas nos HUFs, ao viabilizar a criação de indicadores nacionais e implementar projetos de melhorias comuns para tais instituições (Brasil, 2019). A criação do AGHU é uma iniciativa derivada do programa REHUF e se constitui com base em aspectos organizacionais e tecnológicos que incluem estratégia, processo decisório, compatibilidade e facilidade de acesso.

Nesse prisma, o MS adotou as políticas de reestruturação dos hospitais, ao implantar um novo modelo de financiamento, de acordo com a produção hospitalar, ou seja, o valor mensal é

pré-estabelecido conforme o instrumento contratual – contrato, convênio ou termo de ajuste. Na contratação, o gestor municipal/estadual do SUS e a instituição hospitalar estabelecem metas quantitativas e qualitativas, deveres e responsabilidades de todas as partes envolvidas, além de estipular critérios para supervisionar, avaliar e controlar os resultados.

O HC-UFG mantém contrato com o MS e a SMS de Uberlândia (MG) desde 2004. A partir de 2014, essa parceria passou a seguir as disposições da Portaria do Gabinete do Ministro (GM) e do MS n. 3.410, de 30 de dezembro de 2013 (Brasil, 2013b). Cumpre afirmar que os HUs possuem financiamentos distintos, uma vez que a missão institucional e o contexto em que estão inseridos contribuem para a variedade de modelos.

2.4.2 Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)

Procedimentos realizados no Centro Cirúrgico (CC) de um HU possuem relevância financeira no faturamento total das contas hospitalares, principalmente devido à complexidade, quantidades das cirurgias realizadas e materiais empregados, a exemplo dos OPME.

Os OPME são empregados na prestação de cuidados de saúde, associados a intervenções médicas, odontológicas ou de reabilitação (Brasil, 2016b). São classificados como materiais de custo elevado e alta complexidade, devido à tecnologia avançada que possibilita intervenções minimamente invasivas, o que resulta na redução das taxas de mortalidade e contribui para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Conforme a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órtese é “todo dispositivo permanente ou transitório, utilizado para auxiliar as funções de um membro, órgão ou tecido, compensando insuficiências e/ou evitando deformidades ou sua progressão”, como hastes, parafusos, placas, telas, dentre outros; a prótese pode ser definida como “dispositivo permanente ou transitório que substitui total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido”, tais como próteses de quadril, joelho, *stents*, enxertos vasculares etc. (Brasil, 2011f, [n.p.]); e os materiais especiais são utilizados em procedimentos diagnósticos ou terapêuticos e que não se enquadram nas classificações de órteses ou próteses (Brasil, 2016b).

A utilização de órteses e próteses em pacientes gera resultados positivos em termos de saúde. Uma pesquisa conduzida por Dobson *et al.* (2019) revelou que pacientes com cuidados ortóticos e protéticos apresentaram custos totais de saúde inferiores em comparação àqueles que

não receberam tais intervenções. Além disso, houve redução no número de internações e hospitalizações entre os pacientes que utilizaram órteses e próteses, o que contribui para economias de longo prazo nos gastos com saúde. Os autores concluíram que a implementação adequada desses serviços não apenas atende às necessidades básicas dos usuários, como também proporciona benefícios clínicos e econômicos ao longo do tempo.

Diante da complexidade e dos custos elevados de OPME, existem legislações específicas e manuais que estabelecem diretrizes para a gestão adequada desses itens, principalmente em organizações públicas, como a Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e do MS n. 1.302, de 1º de agosto de 2017 (Brasil, 2017a), cujos parâmetros se destinam à aquisição, recebimento, utilização, monitoramento, controle e administração de OPME pelos hospitais – esses processos precisam, inclusive, estar em conformidade com as orientações descritas no Manual de Boas Práticas de Gestão de OPME, elaborado pelo MS em parceria com diversas instituições para abordar desde a aquisição até a auditoria de OPME; propor a padronização das atividades relacionadas à aquisição, solicitação, recebimento, armazenagem, distribuição, utilização e supervisão de OPME; e estruturar a sequência do processo de trabalho para garantir a implementação de boas práticas (Brasil, 2016b).

Em relação ao faturamento de instituições conveniadas ao SUS, a gestão de OPME ocorre por meio do Sigtap, com os procedimentos médicos, medicamentos e OPME oferecidos pelo SUS, o que possibilita a compatibilização dos procedimentos com os OPME e fornece informações sobre os valores pagos por procedimento (Camargo, 2017).

Na aquisição dos OPME, são realizadas etapas em conformidade com a legislação vigente para contratações públicas, em que o processo de licitação é conduzido de maneira eletrônica e de acordo com a regulamentação (Brasil, 2016b). Geralmente, os OPME destinados à unidade hospitalar são entregues nos almoxarifados ou nas Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAFs), responsáveis em receber, armazenar e distribuir os OPME.

O médico define o diagnóstico e indica OPME conforme a necessidade de cada paciente; logo, a distribuição desses materiais ocorre após o profissional responsável pela cirurgia ter realizado a solicitação. A responsabilidade pelo controle no uso de OPME é dos profissionais de saúde participantes do procedimento, os quais precisam registrar as informações referentes aos materiais utilizados (ou não) na descrição cirúrgica, na folha de consumo e no prontuário (Brasil, 2016b). Apesar do aprimoramento na prestação de cuidados de saúde, a aquisição e o uso de OPME

podem apresentar desafios, como custos elevados e a imprescindibilidade de uma gestão eficiente para garantir a adequada utilização. A gestão de OPME é uma tarefa complexa e desafiadora que demanda planejamento, execução e controle rigorosos para garantir a eficiência e a economia no fluxo dos materiais. Esse processo envolve diversas etapas, desde o agendamento dos procedimentos até a contabilização final das informações, o que inclui logística, consumo e faturamento, ou seja, abrange diversos processos hospitalares com a necessidade de integrar pessoas, processos, sistemas de informação e fornecedores, para tornar suas características assistenciais e comerciais particularmente complexas (Moraes; Rabin; Viégas, 2018).

O alcance de metas, como a segurança do paciente, a otimização da eficiência operacional, a redução do desperdício, uma oferta apropriada de relação de custo-benefício para os produtos, a exclusão de erros e atrasos no faturamento e a promoção de confiança e resolubilidade contribuem para a efetiva administração de OPME, cujos fatores impulsionam a gestão eficiente de OPME (Brasil, 2016b). Assim, as consequências advindas da falta de cobrança de OPME são prejudiciais, devido ao elevado custo desses insumos que representa uma significativa despesa financeira para o HU. Além disso, a complexidade envolvida nos procedimentos cirúrgicos que utilizam OPME exige a participação de vários profissionais, a implementação de processos detalhados, o uso de tecnologias e assistência – quando ocorrem perdas financeiras de OPME, há igualmente prejuízos para o estabelecimento de saúde.

Ressalta-se a importância de práticas eficazes de gestão de OPME em instituições hospitalares conveniadas ao SUS para reduzir as perdas de faturamento de materiais e garantir a manutenção da sustentabilidade.

2.4.3 Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS)

Dentre os sistemas utilizados para o faturamento hospitalar SUS no HC-UFU, o Sigtap compreende uma tabela unificada com códigos e valores referentes a procedimentos, medicamentos e OPME utilizados no âmbito do SUS. Tal ferramenta pode ser acessada via internet ou em uma versão em *desktop*, disponibilizada pelo MS, com o intuito de facilitar o alcance do público em locais com limitações de acesso *on-line*.

Antes da implantação da tabela Sigtap do SUS, o processo de codificação e faturamento no âmbito da saúde pública no Brasil era caracterizado por falta de padronização e uniformidade. O Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do SUS, que fornece dados sobre a prestação de serviços de procedimentos ambulatoriais, e o SIH/SUS, que informa sobre a produção de atendimento hospitalar, possuíam tabelas de procedimentos próprias e distintas. O SIH/SUS foi criado em 1991 e, posteriormente, surgiu o SIA/SUS, ambos voltados à remuneração com base na produção de serviços (Brasil, 2007).

A existência de duas tabelas distintas para o registro do mesmo procedimento, de acordo com a modalidade ambulatorial ou hospitalar, com códigos e valores distintos para cada um, dificultava a integração das bases de dados para estudos, análises e planejamento na gestão de saúde. Desse modo, a análise de ambas as tabelas era considerada desafiadora e ocasionou diversos problemas, como dificuldades na comunicação entre os diferentes setores da saúde, falta de comparabilidade de dados entre as instituições, e, consequentemente, impactos negativos no faturamento e na gestão de recursos.

A publicação da Portaria GM/MS n. 321, de 8 de fevereiro de 2007 (Brasil, 2007), eliminou a duplicidade das tabelas ao implementar a nova Sigtap. Com isso, padronizou-se a codificação de procedimentos, medicamentos e OPME em todo o sistema de saúde pública brasileiro, ao abordar todos os procedimentos realizados nos âmbitos ambulatorial e hospitalar. A tabela foi desenvolvida para ser uma ferramenta unificada com códigos e descrições padronizados a todos os itens relacionados à assistência à saúde, com o intuito de assegurar uma gestão eficiente dos recursos, especialmente em procedimentos cirúrgicos que envolvem OPME, os quais são associados a custos hospitalares elevados.

Essa tabela é utilizada como um guia para padronização de OPME e planejamento de custos. Caso os OPME utilizados em procedimentos cirúrgicos de diversas especialidades médicas não estejam em conformidade com a tabela, seja por material não compatível ou quantidade utilizada, o faturamento fica impedido de efetuar o lançamento dos itens. O Sigtap é uma ferramenta de gestão que facilita a geração de relatórios e a consulta de informações atualizadas, ao incluir dados como procedimento por grupo, subgrupo, forma de organização, Classificação Internacional de Doenças (CID) compatível, complexidade do procedimento, tipo de financiamento, média de permanência, idade permitida, dentre outros. De acordo com as

informações apresentadas no Manual Técnico Operacional do Sigtap (Brasil, 2011a), a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME do SUS é estruturada em quatro níveis de agregação:

Grupo: É o primeiro nível de agregação da tabela. Em cada grupo estão agregados os procedimentos com características gerais semelhantes ou de acordo com a finalidade do atendimento a ser prestado aos usuários na rede do SUS.

Subgrupo: É o segundo nível de agregação da tabela. Nos subgrupos estão agregados os procedimentos por tipo e/ou área de atuação.

Forma de Organização: É o terceiro nível de agregação da tabela. Os procedimentos estão agregados por diferentes critérios: Região Anatômica; Sistemas do Corpo Humano; Especialidades; Tipo de Exame; Tipo de Ótese e Prótese; Tipo de Cirurgias, entre outros.

Procedimento: É o maior nível de desagregação da tabela ou quarto nível. É a “célula” do SIGTAP. É o detalhamento do método, do processo, da intervenção ou do atendimento do usuário, no ambiente e ainda no controle ou acompanhamento das ações complementares ou administrativas. Cada procedimento tem atributos definidos que os caracterizam de forma exclusiva.

A Figura 6 representa a estrutura da tabela Sigtap e a definição da respectiva organização:

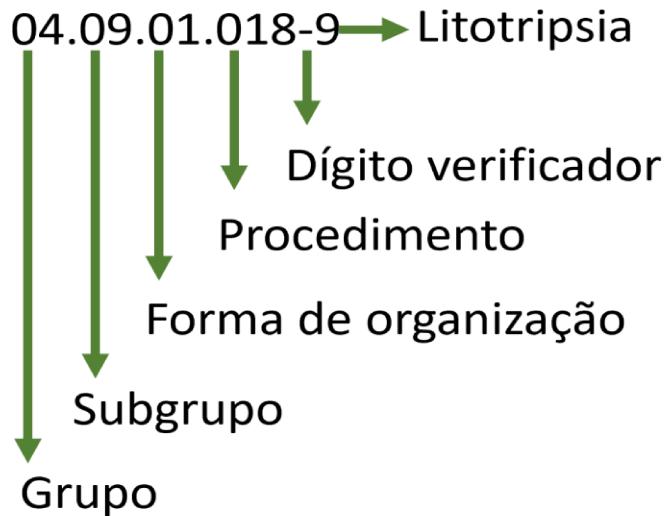
Figura 6 – Representação da tabela do Sigtap



Fonte: Brasil (2011a).

Enquanto isso, as Figuras 7 e 8 exemplificam o código relacionado ao procedimento principal “Litotripsia” e seus respectivos dígitos:

Figura 7 – Exemplo de codificação da tabela Sigtap



Fonte: Brasil (2011a).

Figura 8 – Exemplificação da tela do Sigtap para o procedimento n. 0409010189 (litotripsia)

■ Procedimento

Procedimento: 04.09.01.018-9 - LITOTRIPSIA			
Grupo:	04 - Procedimentos cirúrgicos		
Sub-Grupo:	09 - Cirurgia do aparelho geniturinário		
Forma de Organização:	01 - Rim, ureter e bexiga		
Competência:	01/2024 Histórico de alterações		
Modalidade de Atendimento:	Hospitalar Hospital Dia		
Complexidade:	Média Complexidade		
Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)		
Sub-Tipo de Financiamento:			
Instrumento de Registro:	AIH (Proc. Principal)		
Sexo:	Ambos		
Média de Permanência:	1		
Tempo de Permanência:			
Quantidade Máxima:	1		
Idade Mínima:	2 anos		
Idade Máxima:	130 anos		
Pontos:	300		
Atributos Complementares:	Inclui valor da anestesia Admite permanência à maior Permite Informação de Equipe Cirúrgica Programa Nacional de Redução das Filas de Procedimentos Eletivos.		
Valores			
Serviço Ambulatorial:	R\$ 0,00	Serviço Hospitalar:	R\$ 294,39
Total Ambulatorial:	R\$ 0,00	Serviço Profissional:	R\$ 259,61
		Total Hospitalar:	R\$ 554,00

Fonte: Brasil (2023a).

O custo dos procedimentos é composto pelos Serviços Hospitalares (SH), que incorporam os Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT) e Serviços Profissionais (SP); e os procedimentos ambulatoriais possuem apenas um componente: Serviços Ambulatoriais (SA). Conforme estabelecido pela Portaria GM/MS n. 321, o valor da internação hospitalar abrange os SH, com diárias, taxas de salas, alimentação, higiene, pessoal de apoio ao paciente no leito, materiais, medicamentos e SADT, com exceção de medicamentos e SADT especiais; e os SP, relativos à fração dos atos profissionais (médicos, cirurgiões dentistas e enfermeiros obstetras) que atuaram na internação. O valor dos SA compreende apenas tal componente, com serviços profissionais, materiais, medicamentos e apoio, além da exclusão de medicamentos de dispensação excepcional (Brasil, 2007).

Nesse ínterim, os HUs enfrentam desafios financeiros resultantes de déficits originados pela disparidade entre as atividades efetivamente realizadas e os recursos repassados. A tabela Sigtap, responsável pela precificação dos procedimentos, não possui ajustes periódicos e permanece com valores sem reajustes por vários anos, o que representa uma desatualização. Consequentemente, os repasses provenientes do SUS não conseguem cobrir integralmente os custos operacionais, o que compromete de maneira substancial a sustentabilidade financeira dos HUs.

2.5 CUSTOS NO SERVIÇO PÚBLICO

2.5.1 Custos: aspectos gerais

O gerenciamento de custos nas organizações públicas é uma prática essencial para garantir o uso eficiente e transparente dos recursos financeiros. No Brasil, a quantificação dos gastos no setor público se sobressaiu no ordenamento jurídico com o advento da Lei Federal n. 4.320 (Brasil, 1964), que gerou um impacto significativo nas finanças públicas, ao estabelecer a obrigatoriedade de contabilidade aos serviços públicos em todos os níveis de governo (federal, estadual e municipal). Porém, a partir dos anos 1980 efetivamente surgiu uma preocupação em conhecer os custos e implementar sistemas de gerenciamento devido ao agravamento da crise fiscal do Estado, bem como à competição da economia nacional no tocante à concorrência global, o que levou o país a readequar a política econômica (Alonso, 1999).

Ainda na década de 1980, foi criada a STN por meio do Decreto n. 92.452, de 10 de março de 1986 (Brasil, 1986) e, no ano seguinte, implementou-se o Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI), com a finalidade de executar um orçamento unificado por meio de um sistema de custos na gestão pública. Alonso (1999) argumenta que o sistema não foi desenvolvido para calcular os custos dos serviços públicos, ou seja, não era possível determinar o impacto de cada tipo de despesa nos resultados alcançados, tampouco se podia identificar as atividades que agregavam valor ao resultado das ações governamentais. Nesse sentido, havia um controle em detrimento da eficiência alcançada pelo estudo dos custos, instrumento essencial à alocação dos recursos.

Posteriormente, o tema se destacou com a instituição da LRF, voltada à implementação de um sistema de custos na gestão pública, como se observa neste excerto: “A Administração Pública manterá sistema de custos que permita a avaliação e o acompanhamento da gestão orçamentária, financeira e patrimonial” (Brasil, 2000, § 3º, Art. 50). Dessa forma, os mecanismos legais se destinam a implantar um gerenciamento de custos nas instituições, tendo em vista sua importância, principalmente por serem precursores no assunto. Ademais, o Sistema de Custos do Governo Federal, também chamado de Sistema de Informação de Custos (SIC), foi criado a partir da Portaria STN n. 157, de 9 de março de 2011 (Brasil, 2011e) e integra informações de outros bancos de dados como o Sistema Integrado de Administração de Pessoal (SIAPE) – atual Sistema Informatizado de Gestão de Recursos Humanos –, o Siafi, dentre outros, com o propósito de auxiliar os gestores governamentais na tomada de decisões e facilitar a alocação mais eficiente dos recursos públicos (Brasil, 2018b). O SIC não requer a geração de dados novos, por utilizar informações disponíveis nos outros sistemas.

Em 2006, o MS criou o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), com o objetivo de conhecer informações relacionadas aos custos das instituições de saúde e utilizá-las para aprimorar a gestão dessas unidades em termos econômicos e sociais. A primeira medida adotada foi a elaboração do manual de orientação intitulado “Programa Nacional de Gestão de Custos: Manual Técnico de Custos – Conceitos e Metodologia” (Brasil, 2006, [s.d.]), cuja implementação de sistemas otimiza o gerenciamento dos recursos públicos e proporciona a transparência na gestão financeira. Segundo Machado e Holanda (2010), o Governo Federal, ao entender de forma completa o sistema de custos, alcança eficiência e direciona os gestores em suas decisões, ao

identificar disparidades na prestação de serviços entre instituições, além de definir diretrizes para estabelecer o orçamento público.

No contexto dos custos, é fundamental fornecer algumas definições sobre o conceito e destacar a sua importância nas organizações. Segundo Martins (2010, p. 17), os custos são “gasto relativo ao bem ou serviço utilizado na produção de outros bens ou serviços”, ao passo que, para Beulke e Bertó (2000), eles compreendem um conjunto de procedimentos adotados por uma organização para calcular os bens e serviços processados por ela, mas a última definição não é completa, devido à necessidade de conhecer as particularidades da instituição.

Conhecer os custos nas organizações é essencial à gestão eficiente e ao controle financeiro adequado, além de contribuir no processo de tomada de decisões. Nesse contexto, Alonso (1999, p. 3) sintetiza que “o conhecimento dos custos dos serviços públicos é fundamental para se atingir uma alocação eficiente de recursos. O desconhecimento dos custos é o maior indicador de ineficiência no provimento dos serviços públicos”.

2.5.2 Custos na área da saúde e nos Hospitais Universitários (HUs)

Os HUs são instituições de saúde que desempenham um papel fundamental no ensino, pesquisa e assistência médica. Em relação aos custos, enfrentam desafios devido à natureza multifuncional e à complexidade dos serviços prestados. Para Anthony e Govindarajan (2001) e Medici (2001), o crescimento de tais gastos é uma tendência atribuída a diversos fatores, como o aumento da expectativa de vida da população e a complexidade tecnológica envolvida nos cuidados de saúde.

Conforme os autores supracitados, há aumentos no custo de cada tratamento devido ao progresso no desenvolvimento de novos equipamentos e medicamentos, o que difere da experiência comum das indústrias, onde a introdução de novos equipamentos geralmente resulta em redução dos gastos. Paralelamente, há uma tendência inevitável de diminuição na disponibilidade de serviços em razão do acréscimo nos custos envolvidos (Anthony; Govindarajan; 2001; Medici, 2001).

A estrutura etária da população brasileira tem aumentado as faixas etárias avançadas, visto que o contingente de indivíduos com mais de 60 anos de idade tem apresentado um crescimento

significativo e constitui o grupo de pacientes que demanda serviços hospitalares com mais frequência, especialmente em casos de alta complexidade (Savonitti, 2000). Nesse sentido, os HUs possuem custos mais elevados do que os dos demais hospitais de alta tecnologia, uma vez que albergam atividades de ensino e assistência e por prestarem serviços básicos de saúde com a utilização de alta tecnologia (Medici, 2001).

Medidas de redução de gastos adotadas pelos governos nos últimos anos têm afetado a área da saúde de modo significativo e diretamente os hospitais, com aumento da necessidade de uma gestão eficiente dos recursos disponíveis. Como exemplo, pode-se citar a EC n. 95, de 15 de dezembro de 2016, resultante da PEC n. 241, de 15 de junho do mesmo ano, que congela os gastos públicos, com a inclusão dos campos da educação e saúde, por 20 anos (Brasil, 2016a, 2016c). Com tal iniciativa, foi estabelecido um teto para os gastos com a imposição de restrições ao financiamento do setor; logo, houve dificuldades para a ampliação e melhoria dos serviços de saúde. No período de 2018 a 2020, conforme Mendes e Carnut (2020), ocorreu uma importante diminuição de recursos na ordem de R\$ 22,5 bilhões.

No governo de Jair Messias Bolsonaro, de 2019 a 2022, os recursos ficaram escassos até mesmo no contexto da pandemia do Covid-19, pois, ao longo de 2020, foi observada uma demora na execução orçamentária e financeira dos investimentos destinados ao seu combate, notabilizada pela negligência em relação à saúde pública. Antes do surgimento da pandemia, o SUS enfrentava desafios recorrentes e sinais de redução do equilíbrio financeiro ao longo dos 30 anos de existência. A falta de recursos federais é ratificada pelos gastos do MS, que permaneceram no patamar de 1,7% do PIB entre 1995 e 2019, sem sofrer alterações (Mendes; Carnut, 2020).

Diante desse cenário, o gerenciamento de custos se torna essencial, devido à identificação de oportunidades de economia, à eliminação de desperdícios e à otimização da alocação dos recursos limitados. Segundo Dallora e Forster (2008), a restrição de recursos e o aumento da demanda por serviços de saúde justificam a realização de estudos e implementação de práticas na área de custos; logo, pelo fato de as verbas destinadas à saúde serem limitadas, é necessária uma utilização eficiente a fim de maximizar os resultados obtidos.

Os HUs integram o SUS, cuja maior parte de seu financiamento provém desse sistema. O SUS realiza reembolsos aos HUs com base em uma tabela de remuneração que não possibilita a cobertura total dos gastos de um hospital, uma vez que os principais itens de cobrança, como diárias, procedimentos e outros estão defasados (Portela, 2010). Dessa forma, os HUs recebem

reembolso com base nesses valores, sem considerar a duração da internação ou os custos reais envolvidos na prestação de serviços aos pacientes (Abrahue, 2004).

Torna-se imprescindível conhecer os custos operacionais, ao implantar sistemas com informações para embasar a análise, as tomadas de decisões e a implementação de ações corretivas em relação ao gerenciamento dos hospitais. Para Bonacim e Araujo (2010), os HUs precisam de um alto nível de eficiência na alocação e gestão dos recursos, tendo em vista que esse sistema de reembolso não garante um financiamento total. De acordo com os autores citados, a eficiência e a eficácia estão diretamente relacionadas aos custos, em que a combinação da qualidade dos serviços prestados, a satisfação dos pacientes e um controle eficiente dos gastos contribuem para alcançar um padrão de excelência em saúde. Complementarmente:

A análise de custos auxilia no gerenciamento dos resultados, cálculo das margens por procedimento, direcionamento do trabalho, na identificação de instalações e espaços ociosos e até mesmo 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 (Bonacim; Araujo, 2010, p. 905).

Um gerenciamento de custos contribui para melhorar a eficiência e, consequentemente, os recursos disponíveis, o que proporciona maior capacidade em atender uma parcela maior da população para cumprir os princípios de universalidade e integralidade da saúde para a sociedade (Brasil, 1988). O conhecimento dos custos na atividade hospitalar não se restringe apenas à definição dos preços dos serviços, por também promover um conhecimento dos resultados da gestão e melhorias no funcionamento da organização.

O custo é classificado de diferentes formas, a depender da dimensão de análise aplicada. Em relação ao critério de alocação ao objeto de custos, eles podem ser divididos em diretos, diretamente associados ao procedimento realizado ou à unidade de serviço com um cálculo preciso, como gastos com medicamentos e materiais médico-hospitalares por pacientes; e indiretos, comuns a diversos procedimentos, em que não podem ser individualmente computados por item de serviço prestado e englobam custos complexos de mensuração, como energia elétrica, água, seguros, dentre outros (Beulke; Bertó, 2000). Por sua vez, no que se refere ao comportamento sobre o volume de produção dos serviços, os custos podem ser classificados em fixos, que não variam com a produção, ou seja, são constantes; e variáveis, diretamente relacionados à quantidade de produção, em consonância à quantidade de serviços prestados.

Os métodos mais utilizados em hospitais são divididos em três grupos: Sistema de Custo por Absorção, Variável e Baseado em Atividades (*Activity Based Costing – ABC*). Na literatura, não há consenso sobre a metodologia mais adequada, e o uso das diferentes metodologias pode variar a depender dos objetivos a serem alcançados (Brasil, 2006). As organizações podem escolher o método adequado conforme as próprias necessidades ou simultâneos, se julgarem conveniente. Posteriormente, serão expostas algumas definições e percepções em relação às principais técnicas de custo supramencionadas.

No Sistema de Custo por Absorção, todos os custos de produção (diretos ou indiretos) são absorvidos e alocados aos produtos conforme a totalidade. Para Martins (2010, p. 37), essa técnica é um “critério onde se apropriam todos os custos de produção quer custos fixos, quer custos variáveis, diretos ou indiretos, e tão somente os custos de produção, aos produtos elaborados”. Ele apresenta vantagens e desvantagens advindas do uso, como a avaliação precisa dos estoques, ao incluir os custos fixos e variáveis, o que permite o cálculo do valor por centros de custos. Nessa abordagem, apenas os gastos incorridos no processo de fabricação e que podem ser facilmente identificados em relação aos produtos são reconhecidos como custos de fabricação. Ainda segundo o referido autor, “só são alocados aos produtos os custos variáveis, ficando os fixos separados e considerados como despesas do período, indo diretamente para o resultado, para os estoques só vão os custos variáveis” (*ibidem*, p. 198). Apesar de sua ampla disseminação, tal sistema se restringe apenas a fins gerenciais no Brasil, por não ser aceito por órgãos e instituições governamentais responsáveis pela administração, fiscalização e arrecadação dos tributos; afinal, ele contrapõe os princípios fundamentais da contabilidade (competência e confrontação), pois antecipa a ocorrência do custo indireto de produção.

O Sistema ABC busca atribuir os valores às atividades específicas realizadas pela organização. Para Martins (2010), pode-se reduzir as distorções provocadas pelos rateios arbitrários dos custos indiretos e, em contraste com o primeiro método, é adotada uma abordagem diferente ao distribuir os custos, atribuídos proporcionalmente à quantidade produzida, ao passo que, no ABC, são enfatizados os custos das atividades e, posteriormente, os dos produtos.

2.5.3 Custos em HUs: pesquisas empíricas

Para a realização desta etapa do trabalho, foi feita uma busca na base de dados do portal de periódicos da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Assim, foram utilizadas como balizadoras as palavras “custos hospitalares” e “custos procedimento hospitalar”, por representarem especificamente o tema do presente estudo, com a utilização de filtros de pesquisa que retomam artigos publicados nos últimos dez anos.

