



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

ADAM CARLOS CRUZ DA SILVA

**AUDITORIA COMO FERRAMENTA DE GESTÃO PARA EFICIÊNCIA ALOCATIVA
DE RECURSOS FINANCEIROS NO SUS: O CASO DA PREFEITURA DE
CAMPOS DOS GOYTACAZES**

RIO DE JANEIRO

2018

ADAM CARLOS CRUZ DA SILVA

**AUDITORIA COMO FERRAMENTA DE GESTÃO PARA EFICIÊNCIA ALOCATIVA
DE RECURSOS FINANCEIROS NO SUS: O CASO DA PREFEITURA DE
CAMPOS DOS GOYTACAZES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGENF da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro para a obtenção do Título de Mestre. Área de concentração: Enfermagem: saberes e práticas de cuidar e ser cuidado.

Orientadora: Prof.^a Dra. Vivian Schutz.

Rio de Janeiro

2018

Catálogo informatizado pelo(a) autor(a)

S586 SILVA, Adam Carlos Cruz da

Auditoria como ferramenta de gestão para a eficiência alocativa de recursos financeiros no SUS: O caso da Prefeitura de Campos dos Goytacazes

/ Adam Carlos Cruz da SILVA. -- Rio de Janeiro, 2018.

129f

1. Auditoria e custos. 2. Glosas. 3. Internação domiciliar. I. Schutz, Vivian , orient. II. Título.

ADAM CARLOS CRUZ DA SILVA

**AUDITORIA COMO FERRAMENTA DE GESTÃO PARA EFICIÊNCIA ALOCATIVA
DE RECURSOS FINANCEIROS NO SUS: O CASO DA PREFEITURA DE
CAMPOS DOS GOYTACAZES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGENF da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro para a obtenção do Título de Mestre. Área de concentração: Enfermagem: saberes e práticas de cuidar e ser cuidado.

Orientadora: Prof.^a Dra. Vivian Schutz.

Aprovação: _____

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dra. Vivian Schutz (Presidente)
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Prof. Dr. Roberto Carlos Lyra
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Prof. Dr. Annibal José R. R. Scavarda Do Carmo (Suplente)
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Prof. Dr. Antônio Augusto de Freitas Peregrino
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

Prof. Dr. Cristiano Bertolossi Marta
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer a Deus, que se mostrou sempre como o criador, que foi criativo em todas as suas ações neste mundo e sempre será. Seu fôlego me deu vida, me foi sustento e me deu coragem para questionar as realidades vividas neste mundo e propor sempre um novo cenário de possibilidades para as condições humanas.

A esta universidade, ao seu corpo docente, direção e administração, que oportunizaram a janela através da qual hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presentes.

Agradeço a todos os Professores da Banca, ao Laboratório de Avaliação Econômica e Tecnológica em Saúde – LAETS, pela excelente maneira de conduzir os estudos econômicos em saúde e à minha orientadora Professora Dra. Vivian Schutz, por me proporcionar o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional.

À minha família, por sua capacidade de acreditar e investir em mim. Em especial à minha esposa Eliana de Sousa Nascimento, que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades, dúvidas e certezas de realização deste curso. Quero agradecer também aos meus filhos Júlia Nascimento Rodrigues de Almeida e João Gabriel Nascimento Cruz da Silva, que embora não tivessem conhecimento disto, iluminaram de maneira especial os meus pensamentos, me levando a buscar mais conhecimentos e força. E não deixando de agradecer de forma grata e grandiosa aos meus pais, Antônio Carlos Pinto da Silva e Juçara Cruz da Silva (falecida em 2012, mas presente em espírito), a quem eu rogo todas as noites da minha existência e agradeço pela minha formação desde o ensino básico, médio e superior, pois sempre estiveram presentes na minha caminhada dando o auxílio a todos os filhos, netos. À minha amada avó, Maria de Lourdes de Araújo (falecida em 2015, mas presente em espírito), que me ensinou muito nesta vida e ora por mim junto ao nosso Deus até hoje, intercedendo e cuidando do meu caminhar desde pequeno.