A partir disso, selecionaram-se 15 artigos com aspectos que sugerem linhas de trabalho semelhantes ao objetivo do trabalho em questão:

Quadro 1 – Estudos sobre custos em HUs

Autor(es)	Objetivos	Aspectos metodológicos	Principais resultados
Nogueira (2016)	Mapear e validar os subprocessos do manejo de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) no Centro Cirúrgico (CC) e calcular o custo dos materiais.	Pesquisa exploratória descritiva, de abordagem quantitativa.	As informações dos custos e os cálculos de projeções anuais de geração de RSS e custos puderam gerar uma estratégia para contribuir com o conhecimento dos custos reais e que favorece uma gestão sustentável, a partir da gestão eficiente de recursos materiais e metodologia baseadas no “pensamento enxuto”.
Guerrero <i>et al.</i> (2020)	Avaliar os custos (em um período de um ano) relacionados à terapia anticoagulante e à qualidade de vida de pacientes com fibrilação atrial tratados em um HU público.	Pesquisa exploratória descritiva, de abordagem quantitativa.	Os custos no grupo dos <i>Direct Oral Anticoagulants</i> (Anticoagulantes Orais de Ação Direta – DOACs) mostraram-se maiores que no grupo varfarina. Custos não medicamentosos são importantes cargas no grupo varfarina, o que demanda estratégias econômicas em saúde racionais para o manejo da doença. Uma redução de 40% no preço das DOACs pode ser importante para a incorporação desses medicamentos no SUS, política viável durante a pandemia de Covid-19.
Nerio (2020)	Analisa a relação de ‘vantajosidade’ entre realizar manutenção em uma máquina de reprografia ou aditivar o contrato de outsourcing de impressão no escopo do Hospital Universitário de Juiz de Fora (HU-UFJF/EBSERH).	Pesquisa exploratória documental escrita.	Há viabilidade na utilização de máquinas de reprografia, tendo em vista o volume de produção de impressos em Preto e Branco (P&B), bem como os custos envolvidos entre os equipamentos considerados. A partir do método de procedimento de estudo de caso, nota-se que a reprografia possui menor participação nos processos de impressos do hospital, mesmo com os menores custos por unidade (folha): R\$ 0,037.

Autor(es)	Objetivos	Aspectos metodológicos	Principais resultados
Schneider (2013)	Avaliar o custo total por categoria de RSS/dia e por leito ativo/dia com o tratamento dos RSS em um hospital-escola da região nordeste do Rio Grande do Sul e identificar as contribuições de um Sistema de Informação Gerencial (SIG) no processo de gerenciamento ao contemplar, principalmente, a geração e a segregação de resíduos.	Pesquisa exploratória descritiva, de abordagem quantitativa.	O SIG apresenta-se como uma ferramenta eficaz para a análise da geração e da segregação, bem como dos custos decorrentes do tratamento dos RSS, com o uso como ferramenta de gestão em estabelecimentos de assistência à saúde.
Michelin <i>et al.</i> (2018)	Avaliar a mortalidade intra-hospitalar e os custos relacionados à doença adquirida em adultos.	Pesquisa exploratória descritiva, de abordagem quantitativa.	Os resultados demonstram um importante impacto no custo e na mortalidade entre a população adulta analisada.
Lima <i>et al.</i> (2015)	Identificar o Custo Direto Médio (CDM) relativo à Mão de Obra Direta (MOD) de profissionais de enfermagem e ao consumo de materiais e soluções consumidos na realização de curativos de Úlceras por Pressão (UPs) em pacientes hospitalizados.	Pesquisa exploratória descritiva, de abordagem quantitativa.	A compreensão e a análise dos custos dos procedimentos são imprescindíveis para os gestores e profissionais de saúde contribuírem, efetivamente, na proposição e adoção de medidas racionalizadoras que favoreçam a sustentabilidade financeira das organizações.
Scopel e Chaves (2015)	Analizar o processo de endividamento em um HU de alta complexidade devido ao gasto crescente com a aquisição de mesilato de imatinibe.	Pesquisa exploratória documental escrita.	O processo de endividamento do HC da Universidade Federal do Paraná (UFPR), em função da compra do mesilato de imatinibe, ao longo do período estudado, aconteceu não apenas pelo aumento da demanda, mas também em virtude da incompatibilidade entre o aumento do preço do medicamento e o valor da Autorização para Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade/Custo (APAC) repassado, logo houve impactos financeiros nas perdas de receita dos repasses.
Oliveira <i>et al.</i> (2014)	Descrever a elaboração, aplicação e avaliação de um curso de capacitação em gestão de custo para enfermeiros de um HU público.	Pesquisa exploratória descritiva, de abordagem qualitativa	O curso sensibilizou os enfermeiros sobre a importância da gestão de custo, ao propiciar novos conhecimentos a eles.
Ogata <i>et al.</i> (2015)	Estimar os custos da internação hospitalar de prematuros cujas mães receberam ou não Corticoide Antenatal (CEA).	Pesquisa exploratória descritiva, de abordagem quantitativa.	O CEA reduz o custo hospitalar de prematuros que sobrevivem à internação após o parto, principalmente naqueles abaixo de 1.500 g e 30 semanas de idade gestacional.
Borineli <i>et al.</i> (2020)	Identificar as causas dos principais desafios enfrentados na concepção, desenvolvimento e implantação de sistemas de custos em HUs brasileiros e explorar possíveis alternativas para solucioná-los.	Pesquisa-ação.	O trabalho evidenciou que o sistema de custos foi concebido e desenvolvido; porém, a implantação não ocorreu devido ao conjunto de elementos analisados no trabalho.

Autor(es)	Objetivos	Aspectos metodológicos	Principais resultados
Silva, Aguiar e Gonçalves (2017)	Identificar a relação custo-benefício na prevenção e no controle das infecções hospitalares de uma UTI neonatal.	Pesquisa exploratória descritiva, de abordagem quantitativa.	A infecção hospitalar acresce despesas no cuidado ao paciente durante o período de internação.
Trento, Borgert e Engelage (2022)	Analizar a relação entre custos e variáveis de ensino, pesquisa e extensão na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no período de 1999 a 2018.	Pesquisa exploratória descritiva, de abordagem quantitativa.	A maioria das variáveis se correlaciona positivamente com o total do orçamento executado.
Seringa <i>et al.</i> (2021)	Avaliar o impacto financeiro dos doentes com Covid-19 internados em hospitais e caracterizar o custo dos internamentos com a doença por meio dos dados de um Centro Hospitalar Universitário Português.	Pesquisa exploratória descritiva, de abordagem quantitativa.	Os internamentos por Covid-19 representam um encargo financeiro substancial para o Sistema Nacional de Saúde (SNS) português. Por doente internado com Covid-19, seria possível tratar outros três doentes internados.
Leoncio <i>et al.</i> (2018)	Avaliar o impacto das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRASs) nos custos na hospitalização de crianças.	Pesquisa exploratória descritiva, de abordagem quantitativa.	As IRAs aumentam substancialmente os custos hospitalares na hospitalização de crianças.
Baptistella <i>et al.</i> (2022)	Avaliar o impacto dos custos dos acidentes motociclísticos em um HU em 2020.	Pesquisa exploratória descritiva, de abordagem quantitativa.	Há custos significativos em casos de acidentes motociclísticos.

Fonte: Elaboração da autora (2023), com base nos dados da pesquisa.

Dos 15 artigos analisados, observou-se confluência com o tema proposto pelo trabalho em cinco obras. Borineli *et al.* (2020), por exemplo, citam que um sistema de custos pode ser concebido e instituído, apesar da necessidade de análise no ambiente analisado; Scopel e Chaves (2015) mostram um possível endividamento quando o repasse de recursos é insuficiente ou menor em relação ao custo efetivo de procedimentos; Lima *et al.* (2015) reforçam que a compreensão e a análise desse tipo de gasto são imprescindíveis para os gestores e profissionais de saúde contribuírem, efetivamente, na proposição e adoção de medidas racionalizadoras que favoreçam a sustentabilidade financeira das organizações; e Nogueira (2016) indica a possibilidade de uma gestão financeira adequada a partir do gerenciamento eficiente de recursos materiais e metodologia baseado no “pensamento enxuto”.

2.5.4 Perdas em HUs

O sistema de remuneração do Sistema Único de Saúde (SUS), foi criado com promulgação da constituição de 1988. O SUS é hoje uma referência mundial em modelo de financiamento,

porém, observa-se que hospitais públicos e filantrópicos podem viver crises econômicas pela não diferenciação dos pagamentos dos procedimentos por características inerentes aos pacientes, tipos de procedimentos ou necessidades específicas de tratamento.

A LC n. 8.080 (Brasil, 1990), que regulamenta o SUS, salienta que o financiamento da saúde e a prestação de serviços está subordinada às normas técnicas e administrativas e a princípios e diretrizes do SUS. O sistema de remuneração do SUS estabelece limites de permanência e valor financeiro fixo para cada procedimento realizado, cujas regras devem manter o equilíbrio econômico e financeiro do contrato, fundamentadas em demonstrativo econômico-financeiro para garantir a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados. Nessa definição, esperam-se eficiência e adequação dos recursos disponíveis pelo HU, pois se entende que o recurso fornecido pelo sistema é suficiente e adequado à realização do procedimento (Kos *et al.*, 2015).

Nesse entremeio, a atenção hospitalar do SUS vivencia uma crise crônica (Brasil, 2006) – aqui, os HUs são referência no setor da saúde, não apenas pelo volume de recursos consumidos, mas também pela importância do atendimento prestado à população (La Forgia; Coutollenc, 2009). Os autores avaliam que distorções no financiamento e níveis insuficientes causam graves restrições aos hospitais, como reflexo de discrepâncias nos sistemas de pagamento do SUS. Pepe (2009), por seu turno, pondera que um dos problemas do sistema de remuneração dos procedimentos SUS é a ausência de revisões periódicas para considerar os elevados custos da assistência hospitalar. Além disso, o sistema de classificação e a Tabela de Procedimentos não diferenciam portes de cirurgias ou comorbidades de pacientes.

O sistema de remuneração fixa por procedimento atribui que os procedimentos possuem, teoricamente, características parecidas, e não reconhece a existência de diferenciais de custos em hospitais de complexidade e portes distintos conforme a necessidade do paciente – Independentemente do tempo de internação ou dos custos reais incorridos com os pacientes em procedimentos, o valor repassado pelo SUS segue a tabela fixada pelo MS (Levcovitz; Pereira, 1993). Em muitas situações, há perdas financeiras geradas pelo uso de recursos conforme a necessidade do paciente que, por sua vez, não se adere à tabela pré-fixada pelo SUS. No sentido amplo, as perdas são bens ou serviços consumidos de forma anormal ou involuntária (Martins, 2010) e não se confundem com as despesas, tampouco os custos.

Dante disso, os HUs podem enfrentar uma variedade de perdas que podem afetar a capacidade de funcionar de forma eficiente e sustentável. Durante o atendimento ao paciente,

podem ocorrer perdas assistenciais, com os custos ou prejuízos relacionados à prestação de assistência em serviços de saúde, como uma ampola de medicação quebrada no momento da preparação; e administrativas, relativas a prejuízos ou custos associados à gestão e administração de uma organização. Quando um recurso é usufruído pelo paciente sem ser registrado pela equipe assistencial, não pode ser faturado pela ausência do documento, o que constitui uma perda.

Este estudo se concentra na análise das perdas administrativas relacionadas ao faturamento hospitalar, com ênfase nos prejuízos associados de OPME. É importante salientar que existem outras fontes de perdas financeiras ao longo do processo de faturamento hospitalar que podem se manifestar de várias maneiras, como erros de checagem, digitação, procedimentos sem codificação adequada, descrições incompletas dos procedimentos realizados, entre outras. A ausência de registro sobre a presença de acompanhante durante a internação de um paciente inviabiliza a cobrança da diária do acompanhante, o que resulta na ausência de cobrança das refeições consumidas pelo acompanhante ao longo da estadia hospitalar, com custo diário por dia para cada paciente internado. Da mesma forma, a omissão, por parte da equipe responsável pelo atendimento fisioterápico, em registrar a realização desse serviço em determinado dia resulta na ausência de lançamento correspondente no faturamento.

Outra questão que contribui sobremaneira para as perdas financeiras na estrutura de saúde pública, inclusive os HUs, é o subfinanciamento do SUS. A insuficiência de recursos financeiros para cobrir integralmente os gastos com os serviços de saúde oferecidos resulta em déficits orçamentários. Uma vez que compartilham semelhanças no tipo de atendimento, predominantemente em média e alta complexidade, bem como características comuns em termos da estrutura jurídico-administrativa e financiadores, a exemplo do MEC e do MS, nota-se que a crise financeira é generalizada entre os hospitais que compõem a rede pública de assistência à saúde.

Perdas em HUs podem ocorrer em várias áreas operacionais e representam um desafio, pois afetam não apenas a capacidade dessas instituições de fornecer cuidados de saúde de qualidade, mas também a sustentabilidade financeira a longo prazo. A estimativa dos custos de prejuízos em HUs é essencial para a gestão eficiente dos recursos financeiros, a melhoria da qualidade dos serviços, a transparência e a prestação de contas.

A seguir, a seção 3 aborda os procedimentos da metodologia utilizada na presente dissertação.

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPOLOGIA DA PESQUISA

Com a finalidade de atender aos objetivos propostos nesta pesquisa, foi adotada uma abordagem mista (quanti e qualitativa). *A priori*, ocorreu a quantificação dos dados de OPME não faturados, ao analisar as perdas de OPME por especialidade, nível de complexidade e motivo de não faturamento. *A posteriori*, procedeu-se a uma investigação conforme as entrevistas com as equipes responsáveis pelas cirurgias por meio de questionário semiestruturado, as quais resultaram na obtenção de informações relacionadas aos principais motivos das perdas.

Segundo Minayo (1997), o conjunto de dados quanti e qualitativos dos resultados de uma pesquisa são complementares e contribuir para a visão abrangente e aprofundada do tema, com o respectivo enriquecimento da compreensão e das considerações finais. Nessa perspectiva, a triangulação dos dados é uma abordagem fundamentada na combinação de métodos e técnicas.

O caráter exploratório da pesquisa se consolida na junção de diferentes informações, cujos dados foram coletados de várias fontes para formar uma visão completa sobre o fenômeno estudado, por meio de revisões de literatura, análise quantitativa e entrevistas para coletar dados que ajudam a esclarecer o tema e a direcionar pesquisas posteriores detalhadas. Este estudo sobre perdas de OPME no contexto do faturamento de um HU visa explorar um tema que pode ainda não ter sido amplamente investigado; logo, espera-se que a pesquisa exploratória tenha contribuído para motivar trabalhos de mesma natureza a serem desenvolvidos sobre o tema.

No tocante ao objetivo, a dissertação se classifica como descritiva, isto é, “pesquisa empírica cuja principal finalidade é o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos, a avaliação de programas, ou isolamento de variáveis principais ou chave” (Marconi; Lakatos, 2003, p. 187). Para a tabulação dos dados, foi utilizada a ferramenta Excel do pacote Microsoft Office® para submetê-los à estatística e facilitar a análise e a discussão.

Como técnica de coleta de dados, adotaram-se documentos da instituição e formulários de perguntas realizadas para os participantes. Na obtenção dos dados, foram utilizados documentos primários que, nas palavras de Marconi e Lakatos (1990, p. 24), englobam “dados históricos,

bibliográficos e estatísticos, informações, pesquisa e material cartográfico, arquivos oficiais e particulares, registros em geral, documentação pessoal”.

O campo de pesquisa é o HC-UFG, com a respectiva análise de informações referentes ao faturamento hospitalar, especificamente sobre os OPME utilizados em cirurgias que não puderam ser lançados no sistema de faturamento. Com isso, visou-se buscar uma resposta para a seguinte questão: em relação ao faturamento, qual o valor das perdas financeiras de OPME utilizados nas cirurgias do HC-UFG, o nível de entendimento do corpo clínico sobre tal cenário e as possibilidades para a redução dessas perdas?

Nesse sentido, os dados utilizados na elaboração das análises foram coletados a partir do controle realizado no próprio departamento. Também foi realizado um levantamento bibliográfico de artigos, dissertações e teses publicados nos últimos dez anos na base de dados no portal de periódicos da Capes, conforme as palavras-chave “perdas financeiras”, “materiais de órtese”, “materiais de próteses”, “materiais especiais” e “OPME”. Igualmente, a busca foi realizada no Google Scholar com as mesmas palavras-chave.

Por meio do levantamento de dados, foi possível analisar a produção acadêmica existente e constatar a ausência de trabalhos específicos sobre as perdas financeiras de OPME no faturamento do SUS. Embora alguns estudos abordem o gerenciamento de OPME em instituições de saúde, eles não exploram diretamente as perdas associadas ao faturamento hospitalar. Além disso, foram identificadas pesquisas com a discussão dos valores de OPME que não são contemplados pelo SUS, isto é, materiais utilizados, mas sem ser padronizados pelo sistema. No entanto, não foram encontradas investigações especificamente sobre as perdas de OPME padronizados pelo SUS que não são faturados.

A partir desses resultados, reforça-se a relevância da presente análise, tendo em vista que a área carece de estudos voltados às perdas financeiras de OPME no faturamento SUS. Tal temática tem recebido atenção escassa no âmbito acadêmico, com escassez de estudos dedicados especificamente à questão no contexto hospitalar. A literatura existente tende a se concentrar na engenharia e na aplicabilidade dos materiais, ao abordar aspectos técnicos de desenvolvimento, inovação e implementação de OPME. No entanto, há uma lacuna quando se trata de investigar as implicações financeiras nos hospitais, especialmente no que concerne às perdas. Esse desequilíbrio nas áreas de pesquisa evidencia a necessidade de estudos aprofundados com a exploração das

consequências econômicas das perdas de OPME, ao subsidiarem a elaboração de estratégias eficazes de gestão e controle nas instituições de saúde.

3.2 PROCEDIMENTO TÉCNICO

A coleta de dados compreende as perdas de OPME por meio de planilhas, visto que os profissionais de faturamento os preenchem nesse tipo de documento do Microsoft Office® Excel, em se tratando dos materiais que não puderam ser lançados no sistema de faturamento hospitalar (Apêndice A). Nessas planilhas são preenchidos diversos campos, como: código SUS do material, custo do material, código SUS da cirurgia realizada, quantidade de material, motivo do não faturamento dos OPME, dentre outros. Aliás, os responsáveis pelo preenchimento também são detentores de autoridade para realizar qualquer tipo de alteração. Assim, quando um profissional responsável pelo faturamento se depara com o prontuário de um paciente em que determinado OPME não pode ser registrado no sistema, devido às regras de compatibilidade estabelecidas no Sigtap, ele insere os dados na planilha de controle.

Os dados se referem ao período de 2016 e 2021. Anteriormente a 2016, o preenchimento dos dados referente às perdas era realizado manualmente pelos faturistas do setor, por meio de um formulário impresso extraviado *a posteriori*. A partir de 2022, devido a falhas técnicas, cessou-se o preenchimento dessas planilhas; logo, a análise se concentrou no recorte de tempo supracitado devido à disponibilidade dos dados. As tabelas que compõem a base de dados e serão objeto para a composição da pesquisa quantitativa possuem colunas com os seguintes campos para preenchimento: dados gerais, materiais não faturados e dados complementares.

Com isso, foi realizado um estudo quantitativo para demonstrar o montante total, em Real Brasileiro (R\$), das perdas financeiras decorrentes da impossibilidade de faturamento de diversos OPME, o que possibilitou a análise cruzada dos valores com a especialidade cirúrgica, o período, o procedimento cirúrgico, o nível de complexidade (média ou alta), os motivos das perdas dos OPME, dentre outros. Observaram-se os valores, as quantidades e os percentuais para fins de comparação e destaque de especialidades, OPME, complexidade ou motivos de não faturamento que apresentam valores maiores.

Aconteceu, ainda, a análise exploratória dos dados por meio de estatísticas descritivas que compreenderam gráficos de pizza, barras (emparelhadas ou não) e tabelas, para proporcionar uma

visão geral e o resumo dos dados, em percentuais ou números absolutos, com as respectivas comparações cabíveis em cada caso. Na tabulação dos dados e na geração dos gráficos, foi utilizado o *software* Microsoft Office® Excel.

3.3 PÚBLICO ENTREVISTADO

Empregou-se um questionário estruturado com perguntas múltiplas e abertas para responder às questões norteadoras da pesquisa (Apêndice B). Para tanto, não foi obtido o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UFU, uma vez que as entrevistas foram realizadas por meio um formulário semiestruturado sem a identificação dos entrevistados. Vale ressaltar que as investigações que não identificam os participantes não necessitam de aprovação por parte da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), de acordo com o artigo 1º da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n. 510, de 7 de abril de 2016, cujos itens são explicados detalhadamente no Ofício Circular do Conep, da Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde (SECNS) e do MS n. 17, de 5 de julho de 2022, ao afirmar a não obrigatoriedade do parecer do comitê para pesquisas de opinião pública com participantes não identificados (Brasil, 2016d, 2022a).

A priori, as entrevistas foram gravadas em áudio por meio de um aparelho celular da pesquisadora, a fim de garantir a obtenção dos discursos na íntegra para transcrever o diálogo integralmente *a posteriori*. Foram entrevistadas equipes médicas de três especialidades responsáveis pelos procedimentos cirúrgicos, compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e instrumentalistas, cujas especialidades entrevistadas foram Cardiologia, Neurologia e Ortopedia/Traumatologia. Além das equipes médicas, os questionários foram aplicados à equipe responsável pelo gerenciamento de materiais do HC-UFG.

Dessa maneira, as entrevistas foram realizadas com uma equipe composta por quatro neurologistas, dois cardiolistas, seis ortopedistas/traumatologistas, dois instrumentalistas, cinco enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem e três funcionários do setor de material consignado, composição determinada pela disponibilidade dos profissionais no dia agendado para a coleta de dados. O número total de entrevistados se mostrou adequado, diante do ambiente social específico em que o estudo foi conduzido. Em um dado momento, observou-se a repetição de opiniões e percepções sobre o tema, o que indica certo esgotamento nas representações dos entrevistados. Ao

término das entrevistas, o número permitiu o alcance da saturação, sem necessidade de novas entrevistas.

Para garantir a privacidade dos entrevistados, foi estabelecida uma ordem numérica para cada categoria, o que não apenas visou preservar o anonimato dos participantes, mas também indicou a quantidade de profissionais de cada categoria. Dessa forma, foi possível manter a confidencialidade dos indivíduos, ao mesmo tempo em que se forneceu uma visão clara e organizada da distribuição dos participantes entre as diferentes categorias.

Por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os entrevistados foram esclarecidos sobre o tempo hábil para decidir por participarem da pesquisa, a não identificação em nenhum momento e a recusa a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase do estudo, sem penalizações ou prejuízos ao próprio cuidado.

O Quadro 2 mostra as categorias dos profissionais entrevistados e fornece a média de anos de trabalho em cada grupo:

Quadro 2 – PÚBLICO ENTREVISTADO E MÉDIA DO TEMPO DE TRABALHO (EM ANOS) EM CADA CATEGORIA

ESPECIALISTAS	QUANTIDADE	MÉDIA DE TEMPO (EM ANOS)
Cardiologistas	2	8
Neurologistas	4	14
Ortopedistas	6	12
Enfermeiros	5	20
Técnico de enfermagem	4	15
Instrumentalistas	2	18
Setor de material consignado	3	3

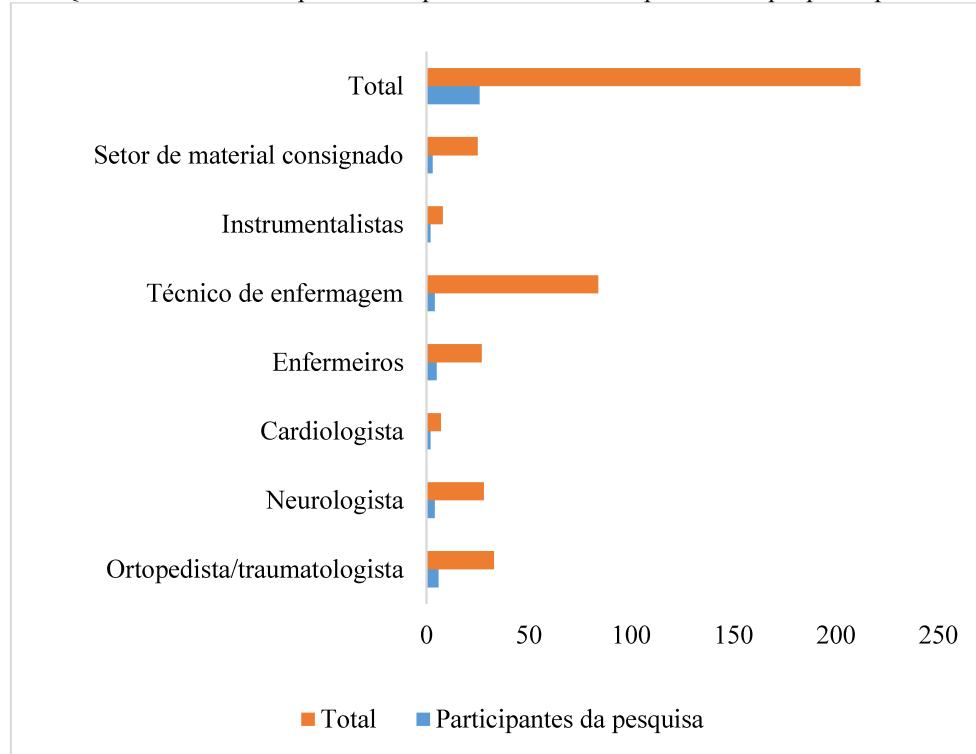
Fonte: Elaboração da autora (2023), com base nos dados da pesquisa.

Na sequência do roteiro de perguntas, buscou-se extrair as conclusões dos participantes acerca das perdas de OPME no faturamento. Tal instrumento foi estruturado em quatro seções distintas: parte A, com a identificação do perfil dos entrevistados, com a abrangência de variáveis como sexo, formação profissional e tempo de experiência profissional; B, com a avaliação do conhecimento dos entrevistados sobre o problema das perdas de OPME e a investigação do nível de familiaridade com a existência da tabela Sigtap e compreensão de seu funcionamento; C, com foco nas possíveis causas das perdas de OPME para compreender desde o processo inicial de solicitação até a efetiva utilização desses materiais; e D, para buscar sugestões por parte dos entrevistados, com o intuito de reduzir as perdas de OPME e identificar oportunidades de aprimoramento nos processos relacionados.

Assim, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2016) para interpretar e compreender as informações contidas nas entrevistas sem buscar apenas o significado explícito, mas também aqueles subjacentes que podem enriquecer a compreensão do tema. Tal método sistemático visa explorar os significados ocultos e as múltiplas perspectivas do mesmo tema, algo especialmente útil na interpretação de discursos, como os obtidos em entrevistas. O referido autor enfatiza que a técnica é importante para revelar dimensões não aparentes das comunicações, o que permite uma compreensão profunda das percepções dos participantes.

O Gráfico 1 apresenta as quantidades absolutas dos profissionais participantes da pesquisa e a totalidade daqueles que trabalham no hospital, bem como o percentual em relação ao total de trabalhadores em cada especialidade. No total, 12,26% dos especialistas do hospital participaram da pesquisa, em que cada especialidade obteve um índice diferente de participantes.

Gráfico 1 – Quantidade total de especialistas que trabalham no hospital e dos que participaram da pesquisa



Fonte: Elaboração da autora (2023), com base nos dados da pesquisa.

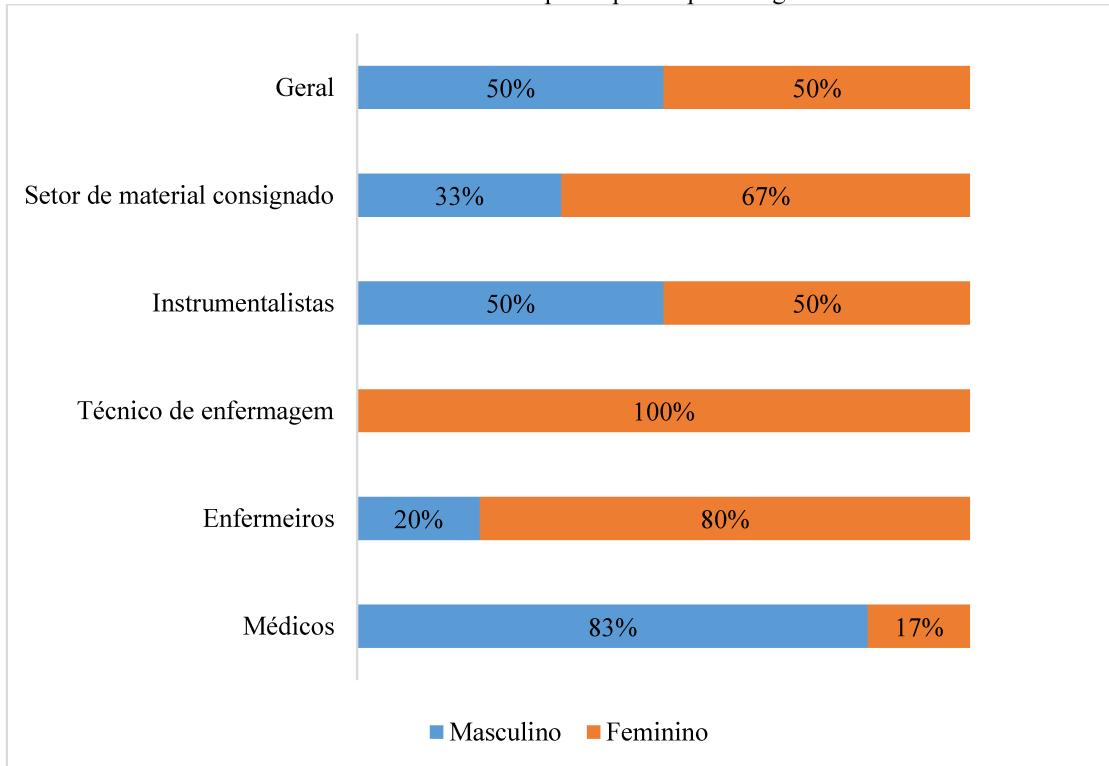
Na sequência, o subtópico se destina à verificação das variáveis qualitativas da presente investigação.

3.4 ANÁLISE DAS VARIÁVEIS QUALITATIVAS DA PESQUISA

Esta seção apresenta a análise dos depoimentos coletados durante as entrevistas, com o intuito de responder à questão de pesquisa proposta e alcançar os objetivos delineados. Para auxiliar na compreensão e interpretação dos dados, empregaram-se gráficos que oferecem uma representação visual das análises realizadas sobre as respostas dos entrevistados, as quais foram estruturadas e segmentadas de acordo com as seções do questionário, a fim de proporcionar uma organização mais clara e facilitar a compreensão dos resultados obtidos.

Conforme o Gráfico 2, em relação ao sexo dos participantes total da pesquisa, foram entrevistados os mesmos percentuais – 50% do sexo feminino e 50%, masculino. No que se refere às categorias entrevistadas, esse índice se apresentou de forma variada.

Gráfico 2 – Sexo dos participantes por categoria

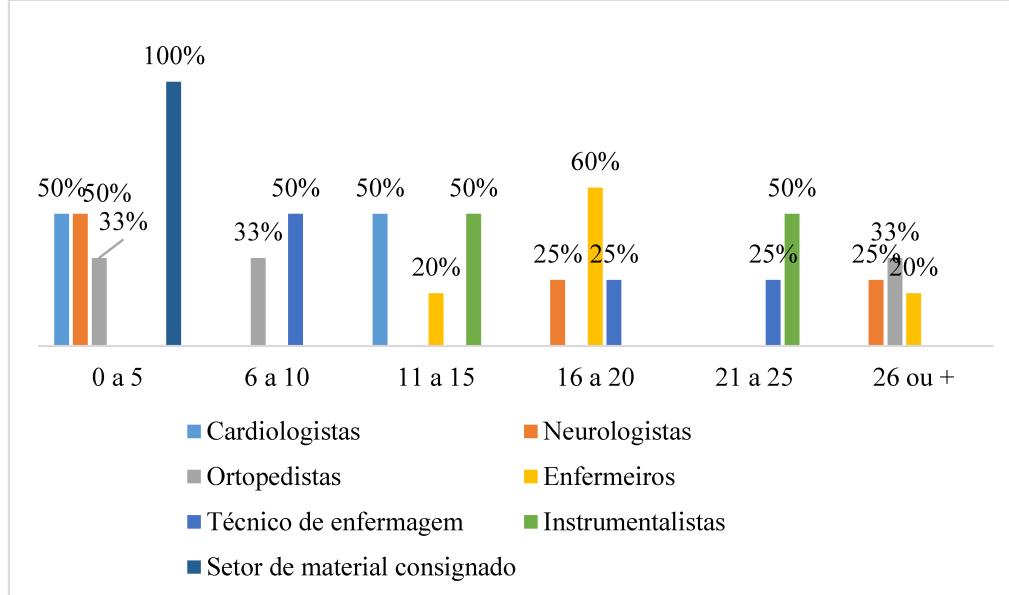


Fonte: Elaboração da autora (2023), com base nos dados da pesquisa.

Na equipe médica predomina o sexo masculino, com 83% do total, ao passo que, nos instrumentalistas, há uma divisão equitativa entre os性os – metade dos participantes de cada gênero. Por sua vez, os enfermeiros e funcionários do setor de material consignado são predominantemente do sexo feminino, enquanto há apenas técnicas de enfermagem.

O Gráfico 3 apresenta o tempo de trabalho dos especialistas participantes da pesquisa. Nota-se a existência de uma diferença significativa quanto à quantidade de anos de trabalho em algumas especialidades, como ocorre na neurologia e ortopedia.

Gráfico 3 – Tempo de trabalho (em anos) dos participantes da pesquisa



Fonte: Elaboração da autora (2023), com base nos dados da pesquisa.

Com exceção da equipe de funcionários do material consignado, que apresenta predominância em um intervalo específico de tempo de trabalho (zero a cinco anos), as demais categorias exibem uma distribuição consideravelmente diversificada e que abrange todos os períodos laborais representados no gráfico.

No Quadro 3, indica-se a matriz de amarração com a estrutura adotada pela pesquisa, com o propósito de alcançar os objetivos por meio das análises dos dados coletados:

Quadro 3 – Matriz de amarração

<p>Problema de Pesquisa: Com o propósito de analisar as perdas de recursos decorrentes da impossibilidade de faturamento de determinados OPMEs, pretende-se então responder à seguinte pergunta: Em relação ao faturamento, qual o valor das perdas financeiras de OPME utilizados nas cirurgias do HC-UFG, qual o nível de entendimento do corpo clínico sobre tal cenário e quais as possibilidades para a redução dessas perdas?</p>			
<p>Objetivo Geral: Analisar os impactos das perdas financeiras decorrentes do não faturamento de materiais de órteses, próteses e materiais especiais (OPME) utilizados em cirurgias realizadas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, a partir dos dados coletados no período de 2016 a 2021.</p>			
Objetivos Específicos	Fontes de Dados	Coleta de Dados	Análise de Dados
(1) Realizar um estudo quantitativo dos OPME que não foram faturados, classificando as perdas por especialidades médicas no período de 2016 a 2021, considerando ainda o nível de complexidade, além do motivo da impossibilidade de faturamento.	Quantificação dos dados primários, dos OPME não faturados, controlados a partir de planilhas de controle, consideradas documentos internos do setor de faturamento do HCU. Os dados referem-se ao intervalo de tempo compreendido entre 2016 e 2021.	Análise de documentos primários;	Análise quantitativa
(2) Identificar as possíveis causas do não faturamento de OPME.	Questionários de entrevista realizada a todos os profissionais envolvidos no procedimento cirúrgico, incluindo equipe médica, enfermeiros, bem como a equipe responsável pelo gerenciamento de materiais do HCU.	Análise de documentos primários;	Análise de conteúdo.
(3) Apontar propostas e consolidar possíveis ações que possam minimizar essas perdas de OPME no faturamento hospitalar.	Questionários de entrevista realizada a todos os profissionais envolvidos no procedimento cirúrgico, incluindo equipe médica, enfermeiros, bem como a equipe responsável pelo gerenciamento de materiais do HCU.	Análise de documentos primários;	Análise de conteúdo.

Fonte: Elaboração da autora (2023), com base nos dados da pesquisa.

Subsequentemente, a seção 4 deste trabalho descreve e analisa os resultados obtidos alhures.

4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

4.1 CAMPO DE ESTUDO: HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA (HC-UFU)

4.1.1 Apresentação do HC-UFU

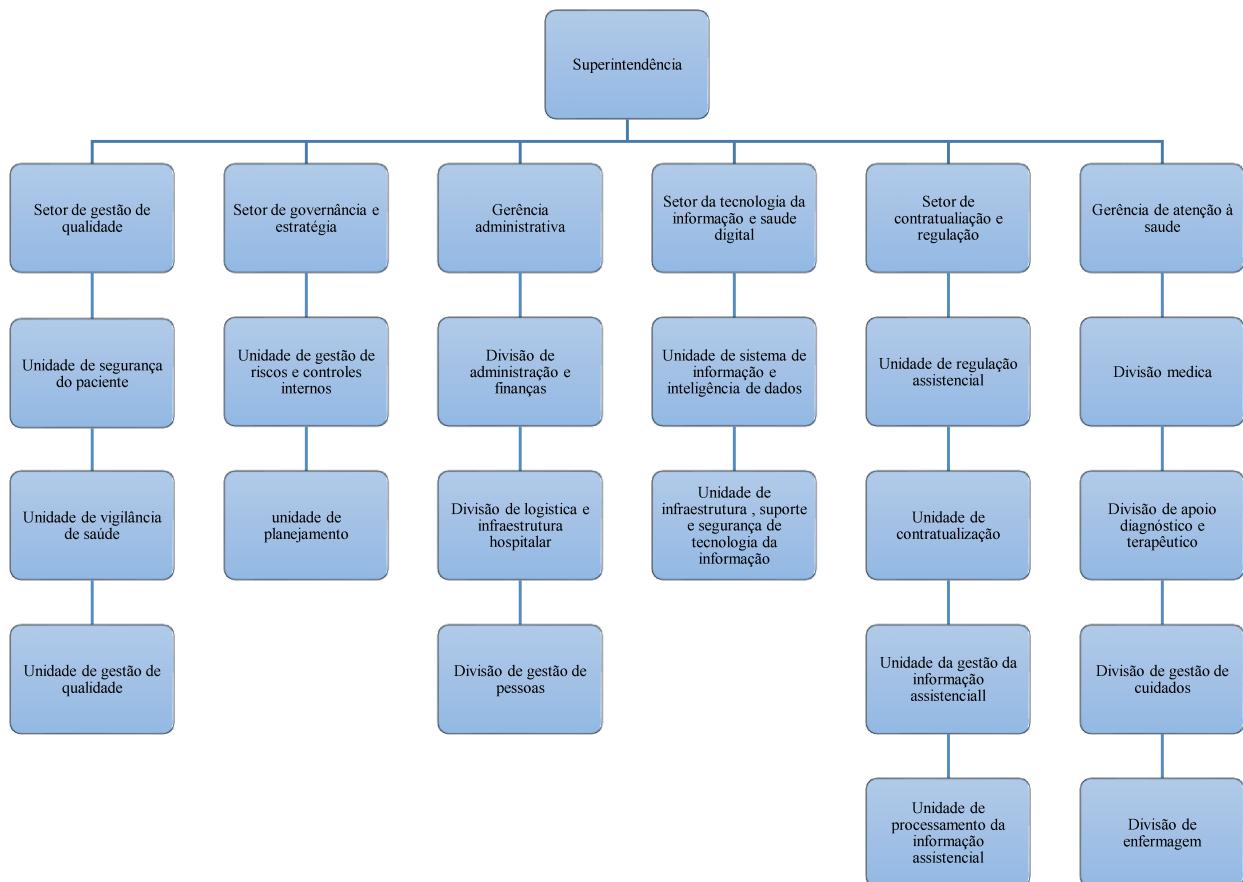
O HC pertence à UFU. Inaugurado em 26 de agosto de 1970, iniciou as atividades em outubro do mesmo ano e possuía inicialmente apenas 24 leitos nas especialidades de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia. O HC-UFU foi criado como unidade de ensino para o ciclo profissionalizante do curso de Medicina da extinta Escola de Medicina e Cirurgia de Uberlândia (EMECIU), transformada posteriormente em Fundação Escola de Medicina e Cirurgia de Uberlândia (FEMECIU).

Em 1971 e 1972, a Femeciu assinou dois convênios com o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) para oferecer serviços de saúde à população de Uberlândia e região. Posteriormente, em 1975, o HC-UFU e a Femeciu celebraram um contrato em conjunto com o MEC e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). A partir de 2004, o HC-UFU, a UFU e a Fundação de Assistência, Estudo e Pesquisa (FAEPU) firmaram um acordo por meio da primeira contratualização com a SMS de Uberlândia (MG), para integrar o hospital à rede de atenção à saúde mediante a realização de ações e serviços relacionados à saúde, educação, pesquisa, extensão, gestão e avaliação no SUS.

O HC-UFU recebeu a certificação de hospital de ensino pela Portaria Interministerial MS/MEC n. 148, de 2 de fevereiro de 2016 (Brasil, 2016e). É oferecido um ambiente de prática profissional para diversos cursos de graduação e pós-graduação, como Biomedicina, Enfermagem, Engenharia Biomédica, Fisioterapia, Física Médica, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Saúde Coletiva, entre outros (Universidade Federal de Uberlândia, 2023).

De acordo com o Relatório de Gestão – exercício 2022 (Brasil, 2022), o HC-UFU foi administrado pela Faepu por quase 50 anos e, a partir de maio de 2018, passou a integrar a rede Ebserh. No que diz respeito à organização funcional, é adotado o seguinte organograma (Figura 9):

Figura 9 – Organograma do HC-UFU



Fonte: Adaptação da autora, com base em Universidade Federal de Uberlândia (2023b).

A seguir, discorre-se sobre a prestação de serviços do HC-UFU no período compreendido entre 2016 e 2023.

4.1.2 Os serviços prestados pelo HC-UFU à população de 2016 a 2023

Inicialmente, a Tabela 1 indica os números concernentes aos serviços disponibilizados pelo HC-UFU à comunidade desde 2016 até 2023:

Tabela 1 – Serviços prestados pelo HC-UFG à população – 2016 a 2023

SERVICOS EFETUADOS	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
DADOS								
Leitos ativados	510	505	505	505	507	463	461	462
Total de internações	18.805	21.408	22.193	23.890	20.391	20.992	20.678	20.307
Total de cirurgias AIH	48.844	53.179	56.982	54.487	30.097	32.118	37.888	22.223
Centro cirúrgico	10.906	12.795	12.662	13.058	11.013	11.197	12.042	12.137
Ambulatorial	37.938	40.384	44.320	41.429	19.084	20.921	25.846	10.086
Parto cesariano	1.554	1.542	1.589	1.823	1.652	1.811	1.440	1.545
Parto normal	843	1.026	1.099	1.126	907	862	857	829
Exames								
Análises clínicas	502.277	658.638	676.349	658.217	401.564	514.837	563.148	590.171
Anatomia patológica	11.337	12.288	10.347	12.013	8.150	8.692	9.426	8.207
Raio -X	66.510	74.599	68.744	58.247	25.649	29.916	30.606	12.391
Ultrasoundografia	15.575	16.999	16.293	16.757	9.966	14.274	17.152	10.549
Cateterismo cardíaco	457	797	970	725	653	364	666	464
Arteriografia	322	440	541	411	525	425	826	471
Tomografia computadorizada	7.851	13.599	14.292	15.624	15.757	14.841	19.078	16.757
Ressonância magnética	1.826	984	1.333	1.529	896	1.339	1.907	2.365
Cintilografia	1.659	1.959	1.467	2.037	1.363	202	152	406
Eletrocardiograma	6.136	6.804	6.661	7.524	2.752	4.499	6.239	4.492
Eletroencefalograma	557	1.112	12	18	58	419	846	1.262
Consultas DATASUS								
Não médica	100.089	115.570	88.776	79.859	53.929	61.882	70.719	84.235
Médica	152.684	270.060	236.440	236.329	129.596	154.484	191.521	184.070
Hemodiálise AIH + SIA	7.075	7.671	8.999	9.752	9.915	9.262	10.349	14.928
Transplante	83	70	113	110	60	71	73	64

Fonte: Brasil (2023a).

Os dados acima foram obtidos por meio da estatística do HC-UFG e do Datasus. Ao serem comparados os anos de 2016 a 2022, observa-se que, em geral, houve queda no número de leitos

ativados (-10%), assim como no total de cirurgias AIH (-22%) e ambulatoriais (-32%). Houve um aumento em internações no CC (10%) e, em relação à queda de procedimentos cirúrgicos, mais especificamente durante o período da pandemia de Covid-19, o hospital suspendeu os procedimentos cirúrgicos eletivos não essenciais. Em 2019, diminuíram-se quase 40% das cirurgias, além da redução da oferta de leitos para internações gerais.

Em relação aos exames, verifica-se diminuição em anatomia patológica (-17%), no raio-X (-54%) e na cintilografia (-91%), além do aumento nos demais exames: análises clínicas (12%), ultrassonografia (10%), cateterismo cardíaco (46%), arteriografia (157%), tomografia computadorizada (143%), ressonância magnética (4%), eletrocardiograma (2%) e eletroencefalograma (52%). Também houve queda no tocante à quantidade de consultas não médicas (-29%) e de 12% no transplante; e acréscimos de 25% no número de consultas médicas e de 46% na hemodiálise AIH e SIA.

Vale ressaltar que o HC-UFU é uma instituição de saúde que atende grande parcela da população de Uberlândia (MG) e região, ao oferecer serviços de atendimento de urgência, consultas ambulatoriais e internações. Tal instituição tem se reestruturado constantemente para aumentar a oferta de leitos, fortalecer a capacidade de atendimento e melhorar a qualidade dos serviços de saúde nessa conjuntura.

4.2 Análise descritiva das perdas de OPME das cirurgias realizadas de 2016 a 2021

Nesta subseção se apresentam análises realizadas com dados obtidos nas planilhas preenchidas pelo setor de faturamento do HC-UFU, em se tratando das cirurgias que utilizaram OPME, mas sem a possibilidade de lançamento no faturamento hospitalar. Tais verificações consideram o recorte temporal (2016 a 2021) e apenas as especialidades que constavam na base de dados.

No presente estudo, as especialidades foram analisadas de acordo com o preenchimento adotado pela equipe responsável pelo faturamento do HC-UFU. No que concerne às especialidades, as planilhas de controle foram preenchidas de forma geral, sem considerar as subdivisões, como pode ser verificado nas especialidades participantes e na respectiva descrição:

- Cardiologia: procedimentos cirúrgicos realizados em pacientes afetados por doenças cardiovasculares, como cardiopatias coronarianas, problemas valvulares ou outras complicações que afetam o sistema cardiovascular.
- Cirurgia de pele: procedimentos cirúrgicos efetuados na pele para diversos fins, como diagnóstico, tratamento de lesões cutâneas, correção de defeitos estéticos, reconstrução após traumas, dentre outros.
- Cirurgia de vias aéreas superiores: procedimentos cirúrgicos ocorridos nas estruturas do sistema respiratório localizadas acima da traqueia, o que inclui áreas como nariz, seios paranasais, faringe e laringe.
- Cirurgia reparadora: procedimentos cirúrgicos voltados a reparar, reconstruir ou corrigir deformidades congênitas e/ou adquiridas que afetam a saúde e a funcionalidade dos pacientes.
- Geral: cirurgias do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal, em que o preenchimento nas planilhas de controle do setor de faturamento incluiu as cirurgias do aparelho geniturinário (rim, ureter, bexiga e sistema reprodutor masculino e feminino) nessa especialidade.
- Neurologia: intervenções cirúrgicas neurológicas que abrangem procedimentos realizados em indivíduos com doenças no sistema nervoso periférico ou central, com a inclusão de pacientes de todas as faixas etárias.
- Oncologia: procedimentos cirúrgicos complexos realizados para tratar tumores cancerígenos, os quais exigem cuidados de alta qualidade.
- Pequena cirurgia e cirurgia de pele, tecido subcutâneo e mucosa: pequenas cirurgias consideradas de menor complexidade, como remoção de cistos, drenagem de abscessos, dentre outras.
- Torácica: procedimentos cirúrgicos realizados no tórax e sistema respiratório, como parede torácica, traqueia, brônquios, pulmões, pleuras e mediastino.

O próximo subtópico detalha as perdas de acordo com cada especialidade do HC-UFU.

4.2.1 Análise descritiva das perdas por especialidades

A priori, considera-se a Tabela 2 para fins de verificação dos OPME do HC-UFU de 2016 a 2021:

Tabela 2 – Total e % de OPME, valor total (em R\$) e % de OPME não faturados em cirurgias por especialidade no HC-UFU – 2016 a 2021

Especialidade	Quantidade		Valor total	
	Total	Percentual (%)	Total (em R\$)	Percentual (%)
Cardiologia	1.049	35	639.299	25
Cirurgia de pele	1	0	150	0
Cirurgia de vias aéreas superiores	78	3	36.698	1
Cirurgia reparadora	1	0	61	0
Geral	371	12	152.266	6
Neurologia	173	6	800.656	31
Oncologia	119	4	55.513	2
Pequena cirurgia e cirurgia de pele, tecido subcutâneo e mucosa	1	0	501	0
Torácica	18	1	8.257	0
Traumatologia	1.045	35	750.491	29
Vascular	133	4	139.975	5
Total geral	2.989		2.583.866	

Fonte: Elaboração da autora (2023).

Na tabela acima constam informações das especialidades, como a quantidade total de OPME não faturados, o valor total, em R\$, dos OPME, juntamente com os respectivos percentuais. Ressalta-se que as especialidades nas quais houve apenas um OPME foram desconsideradas, por não possuírem valor significativo para a pesquisa. O valor total das perdas, no período de 2016 a 2021, foi de aproximadamente, R\$ 2.583.866.

Observa-se maior valor de perdas em Neurologia, Ortopedia/Traumatologia e Cardiologia que correspondem, respectivamente, a 31%, 29% e 25% do valor total das cirurgias realizadas no HC-UFU durante o período delimitado; logo, o foco deste estudo compreende as três especialidades. No que se refere à quantidade de cirurgias realizadas, as especialidades citadas correspondem a 6%, 35% 35% respectivamente – aqui, há um elevado custo de OPME das cirurgias da Neurologia, em que somente 6% representa a especialidade com o maior valor total (em R\$) de OPME não faturados. Em quantidade de cirurgias, Cardiologia e Ortopedia/Traumatologia apresentaram o mesmo índice e contemplam as especialidades que realizaram maior número de cirurgias, com o terceiro e segundo maiores custos, respectivamente.

Em Cardiologia, foram contabilizados 1.049 OPME e perdas de R\$ 639.229. As cirurgias cardiovasculares, por serem procedimentos cirúrgicos que demandam qualidade e custos elevados, são caracterizadas de alta complexidade; logo, as perdas são significativas. Em relação à Neurocirurgia, houve 173 OPME, quantidade inferior, em comparação com Cardiologia e Ortopedia/Traumatologia; porém, em relação ao valor total (em R\$), representa a especialidade com o maior custo: R\$ 800.656.

A análise das perdas de OPME em Neurocirurgia, no período de 2016 a 2021, revela implicações financeiras para o HU: embora o número de OPME registrados seja relativamente baixo, com 173 unidades, o impacto financeiro é exacerbado pelo alto custo de tais materiais, o que ratifica a necessidade de uma gestão rigorosa e eficiente dos recursos. Dessa forma, o custo elevado de OPME utilizados nesse contexto indica que os materiais não registrados no faturamento resultam em um impacto financeiro maior. Quanto a limites de perdas, o HU deve utilizar os recursos disponíveis de maneira eficiente, por se presumir que os investimentos do sistema são suficientes e adequados para a execução dos procedimentos (Kos *et al.*, 2015).

Perdas de OPME em cirurgias de Cardiologia, Neurocirurgia e Ortopedia/Traumatologia incidem na gestão financeira de um HU. Além de reduzirem a receita e aumentarem os custos operacionais, tais prejuízos afetam a eficiência do uso de recursos e a capacidade de investimento em melhorias. No que se refere aos diversos tipos de OPME se destacam, dentre as três especialidades que apresentaram os valores mais significativos de perdas (Cardiologia, Ortopedia/Traumatologia e Neurologia), aqueles que apareceram com maiores quantidades de vezes durante o período analisado; logo, se sobressaem os principais OPME, conforme a complexidade e os percentuais de quantidade e valores totais.

Na Tabela 3 estão listados os OPME da especialidade Cardiologia que ocorreram com maior frequência, cujas quantidades foram mais expressivas em comparação com todos os OPME registrados na base de dados. Também são verificados os maiores percentuais dos OPME em relação à quantidade e ao valor total (em R\$). Os principais OPME em relação aos percentuais de quantidade e do valor foram o cateter-balão para angioplastia transluminal percutânea para a alta complexidade, e, para a média complexidade, o eletrodo para marcapasso temporário. Sobre a alta complexidade, verifica-se que os dois OPME com as maiores quantidades são o cateter de balão, que corresponde a 46% do total, e o fio-guia, com 24% – ambos são frequentemente utilizados em procedimentos cirúrgicos de angioplastia coronariana.

Tabela 3 – Principais OPME para a especialidade Cardiologia, conforme a complexidade e os percentuais da quantidade e dos valores totais

Complexidade	OPM	Quantidade (em %)	Valor (em %)
Alta	Cateter de balão para angioplastia transluminal percutânea	46	43
	Cateter-guia para angioplastia transluminal	8	3
	Enxerto tubular de politetrafluoretileno	2	5
	Fio-guia dirigível para angioplastia	24	8
	<i>Stent</i> farmacológico	3	12
	<i>Stent</i> para artéria coronária	3	14
	Outros	14	15
Média	Cateter de balão para embolectomia	8	3
	Cateter-guia para angioplastia transluminal	8	6
	Conjunto para circulação extracorpórea (adulto)	4	24
	Eletrodo para marcapasso temporário	58	59
	Outros	22	8

Fonte: Elaboração da autora (2023).

Notoriamente, o uso de quantidade maior de cateteres-balão em cirurgias de angioplastia coronariana é uma prática comum e justificada pela complexidade das lesões, a estratégia de tratamento, os desafios técnicos e a garantia da segurança e eficácia do procedimento. A escolha por esse tipo de material se fundamenta em uma avaliação cuidadosa das características da lesão e das necessidades específicas do paciente, com o objetivo de obter os melhores resultados clínicos. Tal fato pode ser atribuído a diversos fatores clínicos e técnicos que envolvem a complexidade e a variabilidade do procedimento. Muitas vezes, deve-se usar um balão para a pré-dilatação da lesão antes da implantação de um *stent* e outro balão após a dilatação. Ocorrem, ainda, rupturas do balão durante a dilatação, o que denota a impescindibilidade de um novo balão para completar o procedimento. Cumpre afirmar que a utilização de múltiplos cateteres-balão com alto custo, sem o devido faturamento, impacta na gestão financeira do hospital, especialmente em procedimentos de alta complexidade, como a angioplastia coronariana.

Na Tabela 4, o maior percentual dos OPME em Neurologia corresponde aos espirais de platina para a alta complexidade, com 15% da quantidade total e 42% do percentual em R\$:

Tabela 4 – Principais OPME para a especialidade Neurologia, conforme a complexidade e os percentuais da quantidade e dos valores totais

Complexidade	OPM	Quantidade (em %)	Valor (em %)
Alta	Cateter de balão para angioplastia periférica	5	3
	Cateter-guia para angioplastia transluminal	17	3
	Conjunto de cateter de drenagem externa	13	7
	Espirais de platina	15	42
	Microcateter	3	10
	Parafuso cortical 1,5 mm	7	1
	Placa de titânio sistema mini/microfragmentos (inclui parafusos)	6	7
	Outros	34	27
Média	Clip de titânio para cirurgia	1	5
	Conjunto de cateter de drenagem externa	51	58
	Conjunto para hidrocefalia	7	12
	Parafuso cortical 1,5 mm	12	3
	Placa de titânio sistema mini/microfragmentos (inclui parafusos)	5	8
	Outros	24	14

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Os espirais de platina são materiais de custo bastante elevado e comumente empregados em procedimentos cirúrgicos para embolização de aneurismas cerebrais, procedimento que envolve a inserção dos espirais no aneurisma para obstruir o fluxo sanguíneo e evitar a ruptura. A quantidade de espirais necessários pode variar conforme o tamanho, a forma e a localização do aneurisma, com a possibilidade de uso de outros espirais além do previsto para garantir a oclusão completa. Aneurismas maiores ou de formatos irregulares frequentemente requerem mais espirais, o que ultrapassa o limite máximo a ser faturado por procedimento, de acordo com a tabela Sigtap. Como os materiais neurocirúrgicos são de alto custo, eles precisam ser repostos e, quando não faturados, aumentam os custos operacionais; os procedimentos de alta complexidade, como as neurocirurgias, recebem recursos adicionais, e a impossibilidade de registrar todos os OPME utilizados reduz o valor final do faturamento e compromete a sustentabilidade financeira.

O conjunto de cateter de drenagem externa equivale a 51% do total das quantidades e 58% do valor em R\$ na média complexidade, o que denota perdas significativas. Tal item também é utilizado em procedimentos cirúrgicos de alta e média complexidade.

A Tabela 5 mostra os maiores percentuais dos OPME na Ortopedia/Traumatologia:

Tabela 5 – Principais OPME para a especialidade Ortopedia/Traumatologia, conforme a complexidade e os percentuais da quantidade e dos valores totais

Complexidade	OPM	Quantidade (em %)	Valor (em %)
Alta	Arruela lisa	16	0
	Cimento sem antibiótico	11	2
	Componente acetabular	2	6
	Dispositivo intersomático	4	13
	Dispositivo pedicular para haste	2	6
	Fixador externo circular	2	7
	Pino de Schanz	14	3
	Placa de titânio sistema mini/microfragmentos (inclui parafusos)	3	8
	Prótese não convencional articulada	1	6
	Prótese não convencional extensível	1	8
Média	Outros	46	41
	Âncora	5	8
	Arruela lisa	18	2
	Cimento sem antibiótico	14	8
	Fixador externo circular	1	14
	Haste intramedular bloqueada de fêmur	1	11
	Parafuso cortical 3,5 mm	5	1
	Parafuso esponjoso 4 mm	6	2
	Parafuso esponjoso 6,5 mm	7	3
	Pino de Schanz	17	12
	Outros	26	39

Fonte: Elaboração da autora (2023), com base nos dados da pesquisa.