**A educação é a arma mais poderosa
que você pode usar para mudar o
mundo**

Nelson Mandela

RESUMO

O presente estudo teve como objeto a Auditoria do SUS como ferramenta de gestão para a eficiência alocativa de recursos financeiros na Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes. O trabalho de auditoria no SUS é extremamente complexo, pois necessita de grande quantidade de informações que precisam ser cuidadosamente extraídas, trabalhadas e interpretadas, pois muitos interesses e responsabilidades estão em foco quando se audita a saúde. Saber os índices de glosas e os seus custos permite uma avaliação técnica do processo de faturamento apresentado pela empresa para o pagamento dos serviços prestados durante a internação domiciliar. Os objetivos foram analisar o impacto da Auditoria como ferramenta de gestão para a eficiência alocativa de recursos financeiros do SUS no município de Campos dos Goytacazes. Tratou-se de um estudo descritivo do tipo estudo de caso, que se utilizou da avaliação econômica em saúde.. Constatou-se com este estudo um percentual considerado elevado de contas médicas glosadas para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que vêm ocupando sistematicamente o topo da lista dos custos em saúde. Constataram-se mensalmente inúmeras glosas de itens e subitens de consumo sempre pelos mesmos motivos, o que demonstra a falta de implantação de medidas de correção para minimizar este impacto, considerando que o volume destas ocorrências gerou uma economia financeira. Com a descrição do impacto orçamentário realizado no estudo, pôde-se comprovar um saldo positivo aos cofres públicos através dos diferentes tipos de glosas realizadas na ordem de R\$ 453.895,30, que, de acordo com o custo de oportunidade proposto dos recursos glosados, compuseram os blocos de financiamentos de recursos públicos federais do ano de 2015 para a melhoria das ações. Considera-se que este estudo possa representar um avanço no conhecimento e a auditoria do SUS ao sistema público de saúde, à medida que analisou a alocação efetiva dos recursos financeiros da prestação de serviço de internação domiciliar.

Palavras-chave: Auditoria e custos; Glosas; Internação domiciliar.

ABSTRACT

The objective of this study was to audit SUS as a management tool for the allocative efficiency of financial resources in the Campos dos Goytacazes City Hall. Audit work in the SUS is extremely complex because it requires a great deal of information that needs to be carefully extracted, worked out and interpreted, since many interests and responsibilities are in focus when health audits are performed. To know the indexes of disallowances and their costs allows us a technical evaluation of the billing process presented by the company for the payment of the services provided during the Home Hospitalization. The objectives were to analyze the impact of Audits to SUS as a management tool for the allocative efficiency of financial resources in the municipality of Campos dos Goytacazes. Method: It was a descriptive study of the type of case study that was used of the economic evaluation in health to analyze the importance of the Audit of SUS as a management tool for the allocative efficiency of financial resources in the municipality of Campos dos Goytacazes. A high percentage of disallowed medical accounts payments for non-communicable chronic diseases (NCCD) was systematically ranked at the top of the list of health costs. Numerous disallowances of items and sub-items of consumption were observed monthly for the same reasons, which demonstrates the lack of implementation of corrective measures to minimize this impact, considering that the volume of these occurrences generated a financial saving. With the description of the budgetary impact carried out in the study, a positive balance was shown to the public safes through the different types of disallowances made in the order of R \$ 453,895.30, which according to the proposed opportunity cost of the disallowances resources, formed the federal public resources financial blocks for the year 2015. It is considered that this study could represent an advance in the knowledge and importance of the SUS audit to the public health system, as it analyzed the effective allocation of the financial resources of the home care service provision.

Keywords: Costs audit; Disallowances; Home hospitalization.

LISTA DE FIGURAS

Fluxograma 1 – Fluxo PRISMA da revisão sistemática rápida.....	28
Figura 1 – Mapa da distribuição de Campos dos Goytacazes por distrito.....	53

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Distribuição dos pacientes por distrito.....	54
Gráfico 2 –	Distribuição dos pacientes por bairro.....	55
Gráfico 3 –	Idade média dos pacientes.....	57
Gráfico 4 –	Código da CID de acordo com o número de pacientes.....	60
Gráfico 5 –	Valor total apresentado/ valor liberado x percentual do valor glosado.....	79
Gráfico 6 –	Faturas total x Faturas glosadas.....	81

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Anagrama PICO.....	25
Quadro 2 – Anagrama PICO com a aplicação da questão norteadora.....	25
Quadro 3 – Busca no Medline via Pubmed.....	26
Quadro 4 – Busca na LILACS.....	26
Quadro 5 – Busca no Google Acadêmico via SciELO.....	26
Quadro 6 – Síntese dos artigos incluídos na revisão sistemática rápida.....	29
Quadro 7 – Distribuição da faixa etária por SID.....	56
Quadro 8 – Distribuição orçamentária do SID.....	77
Quadro 9 – Apresentação das faturas.....	80
Quadro 10 – Evolução da frequência e do custo das glosas.....	83
Quadro 11 – Custo de oportunidade dos recursos glosados.....	85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Gênero dos pacientes do SID.....	58
Tabela 2 – Caracterização da modalidade de atendimento do SID.....	59
Tabela 3 – Frequência das glosas de acordo com a CID.....	63
Tabela 4 – Frequência das glosas pela modalidade do SID.....	64
Tabela 5 – Custo das glosas conforme a CID.....	65
Tabela 6 – Custo das glosas por modalidade do SID.....	67
Tabela 7 – Frequência das glosas dos itens de custo.....	68
Tabela 8 – Frequência das glosas dos subitens em conta.....	69
Tabela 9 – Frequência das justificativas das glosas.....	71
Tabela 10 – Custo das glosas por itens de custos.....	72
Tabela 11 – Custo das glosas dos subitens de custo.....	74
Tabela 12 – Custos das justificativas das glosas.....	76
Tabela 13 – Frequência das glosas de acordo com os subitens em conta.....	105
Tabela 14 – Custo das glosas de acordo com os subitens em conta.....	113