Na alta complexidade, em se tratando da quantidade, o maior percentual foi a arruela lisa, com 16%. Porém, quanto ao valor, o índice não foi significativo, uma vez que o valor unitário é R\$ 8,05. No que se refere ao custo, o maior deles foi o dispositivo intersomático, com 13% do valor total e, em relação à quantidade, obteve apenas 4% – esse dispositivo possui um valor unitário elevado, de R\$ 1.356,35, o que explica tal ocorrência. Na média complexidade, destaca-se o pino de Schanz no percentual da quantidade e no valor, com 17% e 12%, respectivamente. Em relação à quantidade, a arruela lisa e o cimento sem antibiótico apresentam valores representativos, mas, sem significância nos valores, por apresentarem custos unitários menores.

Sobre o percentual dos valores, destacam-se o fixador externo circular e a haste intramedular bloqueada de fêmur, com 14% e 11% do valor total, respectivamente. E na quantidade, os valores não são significativos, com apenas uma quantidade de OPME cada. Por fim, a Ortopedia/Traumatologia, a maior perda é na média complexidade, que corresponde a R\$ 126.476,00, enquanto a alta complexidade correspondeu a R\$ 64.501,00.

A seguir, são detalhadas as perdas por complexidade, com base nos dados deste trabalho.

4.2.2 Análise descritiva das perdas por complexidade

A média complexidade é composta por “ações e serviços cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico” (Brasil, 2009, p. 209). Procedimentos são conduzidos em centros médicos especializados ou hospitais, com a possibilidade de requerer ou não a internação do paciente, a exemplo de cirurgias ambulatoriais especializadas, serviços odontológicos especializados, análises clínicas, diagnóstico por imagem, ultrassonografias, colocação de próteses e órteses, anestesia, entre outros.

Por seu turno, a alta complexidade corresponde ao conjunto de “procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso e serviços qualificados” (Brasil, 2009). Os procedimentos são realizados exclusivamente em hospitais especializados nesse tipo de assistência médica, como diálise, cirurgias cardíacas, cirurgia bariátrica, tratamento de queimaduras, genética clínica, terapia nutricional, reprodução assistida, quimioterapia, hemoterapia, traumato-ortopedia etc. São remunerados por meio de um valor fixo, ou seja, os HUs recebem uma quantia determinada, independentemente da quantidade de procedimentos realizados, ao passo que os de alta complexidade se fundamentam na quantidade de procedimentos realizados, conforme as tabelas de preços específicas como o Sigtap. Nessa perspectiva, HUs recebem o valor fixo mensal do SUS, conforme a negociação entre o MS e a instituição hospitalar por meio do contrato de metas. O valor fixo mensal pode ser calculado conforme uma série de critérios que inclui a capacidade instalada do hospital, o número de leitos, a média de atendimentos mensais, entre outros fatores.

Como visto anteriormente, o HC-UFU mantém um contrato de metas, também conhecido como convênio, que formaliza a relação entre o gestor de saúde, a SMS de Uberlândia (MG) e o prestador de serviços HC-UFU. Esse acordo estabelece metas quanti e qualitativas, ao definir obrigações e responsabilidades para cada parte envolvida, além de estabelecer critérios e instrumentos de monitoramento, avaliação e controle de resultados. O valor fixo mensal se determina com base em diversos critérios, o que inclui a capacidade instalada do hospital, o número de leitos disponíveis, a média de atendimentos mensais e outros fatores pertinentes.

Procedimentos de alta complexidade são os de maior relevância, elevam o faturamento mensal devido ao alto custo de realização e, devido a possíveis períodos longos de internação,

assim como atendimentos na área oncológica. Em relação às perdas relacionadas a OPME no faturamento do SUS, elas representam um impacto maior em procedimentos de alta complexidade, devido ao modelo de remuneração utilizado – aqui, o hospital é remunerado de acordo com o número de procedimentos realizados e recebe uma quantia variável. Portanto, quando determinado OPME não é registrado no faturamento, o valor atribuído ao prontuário será menor. Isso significa que, em casos de procedimentos de alta complexidade, para os quais o hospital normalmente recebe um valor específico, o custo final será reduzido.

Tabela 6 – Percentual da quantidade de cirurgias e valor total por complexidade

Complexidade	Quantidade (em %)	Valor	
		Total (em reais)	Percentual (%)
Alta	54	1.614.433	62
Média	46	969.433	38

Fonte: Elaboração da autora (2023), com base nos dados da pesquisa.

A Tabela 6 mostra a quantidade, o valor total e os respectivos percentuais de cirurgias por complexidade, realizadas no HC-UFG e que tiveram perdas de OPME. Ambas apresentaram quantidades de cirurgias e valores totais significativos: as de alta corresponderam a 54% do valor total e 62% das perdas, enquanto as de média obtiveram 46% da quantidade e 38% dos prejuízos.

Conclui-se que as perdas financeiras de OPME estão distribuídas de maneira uniforme em relação aos dois níveis de complexidade descritos. As perdas de OPME no faturamento de cirurgias de alta complexidade totalizaram R\$ 1.614.433 (54% do valor total); em contrapartida, as cirurgias de média complexidade registraram prejuízos de R\$ 969.330 (46% do montante). É importante destacar que as perdas em procedimentos de alta complexidade impactam de modo significativo, uma vez que os hospitais recebem valores adicionais por esses procedimentos além dos pacotes fixos aplicados às cirurgias de média complexidade. Essa dinâmica torna as perdas em alta complexidade prejudiciais ao equilíbrio financeiro da instituição.

4.2.3 Análise descritiva das perdas por motivo de não faturamento

A tabela Sigtap é utilizada para padronizar os procedimentos, medicamentos e OPME, ao estabelecer diretrizes para a compatibilidade entre os procedimentos realizados e materiais utilizados, assim como limita a quantidade máxima de OPME que pode ser empregada em determinado procedimento. Dentre as razões para a ocorrência de perdas de OPME, se sobressaem

dois motivos recorrentes durante o período analisado nesta pesquisa; logo, os outros não serão abordados, pois apresentaram números pouco significativos.

O motivo de material incompatível indica que os OPME precisam ser compatíveis com os procedimentos realizados, e a tabela Sigtap especifica os tipos de OPME usados em cada procedimento. Por exemplo, o tratamento cirúrgico de fratura bimaleolar/trimaleolar da fratura-luxação do tornozelo é compatível com alguns OPME, como o fixador externo linear; por conseguinte, quando a equipe médica utiliza outro item, como o fixador circular, por não ser compatível na tabela Sigtap, o OPME não poderá ser lançado no sistema, o que leva a prejuízos:

Figura 10 – Tabela Sigtap: compatibilidade entre procedimento e OPME.

The screenshot shows the SIGTAP system interface. At the top, there's a header with the Brazilian flag, the URL 'www.DATASUS.gov.br', and the text 'SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS'. On the left, a sidebar has links for 'Procedimento', 'Compatibilidades', 'Tabelas', and 'Relatórios'. The main area has a search bar and dropdown menus for 'Usuário: publico', 'Compatibilidade: AIH (Proc. Principal) x OPM (Compatível)', 'Competência: 04/2024', 'Procedimento: Grupo: [dropdown]', 'Sub-Grupo: [dropdown]', 'Forma de Organização: [dropdown]', 'Código: 0408050497', and 'Nome: [dropdown]'. Below this is a search icon. The main content area is titled 'Compatibilidades' and lists several entries for the procedure 'AIH (Proc. Principal): 0408050497 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOCZELO'. Each entry includes the procedure code, a secondary code ('AIH (Proc. Especial)'), a publication document ('Documento de Publicação: PORTARIA nº 288 de 01/04/15 - SAS'), a date ('Desde 04/2015'), and a note about quantity ('Tipo: Compatível - Quantidade: 2'). There are five such entries, each with slightly different details like specific device codes or dates.

Fonte: Brasil (2023a).

A Figura 10 exibe uma página da tabela por demonstrar que, ao buscar o campo de compatibilidades e pesquisar o código do procedimento, são listados os OPME compatíveis com o referido código e as respectivas quantidades. Dessa maneira, antes de inserir os dados no sistema de faturamento, deve-se verificar se o OPME é compatível com o procedimento.

Diante disso, a tabela Sigtap limita a quantidade de OPME a ser lançada em determinado procedimento. O número de OPME é pré-definido na tabela e, caso o paciente precise utilizar uma quantidade acima do permitido, o OPME não poderá ser lançado no faturamento. Um exemplo demonstrativo é a angioplastia coronariana, na qual são permitidos dois *stents*; caso o paciente

necessite de três ou mais *stents*, o excedente não poderá ser registrado, resulta em perdas financeiras. Cada *stent* possui um valor substancial e, como o procedimento de angioplastia coronariana é classificado de alta complexidade, as implicações financeiras se tornam sérias.

Tabela 7 – Percentual da quantidade e valor total das perdas por motivo de não faturamento

Motivo	Quantidade (em %)	Valor	
		Total (em reais)	Percentual (%)
Material não cobrado	0	1.448	0
Material não compatível	49	1.667.899	65
Quantidade máxima excedida	51	911.119	35
Outro	0	3.399	0

Fonte: Elaboração da autora (2023), com base nos dados da pesquisa.

Na Tabela 7, evidenciam-se as perdas de OPME no faturamento por dois motivos principais: material não compatível e quantidade máxima excedida, com 65% e 35% do valor total e 49% e 51% em relação à quantidade, respectivamente. Como os demais motivos de não faturamento ocorreram poucas vezes em comparação aos dois motivos citados, não foram significativos para o presente estudo.

Os dois principais fatores que contribuem para as perdas de OPME no faturamento hospitalar estão relacionados a materiais não compatíveis com os procedimentos realizados e a quantidades que excedem o limite permitido por procedimento. Prejuízos associados ao uso de materiais não compatíveis totalizam R\$ 1.667.899, enquanto as perdas decorrentes do excedente correspondem a R\$ 911.119.

Em sentido amplo, as perdas são bens ou serviços consumidos de forma anormal ou involuntária (Martins, 2010). Segundo o autor, elas não se confundem com as despesas, tampouco com os custos; logo incorrem, em várias situações, perdas financeiras geradas pelo uso de recursos conforme a necessidade do paciente e que não são aderentes à tabela pré-fixada pelo SUS. Esses dados reforçam a necessidade de uma revisão e atualização da tabela Sigtap, com o objetivo de alinhar especificações e limites de materiais com as práticas clínicas atuais; minimizar as perdas financeiras; e garantir uma gestão eficiente dos recursos hospitalares.

4.2.4 Resumo da análise quantitativa das perdas de OPME

Na Tabela 8, se sobressaem os percentuais de valor e quantidade de OPME representativos das três principais especialidades consideradas na pesquisa – Cardiologia, Neurologia e Ortopedia/Traumatologia.

Em cada especialidade da Tabela 8, classificaram-se o nível de complexidade e os dois motivos principais do não faturamento dos OPME. No tocante à Cardiologia, a quantidade máxima excedida se sobressai, pois é comum ocorrer, em cirurgias cardiovasculares, como a angioplastia coronariana, a utilização de quantidade maior de OPME, como o cateter de balão e o *stent* coronariano.

Por sua vez, na Ortopedia/Traumatologia prevaleceu a incompatibilidade de OPME como principal motivo por não faturamento, conforme a Tabela 8. A arruela lisa se distingue como um dos OPME da especialidade citada mais significativo, por aparecer em cirurgias de alta (100%) e média (85%) complexidade. Verifica-se que o fixador externo circular indica os percentuais de quantidade e valor iguais sobre a máxima excedida e o material não compatível, em que obtiveram 47% cada.

Na Neurologia, ambos os motivos de não faturamento apresentaram, aproximadamente, a mesma frequência. O conjunto de cateter de drenagem externa aparece em cirurgias de alta e média complexidade, assim como nos dois motivos de não faturamento, seja por incompatibilidade com o procedimento cirúrgico ou quantidade máxima excedida. Tais achados confirmam a hipótese de um problema em relação à tabela Sigtap e os procedimentos cirúrgicos que utilizam OPME de forma divergente à padronização de tal norma.

Os OPME são adquiridos e pagos pela instituição, apesar de impossibilidade de cobrar por intermédio do faturamento SUS. Ressalta-se que o acompanhamento dos OPME, juntamente com a análise de seus gastos, representa um papel importante na maximização dos recursos financeiros, ao fornecer informações à tomada de decisões por parte dos gestores.

No contexto do trabalho dos profissionais de saúde, o uso de materiais altamente tecnológicos tem levado a um aumento significativo dos custos. A gestão eficiente de tais itens, juntamente com a administração dos recursos humanos e financeiros, é essencial para a sustentabilidade do hospital, em que a gestão de materiais é particularmente desafiadora em comparação a outros setores. Tal conjuntura se agrava pelo fato de os gastos com materiais representarem aproximadamente 25% dos orçamentos operacionais (Moraes; Rabin; Viégas, 2018).

Tabela 8 – Quadro resumo das principais OPME, para cada especialidade, considerando a complexidade e o motivo do não faturamento.

Especialidade	Complexidade	OPM	Motivo do não faturamento	Quantidade	Valor
Cardiologia	Alta	Cateter balão p/ angioplastia transluminal percutânea	Quantidade máxima excedida	95 %	96 %
		Fio guia dirigível para angioplastia	Quantidade máxima excedida	88 %	89 %
		Stent farmacológico	Quantidade máxima excedida	95 %	95 %
		Stent para artéria coronária	Quantidade máxima excedida	100 %	100 %
	Média	Conjunto para circulação extracorpórea (adulto)	Material não compatível	100 %	100 %
		Eletrodo para marcapasso temporário	Quantidade máxima excedida	88 %	88 %
Neurologia	Alta	Cateter guia para angioplastia transluminal	Material não compatível	100 %	100 %
		Conjunto de cateter de drenagem externa	Material não compatível	77 %	77 %
		Espirais de platina	Quantidade máxima excedida	100 %	100 %
		Micro cateter	Quantidade máxima excedida	100 %	100 %
	Média	Conjunto de cateter de drenagem externa	Quantidade máxima excedida	76 %	76 %
		Conjunto para hidrocefalia	Quantidade máxima excedida	100 %	100 %
		Parafuso cortical 1,5 mm	Material não compatível	100 %	100 %
Ortopedia / Traumatologia	Alta	Arruela lisa	Material não compatível	100 %	100 %
		Cimento sem antibiótico	Material não compatível	52 %	52 %
		Dispositivo intersomático	Material não compatível	100 %	100 %
		Pino de shantz	Material não compatível	76 %	76 %
	Média	Arruela lisa	Material não compatível	85 %	85 %
		Cimento sem antibiótico	Material não compatível	81 %	81 %
		Fixador externo circular	Material não compatível	47 %	47 %
		Haste intramedular bloqueada de fêmur	Quantidade máxima excedida	100 %	100 %
		Pino de shantz	Quantidade máxima excedida	58 %	58 %

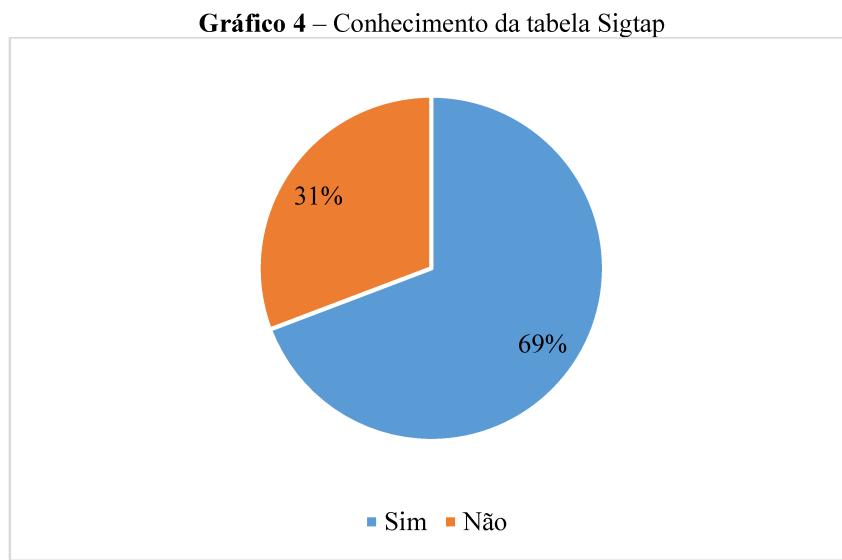
Fonte: Elaboração da autora (2024).

4.3 ANÁLISE DAS VARIÁVEIS QUALITATIVAS DA PESQUISA

Para cumprir o segundo e terceiro objetivo do trabalho, foram realizadas entrevistas que fundamentam a discussão apresentada nesta seção, fornecem diferentes perspectivas e permitem a análise dos dados e a correlação com os objetivos propostos. As informações obtidas serão fundamentais para embasar as conclusões delineadas ao longo da pesquisa.

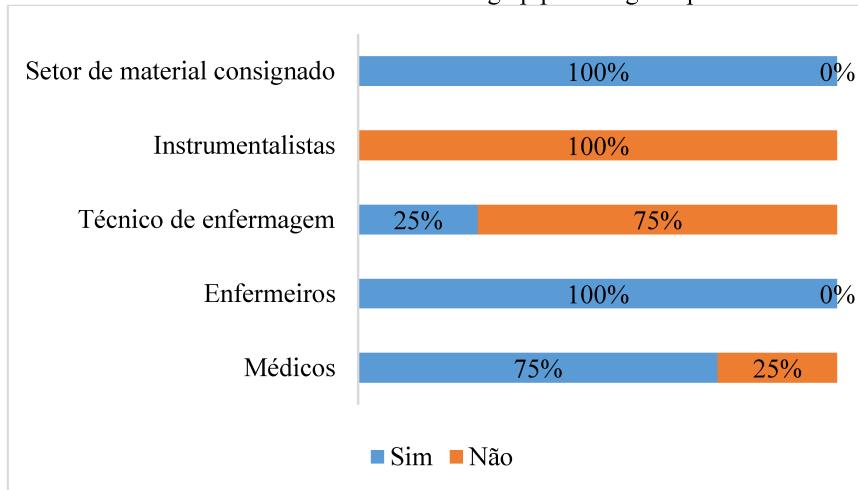
4.3.1 Conhecimento da tabela Sigtap e das perdas de OPME

Em relação ao conhecimento da tabela Sigtap, 69% de todos os profissionais que participaram da pesquisa ratificaram tal aspecto, conforme observado no Gráfico 4:



Fonte: Elaboração da autora (2023), com base nos dados da pesquisa.

No que se refere às categorias separadas, todos os enfermeiros possuem conhecimento sobre a tabela Sigtap; 75% da equipe médica confirmam tal fato; os técnicos de enfermagem correspondem a apenas 25% da amostra; os instrumentalistas desconhecem; e todos os funcionários do setor de material consignado sabem sobre a tabela:

Gráfico 5 – Conhecimento da tabela Sigtap por categoria profissional

Fonte: Elaboração da autora (2023), com base nos dados da pesquisa.

As atividades realizadas pela equipe de técnicos de enfermagem e instrumentalistas no CC são práticas, em que os primeiros trabalham na circulação da sala de cirurgia, montagem da sala, atendimento à equipe cirúrgica, assistência ao paciente durante o procedimento cirúrgico, entre outras; e os segundos organizam instrumentos e dispositivos médicos de acordo com as necessidades do cirurgião e do procedimento a ser realizado. Dessa forma, tal contexto pode limitar o conhecimento sobre a tabela Sigtap, como pode ser observado neste relato: “Acho que a maioria não conhece. A gente sabe em relação à quantidade do material que deve ser usado, pela prática do dia a dia, mas, conhecer a tabela, não” (Entrevistada técnica de enfermagem 3).

A equipe médica, ao agendar um procedimento cirúrgico no sistema, acessa a interface de preenchimento do código correspondente a essa ação, juntamente com os OPME associados à cirurgia. Consequentemente, a maioria desses profissionais possui ciência da tabela, visto que, ao requisitar um OPME, por exemplo, sem ser padronizado pela tabela, preenche um relatório com os motivos do pedido. Por seu turno, os colaboradores do setor de material consignado codificam os OPME e frequentemente recorrem à tabela para consultas e referências durante as atividades.

Torna-se relevante considerar a capacitação dos técnicos e instrumentalistas; incluir a abordagem de tópicos pertinentes à gestão de OPME e uso da tabela Sigtap; e otimizar a disseminação de informações. Sobre o regramento da ferramenta, que limita a quantidade de

OPME e exige a compatibilidade dos procedimentos cirúrgicos com os OPME, a maioria da equipe médica relatou conhecer tais particularidades, apesar de não ser algo prioritário:

Em casos graves, a gente não tem a opção de usar essa quantidade mínima para salvar a vida de um paciente. Você precisa usar o que é necessário, né? E a tabela do SUS, ou Sigtap, limita alguma quantidade de materiais prevendo uma situação ideal de um paciente que vem em situações ideais, né? Mas às vezes o paciente tem particularidades que nos obrigam a usar materiais que não são previstos para que a gente consiga salvar a vida dele (Entrevista cardiologista 1).

Enquanto isso, os enfermeiros, técnicos de enfermagem e instrumentalistas apresentam conhecimento limitado sobre as diretrizes estabelecidas pela tabela Sigtap, de acordo com a pesquisa. Em suas respostas, destacaram que o foco principal está nos cuidados diretos com o paciente e no apoio à equipe médica responsável pelo procedimento cirúrgico:

Normalmente é assim. Acredito que os enfermeiros sabem dos materiais de custo mais elevado, igual às próteses, aos *stents*... Aí a gente sabe a quantidade máxima para cada procedimento. É muito superficial, não é um conhecimento assim, profundo, entendeu? De todos, de todos os procedimentos da tabela, acredito que não. Eu, pelo menos, não (Entrevistada enfermeira 1).

Então, ali a gente tem essa notícia na hora do agendamento. A tabela Sigtap é complexa demais, não tem como a gente decorar ela e o circulante; ele está nos cuidados propriamente ditos do paciente, então, não tem como ficar fazendo isso. E a gente tem um relacionamento muito próximo com consignado, né, aqui no corredor ao lado, quando a gente liga. Então, a gente tem é uma ciência, é uma noção. O que acontece muito? O paciente está operando, o cirurgião está operando, ele não quer saber, ele quer atender o paciente, e a função da enfermagem é atender o paciente. A gente está com um problema na hora, o que que vamos fazer? Resolver o problema do paciente (Entrevistada enfermeira 3).

Verificou-se que os funcionários do setor de material consignado apresentam pouco conhecimento acerca da compatibilidade e dos limites quantitativos dos OPME, uma vez que sua função principal envolve aspectos logísticos como a distribuição e o fornecimento de materiais. Lima *et al.* (2015) reiteram que a compreensão e a análise dos custos dos procedimentos são imprescindíveis para os gestores e profissionais de saúde contribuírem com a proposição e adoção de medidas racionalizadoras voltadas à sustentabilidade financeira das organizações, pois, apesar de terem acesso à tabela, focam na prioridade operacional e logística em atividades diárias, em detrimento à compreensão detalhada das diretrizes associadas à tabela Sigtap:

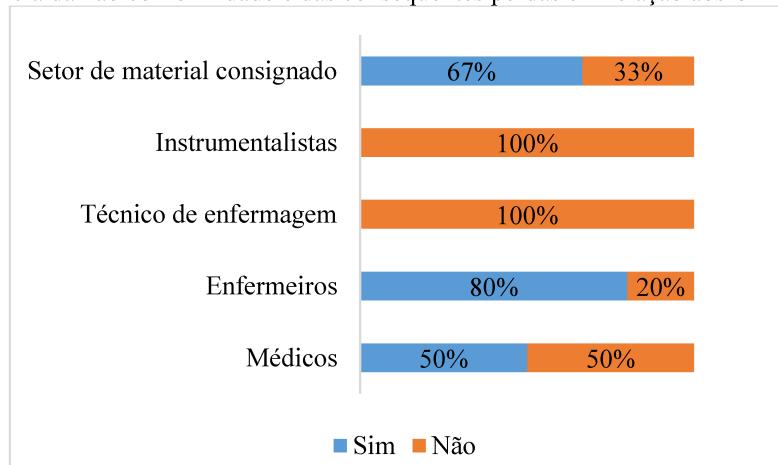
Da tabela Sigtap, sim, por causa dos códigos dos materiais que já são cadastrados no sistema, mas, pela quantidade máxima e mínima, não, porque a gente só disponibiliza o material, né, não quantidade, quantitativo, não (Entrevistado funcionário 1).

A gente geralmente informa o que foi consumido. A nossa obrigação é logística (Entrevistado funcionário 2).

Quando questionados sobre as perdas de OPME no faturamento, os profissionais demonstraram desconhecimento em relação a essa problemática na maior parte dos casos, visto que vários deles supõem a ocorrência de tais prejuízos, enquanto outros reconhecem superficialmente o problema e expressam interesse em aprofundar o assunto.

O Gráfico 6 ilustra que 80% dos enfermeiros, 67% dos funcionários do setor de material consignado e 50% dos médicos estão cientes da não conformidade e das consequentes perdas em relação aos OPME no faturamento à época da pesquisa, e todos os instrumentalistas e técnicos de enfermagem afirmaram não conhecerem tal situação:

Gráfico 6 – Ciência da não conformidade e das consequentes perdas em relação aos OPME no faturamento



Fonte: Elaboração da autora (2023), com base nos dados da pesquisa.

A equipe do setor de material consignado mencionou o estabelecimento de comunicação com o faturamento por meio da plataforma Microsoft® Teams. Comumente, determinados procedimentos cirúrgicos envolvam a utilização recorrente de OPME específicos e, quando o profissional responsável pelo faturamento de um prontuário se depara com a ausência do OPME habitualmente empregado, ele entra em contato com o material consignado para verificar a correção ou ausência desse item, o que ocorre apenas em situações esporádicas, quando há divergências detectadas durante o faturamento. Assim, não existe um relatório feito pelo faturamento para informar sobre os materiais que não foram faturados, conforme destacado por uma colaboradora do material consignado, quando questionada sobre a ciência das perdas: “O que você não cobrou,

quem vai informar? Não existe um relatório, não; existe um meio de conversa entre os dois setores. Como eles vão saber se cobrou ou não?" (Entrevistada funcionária 3, do setor de material consignado).

Embora a maioria dos enfermeiros alega sobre a ciência acerca das perdas de materiais, limitam-se a uma compreensão superficial do problema. A equipe médica frequentemente utiliza uma quantidade maior de materiais do que é descrito na tabela, mas desconhecem a extensão exata dos prejuízos:

Eles sabem que perdem, né? A gente fala que não paga esse material ou que não fatura. A gente tem noção, mas não sabe o tanto que é. A gente sabe que perde, mas não sabe se é muito, se é pouco por mês, quanto que falta. A gente sabe que não fatura, que o hospital perde em dinheiro, mas a gente não sabe quanto, nem quais materiais são (Entrevistada enfermeira 2).

De modo semelhante, a equipe médica possui um entendimento limitado das perdas. Os ortopedistas/traumatologistas afirmaram unanimemente não ter conhecimento da existência dos prejuízos no faturamento, enquanto alguns neurologistas possuem certa noção do problema e outros sequer estavam cientes dele, como evidenciado nestes depoimentos dos membros da equipe de Neurologia:

A gente sabe que isso acontece, mas a gente não tem essa dimensão detalhada até o momento (Entrevistado neurologista 4).

A primeira vez que eu vi uma relação dessa foi a que você me mostrou agora. Nunca passaram para nós (Entrevistado neurologista 1).

A equipe médica da especialidade de cardiologia evidenciou um maior nível de familiaridade com as perdas de materiais e enfatizou a necessidade de um canal de comunicação que os informe sobre essas perdas.

Sim, não de todas. Eu até gostaria de receber um informativo, alguma coisa sobre perdas que ocorreram e porque ocorreram essas de quantidade. Por exemplo, você teve um caso que você gastou mais, isso aí não tem nada a ser feito a respeito, né? Vamos dizer que teve um erro de codificação, erro de lançamento, algum erro de registro de produção assistencial; acho que é onde dá para mexer mais, que da parte técnica não tem muito o que fazer a respeito, sabe? A gente tenta não fazer demais, né? Por exemplo, você tem um paciente com múltiplas lesões, você não precisa tratar tudo de uma vez – trata uma hoje, trata uma depois em outro dia... Tem essa parte que é boa para o serviço, que daria para fazer, sim, mas nem tudo, né? (Entrevistado cardiologista 1).

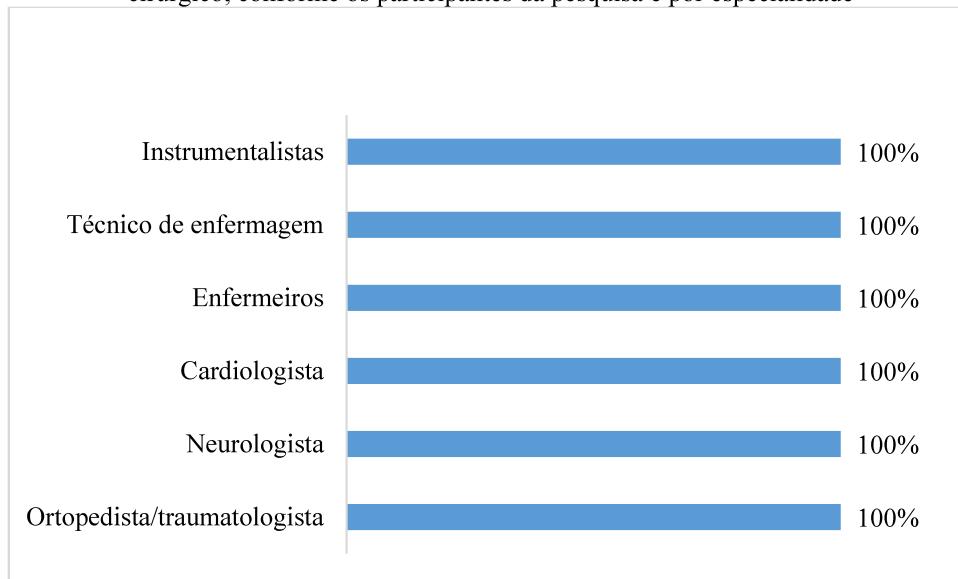
Dessa forma, a maioria dos profissionais possui um conhecimento básico e superficial da tabela Sigtap e das perdas de OPME no faturamento do HC-UFU. Essa constatação ressalta a importância de um treinamento adequado e informativo sobre tais prejuízos, com foco na compreensão da tabela, com vistas a uma alocação adequada de recursos, para os profissionais adequarem, quando possível, o procedimento cirúrgico com os materiais enquadrando na tabela Sigtap, o que otimizaria o processo de faturamento. Além disso, estar ciente dos referidos fatos poderia levar à vigilância e ao controle mais elevados sobre o uso dos recursos e à redução das perdas de OPME.

4.3.2 Processo de solicitação, liberação e utilização de OPME em cirurgias e possíveis causas de perdas

A utilização de OPME nas cirurgias segue um fluxo iniciado com o agendamento dos procedimentos cirúrgicos pela equipe médica, por meio de diferentes meios de comunicação, tais como verbal, e-mail ou sistemas eletrônicos. Por esse motivo, o presente tópico visa investigar a dinâmica da solicitação de OPME, o que inclui a existência e a eficácia de um planejamento prévio para determinar os materiais necessários para cada procedimento. Adicionalmente, busca-se verificar se o processo de solicitação de OPME é padronizado entre todos os envolvidos, com o intuito de garantir uniformidade e eficiência na solicitação.

Além disso, foi possível identificar e analisar as opiniões dos entrevistados acerca da causa das perdas de OPME no faturamento. Ressalta-se que os funcionários do setor de material consignado não foram questionados sobre a questão, uma vez que ela está relacionada aos procedimentos cirúrgicos e, portanto, diz respeito à equipe médica envolvida no CC.

Gráfico 7 – Existência de programação sobre OPME utilizados no procedimento proposto antes do procedimento cirúrgico, conforme os participantes da pesquisa e por especialidade



Elaboração da autora (2023), com base nos dados da pesquisa.

O Gráfico 7 demonstra que os participantes das categorias profissionais consideradas nessa questão citaram a programação dos OPME utilizados no procedimento proposto antes da cirurgia. Aqui se envolvem a identificação e a seleção dos materiais específicos necessários para cada intervenção, ao assegurar a disponibilidade no momento da cirurgia. A unanimidade das respostas indica uma prática estabelecida e reconhecida entre os profissionais de saúde, ao indicar um compromisso com a preparação adequada e a eficiência no uso dos recursos cirúrgicos. Essa prática é crucial para a otimização do processo cirúrgico e a minimização de riscos associados à falta de materiais durante os procedimentos, cujo planejamento prévio é realizado apenas em cirurgias eletivas agendadas com antecedência. Nos procedimentos de urgência, tal iniciativa não é possível, com a necessidade de requisitar os itens apenas no momento da cirurgia:

Em toda cirurgia tem programação cirúrgica, uma programação de materiais que vai usar, só que é igual. Cada cirurgia é individualizada e a gente pode no raio-X ver, de maneira indireta no exame de imagem, o que o paciente tem; já na parte da ortopedia, é outra coisa que pode achar um fragmento a mais, precisar de uma placa a mais, de um parafuso a mais, de uma arruela a mais; é muito individualizada essa parte cirúrgica. Sobre a análise de compatibilidade, não é realizada (Entrevistado ortopedista 5).

Principalmente procedimento eletivo, né? [...] De acordo com a indicação cirúrgica, a gente programa os materiais. Sobre compatibilidade, não. É muito individualizado o tratamento. Então, depende da fratura – se a gente vai poder ou

precisar usar quantidade maior do que está referido na tabela (Entrevistado ortopedista 6).

Antigamente, era bem diferente. Eles pediam material, não reservava material, aí tinha que ver se tinha disponível no momento. Mas, agora, de uns anos para cá, aí eles começaram a separar tudo, organizar por cirurgia no dia anterior e o material desce identificado (Entrevistado instrumentalista 1).

No que tange à análise de compatibilidade, a maioria dos entrevistados afirmou que tal verificação não é realizada, especialmente em procedimentos de urgência. Tal estratégia entre o procedimento cirúrgico e o material é crucial, pois, se houver incompatibilidade conforme os parâmetros da tabela Sigtap, o material utilizado não pode ser lançado no faturamento, o que resulta em prejuízos financeiros:

Sobre a análise de compatibilidade, provavelmente não ocorre em todas as cirurgias; por exemplo, nas urgências que usam o kit de drenagem, geralmente a gente não olha. Subdural crônico, que é um problema nosso, que a gente põe dreno e na tabela do SUS, acho não tem, a gente sempre vai usar esse material, mas a gente sabe que não tem na tabela, e aí vai dar perda (Entrevistado neurologista 1).

Nas cirurgias eletivas de coluna, isso é possível agora. Além das cirurgias eletivas de coluna, eu sou responsável também por caso de cirurgia de urgência e, pela necessidade de fazer um procedimento mais célere ou transoperatória, que às vezes não é percebida no pré-operatório, a gente necessita de algum material. A gente pede para a pessoa pegar e a gente não tem como fazer essa análise prévia que talvez fosse necessária em todos os casos, né? Mas, nos casos de emergência, muitas vezes não é possível (Entrevistado neurologista 3).

No que diz respeito ao processo de liberação de OPME, grande parte dos entrevistados indicou que tal procedimento é conduzido predominantemente pelo setor de materiais consignados do HC-UFG:

O setor de consignado que libera, que faz a compra e libera para usar. Esses materiais têm que ficar aqui geralmente, como válvula e dreno. Agora, material para a cirurgia de coluna, parafuso, essas coisas vêm consignadas por pedido, mas existem materiais que já têm que ter aqui, porque são cirurgias de urgência e não dá tempo de pedir para vir (Entrevistado Neurologista 1)

A gente faz uma guia cirúrgica, fala do descritivo desse material, da necessidade dele e vai para o setor de OPME (Entrevistado neurologista 2).

É com o pessoal do consignado. Como que é liberado? O cirurgião faz a solicitação para o OPME até 24 horas antes, que entrega esse material aqui na farmácia, e a farmácia só entrega para a gente (Entrevistada enfermeira 3).

É feita uma solicitação e aí é passado no fechamento de mapa antes do fechamento de mapa. Quem fica responsável por liberar é o consignado: eles conferem, solicitam e a cirurgia só é liberada teoricamente se tiver o OPME. Tem algumas cirurgias em que o médico pede algum OPME que não cobre, cirurgia não cobre, e a gente conversa com consignados se eles liberarem e pega; se não, a gente avisa para o cirurgião [...] é igual esses dias: eles pediram grampeador para bariátrica, estavam fazendo a procto/cirurgia e queriam usar o grampeador da bariátrica. Eu fiz contato com o consignado e não liberou porque não cobre, é liberado o consignado só para bariátrica; se eles tivessem pedido há 15 dias, fizessem uma solicitação, ia passar por uma comissão para decidir se iria liberar ou não, mas, muitas vezes, o cirurgião que realizou veio aqui na hora e não conseguiu. Ele fecha manual, ele queria o grampeador para fechar com o grampeador, só que aí ele fechou manual (Entrevistada enfermeira 4).

A análise acerca da resposta da enfermeira acima revela a existência de um controle quanto à solicitação de OPME incompatível com o procedimento cirúrgico, conforme especificado na tabela Sigtap. Nesse caso, a liberação dos materiais não ocorre de maneira simples, por requerer a justificativa prévia a ser submetida e aprovada por uma comissão específica, algo imprescindível para evitar as perdas financeiras associadas ao uso de OPME no faturamento hospitalar.

De acordo com Brasil (2016b), em casos de incompatibilidade entre a utilização de OPME e o procedimento ou quando a quantidade utilizada exceder o previsto pela tabela Sigtap, o profissional de saúde responsável deve preencher uma justificativa para detalhar o uso de materiais excedentes ou incompatíveis. A solicitação de OPME é realizada pelo SIH, como citado pelos participantes da pesquisa de maneira unânime, como visto neste fragmento: “Quem solicita é o cirurgião, mas não é enfermagem. Até onde eu posso te dizer, é pelo sistema, né, pelo AGHU ou no SIH. Quando ele agenda o paciente, ele coloca na observação com material que ele vai usar” (Enfermeira 3). Para aquisição de OPME, a licitação abrange as disposições contidas na Lei n. 14.133, de 1º de abril de 2021 (Brasil, 2021). O almoxarifado central do hospital é responsável pela armazenagem, e a solicitação de OPME precisa ser realizada com antecedência, no caso de procedimentos eletivos.

Complementarmente, a aquisição de OPME pelo HC-UFGD ocorre por meio de instrumentos convocatórios de licitação, em que os materiais consignados ficam sob a guarda do HC-UFGD, cujo faturamento/pagamento ocorre após a utilização nos procedimentos cirúrgicos. Em função do alto custo e da variedade de tamanhos e modelos, os OPME são adquiridos por consignação, como visto alhures; com isso, os profissionais do setor de material consignado liberam os itens no SIH após a equipe médica solicitado no sistema.

A última pergunta da parte C do formulário visou identificar possíveis causas das perdas de OPME no faturamento hospitalar, conforme a opinião de cada entrevistado. Nesse sentido, a tabela Sigtap foi considerada um dos principais causadores de prejuízos no faturamento, pelo fato de estar desatualizada e não ter acompanhado os avanços e aperfeiçoamentos nos procedimentos cirúrgicos e materiais utilizados.

Além disso, a tabela padroniza a quantidade de OPME a todos os pacientes, sem considerar as especificidades, o que foi visto como problemático, pelo fato de cada paciente apresentar condições únicas. Durante o procedimento cirúrgico podem surgir complicações inesperadas que demandam uma quantidade maior de material do que a prevista, o que resulta em prejuízos devido à impossibilidade de ajuste nos OPME, de acordo com as necessidades reais de cada paciente:

Talvez, o nome “perda” não seja o mais correto, né? Acho que o mais correto seria talvez a “má formulação”, “estipulação” e a “não segmentação” dessa tabela em diferentes níveis de gravidade e necessidade de cada doente. Acho que ela simplifica muito, é como se todos os pacientes fossem iguais e eles não são, não, é diferente um paciente que vem em uma situação no infarto agudo e um paciente que vem com data marcada com um sintoma leve para fazer um procedimento. A tabela une todos em uma situação única... se essa tabela fosse diferente para diferentes pacientes ou diferentes doenças? Com diferentes situações, talvez a perda seja fosse bem menor, né? Porque, em uma situação de infarto agudo, você simplesmente não pode parar no meio de uma angioplastia utilizando só o limite de dois *stents*, sendo que ele precisa de um terceiro *stent* e, não se colocar esse terceiro *stent*, ele vai ter uma trombose ou falecer, né? Em uma situação de choque cardiogênico, muitas vezes você tem que tentar abrir as outras artérias para ele sair... Então, são situações diferentes. Acho que simplesmente existem perdas porque a tabela é mal formulada (Entrevistado cardiologista 2).

Sim, a falta de atualização da tabela Sigtap. Você precisa usar o material, mas ele não está compatível, você precisa dar esse suporte para o paciente, não tem como tratar aquela doença sem esse material e a tabela não tem porque é muito antiga, não se atualizou em relação aos tratamentos que melhoraram (Entrevistado neurologista 1).

A tabela Sigtap é mais antiga do que nós aqui na UFU. A Sigtap que usa hoje é de 2001, se não me engano. O principal é isso. As técnicas mudaram, a quantidade de material que a gente tem mudou e a gente é obrigado a colocar no paciente. Tem respaldo na literatura falando que isso é superior; então, a gente não pode ficar tratando paciente; em 2001, ela já não era atualizada, ela foi publicada em 2001 já seguindo coisa de 1980. Então, a tabela tem que andar (Entrevistado ortopedista 1).

A desatualização do Sigtap, e acho que qualquer especialidade cirúrgica, cada paciente individualizado, você abre e vê que o que está acontecendo lá dentro é totalmente o que a gente vê no exame de imagem. Eu não posso abrir a liberação só de dois parafusos, pregar só metade da fratura, outra metade não pregar, porque

falta parafuso e irresponsabilidade médica também, né? (Entrevistado ortopedista 5).

Além das limitações da tabela Sigtap, alguns participantes da pesquisa identificaram outros fatores que contribuem para as perdas de OPME no faturamento, como o planejamento inadequado e os problemas relacionados à programação cirúrgica. Em algumas ocasiões, o médico responsável pela avaliação do paciente e solicitação dos materiais apropriados em uma cirurgia não é o mesmo que realiza o procedimento cirúrgico no dia determinado; logo, o que realiza a avaliação inicial pode ter um entendimento específico das necessidades dos pacientes baseado em sua avaliação, enquanto o profissional responsável pelo procedimento pode ter uma abordagem diferente ou identificar indigências adicionais durante o procedimento cirúrgico. Nesses termos:

Acho que tem duas causas: uma é a falta de planejamento e, consequentemente, de compatibilidade dos códigos que são colocados, e a outra é a deficiência do SUS, não é adequada. Assim, eles estão muito fora da realidade do que acontece hoje, pois essa tabela do SUS foi criada há muitos anos e, agora, tem um projeto de lei para atualizar valores, mas nem sei se vai atualizar compatibilidade (Entrevistada técnica de enfermagem 4).

Outro problema mencionado foi o preenchimento incorreto dos códigos, visto que cada código libera determinados OPME. A análise das entrevistas revelou importantes questões relacionadas à codificação no setor de material consignado, como a falta de conhecimento técnico dos funcionários sobre os materiais e procedimentos cirúrgicos, o que pode levar a equívocos no tocante ao registro dos materiais utilizados. Quando tais colaboradores analisam prontuários, podem perceber que a cirurgia realizada habitualmente utiliza outro tipo de material diferente daquele codificado na comunicação de uso, cuja incompatibilidade pode resultar em perdas financeiras, pois materiais codificados incorretamente e incompatíveis com o procedimento realizado não podem ser lançados no faturamento.

Em tais conjunturas, o setor de material consignado precisa corrigir os códigos, mas, como como relatado por uma funcionária, há limitações como a falta de acesso à nota operatória, ao contrário do faturamento, enquanto a nota fiscal geralmente fica disponível de forma genérica, sem especificar os detalhes para uma codificação precisa – essa lacuna, inclusive, dificulta a identificação e correção de erros. Além disso, a experiência e a familiaridade dos funcionários do faturamento com os procedimentos são variáveis: funcionários recém-contratados ou com menos experiência podem não perceber os erros, o que incorre na exclusão de materiais incompatíveis do

faturamento e, consequentemente, gera perdas financeiras para o hospital, pois os materiais utilizados não são devidamente faturados.

Má codificação dos consumos cirúrgicos, né, até no pedido. No primeiro pedido de material, não há programação correta dos materiais, e acho também que, lá no faturamento, o pessoal espera do consignado essa codificação, porque o pessoal do consignado não tem contato com a equipe médica. Eu falo: “vocês podem ir na equipe médica para eles codificarem, pois o pessoal do consignado não esse contato com a equipe médica”. Assim, a gente só pega o material pronto, consumo pronto. A gente não tem contato com a equipe (Entrevistado funcionário 1 setor de material consignado).

Alguns entrevistados sugeriram que a equipe médica poderia se esforçar para consultar a tabela Sigtap, assegurar o preenchimento correto dos códigos das cirurgias e verificar previamente a compatibilidade dos materiais:

As pessoas precisam ter mais ciência da importância de complementar os códigos e às vezes, o paciente vem agendado com o código que ele não complementa todos os materiais que são utilizados. Já aconteceu de a gente ter que ir lá na frente agendar e o consignado falar “não”. Esse agendamento não consegue abranger os materiais que você está me pedindo e a gente tem que mudar código; então, antes desse agendamento inicial, tem que ter essa observação também (Entrevistada técnica de enfermagem 2).

Há casos em que a equipe médica não descreve detalhadamente o procedimento cirúrgico e, tampouco, a quantidade de material utilizado. Essa falta de precisão nas documentações pode gerar diversos problemas, como dificuldades na codificação correta dos materiais, incompatibilidades no faturamento e a impossibilidade de rastrear o uso dos OPME.

A necessidade de capacitação e treinamento contínuo dos funcionários é fundamental para assegurar a eficiência e precisão na codificação e uso de OPME. Levar conhecimento técnico e prático às equipes por meio de programas estruturados de treinamento pode minimizar erros, melhorar a compatibilidade dos materiais com os procedimentos realizados e fortalecer a comunicação intersetorial. É importante realizar reuniões mensais entre os setores envolvidos, como o de material consignado, faturamento e a equipe médica para discutir problemas recorrentes, compartilhar soluções e alinhar práticas.

Se mais gente conhecesse, acho que seria bom... talvez uma sensibilização, não sei [...]. Tem paciente que realmente precisa, não tem jeito. Aí você fala: “nossa, mas eu só posso gastar, sei lá, dois, três, mas o paciente precisa de quatro, precisa de cinco e que preço tem a vida, né?”. A gente prefere colocar e, talvez, teria que ver a questão da padronização na tabela. Não sei como que funciona esse aí. Eu

não tenho noção nenhuma de como que essa atualização das tabelas e teria que fazer um projeto. Você teria que ter alguma evidência científica? Eu não sei como seria essa atualização de tabela, mas, na hora, a gente coloca, não tem jeito (Entrevistada enfermeira 2).

Acho que existem várias causas, né? Primeiro, acho que tem que ter capacitação assídua das equipes, de todas as equipes. Acho que o que mais causa perda mesmo é falta de captação e determinar as responsabilidades de cada setor. Por exemplo, nós temos que disponibilizar o material no tempo e na hora do cirurgião, de acordo com o nosso catálogo. A gente tem que alimentar o sistema com a informação que veio da assistência, conferindo as etiquetas. Acho que o pessoal da assistência tem que ter a responsabilidade de preencher corretamente, descrever o que foi usado material corretamente, como foi usado. O pessoal do faturamento também tem que conhecer o que pode ser faturado, inclusive lendo a nota técnica, sabendo interpretar o que tem de erro para saber onde busca essas informações. Então, acho que também falta melhoria até nos processos no sistema de informações, melhorar a interface do sistema, por exemplo, SIH, AGH... o nosso sistema legal de consignado falta melhorar (Entrevistado funcionário 2, do setor de material consignado).

Tinha que ter uma forma de ter uma comunicação entre os setores informando que esse material não é compatível com a cirurgia tal, a cirurgia que realmente foi realizada. O que acontece? Programou a cirurgia tal, o nome da cirurgia é essa. Chega lá na sala de cirurgia e, às vezes, a cirurgia não é aquela, é outra, muda, o médico descreve de outra maneira, e, às vezes, a cirurgia é outra mesmo, ou então ele depara com mais uma, ele faz... Então, o que acontece? Às vezes ele usa o material, às vezes ele usa mais material do que foi solicitado, aí ele vai buscar os da urgência, né? Então, é tudo muito, muito vago, né? É uma surpresa com dado paciente. Aí desce para o faturamento, usou isso, isso e isso, o faturamento vai compatibilizar; se não é compatível, o que o faturamento vai fazer? Não vai cobrar. E quem está informando que não está cobrando esses materiais, nem na média, nem na alta... Tem alguém informando? Não tem, né? (Entrevistado funcionário 3, do setor de material consignado).

Na sequência, o próximo subtópico aborda as iniciativas de otimização processual com o intuito de minimizar os prejuízos de OPME no setor investigado nesta dissertação.

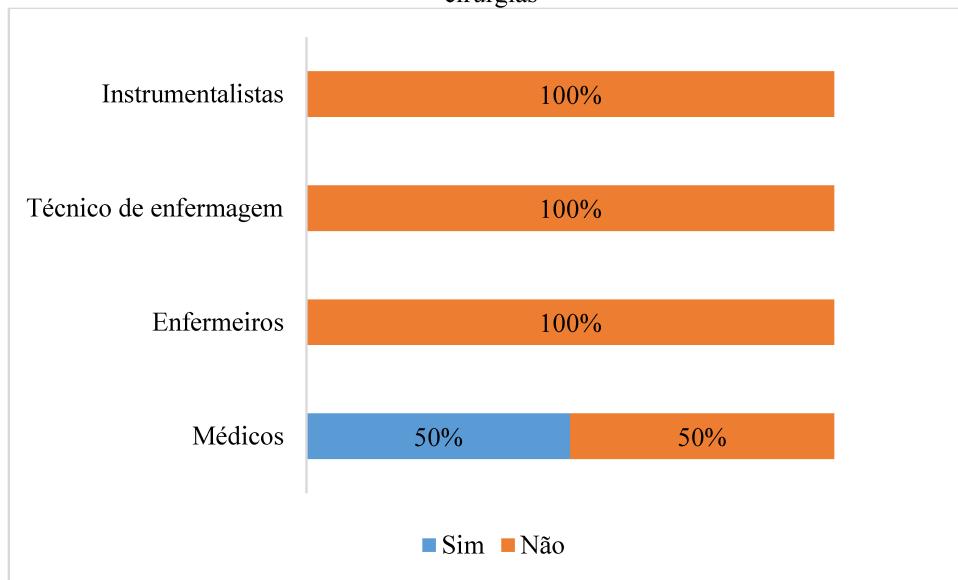
4.3.3 Possíveis ações de melhoria dos processos para reduzir as perdas de OPME no faturamento hospitalar

A última parte do formulário direcionado aos entrevistados buscou averiguar a existência de boas práticas para a criação de um *checklist* no uso de OPME durante as cirurgias. Além disso, investigou se os OPMEs podem ser reutilizados, reprocessados ou reesterilizados, aspectos

essenciais para identificar opiniões e sugestões sobre possíveis ações de melhoria nos processos e redução das perdas de OPME no faturamento hospitalar.

Em relação à existência de um *checklist*, percebe-se a inexistência de um protocolo formalmente estabelecido, sobretudo no que tange ao uso de materiais nos procedimentos cirúrgicos (Gráfico 8):

Gráfico 8 – Existência de normativas e boas práticas para a criação de um *checklist* na utilização de OPME nas cirurgias



Fonte: Elaboração da autora (2023), com base nos dados da pesquisa.

Ressalta-se que os funcionários do setor de material consignado não responderam a essa pergunta, pois ela é direcionada aos profissionais que compõem a equipe diretamente envolvida na cirurgia e está presente no CC. De acordo com o Gráfico 8 e os excertos subsequentes, constata-se que a maioria dos profissionais entrevistados indicou a inexistência de um *checklist*, cuja adoção pode melhorar a eficiência do processo cirúrgico e reduzir erros e desperdícios:

Então falta esse *checklist*. Não temos (Entrevistado neurologista 2).

Nunca vi, não conheço (Entrevistado ortopedista 5).

Não existe (Entrevistada técnica de enfermagem 3).

Acho que não. Acho que esse *checklist* teria que ter, né? O controle, tentar agendar esse paciente eletivo... Não sei se teria um jeito de melhorar essa questão de comunicação de material no *checklist*... a gente não consegue. A gente não tem, né? Não sei se o setor lá de OPME tem para essa questão... Mas, assim, a gente também precisa conhecer, né? O que de cada, por exemplo? Cada procedimento... o que a gente pode gastar? Tem coisa que a gente não sabe, por exemplo, a

embolização da neuro. O que pode gastar? Eu não sei, eu sei o que eles pedem, mas o que eles pedem é o que está dentro do negócio (Entrevistada enfermeira 2).

Entrevistados relataram somente a existência do *checklist* da cirurgia segura como estratégia para alcançar a segurança do paciente via padronização em três etapas. De acordo com o “Protocolo para Cirurgia Segura” do MS (Brasil, 2013a), a primeira checagem acontece antes da indução anestésica, a segunda, antes da incisão cirúrgica, e a última, ao final do procedimento:

A gente faz de acordo com *checklist* só a cirurgia segura, no momento da cirurgia, [para verificar] se está compatível o material (Entrevistado instrumentalista 1)

Aqui no hospital a gente usa a cirurgia segura, né? Nela faz a pergunta se vai usar OPME, se eles estão disponíveis, mas, específico para o OPME, acredito que não tenha. Tem esse de cirurgia segura, em que são vistos todos os materiais que serão utilizados na cirurgia (Entrevistada técnica de enfermagem 1).

Aqui a gente tem o *checklist* de cirurgia segura. A gente pergunta se, no procedimento que vai ser realizado, os materiais constam em sala: “doutor, tem algo que queira acrescentar? Não?”. Em caso positivo, a gente vai solicitar, mas uma parte específica descrevendo, não; é de forma bem abrangente, é só para ter aquela ciência se foi solicitado para não anestesiar o paciente, falar o material não está em sala, mas é nesse sentido (Entrevistada técnica de enfermagem 2).

Nós temos *checklist* da cirurgia segura. Poderia ser colocado, nesse caso da cirurgia segura, um aditivo, pelo menos aqui no hospital, né? Da necessidade de algum OPME porque não tem nenhuma pergunta relacionada a isso (Entrevistado neurologista 3).

Percebe-se que alguns entrevistados relataram a existência do *checklist*, mas se referem a questões relacionadas à disponibilidade dos materiais em sala de cirurgia. Além disso, mencionaram que tal lista inclui a descrição de um planejamento prévio para detalhar os materiais necessários ao procedimento cirúrgico. Esse planejamento antecipado visa garantir a disponibilidade e as condições adequadas dos OPME antes da cirurgia, o que contribui para a eficiência e segurança do procedimento. Contudo, ainda há lacunas para um *checklist* abrangente, com a abordagem de todas as etapas críticas, desde a seleção até o rastreamento e faturamento dos materiais.

Da neurocirurgia, geralmente é muito bem discutido previamente. Principalmente nas eletivas, a gente evita usar materiais, inclusive, abrir materiais que gente não vai usar. A gente abre, sim, só um momento do momento da cirurgia que a gente percebe que precisa. E aí às vezes, se não fica bem adequado, depois de fazer o procedimento que a gente pensa em trocar ou não. Mas, a princípio, a gente tenta

seguir geralmente uma orientação, a discussão prévia com chefe, né? A gente não sai abrindo um material que não tem necessidade (Entrevistado neurologista 4).

Inclusive, a gente confere esse material antes de iniciar o procedimento. Solicita e depois a gente checa (Entrevistado ortopedista 2).

Com padronização do uso de OPME, a implantação de normativas para a criação de um *checklist* nas cirurgias envolveria a elaboração de diretrizes e procedimentos sistematizados que podem garantir correta seleção, preparação, utilização e rastreamento de materiais durante os procedimentos cirúrgicos.

Embora cada paciente seja único e, por vezes, a padronização do uso de OPME em cada cirurgia seja desafiadora devido a intercorrências e situações imprevistas, deve-se adotar medidas para entender e reduzir as perdas de OPME. Implementar estratégias para analisar e mitigar os problemas pode resultar no uso eficiente dos recursos e melhorar a segurança do paciente e os custos hospitalares. Medidas como confirmação de compatibilidade do material com o procedimento cirúrgico planejado, documentação de quaisquer alterações nos materiais utilizados e registro detalhado dos itens empregados são fundamentais para garantir o uso dos OPME de maneira segura, eficiente e econômica, com vistas a resultados cirúrgicos e operacionais satisfatórios nos hospitais.

Em relação à pergunta sobre o reaproveitamento e reprocessamento dos materiais, houve um consenso entre os entrevistados, ao indicarem a aplicação de recomendações do fabricante quanto à reutilização de tais itens:

Depende do que é, do o que é o material. A gente sempre segue a orientação do fabricante. A maioria deles não são reprocessados, são descartados, são de uso único, mas o hospital tem a prática de seguir as orientações do fabricante (Entrevistada enfermeira 3).