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD – Atenção Domiciliar

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

API – Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVE – Acidente Vascular Encefálico

BPS – Banco de Preço em Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CID – Classificação Internacional das Doenças

CMED – Câmara de Regulação do Mercado de Medicamento

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CNRAC – Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DeCS – Descritor em Ciências da Saúde

DENASUS – Departamento Nacional de Auditoria do Ministério da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

EMAD – Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar

EMAP – Equipe Multiprofissional de Apoio

FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensações

FC – Ficha Clínica

FIDEPS – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa
Universitária em Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IG – Item Glosado

INTEGRASUS – Incentivo de Integração do SUS

JG – Justificativa da Glosa

LAETS – Laboratório de Avaliação Econômica e Tecnológica em Saúde
LILACS – Literatura da América Latina e do Caribe em Ciências da Saúde
MAC – Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar
OPME – Órteses, Próteses e Materiais Especiais
PAB – Piso da Atenção Básica
PAD – Programa de Atenção Domiciliar
PG – Percentual da Glosa
PICO – População, Paciente, Intervenção e Desfecho
PID – Programa de Internação Domiciliar
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
SAD – Serviço de Atenção Domiciliar
SADT – Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SciELO – *Scientific Electronic Library Online*
SID – Serviço de Internação Domiciliar
SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SNA – Sistema Nacional de Auditoria
SG – Subitem Glosado
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFA – Unidade de Faturamento
UNIRIO – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UTI – Unidade de Tratamento Intensivo
VA – Valor Apresentado
VG – Valor Glosado
VG – Valor Liberado

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
1.1 Introdução.....	15
1.2 Problema.....	15
1.3 Objetivos.....	22
1.4 Justificativa e relevância.....	22
2. ESTUDOS CORRELATOS.....	24
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	35
3.1 Auditoria do SUS.....	35
3.2 Internação domiciliar.....	36
3.3 Glosas.....	39
3.4 Custos.....	40
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	43
4.1 Delineamento do estudo.....	43
4.2 Local do estudo.....	43
4.3 Amostragem.....	46
4.4 Questões éticas.....	46
4.5 Produção dos dados.....	47
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	52
5.1 Perfil epidemiológico e sociodemográfico do SID no município de Campos dos Goytacazes.....	52
5.2 Códigos mais glosados no Serviço de Internação Domiciliar (SID) e seus custos baseados na Classificação Internacional das Doenças (CID).....	62
5.3 As glosas e seus custos com base nos itens, subitens de custo e suas justificativas.....	67

5.4	Análise do impacto orçamentário dos custos das glosas no SID.....	77
5.5	Custo de oportunidade dos valores glosados.....	85
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
7.	REFERÊNCIAS.....	92
7.1	Sites de pesquisa.....	99
8.	CRONOGRAMA	
8.1	Atividades 2016.....	100
8.2	Atividades 2017.....	101
9.	APÊNDICES	
	APÊNDICE A – Formulário de dados epidemiológicos e sociodemográficos.....	103
	APÊNDICE B – Formulário de dados financeiros.....	104
	APÊNDICE C – Tabela de frequência das glosas de acordo com os subitens em conta.....	105
	APÊNDICE D – Tabela de custo das glosas de acordo com os subitens em.....	113
10.	ANEXOS	
	ANEXO A – Termo de Compromisso com a Instituição.....	121
	ANEXO B – Pedido de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	122
	ANEXO C – Termo de Anuência.....	123
	ANEXO D – Ofício de autorização para a pesquisa.....	124
	ANEXO E – Folha de rosto Plataforma Brasil.....	125
	ANEXO F – Parecer consubstanciado do CEP.....	126

1. INTRODUÇÃO

1.1 Introdução

O presente estudo tem como objeto a Auditoria como ferramenta de gestão para a eficiência alocativa de recursos financeiros no Sistema Único de Saúde (SUS) na Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes.

1.2 Problema

A escolha por esta temática emergiu a partir atuação profissional na Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes e integrante da equipe do Núcleo de Auditoria, Controle e Avaliação, especificamente no setor de Auditoria de Contas Médicas que existe há cinco anos na Secretaria Municipal de Saúde. A equipe é composta por médicos, enfermeiros, odontólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais e administrativos, que juntos realizam as auditorias tanto interna quanto externa, de qualidade, mandado judicial e, em especial, as auditorias de contas médicas do serviço de internação domiciliar.