Depende do que está escrito. [Geralmente] É na embalagem. Alguns são de uso único e outros podem ser reprocessados (Entrevistada técnica de enfermagem 2).

Foi mencionado que, em alguns casos, o custo do reprocessamento pode ser maior do que o da aquisição de novos materiais:

Não acontece mais, não só alguns, mas são poucos. Quando cheguei aqui, em 2020, ainda se fazia muito reprocessamento, mas aí depois fui ver que o custo era mais elevado para alguns materiais do que comprar novo, e os que fazem o reprocessamento são materiais mais de alto custo, acho que os cateteres eletrofisiologia, que são de elevado custo e que são permitidos pela Anvisa fazer

o processamento, né? Porque isso é. Uma observação tem que ter noção todos que podem fazer; então, quando pode ser feito, é reprocessamento e é um material de alto custo. A gente faz, mas são poucos materiais. Se eu não me engano, é alguns, algumas bainhas longas e os cateteres de eletrofisiologia. Agora, o resto não compensa mesmo. Não compensa o risco e fica mais caro também (Entrevistada enfermeira 1).

Se, no rótulo deles, vier escrito, não é proibido reprocessar. A gente processa, mas, na maioria deles, vem escrito “proibido reprocessar”. O que é proibido, a gente não pode, a gente joga fora, mas o que vem com a recomendação de uso único. Aí é recomendado, não é proibido. O que é recomendado? A gente reesteriliza, a gente tenta. A gente fez um estudo com o pessoal da CME com relação ao fio 035. Ele é mais caro, você reesteriliza em vez de usar um novo. Então, a gente parou de reesterilizar. A gente não manda, mas aí tem coisa que reesteriliza ainda, que é muito caro ainda, reesteriliza que fica mais barato, mas agora a gente ainda tem a questão da etiqueta. Se vier proibido, reprocessar, pode ser o valor que for a gente joga fora (Entrevistada enfermeira 2).

No entanto, para materiais de alto custo ou de difícil obtenção no mercado, o reprocessamento pode ser uma opção viável, desde que não haja uma proibição explícita por parte do fabricante. Essa prática deve ser cuidadosamente avaliada para garantir a segurança e a eficácia de tais itens, em que o reprocessamento precisa estar em conformidade às normas regulamentares e as melhores práticas da indústria:

Raro. Até tinha mais aqui no serviço, mas parece que financeiramente, né, não compensa. Então, raramente se reesteriliza algum material. Geralmente é algum que você considera necessário e que está difícil de conseguir no mercado, aí às vezes, às vezes surge motivação para fazer reprocessamento de material, mas a maioria dos materiais já nem permite esse reprocessamento por recomendação do fabricante. Esses realmente estão fora de cogitação, mas há dos materiais que são muito processados com sucesso, dependendo da necessidade. Mas, via de regra, rotineiramente, não, porque não compensa financeiramente (Entrevistado cardiologista 1).

A última pergunta do formulário visou obter sugestões dos entrevistados sobre ações que poderiam ser implementadas para reduzir as perdas de OPME no faturamento hospitalar. Grande parte apontou a tabela Sigtap como uma das causas das perdas de OPME no setor, por ser desatualizada em relação aos valores dos procedimentos e às compatibilidades dos materiais. Os participantes enfatizaram a necessidade de revisar tal documento, por padronizar os pacientes de forma homogênea e desconsiderar as particularidades deles. Embora a tabela Sigtap tenha sido criada para organizar, padronizar e facilitar os processos, é necessário realizar uma atualização e um estudo para reformulá-la de fato, para refletir os avanços nos procedimentos cirúrgicos e nas tecnologias de OPME, bem como assegurar maior precisão e eficiência no faturamento hospitalar:

Eu mudaria, faria uma força-tarefa para otimizar essa tabela Sigtap para que ela individualizasse situações e não colocasse todos os pacientes na mesma situação, porque são muito diferentes, né? Cada paciente tem sua particularidade e cada paciente precisa de uma decisão em sala que é única, [...] porque muitas variáveis podem ocorrer em uma cirurgia. Então, você tem que entrar para um procedimento sabendo que é possível ter outras variáveis que te façam usar mais materiais, né, e a tabela não contempla isso. Quando essas situações ocorrem, é prejuízo para a instituição (Entrevistado cardiologista 2).

Primeiro teria que rever a tabela, ver se existe a possibilidade de atualizar. E outra coisa seria treinar a equipe para todo mundo ficar ciente do que pode e não pode usar. E, na hora de pedir o material, quem está lá no material consignado teria que falar: “olha, esse material não é previsto na cirurgia, vocês têm outra opção pra tratar, sim ou não?”. Acho que se deve informar (Entrevistado neurologista 1).

A minha sugestão é que houvesse um ajuste na tabela porque, em uma cirurgia de coluna, o paciente tem uma fratura de um nível, mas eu chego lá e detecto que tem outras alterações; preciso, então, estender a cirurgia e vou precisar de mais OPME. A tabela me restringe e eu preciso, lá na hora, resolver a questão do paciente. Então, acho que a flexibilidade da tabela deveria ser a maior sugestão (Entrevistado neurologista 3).

Poderia ser feita a reavaliação da tabela Sigtap, que já deixaria de ser considerada perda e seria um valor atualizado, porque acho que tem muita coisa atualizada. Cada vez mais tem acesso a mais tecnologias que trazem benefícios do paciente e não são cobertas pelas tabelas (Entrevistado neurologista 4).

Primeiro é o Sigtap. Atualizar essa tabela. Não evoluiu, estamos em 2024 (Entrevistado ortopedista 2).

[...] quando acontece um problema, precisa reestruturar essa tabela, né? O SUS em tudo é muito defasado; então, os hospitais sofrem com isso, né? Então, os procedimentos, os materiais, são muito defasados, é coisa de muitos anos atrás, já tem técnicas novas, materiais novos. Então, o hospital está recebendo, tanto pelo procedimento quanto pelos materiais, coisas de 20 anos atrás, entendeu? (Entrevistado ortopedista 4).

Criada há vários anos, a tabela Sigtap sofreu poucas atualizações, o que resulta em perdas no que diz respeito ao faturamento de OPME, como incompatibilidade dos procedimentos com os OPME utilizados e limitações sobre quantidades máximas de OPME. Com o avanço tecnológico, a evolução dos procedimentos cirúrgicos e a utilização de novos OPME no mercado, torna-se importante a revisão da tabela, pois diversos itens ainda não são padronizados pelo SUS, e, portanto, não constam no referido documento. Scopel (2015) mostra que há um possível endividamento quando o repasse de recursos é insuficiente ou menor que o custo efetivo de procedimentos.

Reitera-se que os hospitais públicos frequentemente adquirem esses materiais a fim de proporcionar um tratamento superior aos pacientes, o que resulta em despesas que não podem ser faturadas.

Dessa forma, o contexto elucidado sublinha a importância de uma revisão da tabela para identificar os materiais utilizados e que não estão inclusos na tabela, bem como reavaliar as compatibilidades e quantidades máximas permitidas. Tal iniciativa poderia alinhar a ferramenta com os avanços tecnológicos e as práticas atuais, com redução das perdas e gestão otimizada dos recursos no sistema de saúde pública. A defasagem nos valores dos procedimentos hospitalares, resultante da falta de revisões periódicas, gera uma discrepância entre os custos reais da assistência hospitalar e os valores repassados pelo sistema. Complementarmente, a ausência de atualizações que refletem o aumento constante dos custos compromete a sustentabilidade financeira das instituições de saúde, o que impede a adequada cobertura dos custos operacionais (Pepe, 2009; Portela, 2010).

Outra sugestão amplamente mencionada pelos entrevistados foi a capacitação das equipes envolvidas nos procedimentos cirúrgicos. A análise das entrevistas revelou que diversos profissionais não possuem conhecimento adequado sobre a tabela Sigtap e as perdas de OPME no faturamento, e a maioria admitiu não estar ciente do funcionamento de tal ferramenta e desconhece as perdas de OPME decorrentes do não faturamento. Isso evidencia a necessidade de conscientizar os envolvidos nos procedimentos cirúrgicos sobre os valores dos prejuízos e os motivos subjacentes, com o objetivo de buscar soluções para minimizar tais problemáticas:

Acho que a questão de conhecimento é de sensibilizar a equipe, fazer com que todo mundo conheça, né? Do técnico até o médico. Todo mundo conhecer, porque acho que tem hora que não tem noção mesmo do que pode e o que não pode. Muitas vezes, a gente não vai nem saber qual é o procedimento de fato. A enfermagem está na sala, circulando, está dando assistência para a equipe, para o anestesista e paciente. O cirurgião falar fica muito difícil, mas precisa de um conhecimento, às vezes um treinamento do faturamento com a equipe de cirurgiões (Entrevistado enfermeiro 2).

Reforçar a capacitação do setor dessa importância, mas não custa nada, está reforçando e, às vezes, até está trazendo um índice mostrando para as pessoas estatisticamente quais são os critérios e o porquê da importância dessas perdas para faturamento do hospital e ter muita atenção com agendamento. Às vezes ele é agendado, mas o material não é adequado para aquele código e tem que trocar o código. Por exemplo, durante a cirurgia, precisou acrescentar algum procedimento com um material diferente, com aquele código, não concorda? Tem aquela atenção de pedir para o secretário da recepção fazer isso, né, para te passar o

código, e você coloca na folha de consumo, certo? (Entrevistada técnica de enfermagem 2).

Entendo que é através da capacitação, né? De educação para ensinar às equipes, tanto a equipe médica quanto a equipe de enfermagem, o processo desde o momento que vai fazer o pedido para analisar bem o que vai ser utilizado (Entrevistada técnica de enfermagem 3).

Primeiro, penso que tinha que partir lá do OPME. O OPME tinha que ter um controle do que o médico usou porque ele manda a folha do OPME para o faturamento, né? Então, na ficha operatória, o médico descreve; acho que o OPME tinha que ser mais convededor do que se fatura, de faturamento, mais entendido de faturamento, né? Não é só comprar o material e dar para o médico e pronto. Penso que eles tinham que ser convededores da tabela e que o pessoal do OPME tinha que saber todos que liberam o material, tinham que saber da tabela, né? Depois, o médico deveria fazer um relatório do que usou e do que não usou, o que foi possível, porque ele usou tal, e, depois, o faturamento deve fazer uma relação do que deu para cobrar e o que não deu. Você concorda que isso teria uma resposta objetiva, não é? (Entrevistado funcionário 3, do setor de material consignado).

Tinha que ter profissionais para acompanhar a cirurgia, sabe? Por exemplo, profissionais do consignado para acompanhar o preenchimento dos consumos... Deveria ter não só a equipe assistencial lá, mas alguém dentro, que é responsável, dentro dos consignados de cada área cirúrgica para acompanhar a codificação, o preenchimento dos consumos cirúrgicos na hora, porque reduziria bastante e ia mostrar todos os materiais que usou para preencher na hora com um sistema melhor também (Entrevistado funcionário 1, do setor de material consignado).

Sugere-se a realização de reuniões mensais com o envolvimento dos chefes de cirurgia, os responsáveis pela gestão de OPME e a equipe de faturamento. Nesses encontros, seria essencial apresentar os dados sobre os itens não lançados e coletados pelo faturamento, para estarem cientes das perdas e colaborarem com a busca por soluções, algo ratificado neste discurso: “Implantação de auditoria interna e a criação de um grupo que estivesse aqui no CC para acompanhar esse processo, desde o fechamento de mapa, agendamento até o final, a conclusão no fechamento de conta” (Entrevistada técnica de enfermagem 4).

Assim, torna-se relevante uma comunicação eficiente e contínua entre os setores, bem como a implementação de programas de capacitação e treinamento regulares para melhorar o conhecimento e a coordenação entre as equipes:

Poderia melhorar a comunicação do setor de OPME com o setor de especialidade que não é só neurocirurgia, mas outras cirurgias de alta complexidade, para que haja uma troca de informação melhor, inclusive com relação à tabela Sigtap, porque a gente sabe que ela é pública, mas ela não está disponível junto com o sistema. Você teria que sair do sistema, entrando na tabela e fazer uma pesquisa

na internet, e isso dá um pouco de trabalho. Se você tivesse lá na guia eletrônica do pedido, o valor desse insumo seria mais fácil (Entrevistado neurologista 2).

Outra sugestão interessante foi apresentada por um cardiologista, que propôs dividir a cirurgia que seria realizada em apenas uma sessão em etapas. Ele explicou que esse escalonamento é praticado em alguns institutos de referência em cardiologia, mas tal abordagem é viável apenas em cirurgias eletivas, pois a avaliação do paciente e os exames pré-operatórios foram realizados anteriores e garantiram que a divisão não compromete a vida e o bem-estar do indivíduo. Embora a realização em etapas demande preparação adicional das equipes, tal iniciativa permitiria a cobrança de todos os materiais utilizados.

No contexto das cirurgias cardíacas, em que a causa mais recorrente das perdas de OPME é a quantidade máxima excedida, a referida abordagem pode reduzir as perdas. Ao escalar a cirurgia, seria possível assegurar o faturamento completo dos materiais e diminuir os prejuízos financeiros. Diante disso:

Acho que se deve otimizar leito para internação eletiva. Urgência é urgência, mas a questão para internação eletiva. [...], se você tem certeza de que você consegue internar um paciente eletivamente, como na situação em que marco para ele voltar daqui a duas semanas para tratar esse outro vaso porque a lesão não é crítica; é grave, mas não é crítica... porque ele fica aqui e tal, aguarda e, até amanhã, tem alta. Outro já pega o leito dele e, assim, tem mais rotatividade; daqui a duas semanas eu recebo ele e, aí, a gente trata essa outra lesão residual. Acho que isso é uma coisa que pode diminuir esse gasto de material sem prejudicar o paciente, né? Vou otimizar para o serviço. Isso aí é baseado em que já é feito em outros serviços de hemodinâmica, de referência, né? Por exemplo, Encore, Dante Pazzanese... A gente chama isso de estagiar angioplastia, né? Você tem múltiplas lesões para vocês, tratam uma hoje, você marca para voltar dias depois e fazer essa outra, porque aí você consegue se adequar mais a esse limite, entre aspas, de “dois stents” (Entrevistado cardiologista 1).

Em suma, além da atualização da tabela Sigtap, foram apontadas sugestões para a redução das perdas de OPME no faturamento hospitalar, como a necessidade de treinamento contínuo das equipes de saúde para capacitar os profissionais sobre o uso correto dos *checklists* e dos materiais. A melhoria na comunicação entre os setores médicos e de suporte também foi enfatizada, para garantir a informação adequada a todos os membros acerca dos materiais e procedimentos. Ademais, a implementação de auditorias periódicas e a provisão de *feedback* são essenciais para identificar áreas de melhoria e aplicar as correções necessárias. De maneira conjunta, tais medidas podem otimizar o uso de OPME e a eficiência do faturamento hospitalar.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral proposto para esta pesquisa foi avaliar as perdas decorrentes de OPME utilizados em cirurgias realizadas no HC-UFU, no período de 2016 a 2021. Em relação aos objetivos específicos, particularmente o primeiro, que envolveu o desenvolvimento de um estudo quantitativo dos OPME não faturados, para classificar as perdas por especialidades médicas e considerar o nível de complexidade, notou-se que três especialidades médicas apresentaram as maiores perdas – Cardiologia, Neurologia e Ortopedia/Traumatologia –, e os procedimentos de alta complexidade indicaram maior incidência de prejuízos. No entanto, houve uma proximidade de valores entre os procedimentos de alta e média complexidade, ao demonstrar que ambos os níveis contribuem para as perdas de OPME no faturamento hospitalar. As perdas de OPME no faturamento associadas a cirurgias de alta complexidade somaram R\$ 1.614.433 (54% do valor total); em contraste, as de média complexidade apresentaram prejuízos de R\$ 969.330 (46%). Houve uma proximidade nos valores das perdas entre os procedimentos de alta e média complexidade, o que indica que ambos os níveis contribuem para as perdas de OPME no faturamento hospitalar. Embora tais valores sejam relativamente próximos, as perdas em alta complexidade possuem um impacto maior, pois o hospital recebe por procedimento realizado, ao contrário da média complexidade, na qual o pagamento ocorre por meio de um valor fixo mensal.

Em relação ao motivo de não faturamento de OPME ocorreram dois fatores principais: a quantidade máxima de OPME, na qual o limite de cobrança excede o estipulado na tabela Sigtap; e a incompatibilidade entre o procedimento cirúrgico realizado e o OPME utilizado. Ambos foram os principais responsáveis pelos prejuízos de faturamento e evidenciaram a necessidade de uma revisão de normas e procedimentos para alinhar o emprego de OPME com os parâmetros estabelecidos pela tabela supracitada. Como visto, a quantidade de perdas por material não compatível é de R\$ 1.667.899, e por quantidade máxima, a R\$ 911.119. A tabela Sigtap, que estabelece as diretrizes para a realização de procedimentos cirúrgicos, define não apenas os materiais compatíveis com cada procedimento, mas também a quantidade máxima permitida. Quando o número ultrapassa esse limite ou quando o material não é compatível com o procedimento, é impossível efetuar o lançamento do OPME para faturamento.

Acerca do segundo e terceiro objetivos, que buscou identificar as causas das perdas e apontar propostas e consolidar ações para minimizar as perdas de OPME no faturamento hospitalar,

a pesquisa demonstrou uma visão abrangente, enriquecida pela parte qualitativa, que permitiu entender as opiniões e o conhecimento da equipe responsável pelos procedimentos cirúrgicos, bem como do setor de gestão dos OPME no HC-UFG. Sugestões como a revisão da tabela Sigtap, o treinamento contínuo das equipes, a disseminação de informações sobre a importância de evitar perdas e a melhoria no planejamento, codificação e descrição dos procedimentos cirúrgicos realizados são fundamentais.

Ainda no estudo qualitativo, diagnosticou-se que os prejuízos não são ocasionados apenas pelas limitações da tabela, mas também pela codificação e descrição incorreta dos procedimentos e OPME utilizados pela equipe médica, além da falta de conhecimento adequado.

A implementação de uma agenda de treinamento contínuo é fundamental para garantir a eficiência e a sustentabilidade das operações hospitalares, especialmente no que se refere à gestão de OPME. Para assegurar a fixação do conhecimento e a manutenção das práticas corretas, os treinamentos devem ser realizados periodicamente. Esse ciclo de formação contínua precisa incluir diálogos organizacionais com as equipes envolvidas, ao abordar as perdas e destacar a importância do controle dos materiais não faturados.

Em razão do importante papel desempenhado pelo setor de faturamento nesse processo, ele necessita gerenciar o controle das perdas por meio de planilhas detalhadas. Como forma de garantir a segurança e acessibilidade dos dados, poderia utilizar sistemas sincronizados de armazenamento de dados e recuperação, o que minimizaria os riscos de problemas relacionados a falhas de *software* ou perda de informações. A integração de treinamentos regulares com o uso de tecnologias adequadas contribui com a otimização dos recursos e a redução das perdas, bem como fortalece a gestão hospitalar.

Como contribuição acadêmica, esta investigação se soma aos trabalhos sobre gestão hospitalar, faturamento SUS e custos na área da saúde, sobretudo no que tange à mudança gerencial por meio do estudo sobre as perdas financeiras decorrentes de OPME não faturados. Destaca-se a necessidade de minimizar tais perdas e aprimorar o controle dos recursos públicos para promover a eficiência propriamente dita.

Além disso, no nível teórico, a análise do problema é pertinente devido à falta de investigações mais abrangentes em estudos anteriores. Ao revisar a bibliografia acadêmica, foi possível observar que, apesar de temas como finanças públicas, SUS, hospitais universitários serem muito abordados no meio acadêmico, não foi encontrado nenhum trabalho acerca do tema proposto

neste estudo. Existem pesquisas sobre faturamento SUS e gestão de OPME no SUS, porém nenhum trabalho foi encontrado em relação às perdas de OPME no faturamento SUS.

Pretende-se, como forma de abordagem do produto tecnológico, a construção de uma cartilha com o objetivo de disseminar boas práticas e conscientizar quanto ao impacto das perdas financeiras. A implementação desse tipo de documento sobre o uso adequado de OPME pode prevenir falhas no faturamento e no uso incorreto desses recursos, ao se direcionar a profissionais de saúde e demais envolvidos no processo de prescrição, fornecimento e utilização dos referidos itens. Ela desempenha um papel fundamental na educação e conscientização dos profissionais de saúde, pacientes e comunidade para melhorar o acesso a recursos essenciais.

Como contribuição empírica, as questões abordadas na pesquisa permitem aos gestores a elaboração de novas propostas para otimizar processos e reduzir perdas de OPME, com vistas a uma gestão hospitalar eficaz. O estudo é útil para pesquisadores em geral, funcionários de HCs, profissionais de contabilidade e saúde, além de representantes do governo, do MS, MEC e Ebserh, pois busca esclarecer aspectos atinentes a finanças, faturamento SUS e perdas de OPME, com reflexões sobre processos de mudança e estratégias para minimizar os prejuízos. Sob o ponto de vista das contribuições à sociedade, há uma perspectiva sobre maneiras de aprimorar as práticas de gestão hospitalar e os potenciais efeitos para usuários dos serviços de saúde, uma vez que compreender e otimizar a gestão de OPME visam a um impacto social significativo para assegurar a disponibilidade de recursos essenciais aos pacientes.

O estudo apresenta algumas limitações, visto que fatores como sobrecarga de trabalho, esquecimento e outras limitações humanas podem ter influenciado os funcionários. Isso resultou em falhas operacionais no lançamento de dados e, consequentemente, ausência de alimentação da planilha em alguns momentos. Ademais, a análise se concentrou apenas nas especialidades com maiores perdas de OPME (Neurologia, Cardiologia e Ortopedia/Traumatologia). Outras áreas, como Cirurgia Geral e Vascular, onde também ocorreram perdas de OPME, não foram analisadas, assim como outros tipos de prejuízos no faturamento hospitalar do SUS, a exemplo da ausência de registros nos prontuários de pacientes, descrições de procedimentos ou omissão de informações sobre acompanhantes ou atendimentos fisioterápicos – a falta de tais informações resulta na impossibilidade de lançamento de determinados serviços prestados e prejudica a receita hospitalar. Essas limitações sugerem a necessidade de estudos futuros para considerarem uma gama ampla de

especialidades, sobretudo nos anos posteriores a 2021, uma vez que as áreas suscetíveis a maiores perdas de OPME podem ter sofrido alterações desde a conclusão deste estudo.

Destarte, sugere-se a investigação de outros tipos de perdas como direcionamento para pesquisas futuras, a fim de oferecer uma visão abrangente dos desafios enfrentados no faturamento hospitalar do sistema de saúde pública. Isso permitirá uma reflexão das dinâmicas operacionais e dos pontos críticos que influenciam a eficiência do faturamento, o que contribui para aprimorar práticas e políticas relacionadas à gestão financeira das instituições de saúde.

REFERÊNCIAS

ABRAHUE. Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino. **Quem somos.** Brasília: Abrahue, 2004. Disponível em: <https://abrahue.com.br/>. Acesso em: 2 jun. 2023.

ALCÂNTARA, Valderí de Castro; PEREIRA, José Roberto; SILVA, Érica Aline Ferreira. Gestão Social e Governança Pública: aproximações e (de)limitações teórico-conceituais. **Revista de Ciências da Administração**, Florianópolis, v. 1, n. 3, p. 11-29, dez. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/adm/article/view/2175-8077.2015v17nespp11>. Acesso em: 19 ago. 2024. <https://doi.org/10.5007/2175-8077.2015v17nespp11>

ALONSO, Marcos. Custos no serviço público. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 50, n. 1, p. 37-63, jan./mar. 1999. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/8726>. Acesso em: 19 ago. 2024. <https://doi.org/10.21874/rsp.v50i1.340>

ANTHONY, Robert; GOVINDARAJAN, Vijay. **Sistemas de controle gerencial**. São Paulo: Atlas, 2001.

ARAUJO, Claudia Affonso Silva. **Fatores a serem gerenciados para o alcance da qualidade para os clientes internos**: um estudo em conjunto de hospitais brasileiros. Orientador: Ângela da Rocha. 2005. 263 f. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=105686. Acesso em: 19 ago. 2024.

BALEIRO, Aliomar. **Uma introdução à ciência das finanças**. 14. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2000.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: 70, 2016.

BARROY, Hélène; WANG, Ding; PESCETTO, Claudia; KUTZIN, Joseph. **How to budget for COVID-19 response?** A rapid scan of budgetary mechanisms in highly affected countries. Genebra: OMS, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/how-to-budget-for-covid-19-response>. Acesso em: 25 jun. 2023. <https://doi.org/10.2478/fiqf-2023-0025>

BAPTISTELLA Amanda; FIGUEIREDO, Henrique Carvalho e Silva; MATTOS, Carlos Augusto de; BITTAR, Cintia Kelly. Cost analysis of motorcycle accident victims at a University Hospital: perspectives from 2017 and 2020. **Acta Ortopédica Brasileira**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 1-4, abr. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/aob/a/grVcQnvHPJBHvGmr969J6rN/?lang=en#>. Acesso em: 19 ago. 2024. <https://doi.org/10.1590/1413-785220233101e258318>

BEULKE, Rolando; BERTÓ, Dalvio José. **Gestão de custos e resultado na saúde**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

BISCAIA, Tereza Corso. **Avaliação da gestão dos recursos orçamentários e financeiros de um hospital universitário antes e após a reestruturação dos Hospitais Universitários Federais.** Orientador: Dr. Flávio Ramos. 2013. 143 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Vale do Itajaí, Itajaí, 2013. Disponível em: <https://www.univali.br/pos/mestrado/mestrado-em-gestao-de-politicas-publicas/dissertacoes-defendidas/Paginas/default.aspx?page=25>. Acesso em: 19 ago. 2024.

BONACIM, Carlos Alberto Grespan; ARAUJO, Adriana Maria Procópio de. Gestão de custos aplicada a hospitais universitários públicos: a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 903- 931, ago. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/xVpBtCNBqqKQZmXwyt8X35c/#>. Acesso em: 19 ago. 2024. <https://doi.org/10.1590/S0034-76122010000400007>

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O que o seu plano de saúde deve cobrir.** Brasília: ANS, 2011a. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/o-que-o-seu-plano-de-saude-deve-cobrir-1>. Acesso em: 19 ago. 2024.

BRASIL. Banco Central. **Focus** – relatório de mercado. Brasília: BCB, 2020a. Disponível em: <https://www.bcb.gov.br/content/focus/focus/R20200821.pdf>. Acesso em: 25 maio 2023.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Proposta de Emenda à Constituição n. 241, de 15 de junho de 2016.** Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal. Brasília, 2016a. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2088351&fichaAmitigavel=nao>. Acesso em: 19 jul. 2024.

BRASIL. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Ofício Circular Conep/SECNS/MS n. 17, de 5 de julho de 2022 - Orientações acerca do artigo 1º da Resolução CNS n. 510, de 7 de abril de 2016.** Brasília: Conep; SECNS; MS, 2022a. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/Of%C3%ADcio%20Circular%20n%C2%BA%2017,%20de%205%20de%20julho%20de%202022.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS n. 510, de 7 de abril de 2016.** Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Brasília: CNS, 2016d. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view>. Acesso em: 19 ago. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios.** Brasília: Conass, 2006a.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 abr. 2023.

BRASIL. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Relatório de gestão da diretoria do Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFG). – 2019 a 2022. Uberlândia: Ebserh, 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufu/governanca/gestao-estrategica/relatorio-gerencial-2019-a-2022/>. Acesso em: 9 abr. 2023.

BRASIL. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Portaria n. GM/MS n. 3.410, de 30 de dezembro de 2013. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 2013a. Disponível em: <https://observatoriohospitalar.fiocruz.br/sites/default/files/biblioteca/PRTARIA%20N%C2%A0%203.410.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. Apresentação – EBSERH. Brasília: MEC, 2019a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/ebserh--empresa-brasileira-de-servicos-hospitalares>. Acesso em: 5 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. Manual de Informações de Custos do Governo Federal. Brasília: MFAZ; TN, 2018a. Disponível em: <https://www.tesourotransparente.gov.br/publicacoes/manual-de-informacoes-de-custos-mic/2018/26>. Acesso em: 9 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Fundação Oswaldo Cruz. Anexo 3: Protocolo para Cirurgia Segura. Brasília: MS; Anvisa; Fiocruz, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. Brasília: MS, 2023a. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 21 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Gestão financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico. 3. ed. Brasília: MS; FNS, 2003. Disponível em: http://www.fns2.saude.gov.br/documentos/publicacoes/manual_gestao_fin_sus.pdf. Acesso em: 23 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo a saúde nos municípios. 3. ed. Brasília: MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MS/MEC n. 148, de 2 de fevereiro de 2016. Altera o prazo fixado para validade da Certificação como Hospital de Ensino. Brasília: MS; MEC, 2016e. Disponível em: <https://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2016/02/portint148-OK.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Manual de boas práticas de gestão das Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_praticas_gestao_proteses_materiais_especiais.pdf. Acesso em: 15 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 1.302, de 1º de agosto de 2017. Redefine os critérios para aquisição, recebimento, utilização, monitoramento, controle e gerenciamento de OPME pelos hospitais e institutos federais subordinados à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2 ago. 2017a. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=02/08/2017&jornal=1&pagina=32&totalArquivos=96>. Acesso em: 19 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. **Painel Coronavírus**. Brasília: MS; Conasens, 2023b. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br>. Acesso em: 15 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. **Manual Técnico Operacional do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP)**. Brasília: MS; SAS, 2011b. v. 1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_sistema_informacao_hospitalar_sus.pdf. Acesso em: 23 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação-Geral de Sistemas de Informação. **Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar**: orientações técnicas. Brasília: MS; SAS, 2017b. Disponível em: http://saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/auditoria/manuais/manual_sih_janeiro_2017.pdf?attach=true. Acesso em: 13 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. **Programa Nacional de Gestão de Custos**: manual técnico de custos – conceitos e metodologia. Brasília: MS; SCTIE; Desid, 2006b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/06_0243_M.pdf. Acesso em: 4 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sobre o Programa Nacional de Gestão de Custos**. Brasília: MS, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/pngc>. Acesso em: 19 maio. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 jan. 2010. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm. Acesso em: 11 maio 2023.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 9.203, de 22 de novembro de 2017. Dispõe sobre a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 nov. 2017c. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/d9203.htm. Acesso em: 28 abr. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 9.901, de 8 de julho de 2019. Altera o Decreto n. 9.203, de 22 novembro de 2017, que dispõe sobre a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 jul. 2019b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9901.htm. Acesso em: 19 ago. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 92.452, de 10 de março de 1986. Cria, no Ministério da Fazenda, a Secretaria do Tesouro Nacional (STN), extingue a Secretaria Central de Controle Interno (SECIN), e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 mar. 1986. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-92452-10-marco-1986-442816-norma-pe.html>. Acesso em: 19 ago. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 15 dez. 2016c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 16 jun. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional n. 106, de 7 de maio de 2020. Institui regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para enfrentamento de calamidade pública nacional decorrente de pandemia. **Diário Oficial da União**, Brasília, 8 maio 2020a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc106.htm. Acesso em: 19 ago. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 maio 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LCP/Lcp101.htm. Acesso em: 21 out. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Lei Complementar n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 maio 2023.

BRASIL. Presidência da República. Lei Federal n. 4.320, de 17 de março de 1964. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18

mar. 1964. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L4320.htm. Acesso em: 27 abr. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Lei Federal n. 12.527, 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei no 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei no 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 nov. 2011c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm. Acesso em: 19 abr. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Lei Federal n. 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011d. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm. Acesso em: 10 maio 2023.

BRASIL. Presidência da República. Lei Federal n. 14.133, de 1º de abril de 2021. Lei de Licitações e Contratos Administrativos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1 abr. 2021. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14133.htm. Acesso em: 26 ago. 2024.

BRASIL. Secretaria do Tesouro Nacional. **Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil**. Brasília: STN, 2018b. Disponível em: <https://www.tesourotransparente.gov.br/publicacoes/aspectos-fiscais-da-saude-no-brasil/2018/30>. Acesso em: 17 abr. 2023.

BRASIL. Secretaria do Tesouro Nacional. **Portaria STN n. 157, de 9 de março de 2011**. Dispõe sobre a criação do Sistema de Custos do Governo Federal. Brasília: STN, 2011e. Disponível em: http://www.tesouro.gov.br/legislacao/download/contabilidade/PortSTN_157_09mar2011.pdf. Acesso em: 25 jun. 2023.

BRASIL. Senado Federal. **Proposta de Emenda à Constituição n. 10, de 10 de abril de 2020**. Orçamento de guerra. Brasília: Senado Federal, 2020b. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8092568&disposition=inline>. Acesso em: 9 maio 2023.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Portaria TCU n. 170, de 12 de novembro de 2020. Aprova a 3ª Edição do Referencial Básico de Governança Organizacional para organizações públicas e outros entes jurisdicionados ao Tribunal de Contas da União. **Boletim do Tribunal de Contas da União**, Brasília, 13 nov. 2020c. Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/documento/norma/referencial%2520/%2520%2520/score%2520desc/4>. Acesso em: 29 abr. 2023.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Referencial básico de governança aplicada a órgãos e entidades da administração pública**. Brasília: TCU, 2014. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?inline=1&fileId=8A8182A24F0A728E014F0B34D331418D>. Acesso em: 28 abr. 2023.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Financiamento da COVID-19, inflação e restrição fiscal. **Brazilian Journal of Political Economy**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 604-621, out. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rep/a/wL4BgwbcJCnNYTz7VvMMmQJ/#:~:text=Eles%20dizem%20que%20os%20custos,financiamento%20monet%C3%A1rio%20faz%20mais%20sentido>. Acesso em: 19 ago. 2024. <https://doi.org/10.1590/0101-31572020-3193>

BORINELLI, Márcio Luiz; ROCHA, Wellington; CARNEIRO, Diogo Moreira; SILVA, Alexandre dos Santos. Desafios no desenvolvimento e na implantação de sistemas de custos em hospitais universitários brasileiros. **ABCustos**, São Leopoldo, v. 15, n. 3, p. 131-170, set./dez. 2020. Disponível em: <https://revista.abcustos.org.br/abcustos/article/view/584>. Acesso em: 13 jul. 2023. <https://doi.org/10.47179/abcustos.v15i3.584>

BURNS, John; SCAPENS, Robert. Conceptualizing management accounting change: an institutional framework. **Management Accounting Research**, [s.l.], v. 11, n. 1, p. 3-25, mar.2000. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1044500599901191>. Acesso em: 19 ago. 2024. <https://doi.org/10.1006/mare.1999.0119>

CAMARGO, Telma Aparecida de. **Custos e órteses, próteses e materiais especiais não contemplados no Sistema Único de Saúde (SUS) em hospital de ensino brasileiro**. Orientador: Silvana Andrea Molina Lima. 2017. 99 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, 2017. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UNSP_dc3e778accfb515b22d498fb1cb0c81. Acesso em: 19 ago. 2024.

CAMPOS, Maria Eugênia da Silveira Mota *et al.* A governança pública na política de saúde nas capitais da região Sudeste do Brasil. **Diálogos Interdisciplinares**, Mogi das Cruzes, v. 9, n. 1, p. 1-19, maio. 2020. Disponível em: <https://revistas.brazcubas.edu.br/index.php/dialogos/article/view/855>. Acesso em: 19 ago. 2024.

CARVALHO, Cristina Amélia; VIEIRA, Marcelo Milano Falcão. Contribuições da perspectiva institucional para a análise das organizações: possibilidades teóricas, empíricas e de aplicação. In: CARVALHO, Cristina Amélia; VIEIRA, Marcelo Milano Falcão (orgs.). **Organizações, cultura e desenvolvimento local: a agenda de pesquisa do observatório da realidade organizacional**. Recife: Edufepe, 2003. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/gestaoorg/article/view/21896>. Acesso em: 19 ago. 2024.

DALLORA, Maria Eulália; FORSTER, Aldaisa. A importância da gestão de custos em hospitais de ensino – considerações teóricas. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 41, n. 2, p. 135-142, abr./jun. 2008. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/259>. Acesso em: 19 ago. 2024. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v41i2p135-142>

DIAS, Sérvulo. Orçamento de guerra: entenda o que é e por que foi proposto. [Entrevista concedida a] Instituto Millenium. **Exame**, São Paulo, [s.n.], [n.p.], 10 abr. 2020. Disponível em:

<https://exame.com/colunistas/instituto-millenium/orcamento-de-guerra-entenda-o-que-e-e-por-que-foi-proposto/>. Acesso em: 9 maio 2023.

DIAS, Taisa; CARIO, Silvio Antônio Ferraz. Governança pública: ensaiando uma concepção. **Contabilidade, Gestão e Governança**, Brasília, v. 17, n. 3, p. 89-108, set./dez. 2014. Disponível em: <https://revistacgg.org/index.php/contabil/article/view/621>. Acesso em: 19 ago. 2024.

DIMAGGIO, Paul; POWELL, Walter. **The new institutionalism in organizational analysis**. Chicago: University of Chicago, 1991.

DOBSON, Allen; MURRAY, Kennan; MANOLOV, Nikolay; DAVANZO, Joan. Economic value of orthotic and prosthetic services among medicare beneficiaries: a claims-based retrospective cohort study, 2011-2014. **Journal of Prosthetics and Orthotics**, [s.l.], v. 31, n. 1, p. 74-83, set. 2019. Disponível em: <https://jneuroengrehab.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12984-018-0406-7>. Acesso em: 27 ago. 2024. <https://doi.org/10.1097/JPO.000000000000238>

GUERRERO, Andressa Zulmira Avila *et al.* Estratégias econômicas e sociais para anticoagulação de pacientes com fibrilação atrial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 118, n. 1, p. 88-94, jan. 2022. Disponível em: <https://abccardiol.org/article/estrategias-economicas-e-sociais-para-anticoagulacao-de-pacientes-com-fibrilacao-atrial/>. Acesso em: 19 ago. 2024. <https://doi.org/10.36660/abc.20200921>

G1. HC-UFG suspende novos atendimentos em pronto socorro. **G1 Triângulo Mineiro**, 2016. Disponível em: <https://g1.globo.com/minas-gerais/triangulo-mineiro/noticia/2016/11/hc-ufu-suspende-novos-atendimentos-em-pronto-socorro.html>. Acesso em: 1 maio 2023.

HARADA, Kiyoshi. **Direito financeiro e tributário**. São Paulo: Atlas, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://painel.ibge.gov.br/pnadc/>. Acesso em: 19 ago. 2024.

KOS, Sonia Raifur; SANTOS, Neuciane Palermo dos; KLEIN, Luciana; SCARPIN, Jorge Eduardo. Repasse do SUS vs custo dos procedimentos hospitalares: é possível cobrir os custos com o repasse do SUS? In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, 22., 2015, Foz do Iguaçu. **Anais...** Foz do Iguaçu: ABC, 2015. p. 1-15. Disponível em: <https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/4026>. Acesso em: 19 ago. 2024.

LA FORGIA, Gerard; COUTOLLENC, Bernard. **Desempenho hospitalar no Brasil**: em busca da excelência. São Paulo: Singular, 2009.

LAUGHLIN, R. C. Accounting systems in organisational contexts: a case for critical theory. **Accounting, Organizations and Society**, v. 12, n. 5, p. 479-502, 1987. [https://doi.org/10.1016/0361-3682\(87\)90032-8](https://doi.org/10.1016/0361-3682(87)90032-8)

LEONCIO, Jackeline Martins; ALMEIDA, Vanessa Fraga de; FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta; CAPOBIANGO, Jaqueline Dario; KERBAUY, Gilselena; TACLA, Mauren Teresa Grubisich Mendes. Impact of healthcare-associated infections on the hospitalization costs of children. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, n. 53, p. e03486, mar. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/KfbjZ3JFq9s7CGpjh4Mqj8H/?lang=en>. Acesso em: 19 ago. 2024.

LEVCOVITZ, Eduardo; PEREIRA, Telma Ruth. **SIH/SUS (Sistema AIH)**: uma análise do sistema público de remuneração de internações hospitalares no Brasil 1983-1991. Rio de Janeiro: Uerj, 1993. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 57)

LIMA, Antônio Fernandes Costa *et al.* Direct cost of dressings for pressure ulcers in hospitalized patients. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 2, p. 269-275, Mar-Abr. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/HBjpXdpmY3cFMHwwvXxG9td/?lang=pt>. Acesso em: 19 ago. 2024.

MACHADO, N.; HOLANDA, V. B. Diretrizes e modelo conceitual de custos para o setor público a partir da experiência no governo federal do Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 791-820, jul./ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v44n4/v44n4a03.pdf>. Acesso em: 10 maio 2023.
<https://doi.org/10.1590/S0034-76122010000400003>

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos da metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2003.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1990.

MARTINS, E. **Contabilidade de Custos**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MATIAS-PEREIRA, José. A governança corporativa aplicada no setor público brasileiro. **Administração Pública e Gestão Social**, Viçosa, v. 2, n. 1, p. 109-134, jan./mar. 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/apgs/article/view/4015>. Acesso em: 19 ago. 2024.

MATIAS-PEREIRA, José. Efeitos da crise mundial e perspectivas de expansão da economia brasileira. **Administração Pública e Gestão Social**, Viçosa, v. 4, n. 1, p. 2-31, jan./mar. 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/apgs/article/view/4045>. Acesso em: 19 ago. 2024.

MAURIZ, Clarice; LOBO, Fabiana; LIMA, Rita Rosana; OLIVEIRA, Severina; MEDEIROS, Gilca. Faturamento hospitalar: um passo a mais. **InovaAção**, Teresina, v. 1, n. 1, p. 38-44, jan./jun. 2012. Disponível em: <http://www4.unifsa.com.br/revista/index.php/inovaacao/article/view/479>. Acesso em: 19 jun. de 2023.

MEDICI, André Cezar. Hospitais Universitários: passado, presente e futuro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 149-156, abr./jun. 2001. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ramb/a/QF4tk7yTqbYdKymQnk6SLPJ/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 19 ago. 2024. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302001000200034>

MENDES, Áquiles; CARNUT, Leonardo. Crise do capital, Estado e neofascismo: Bolsonaro, saúde pública e atenção primária. **Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política**, Niterói, n. 57, p. 174-210, dez. 2020. Disponível em: <https://revistasep.org.br/index.php/SEP/article/view/636>. Acesso em: 19 ago. 2024.

MEYER, John; ROWAN, Brian. Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony. In: POWELL, Walter; DIMAGGIO, Paul (eds.). **The new institutionalism in organizational analysis**. Chicago: The University of Chicago, 1991. p. 41-62

MICHELIN, Lessandra; WEBER, Fernanda; SCOLARI, Bruna; MENEZES, Bruna; GULLO, Maria Carolina. Mortality and costs of pneumococcal pneumonia in adults: a cross-sectional study. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 45, n. 6, p. e20180374, out. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/xc7CdYHvBw4K6CfVV6NbVrG/?lang=pt>. Acesso em: 19 ago. 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

MORAES, Clayton dos Santos; RABIN, Eliane Goldberg; VIÉGAS, Karin. Assessment of the care process with orthotics, prosthetics and special materials. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 1099-105, Maio-Jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/9tPYhzn4Qz4PF3fWxjscBzB/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 17 ago. 2024. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0031>

NERIO, Valéria Romão Pasqualini. Contabilidade de custos na gestão hospitalar: um estudo de caso de outsourcing no contexto do hospital universitário de Juiz de Fora. **ABCustos**, São Leopoldo, v. 15, n. 1, p. 27-47, jan./abr.2020. Disponível em: <https://revista.abcustos.org.br/ab custos/article/view/515>. Acesso em: 13 jul. 2023. <https://doi.org/10.47179/ab custos.v15i1.515>

NOGUEIRA, Danielly Negrão Guassú; CASTILHO, Valeria. Resíduos de serviços de saúde: mapeamento de processo e gestão de custos como estratégias para sustentabilidade em um centro cirúrgico. **Revista de Gestão**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 362-374, set. 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1809227616306099?via%3Dihub>. Acesso em: 19 ago. 2024. <https://doi.org/10.1016/j.rege.2016.09.007>

OGATA, Joice Fabiola Meneguel *et al.* Costs of hospitalization in preterm infants: impact of antenatal steroid therapy. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 92, n. 1, p. 24-31, Jan-Fev. 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S225553615000798?via%3Dihub>. Acesso em: 19 ago. 2024. <https://doi.org/10.1016/j.jpedp.2015.06.001>

OLIVEIRA, Antônio Gonçalves de; PISA, Beatriz Jackiu. IGovP: índice de avaliação da governança pública – instrumento de planejamento do Estado e de controle social pelo cidadão.

Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 49, n. 5, p. 1263-1290, out. 2015.
Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/KxTVtv4BGSZCLpYDP4b4wRR/?lang=pt>. Acesso em: 19 ago. 2024. <https://doi.org/10.1590/0034-7612136179>

OLIVEIRA, Viviane Ferraz. **Faturamento hospitalar**: identificação dos pontos de melhoria para a otimização dos processos. Orientador: Heli Sabino De Oliveira. 2019. 29 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão Pública na Área de Saúde) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2019. Disponível em:
<http://hdl.handle.net/1843/30929>. Acesso em: 6 abr. 2023.

OLIVEIRA, William Tiago de *et al.* Capacitação de enfermeiros de um Hospital Universitário público na gestão de custo. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 3, p. 566-574, nov. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/12938>. Acesso em: 30 jul. 2023. <https://doi.org/10.5902/2179769212938>

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Transformando Nossa Mundo**: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Nova Iorque: ONU, 2020. Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2023.

PEPE, Vera Lúcia Edais. Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS). In: BRASIL. Ministério da Saúde (org.). **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Brasília: MS, 2009. p. 65-86

PIOLA, Sérgio Francisco. Tendências do financiamento da saúde. **Debates GVsaúde**, Rio de Janeiro, n. 2, p. 12-14, jul. 2006. Disponível em:
<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/debatesgvsauder/34913>. Acesso em: 27 maio 2023.

PORTELA, Alfredo Cirne. **A relação entre logística e custos em materiais de alta complexidade as organizações hospitalares**. Orientador: Sérgio Ricardo Goes de Oliveira. 2010. 116 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade de Salvador, Salvador, 2010. Disponível em: <https://tede.unifacs.br/tede/handle/tede/53>. Acesso em: 19 ago. 2024.

RONCONI, Luciana. Governança pública: um desafio à democracia. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 11, n. 1, p. 21-34, maio 2011. Disponível em:
<https://revistas.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/1696/2349>. Acesso em: 19 ago. 2024. <https://doi.org/10.5212/Emancipacao.v.11i1.0002>

SALES, Tainah Simões. Acesso à Informação, Controle Social das Finanças Públicas e Democracia: Análise dos Portais da Transparéncia dos Estados Brasileiros Antes e Após o Advento da Lei n. 12.527/2011. **Direito Público**, Brasília, v. 9, n. 48, nov./dez. 2012. Disponível em: <https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/direitopublico/article/view/2126/1119>. Acesso em: 19 ago. 2024. <https://doi.org/10.11117/22361766.48.9.2126>

SALU, Jorge Énio. **Gestão do Faturamento e Auditoria de Contas Hospitalares**. São Paulo: FGV, 2018. v. 3

SAVONITTI, Beatriz Helena Ramos de Almeida. **Qualidade de vida de idosos institucionalizados.** Orientador: Anita Liberalesso Neri. 2000. 134 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

SERINGA, Joana *et al.* Direct costs of COVID-19 in patient admissions in a Portuguese Tertiary Care University Centre. **Portuguese Journal of Public Health**, [s.l.], v. 40, n. 1, p. 26-34, abr. 2022. Disponível em: <https://karger.com/pjp/article/40/1/26/826442/Direct-Costs-of-COVID-19-Inpatient-Admissions-in-a>. Acesso em: 19 ago. 2024. <https://doi.org/10.1159/000524368>

SCAPENS, Robert. Understanding management accounting practices: A personal journey. **The British Accounting Review**, Londres, v. 38, n. 1, p. 1-30, mar. 2006. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0890838905000673>. Acesso em: 19 ago. 2024. <https://doi.org/10.1016/j.bar.2005.10.002>

SCOPEL, Carolinne Thays; CHAVES, Gabriela Costa. Indução de individualização hospitalar na compra de medicamentos em situação de monopólio: o caso do mesilato de imatinibe. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 575-585, mar. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/JTqYgh6LXpnxsJHVgFNW4z/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 19 ago. 2024. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00080314>

SCOTT, Walter Richard. **Institutions and organizations**. Thousand Oaks: Sage, 20019.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos *et al.* Desafios para o Trabalho em Saúde: um Estudo Comparado de Hospitais Universitários na Argélia, Brasil e França. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2265-2276, jul. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Ts8vtMdLJBhWGjxvGH6yyNr/?lang=pt#>. Acesso em: 2 maio 2023. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.08762018>

SCHNEIDER, Vania Elisabete; STEDILE, Rech; LÚCIA, Nilva; BIGOLIN, Marcio; PAIZ, Janini Cristina. Sistema de Informações Gerenciais (SIG): ferramenta de monitoramento do gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) e dos custos de tratamento. **Revista de Gestão Ambiental e Sustentabilidade**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 166-188, jan./jun. 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4716/471647098006.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2024. <https://doi.org/10.5585/geas.v2i1.18>

SECCHI, Leonardo. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 347-369, mar./abr. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/ptr6WM63xtBVpfvK9SxJ4DM/?lang=pt#>. Acesso em: 19 ago. 2024. <https://doi.org/10.1590/S0034-76122009000200004>

SILVA, Patrick Leonardo Nogueira da; AGUIAR, André Luís Cardoso de; GONÇALVES, Renata Patrícia Fonseca. Relação de custo-benefício na prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde em uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal. **Journal of Health and Biological Sciences**, v. 5, n. 2, p. 142-149, abr./jun. 2017. Disponível em: <https://periodicos.unicristus.edu.br/jhbs/article/view/1195/421>. Acesso em: 13 jul. 2023. <https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v5i2.1195.p142-149.2017>

TORRENS, Antonio Carlos. A atividade legislativa municipal e sua efetividade. **Revista NEP**, Curitiba, v. 4, n. 1, p.128-163 jun. 2018. Disponível em:
<https://revistas.ufpr.br/nep/article/view/60218>. Acesso em: 19 ago. 2024.
<https://doi.org/10.5380/nep.v4i1.60218>

TRENTO, Dayana; BORGERT, Altair; ENGELAGE, Emanuele. Relação entre custos e variáveis de ensino, pesquisa e extensão na Universidade Federal de Santa Catarina. **Enfoque: Reflexão Contábil**, Maringá, v. 41, n. 3, p. 96-114, set-dez. 2022. Disponível em:
<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Enfoque/article/view/56376>. Acesso em: 19 ago. 2024.
<https://doi.org/10.4025/enfoque.v41i3.56376>

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. Hospital de Clínicas. **Organograma**. Uberlândia: UFU, 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufu/acesso-a-informacao/institucional/organograma>. Acesso em: 5 abr. 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. Conselho de Pesquisa e Pós-graduação. **Resolução Concep n. 11, de 23 de julho de 2015**. Dispõe sobre alteração e república o Regulamento do Programa de Pós-graduação em Gestão Organizacional da Faculdade de Gestão e Negócios da Universidade Federal de Uberlândia, com alterações de artigos e inserção de anexo único (grade curricular). Uberlândia: UFU, 2015. Disponível em:
<http://www.reitoria.ufu.br/Resolucoes/ataCONPEP-2015-11.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2023.

Apêndice A. Tabela de controle de perdas realizadas pelo setor de faturamento

MATERIAIS NÃO FATURADOS										
COD. OPM	Descrição OPM CF. FOLHA DE MATERIAL	QUANT.	\$ UNIT.	\$ TOTAL	COD	MOTIVO DO NÃO FATURAMENTO	PROCEDIMENTO PRINCIPAL	procedimento	COMPLEXIDADE	ESPECIALIDADE
0702050806	FIO GUIA HIDROFILICO	1	300,00	300,00	2	Material Não Compatível	0406030022	406030022	Alta Complexidade	CARDIACA
0702040380	FIO GUIA DIRIGIVEL	1	195,45	195,45	1	Quantidade Máxima Excedida	0406030049	406030049	Alta Complexidade	CARDIACA
0702040088	CATETER BALAO	1	500,00	500,00	1	Quantidade Máxima Excedida	0406030030	406030030	Alta Complexidade	CARDIACA
0707020330	GRAMPEADOR LINEAR	1	1.033,00	1.033,00	2	Material Não Compatível	0407020330	407020330	Alta Complexidade	GERAL
0702030660	PARAFUSO AUTOROSCANTE	9	18,06	162,54	2	Material Não Compatível	0403010284	403010284	Media Complexidade	NEURO
0702040134	CATETER GUIA	1	195,45	195,45	2	Material Não Compatível	0403070155	403070155	Alta Complexidade	NEURO
0702030805	PINO DE SCHANTZ	2	28,45	56,90	1	Quantidade Máxima Excedida	0408060590	408060590	Media Complexidade	TRAUMATO
0702030708	PARAFUSO CORTICAL	8	18,06	144,48	2	Material Não Compatível	0408020393	408020393	Media Complexidade	TRAUMATO
0702030699	PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA	1	183,81	183,81	2	Material Não Compatível	0408040297	408040297	Alta Complexidade	TRAUMATO
0702050288	GRAMPEADOR LINEAR	1	1.033,00	1.033,00	2	Material Não Compatível	0407020403 E 0407020101	0407020403 E 0407020101	Media Complexidade	GERAL
0702030902	PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA	1	235,88	235,88	2	Material Não Compatível	0408050551 E 0408050683	0408050551 E 0408050683	Media Complexidade	TRAUMATO
0702030732	PARAFUSO ESPONJOSO	2	27,71	55,42	1	Quantidade Máxima Excedida	0408050551 E 0408050683	0408050551 E 0408050683	Media Complexidade	TRAUMATO
	TOTAL	29		4.095,93						

Fonte: Acervo da autora (2024).

Apêndice B. Formulário para pesquisa com a equipe responsável pelas cirurgias**Parte A: dados cadastrais**

- Data da entrevista
- Sexo
- Formação
- Função/cargo (especialidade)
- Tempo de trabalho

Parte B: conhecendo o problema

- A equipe “médica” tem ciência da quantidade máxima e compatibilidade dos OPME?
- Possui ciência da tabela Sigtap que norteia a compatibilidade e a quantidade máxima dos OPME?
- Equipe tem ciência das não conformidades e consequentes perdas que ocorrem em relação aos OPME?

Parte C: entendendo as possíveis causas do problema

- Antes do procedimento cirúrgico existe a programação dos OPME a serem utilizados no procedimento proposto? É realizada uma análise sobre compatibilidade?
- Como são liberados esses OPME? Há controle de liberação?
- Como é realizada a solicitação dos OPME (e-mail, sistema etc)?
- Em sua opinião, existe alguma causa que poderia explicar essa perda?

Parte D: identificando oportunidades de melhoria e possíveis soluções do problema

- Existem normativas com boas práticas para a criação de um *check-list* para a utilização de OPME nas cirurgias?
- Os OPMEs são reprocessados, reaproveitados e/ou reesterilizados?
- Você teria alguma sugestão para reduzir as perdas por OPME? O que pode ser feito para diminuir os prejuízos financeiros?

Apêndice C. Produto tecnológico

1 INTRODUÇÃO

As perdas financeiras do não faturamento de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) podem ter consequências graves no setor da saúde, nas instituições e na sociedade. Por isso, torna-se fundamental buscar soluções que garantam o acesso equitativo a tais recursos, assegurando a qualidade do atendimento, o desenvolvimento das instituições e a inclusão das pessoas que precisam desses materiais essenciais em tempo hábil e conforme a necessidade. Consequentemente, a falta de recursos pode resultar em limitações no tratamento e na reabilitação de pessoas em procedimentos ou condições especiais, o que afeta sua qualidade de vida.

Para reduzir as perdas decorrentes da impossibilidade de faturamento de determinados materiais, este produto tecnológico, em formato de cartilhas de orientação para profissionais que desenvolvem diretamente o trabalho, é destinado a demonstrar os impactos das perdas de OPME que não podem ser lançados no faturamento hospitalar.

2 ABORDAGEM

Como forma de abordagem do produto tecnológico, pretende-se construir uma cartilha com o objetivo de disseminar boas práticas e conscientizar acerca do impacto das perdas financeiras.

A propósito, a cartilha é um tipo de material educativo que visa fornecer informações de maneira clara, didática e acessível sobre determinado assunto. Ela é geralmente apresentada na forma de um livreto ou guia, com textos explicativos, ilustrações, diagramas e outros recursos visuais para auxiliar na compreensão do conteúdo. Tal ferramenta é amplamente utilizada para educação e conscientização em diferentes contextos, com o escopo de disseminar informações importantes, adotar comportamentos adequados e capacitar pessoas para lidar com determinadas situações.

2.1 PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO

A implementação de uma cartilha para conscientizar sobre o uso adequado de OPME pode desempenhar um papel fundamental na prevenção de falhas no faturamento e no uso incorreto desses recursos. É possível destinar tal documento aos profissionais de saúde e demais envolvidos no processo de prescrição, fornecimento e utilização desses materiais, com base nas seguintes etapas:

- Identificar as principais falhas no faturamento: entendimento dos equívocos mais comuns para faturar os OPME por meio de análise de dados, levantamento de informações junto às equipes médicas e administrativas e estudo das políticas e diretrizes relacionadas ao reembolso dos recursos. Com base nisso, consegue-se direcionar o conteúdo do documento normativo para abordar os pontos críticos e evitar futuras falhas.
- Elaborar um conteúdo claro e objetivo: apresentação de informações de forma clara, acessível e objetiva, com o intuito de evitar terminologias técnicas complexas. A cartilha pode abordar temas como as diretrizes para a prescrição adequada, a documentação necessária para o faturamento, os prazos e procedimentos administrativos e a importância do registro correto das informações clínicas e financeiras.