A auditoria é um processo sistemático, documentado e independente de se avaliar objetivamente uma situação ou condição para determinar a extensão na qual critérios são atendidos, obter as evidências quanto a esse atendimento e relatar os resultados dessa avaliação a um destinatário predeterminado (BOLETIM DO TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2011a).

No entendimento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) na ParticipaSUS: “A auditoria é um instrumento de gestão para fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para a alocação e utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos”.

O trabalho de auditoria no SUS é extremamente complexo, pois necessita de grande quantidade de informações que precisam ser cuidadosamente extraídas,

trabalhadas e interpretadas, pois muitos interesses e responsabilidades estão em foco quando se audita a saúde.

Conforme o Ministério da Saúde (2013), o alinhamento técnico conceitual das práticas de auditoria surge do entendimento da auditoria como parte integrante da gestão estratégica e participativa, como instrumento de qualificação da gestão e da necessidade do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) de ampliar o diálogo com as políticas públicas.

Contextualizando a problemática do estudo, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) define, no âmbito do SUS, a internação domiciliar como um conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para esse fim.

Busmester e Morais (2014) colocam que a desospitalização precoce é uma tendência mundial, não só para minimização de custos, mas também porque já está demonstrado que, para determinadas propostas de tratamento, a recuperação da doença é mais rápida e efetiva em ambiente familiar.

No município de Campos, o Serviço de Internação Domiciliar (SID) funciona há mais de cinco anos, conveniado, em caráter complementar, com uma empresa terceirizada, que é escolhida através das regras de licitação e contratos administrativos, ganhando a empresa com melhor preço e serviço a ser oferecido. Esta empresa responsável pelo serviço é obrigada pelos termos contratuais a prestar assistências nas 24h, oferecendo total suporte em recursos humanos, equipamentos, insumos, prestação de serviços de urgência, entre outros previstos nas regras contratuais.

Quando as disponibilidades de oferta de serviços próprios forem insuficientes para garantir o atendimento à população, o gestor de saúde poderá complementar a oferta com serviços privados de assistência à saúde, respeitando as competências que lhes são atribuídas pela lei, a legislação aplicável às licitações e os limites de seu território no planejamento de ações garantidoras da suficiência da assistência.

A empresa que prestava o SID para o município de Campos dos Goytacazes atuava desde outubro de 2012. Próximo ao final do ano de 2015, o contrato com a empresa foi cancelado por diversos motivos, dentre eles – e aqui destaca-se a atuação dos auditores da Prefeitura através das glosas realizadas – a não conformidade de alguns itens de custo apresentados em contas e a reclamação por

parte da empresa no atraso do pagamento pelos serviços prestados.

Automaticamente, a gestão da Secretaria Municipal de Saúde, através dos mesmos atos administrativos cabíveis e previstos em contrato, realizou a contratação de uma nova empresa, para que o SID não fosse prejudicado.

Saber os índices de glosas e os seus custos permite uma avaliação técnica do processo de faturamento apresentado pela empresa para o pagamento dos serviços prestados durante a internação domiciliar, ratificando o trabalho da análise da equipe de Auditoria do SUS no município perante a alocação de recursos financeiros em saúde.

Os gestores estaduais e municipais devem estar munidos de informações suficientes e de instrumentos de regulação e avaliação para realizar uma contratação adequada às necessidades de serviços de saúde de sua população (BRASIL, 2001).

O Departamento Nacional de Auditoria do Ministério da Saúde (DENASUS) utiliza o seguinte conceito de glosa:

Glosa é a rejeição total ou parcial de recursos financeiros do SUS pelo Ministério da Saúde, utilizados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios de forma irregular ou cobrados indevidamente por prestadores de serviços, causando danos aos cofres públicos (BRASIL, 2004, p. 7).

Na aplicação da glosa é importante observar os seguintes procedimentos:

- a) a prática de atos ilegais ou ilegítimos ocasiona ressarcimento ao erário, recomendação de correção do procedimento e responsabilização dos autores do ato e da autoridade administrativa competente com envio para o Ministério Público;
- b) a prática de atos antieconômicos ou indevidos em que não seja constatada a má fé gera recomendação ao gestor de correção do procedimento realizado e/ou ressarcimento ao erário.

O DENASUS coloca que:

Toda glosa deverá ser devidamente acompanhada da sua respectiva documentação comprobatória e as cópias autenticadas pelo auditor e no caso do prontuário médico deve ser autenticado pelo diretor da unidade auditada para uma possível contraprova ao fato glosado. Anexar original da planilha de distorções para justificativas e identificação dos responsáveis (BRASIL, 2004, p. 14).