- Envolver os profissionais de saúde e gestores: colaboração de diferentes atores inseridos na prescrição e no faturamento dos materiais, como médicos, fisioterapeutas e enfermeiros, para estarem cientes das diretrizes e disseminarem as informações aos pacientes. Além disso, deve-se abarcar gestores e equipes administrativas para garantir a inserção da cartilha nos protocolos e fluxos de trabalho das instituições de saúde.
- Promover a educação e o treinamento contínuo: a conscientização sobre o uso adequado dos OPME deve ser um processo contínuo. Além da cartilha inicial, é recomendado desenvolver programas de educação e treinamento periódicos para abranger os profissionais de saúde e os pacientes. Essas iniciativas podem incluir *workshops*, palestras e material educativo complementar para reforçar as diretrizes e atualizar tais indivíduos sobre mudanças nas políticas de faturamento.
- Avaliar e ajustar a cartilha: após a implementação, a avaliação da eficácia da cartilha e os ajustes necessários acontecem por meio de *feedback* dos profissionais de saúde, análise de indicadores de faturamento e revisão constante das políticas e diretrizes relacionadas. A cartilha precisa ser atualizada quando houver mudanças relevantes no faturamento ou novas informações que possam melhorar a conscientização sobre a utilização adequada dos referidos materiais.

3 CONTRIBUIÇÃO

Uma cartilha pode esclarecer o impacto das perdas financeiras decorrentes da falta de faturamento de OPME conforme estes fatores:

- Informação clara e objetiva: aspectos claros e objetivos sobre o impacto das perdas financeiras podem esclarecer tópicos como os custos envolvidos na fabricação e fornecimento desses materiais, a dependência das receitas para a manutenção de serviços de saúde de qualidade e os efeitos da falta de acesso aos investimentos para pacientes e instituições de saúde.
- Conscientização sobre a importância do faturamento: explicações acerca das perdas financeiras que afetam negativamente a capacidade das instituições de saúde em fornecer tratamentos adequados, adquirir equipamentos e investir em melhorias. Isso ajuda a sensibilizar os profissionais de saúde e a comunidade sobre a necessidade de garantir o faturamento correto dos OPME.
- Orientações sobre melhores práticas: norteamentos para evitar perdas financeiras, como a documentação adequada, o cumprimento das diretrizes de faturamento, o registro correto das informações clínicas e financeiras, entre outros. Com isso, se esclarecem os procedimentos adequados e são evitados erros que podem levar a prejuízos.
- Exemplos e casos reais: demonstração do impacto das perdas financeiras devido à falta de faturamento dos materiais, para tornar o assunto mais tangível e permitir aos leitores compreenderem melhor as consequências reais dos prejuízos. Pode-se abordar situações em que a falta de acesso a OPME afeta negativamente a qualidade de vida dos pacientes.
- Chamada à ação e conscientização pública: incentivo aos leitores na adoção de medidas para garantir o faturamento adequado dos OPME, com a conscientização pública, a sensibilização das autoridades de saúde, o engajamento dos profissionais e o apoio a iniciativas destinadas a melhorar o acesso a tais recursos. Dessa forma, pode-se estimular ações concretas para mitigar o impacto das perdas financeiras.

Em resumo, uma cartilha pode contribuir para esclarecer o impacto das perdas financeiras da falta de faturamento de OPME por meio da disseminação de informações claras e objetivas, conscientização sobre a importância do faturamento adequado, orientações sobre melhores práticas, exemplos reais e chamadas à ação. Como visto, ela desempenha um papel fundamental na educação e conscientização dos profissionais de saúde, pacientes e comunidade, com o intuito de melhorar o acesso a esses recursos essenciais.

PROPOSTA DE CARTILHA

Faturamento e OPME: Boas Práticas para reduzir perdas financeiras

Produzido por:
Jacqueline Paula



SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	3
2. COLETA DE DADOS PARA A ELABORAÇÃO DA CARTILHA.....	6
3. O QUE SÃO OPME'S.....	8
4. IMPACTO FINANCEIRO DAS PERDAS DE OPME NO FATURAMENTO.....	11
5. COMO MINIMIZAR PERDAS E AUMENTAR A EFICIÊNCIA.....	16
6. O PAPEL DE CADA PROFISSIONAL NA GESTÃO DE OPME.....	20
7. CONSEQUÊNCIAS DAS PERDAS DE OPME.....	20
8. CONCLUSÃO.....	21
9. CONTATO E INFORMAÇÕES.....	22
REFERÊNCIAS.....	23

1. APRESENTAÇÃO

Esta cartilha foi desenvolvida para abordar um tema crucial para o bom funcionamento dos serviços de saúde no Hospital Universitário: as perdas financeiras relacionadas à utilização de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) e seu impacto no faturamento hospitalar. O objetivo principal é disseminar boas práticas e conscientizar os profissionais de saúde e demais envolvidos no processo de prescrição, fornecimento e utilização desses materiais sobre a importância de sua gestão adequada.

Com a crescente complexidade nos tratamentos médicos e o alto custo envolvido na utilização de OPME, é essencial garantir que todo material utilizado seja corretamente faturado. A má gestão ou o subaproveitamento desses itens não apenas resulta em perdas financeiras consideráveis, mas também prejudica a capacidade do hospital em investir em novos equipamentos, melhorar suas instalações e oferecer tratamentos mais avançados aos pacientes.

Esta cartilha visa sensibilizar os profissionais sobre a necessidade de garantir o faturamento correto dos OPME, explicando como as perdas impactam diretamente a sustentabilidade financeira do hospital. Sem um controle, o hospital corre o risco de enfrentar dificuldades para manter sua operação, o que pode comprometer a qualidade do atendimento prestado à comunidade.

ESSA CARTILHA PODE AJUDAR

Ao ler esta cartilha, os profissionais envolvidos diretamente no ciclo de utilização dos OPME (como médicos, enfermeiros, administradores, setores responsáveis pela gestão de OPME e equipe de faturamento) serão orientados sobre a importância de seguir protocolos e práticas recomendadas. Será apresentado como um faturamento inadequado ou a falta de controle sobre o uso de materiais pode impactar negativamente o equilíbrio financeiro da instituição, afetando desde o tratamento de pacientes até a aquisição de novos recursos e tecnologias.

Esperamos que esta cartilha seja uma ferramenta de apoio no dia a dia do hospital, promovendo um ambiente mais eficiente e consciente quanto à gestão dos recursos disponíveis. Ao garantir o faturamento correto e o uso racional dos materiais, todos contribuem para a manutenção de um sistema de saúde mais robusto, sustentável e capaz de atender às demandas crescentes da população.

Juntos, podemos minimizar as perdas e maximizar os benefícios para os pacientes e para o hospital!

2.COLETA DE DADOS PARA ELABORAÇÃO DA CARTILHA

Esta cartilha foi elaborada a partir do resultado de uma pesquisa realizada no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU). A coleta de dados seguiu uma abordagem quantitativa e qualitativa para proporcionar uma visão completa sobre o problema e identificar soluções práticas.



Coleta de Dados Quantitativos: Setor de Faturamento

Uma das etapas fundamentais da pesquisa foi a análise de dados financeiros do setor de faturamento do hospital. Nesse processo, foram coletadas informações detalhadas sobre:

Perdas Identificadas: Análise de casos de materiais que não foram registrados ou faturados, resultando em prejuízos financeiros para o hospital. Por meio de uma planilha de controle do setor de faturamento, na qual constam os OPME que não foram lançados no faturamento, foi possível quantificar os valores das perdas financeiras de materiais. O período analisado refere-se aos anos de 2016 a 2021.

COLETA DE DADOS Qualitativos: Entrevistas com Profissionais Envolvidos

Além da análise de dados financeiros, a pesquisa incluiu entrevistas estruturadas com os profissionais envolvidos diretamente nos procedimentos que utilizam OPME, incluindo:

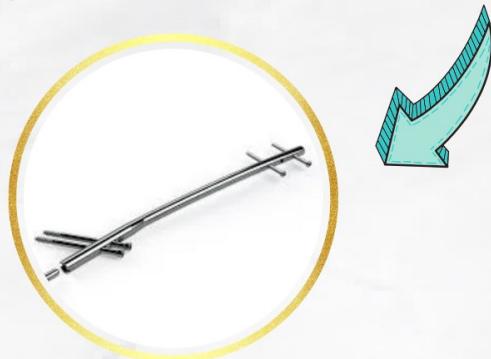
- ➡ Equipe médica
- ➡ Enfermeiros, técnicos de enfermagem e instrumentalistas
- ➡ Equipe do setor de materiais consignados e almoxarifado

O objetivo dessas entrevistas foi compreender não só o nível de entendimento dos profissionais sobre as perdas de OPME, mas também identificar as principais causas das perdas. As entrevistas permitiram também que os profissionais sugerissem melhorias no processo e propusessem soluções viáveis para minimizar as perdas.

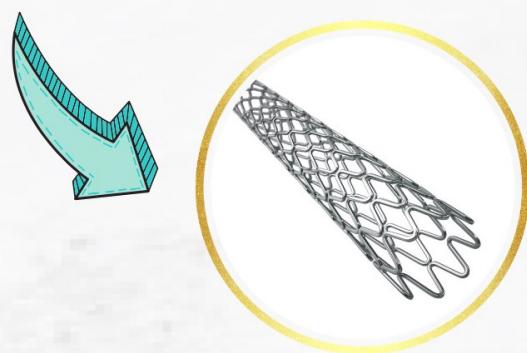
A partir dessa pesquisa, a cartilha foi elaborada como um produto tecnológico para disseminar as boas práticas e conscientizar os profissionais sobre a importância de uma gestão eficiente de OPME. As informações coletadas foram essenciais para criar um material que não apenas alerta sobre o impacto financeiro das perdas, mas também oferece orientações práticas e sugestões viáveis para minimizar esse problema no dia a dia hospitalar.

3.0 QUE SÃO OPME?

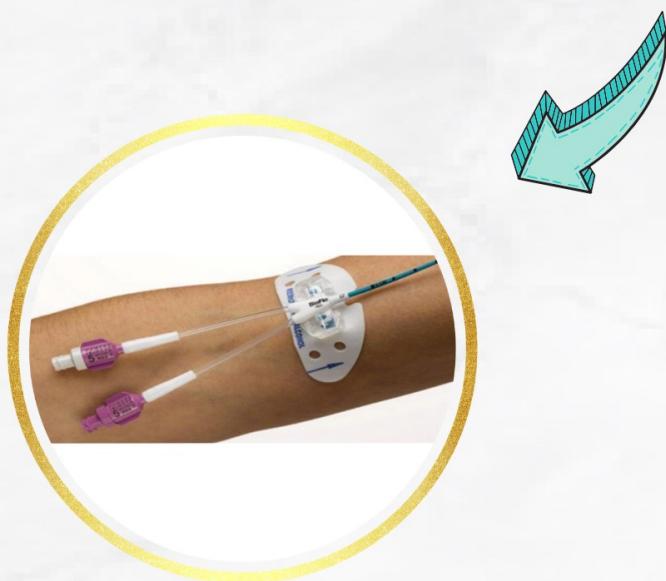
- **Órteses:** órtese é todo dispositivo permanente ou transitório, utilizado para auxiliar as funções de um membro, órgão ou tecido, compensando insuficiências e/ou evitando deformidades ou sua progressão, como hastes, parafusos, placas, telas, dentre outros;



- **Próteses:** a prótese pode ser definida como dispositivo permanente ou transitório que substitui total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, tais como próteses de quadril, joelho, stents, enxertos vasculares etc.



- **Materiais especiais:** são utilizados em procedimentos diagnósticos ou terapêuticos e que não se enquadram nas classificações de órteses ou próteses.



Exemplos práticos de OPME mais comuns no hospital



4. IMPACTO FINANCEIRO DOS OPME NO FATURAMENTO

Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) representam uma parcela expressiva dos custos hospitalares, principalmente em procedimentos cirúrgicos de alta complexidade. A correta gestão desses materiais é essencial para garantir que o hospital mantenha sua sustentabilidade financeira e continue oferecendo serviços de qualidade para a população. Quando há falhas nessa gestão, os impactos no faturamento podem afetar diretamente o funcionamento e a capacidade de investimento da instituição.

Quando essa gestão falha, os impactos no faturamento podem ser expressivos, afetando diretamente o funcionamento e a capacidade de investimento da instituição.

Exemplos de perdas frequentes

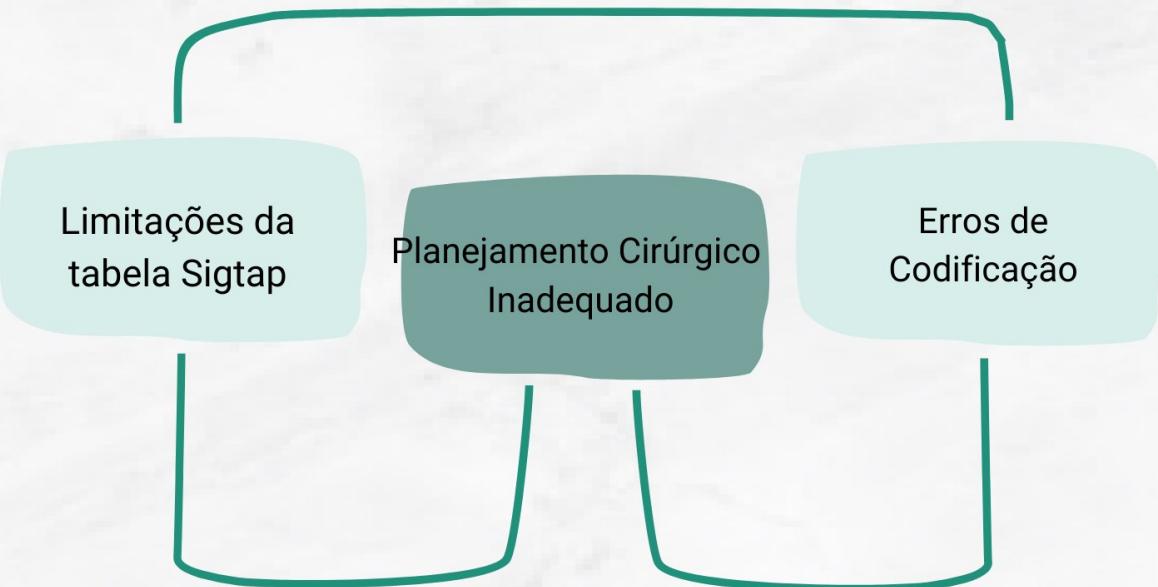
O não registro dos OPME utilizados nos procedimentos pode resultar em perdas de receita, uma vez que o hospital não será reembolsado pelo SUS. Cada material não faturado significa uma despesa não recuperada, o que pode gerar um déficit significativo ao longo do tempo.

Exemplos:

- Se uma prótese cardíaca, de alto custo, não for incluída no sistema de faturamento, o hospital absorverá o custo sem receber o valor correspondente do SUS.**

- Uma cirurgia de reparo de fratura usa múltiplos parafusos ortopédicos, mas apenas parte deles é registrada no faturamento. Isso resulta em perda financeira, pois o hospital pagou por todos os parafusos, mas não os faturou integralmente**

Principais Causas das Perdas de OPME no Faturamento Hospitalar



• Limitações da tabela Sigtap

A Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (SIGTAP), utilizada pelo SUS, é uma das principais ferramentas que regulamentam o faturamento de OPME nos hospitais. Ela estabelece tanto a quantidade máxima permitida de determinados materiais como as compatibilidades entre os OPME e os procedimentos cirúrgicos correspondentes.

No entanto, essas limitações podem gerar problemas no faturamento quando:

- Há uma necessidade de utilização de materiais além do permitido pela tabela, e esses itens acabam não sendo faturados, gerando perdas.
- Procedimentos são realizados com OPME que não estão compatíveis com o código do procedimento na SIGTAP, resultando em impossibilidade de faturamento do OPME.
- Exemplo de perda: Durante uma cirurgia ortopédica, é necessário o uso de um número maior de parafusos do que o autorizado pela SIGTAP. Esses materiais extras não são incluídos no faturamento, resultando em uma perda financeira para o hospital.

- **Erros de Codificação**

Outro problema frequente que leva à perda de OPME no faturamento é a codificação incorreta dos materiais utilizados. Os códigos de OPME são específicos e precisam estar corretamente vinculados ao procedimento realizado.

- **Planejamento Cirúrgico Inadequado**

O planejamento cirúrgico inadequado por parte da equipe médica também pode contribuir para as perdas financeiras relacionadas aos OPME. Situações em que há uma subutilização ou superutilização de materiais devido à falta de planejamento são comuns e podem levar a desperdícios e falhas no faturamento. Algumas das causas incluem:

- Falta de previsão adequada dos OPME necessários para o procedimento, resultando em uso emergencial de materiais que não são registrados corretamente.
- Troca de OPME durante a cirurgia, sem a devida documentação, o que impede que sejam faturados posteriormente.
- Uso de materiais inadequados para o procedimento específico, que não podem ser incluídos no faturamento.
- Exemplo de Perda: Durante uma cirurgia de coluna, a equipe médica solicita um conjunto de hastes e parafusos que acaba sendo substituído por outro modelo no meio do procedimento, mas a troca não é registrada, resultando em uma perda no faturamento.

5.COMO MINIMIZAR PERDAS E AUMENTAR A EFICIÊNCIA

A gestão adequada de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) é fundamental para reduzir perdas e otimizar o faturamento hospitalar. Pequenos ajustes nas práticas diárias podem fazer uma grande diferença nos resultados financeiros e na qualidade dos serviços prestados. A seguir, destacamos algumas estratégias eficazes para alcançar esses objetivos:

Boas Práticas no uso de OPME durante procedimentos cirúrgicos

Adotar boas práticas durante os procedimentos cirúrgicos é o primeiro passo para minimizar perdas de OPME. Algumas ações podem ser implementadas facilmente para garantir que os materiais sejam corretamente utilizados e registrados:

Planejamento cirúrgico detalhado

Antecipar as necessidades de cada cirurgia, garantindo que os OPME adequados estejam disponíveis e sejam corretamente registrados no prontuário e sistema de faturamento.

Documentação imediata

Garantir que todos os materiais utilizados durante o procedimento sejam anotados em tempo real, evitando esquecimentos ou omissões posteriores.

Controle de estoque

Acompanhar de perto os materiais em estoque, registrando o uso de cada item para evitar desperdícios e garantir que tudo seja faturado corretamente.

Treinamento e qualificação dos profissionais envolvidos na utilização de OPME

O treinamento contínuo dos profissionais envolvidos, desde a equipe cirúrgica até o setor de faturamento, é essencial para reduzir perdas. Um time bem qualificado comprehende melhor o impacto financeiro de cada OPME e adota práticas que garantem seu correto uso e faturamento.

Capacitação técnica

Oferecer treinamentos regulares sobre o uso e a importância dos OPME, com ênfase nas normas de faturamento, procedimentos de codificação, e no correto entendimento do funcionamento da tabela Sigtap.

Sensibilização financeira

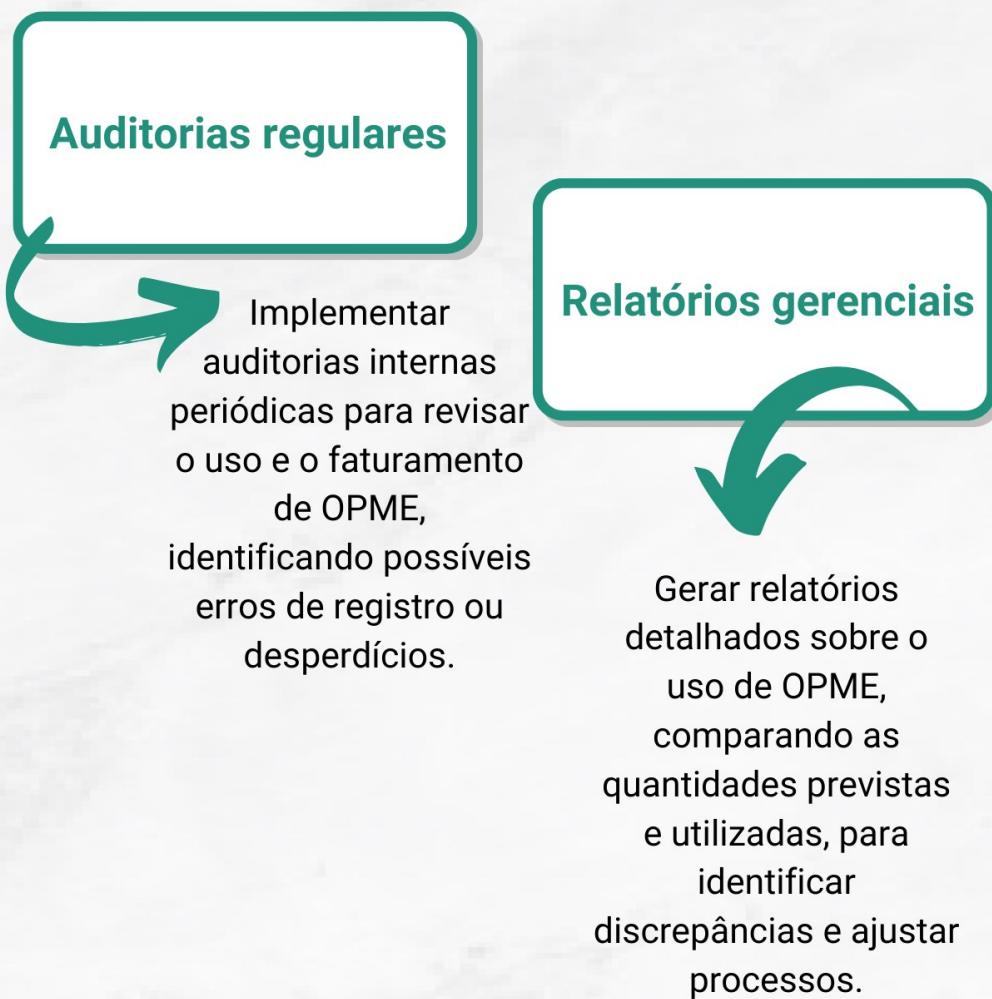
Realizar palestras que mostrem o impacto financeiro das perdas de OPME para o hospital, criando uma cultura de responsabilidade e atenção ao uso desses materiais.

Integração de equipes

Promover encontros entre as equipes de cirurgia, enfermagem e faturamento para alinhar procedimentos e fortalecer a comunicação entre os setores.

Acompanhamento e Auditoria interna dos materiais

A realização de auditorias internas e o acompanhamento contínuo dos processos de uso e faturamento dos OPME são medidas-chave para detectar falhas e aprimorar a eficiência.



6. O PAPEL DE CADA PROFISSIONAL NA GESTÃO DE OPME

Enfermagem: cuidados com o registro correto de uso e conferência dos materiais.

Médicos: escolha criteriosa e uso adequado dos OPME.

Administração/Faturamento: controle dos custos e registros financeiros.

Almoxarifado/setor de materiais consignados: gerenciamento do estoque e rastreabilidade.

7. CONSEQUÊNCIAS DAS PERDAS DE OPME

Impacto no faturamento

Quando os OPME não são faturados corretamente, o hospital perde recursos importantes, afetando sua saúde financeira.

Diminuição da lucratividade e prejuízos

Perdas financeiras afetam a lucratividade do hospital, gerando prejuízos e dificultando investimentos em melhorias e inovação.

Implicações na qualidade do atendimento

Sem recursos, o hospital pode ter dificuldades em adquirir novos materiais e equipamentos, comprometendo a qualidade do atendimento e a segurança dos pacientes.

8. CONCLUSÃO

A conscientização sobre a importância da correta utilização e faturamento de OPME é essencial para garantir a sustentabilidade financeira do hospital e a qualidade do atendimento ao paciente. Evitar perdas não é tarefa de um único setor, mas de um trabalho conjunto entre todos os profissionais envolvidos, desde a equipe médica até a administração e o almoxarifado.

Agora, é hora de agir! Cada profissional tem um papel fundamental nesse processo. Faça sua parte, assegurando o correto uso, registro e faturamento dos materiais. Juntos, podemos minimizar as perdas e aumentar a eficiência, assegurando resultados mais eficientes e positivos para o hospital e para os pacientes.

9. CONTATO E INFORMAÇÕES

Para mais informações sobre a gestão de OPME e como contribuir para evitar perdas, você pode procurar os seguintes setores dentro do hospital:

- Setor de Faturamento: Responsável por esclarecer dúvidas sobre o processo de faturamento de OPME e suas regras.
- Administração Hospitalar: Equipe responsável pela gestão financeira, disponível para orientação sobre práticas de controle e auditoria.
- Almoxarifado/Setor de Materiais Consignados: Para orientações sobre o controle e rastreamento de materiais.
- Enfermagem e Equipe Médica: Coordenadores e líderes disponíveis para treinamento e orientações sobre o uso correto dos OPME nos procedimentos cirúrgicos.

REFERÊNCIAS

SILVA, Jacqueline Paula da. **PERDAS FINANCEIRAS DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS NO FATURAMENTO HOSPITALAR : UM ESTUDO DE CASO DAS CIRURGIAS DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA (MG).** Orientador: Prof. Dr. Peterson Elizandro Gandolfi. 2024. 152 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2024.

Jacqueline Paula da Silva jacqueline.silva@ufu.br
Peterson Elizandro Gandolfi petersongandolfi@gmail.com

Apêndice D. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Título da pesquisa: PERDAS FINANCEIRAS DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS NO FATURAMENTO HOSPITALAR: UM ESTUDO DE CASO DAS CIRURGIAS DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA (MG)

Instituição dos pesquisadores: UFU

Membros da equipe de pesquisa:

- **UFU:** Prof. Dr. Peterson E. Gandolfi
- **Aluna:** Jacqueline Paula da Silva

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O texto abaixo apresenta todas as informações necessárias sobre nossas ações. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas, se desistir a qualquer momento, isso não lhe causará prejuízo. O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade), é necessário ler e compreender todo o conteúdo do texto. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia dele.

Antes de assinar, faça perguntas sobre o que não foi compreendido, em que a equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após a pesquisa).

Natureza e objetivos do estudo

- O objetivo específico deste estudo é avaliar as perdas decorrentes do não faturamento de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) utilizados em cirurgias realizadas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFG).
- Você está sendo convidado a participar da pesquisa para entendermos o conhecimento do setor em relação ao cenário das perdas de OPME no faturamento do HC-UFG.

Procedimentos do estudo

- Sua participação consiste em responder às perguntas disponíveis no roteiro de entrevista.
- Nesse caso, cada indivíduo será abordado e consultado sobre o interesse em participar da pesquisa. Caso aceite, o tempo de duração do procedimento não será maior do que 20 minutos.
- Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.
- A investigação será realizada no próprio setor de trabalho do entrevistado, com horário previamente agendado.

Riscos e benefícios

Apesar do risco de identificação do participante do estudo a partir da coleta de dados, os pesquisadores o minimizarão ao máximo com a adoção de codificações para identificar somente o conteúdo das respostas necessárias ao desenvolvimento da investigação, sem a possibilidade de identificação propriamente dita do participante, além de estabelecer um sistema de proteção criptografado de dados.

- Medidas preventivas serão tomadas nesse caso. Se o participante não apresentar condições de participar do experimento ou sentir algum mal-estar, o experimento será suspenso, e o participante, atendido e encaminhado de acordo com a necessidade.
- Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento, você não precisa realizá-lo.
- Com sua participação nesta pesquisa, você poderá contribuir para o entendimento sobre as perdas de OPME no faturamento do HC-UFU. A partir das informações coletadas por meio do formulário, é possível entender as causas do problema e tentar abordá-lo de forma eficaz para melhorar a gestão dos recursos e a qualidade dos serviços.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

- Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar.
- Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento; basta entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.
- Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela participação neste estudo.

Confidencialidade

- Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso por outras pessoas.
- Os dados e instrumentos utilizados compreendem o formulário com perguntas sobre as perdas de OPME. Eles ficarão guardados sob a responsabilidade do Prof. Dr. Peterson E. Gandolfi (coordenador do projeto), com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, e arquivados por um período de cinco anos – depois disso, tais arquivos serão destruídos.
- Os resultados do trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, eles mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar o nome, a instituição à qual pertence ou qualquer informação relacionada com a privacidade.

Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Prof. Dr. Peterson Elizandro Gandolfi, pelo e-mail peterson@ufu.br ou pelo telefone (34) 99976-4019.

Eu, _____ RG: _____, após receber a explicação completa dos objetivos e dos procedimentos envolvidos nesta pesquisa, concordo voluntariamente em fazer parte do presente estudo.

Este Termo de Consentimento se encontra impresso em duas vias. Uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra, fornecida ao senhor(a).

Uberlândia, ____ de março de 2024.