As glosas surgem normalmente após algumas falhas durante o processo de atendimento operacional, assistencial e do próprio faturamento das empresas que prestam o serviço, devendo o órgão contratante estar atento a essas possíveis falhas durante o processo de avaliação das contas médicas dos serviços prestados pelas empresas terceirizadas.

Atualmente, no município, o método de verificação para a confirmação dos serviços prestados pela empresa em relação ao SID se realiza através das faturas, também conhecidas como contas médicas, que são apresentadas mensalmente para efeitos de cobrança de acordo com o mês vigente.

Esta análise ocorre através da fiscalização das cobranças efetuadas em contas enviadas pela empresa (contratada) ao contratante, no caso, a Prefeitura, além de os auditores realizarem visitas aos pacientes comparando as cobranças realizadas com o prontuário, tanto no que se refere aos materiais e medicamentos utilizados como também às taxas de serviços prestados e aos equipamentos utilizados.

Os auditores do serviço têm formação multidisciplinar e fazem desde a análise das contas médicas até as visitas nos domicílios dos pacientes internados e auditorias externas em unidades prestadoras de serviços públicos e privados.

Cada membro avalia a conta médica segundo o conhecimento técnico-científico adquirido durante a formação acadêmica e experiência profissional, mais o instrumento contratual do serviço entre a Prefeitura e a empresa contratada, que é definido por ambas as partes antes da assinatura oficial do contrato por licitação.

Para Busmester e Moraes (2014), a qualidade da auditoria de revisão de contas é tanto maior quanto mais diversificada for a equipe que a realiza. A participação de profissionais das áreas médicas e de enfermagem, mas a de farmacêuticos, bioquímicos, fisioterapeutas e nutricionistas contribui substancialmente para uma auditoria ainda mais correta.

Durante essas auditorias nas contas médicas, observou-se que muitos itens cobrados e utilizados pelos profissionais da empresa, como equipamentos, materiais e medicamentos, não são pagos pelo município à empresa terceirizada, seja durante a inspeção nos domicílios ou a auditagem das contas, gerando as glosas. Saber a origem e as suas causas ratifica o papel dos Auditores do SUS na alocação adequada de recursos públicos no município.

O DENASUS (BRASIL, 2004) descreve que na verificação da prestação dos serviços de saúde são observadas situações impróprias e irregulares. Para efeito de aplicação de glosas, a consistência da documentação apreciada, a veracidade das informações colhidas e os motivos de conformidade, considerando-se a legislação aplicada à época do período de abrangência da auditoria deverão ser examinados.

O DENASUS (BRASIL, 2004) coloca que a glosa total, referente à prestação de serviços assistenciais ao SUS, somente deve ser efetuada em situações em que a equipe de auditoria já esgotou todas as providências no sentido de comprovar a realização do procedimento que está sendo auditado (exame de outros comprovantes como: livro do centro cirúrgico, anotações de enfermagem, livro de ocorrências da enfermagem, livro de registro de admissão dos pacientes, folha de gasto de sala e podendo até mesmo entrevistar o paciente/familiares).

O não cumprimento das normas administrativas do SUS por parte do prestador nem sempre caracteriza a não realização do ato médico/procedimento que está sendo cobrado.

Diante da glosa realizada pelo município, a empresa do SID solicita as justificativas da glosa, seja ela técnica ou administrativa e, por meio da solicitação de recurso, oficialmente contesta ou acata os itens glosados junto aos auditores do município. Essa revisão nos valores glosados é permitida por lei, e deverá incluir todas as justificativas das glosas, prazos para a sua contestação e o tempo em que será realizado o retorno das solicitações.

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (2014):

Não é permitido estabelecer no contrato existente entre as partes regras que impeçam o prestador de contestar as glosas e de ter acesso às suas justificativas como o recurso de glosas (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2014, p. 3).

Ainda destaca-se que os contratos celebrados devem prever os casos de

glosa, prazos para a contestação e o tempo de resposta da operadora (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2014).

O aumento crescente nos custos em saúde vem trazendo preocupação aos profissionais e, sobretudo, aos gestores que atuam nessa área no que diz respeito à adoção de estratégias para controle de gastos, a equipe de Auditoria no SUS diante de um cenário de transição epidemiológica e da escassez de recursos públicos visa garantir a eficiência alocativa dos recursos.

Custo representa tudo o que é gasto direta ou indiretamente na produção de um bem ou na prestação de um serviço. Os custos podem ser classificados em diretos, indiretos ou de transformação. Os primeiros representam os gastos diretos na produção de um serviço, representados por materiais e mão de obra direta. Os custos indiretos são comuns a diversos serviços, necessitando de rateio entre os setores envolvidos para a atribuição de valores. Já os de transformação referem-se àqueles dispensados na aquisição de um produto (CASTILHO; JERICÓ, 2010; PEREIRA; SCHUTZ, 2012).

Outra classificação para custos diz respeito à variabilidade, sendo estes divididos em fixos e variáveis. Os custos fixos são aqueles que se mantêm constantes, enquanto os variáveis relacionam-se à produção, sendo diretamente proporcionais ao aumento desta (CASTILHO; JERICÓ, 2010).

Continuando, o autor enfatiza que as instituições públicas ou privadas que atuam na produção de serviços de saúde utilizam inúmeros insumos para execução de suas atividades, incluindo recursos materiais e humanos, que são conhecidos como itens de custo. Os itens de custo representam todos os gastos decorrentes da produção de serviços. O custo com estes itens é pago diretamente pelo cliente, indiretamente através das operadoras de saúde ou, principalmente, pelo financiamento do setor público (BRASIL, 2013; CASTILHO; JERICÓ, 2010).

Segundo Oliveira, Costa e Arndt (2012), as glosas são uma realidade no setor saúde. Em seu estudo, analisaram-se todos os relatórios de glosas emitidos pelo plano de saúde conveniado durante os meses de janeiro a março de 2011. A análise demonstrou a origem das glosas pelos itens das contas hospitalares: Materiais e medicamentos (33%), seguido de Taxas (25%), Honorários (21%), Diárias (13%) e Órteses, Próteses, Materiais Especiais (08%).

Já estudos de Ferreira e Braga (2009), que versam sobre a auditoria em enfermagem, mostram o impacto das anotações de enfermagem no contexto das

glosas hospitalares. Os autores analisaram todos os relatórios de glosas emitidos pelas operadoras durante os meses de outubro a novembro de 2007. A análise demonstrou que, num total de 215 internações e de 926 atendimentos ambulatoriais, ocorreram 125 atendimentos glosados, totalizando 4.380 itens glosados. O item medicamento foi o que recebeu o maior número de glosas, sendo seu valor em real de R\$ 8.551,07 (53,16%), seguido de taxas e aluguéis R\$ 3.919,41 (24,36%) e materiais R\$ 3.614,80 (22,47%).

Com esses itens glosados conforme citado no estudo, observa-se um impacto orçamentário positivo das operadoras pelas glosas efetuadas, o que pode representar um balanço financeiro adequado para o investimento em outras ações.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b) define que a análise de impacto orçamentário pode ser definida como a avaliação das consequências financeiras advindas da adoção de uma nova tecnologia em saúde, dentro de um determinado cenário de saúde com recursos finitos.

Com a previsão deste impacto orçamentário positivo, as instituições podem investir em outros tipos de tecnologia em saúde, programas de prevenção e atenção à saúde, dentre outros, visto que o caráter limitado dos recursos da sociedade introduz um dos conceitos básicos em economia, que é o custo de oportunidade (BRASIL, 2009b).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b), o custo de oportunidade é no que a sociedade incorre ao disponibilizar uma tecnologia sanitária à população, à medida que os recursos empregados para tal ficam indisponíveis para outros fins.

É importante observar que o custo de oportunidade também é conhecido como o valor da melhor alternativa não concretizada, em consequência da utilização de recursos limitados na produção de um determinado bem ou serviço de saúde.

Diante dos estudos mencionados, elaborou-se as seguintes perguntas: Qual o impacto da Auditoria como ferramenta de gestão para a eficiência alocativa de recursos financeiros no SUS na Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes?; Qual será o impacto orçamentário frente aos recursos glosados?; Qual será o custo de oportunidade frente aos recursos glosados?; O que poderá investir com a escassez de recursos financeiros?

Neste sentido, apresentam-se os objetivos abaixo descritos.

1.3 Objetivos

Objetivo geral:

Analisar o impacto da Auditoria como ferramenta de gestão para a eficiência alocativa de recursos financeiros do SUS no município de Campos dos Goytacazes.

Objetivos específicos:

- a) Descrever o perfil epidemiológico e sociodemográfico dos pacientes do SID no município de Campos dos Goytacazes;
- b) Identificar os códigos mais glosados de acordo com a Classificação Internacional das Doenças (CID) segundo a frequência e o seu custo;
- c) Apresentar as glosas com base nos itens, subitens de custo e as suas justificativas;
- d) Analisar o impacto orçamentário das glosas nos custos do SID;
- e) Realizar o custo-oportunidade frente aos recursos glosados.

1.4 Justificativa e relevância

Este estudo contribui para o fortalecimento, consolidação e o compromisso com a linha de pesquisa do Laboratório de Avaliação Econômica e Tecnológica em Saúde (LAETS), com a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e com o SUS.

Contribui também para a existência da área de auditoria, trazendo benefícios ao SUS, pois instrumentaliza o gestor com dados sobre as fragilidades e potencialidades do sistema de saúde, municiando o seu planejamento, e fomenta a adequação das políticas e das ações para o melhor atendimento à população.

Estudos desta natureza podem favorecer o processo de gerenciamento institucional e de cuidados de enfermagem, com a elaboração de protocolos de cuidado e programas de educação permanente, e o fornecimento de subsídios para ações de conscientização dentro das equipes de saúde, sejam elas na prestação de serviços hospitalares, domiciliares ou de gerenciamento.

Este estudo se justifica pelo fornecimento de subsídios para alocação de recursos nas instituições públicas e vai de encontro às ações de qualificação da gestão do SUS, conforme preconizado pelo Ministério de Saúde (BRASIL, 2009b).

Para os profissionais de enfermagem, este trabalho serve como prática para futuras pesquisas, uma vez que a alocação consciente de recursos financeiros junto ao planejamento estratégico e execução de tarefas do cuidar são competências necessárias para o Enfermeiro do século XXI (BRASIL, 2008).

2. ESTUDOS CORRELATOS

Foi realizada uma revisão sistemática rápida que reuniu e sintetizou o conhecimento existente em relação à temática em questão e permitiu incorporar os resultados desses estudos na prática.

Na operacionalização desta revisão, foram realizadas as seguintes etapas: estabelecimento da questão de pesquisa e objetivos; definição dos critérios de inclusão e exclusão; seleção de informações a serem extraídas dos artigos selecionados; representação das informações selecionadas em formato de tabelas; análise e síntese das evidências.

Como estratégia de identificação e seleção dos estudos, foi realizada uma busca de publicações indexadas sobre o tema em estudo, a fim de identificar o conhecimento produzido até o momento nos seguintes bancos de referências: Literatura da América Latina e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medline via PubMed e Google Acadêmico via *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Os seguintes critérios de inclusão para seleção de artigos foram adotados: artigos com resumos e textos completos para análise; que se enquadrassem na questão de estudo; publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol; publicados entre os anos de 2012–2017; e que contivessem em seus títulos e resumos os seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS): “Auditoria e custos”, “Glosas” e “Internação domiciliar”. Utilizou-se para a revisão o anagrama População, Paciente, Intervenção e Desfecho (PICO), que nos orienta formular a pergunta de pesquisa e realizar a busca dos descritores adequados, como se pode observar no Quadro 1 abaixo.

A presente revisão tem como questão norteadora a seguinte: A Auditoria como ferramenta de gestão do SUS pode melhorar a eficiência alocativa de recursos financeiros?

Quadro 1 – Anagrama PICO

Paciente	Intervenção	Comparador	Desfecho (Outcome)
Descrição do Paciente	Terapia ou Processo	Padrão Ouro	Desfecho de Interesse

Fonte: O autor, 2018.

Aplicando a questão norteadora:

Quadro 2 – Anagrama PICO com a aplicação da questão norteadora

P	Paciente	Pacientes assistidos pelo SID
I	Intervenção	Auditoria
C	Comparador	Não realizar auditoria
O	Outcome (Desfecho)	Quais os custos das glosas no atendimento de pacientes no SID?

Fonte: O autor, 2018.

Na etapa seguinte, realizou-se a busca com os descritores controlados “auditoria” e “custos” e os descritores não controlados “glosa” e “internação domiciliar”, para cada elemento do anagrama e para cada base de dados. No caso do descritor não controlado “glosa”, utilizou-se como alternativa a “recusa de pagamento” como uma alternativa de pesquisa, pois não se identificou essa terminologia. Seguem as estratégias de busca nas bases de dados:

Pesquisa Medline via PubMed: Audit AND Costs AND refusal to pay AND Home hospitalization.

Audit[All Fields] AND ("costs and cost analysis"[MeSH Terms] OR ("costs"[All Fields] AND "cost"[All Fields] AND "analysis"[All Fields]) OR "costs and cost

analysis"[All Fields] OR "costs"[All Fields]) AND (refusal[All Fields] AND pay[All Fields]) AND (Home[All Fields] AND ("hospitalisation"[All Fields] OR "hospitalization"[MeSH Terms] OR "hospitalization"[All Fields])).

Quadro 3 – Busca no MedLine via PubMed

Medline
Não foram localizados artigos científicos

Fonte: O autor, 2018.

Pesquisa LILACS: Auditoria AND Custos AND glosas AND Internação domiciliar (tw:(Audioria)) AND (tw:(custos)) AND (tw:(glosas)) AND (tw:(internação domiciliar)).

Quadro 4 – Busca na LILACS

LILACS
Não foram localizados artigos científicos

Fonte: O autor, 2018.

Pesquisa SciELO via Google Acadêmico: Scielo and scielo and Auditoria AND Custos AND glosas AND Internação domiciliar.

Quadro 5 – Busca no Google Acadêmico via SciELO

Google Acadêmico Via SciELO
Foram localizados 24 estudos científicos entre artigos, teses e dissertações

Fonte: O autor, 2018.

A pesquisa foi realizada utilizando-se o operador booleano “AND”. Os critérios de inclusão aplicados foram: 1 – artigos e outros achados acadêmicos publicados nos últimos cinco anos (de 2012 a 2017); 2 – idiomas inglês, português e espanhol; 3 – publicações disponibilizadas na íntegra; 4 – publicações que abordem o assunto auditoria, custos, glosas e internação domiciliar. Como critério de exclusão, aqueles

artigos e publicações acadêmicas que apareceram mais de uma vez nas bases de dados simultaneamente.

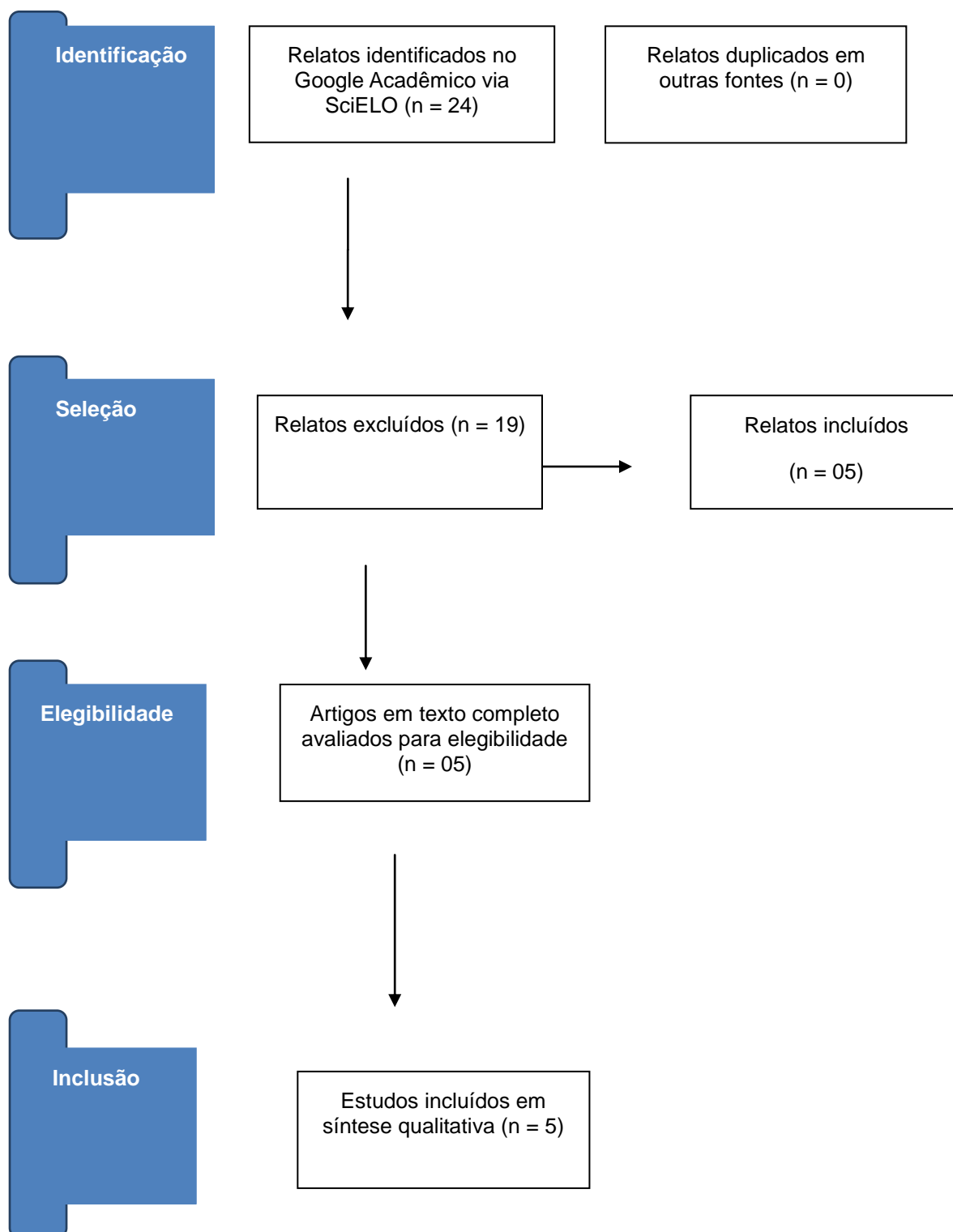
O processo de seleção de trabalhos ocorreu após a escolha pelo título e leitura dos resumos, e após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, os artigos encontrados foram lidos na íntegra pelo autor.

Foram encontradas no total 24 publicações acadêmicas, sendo todas elas no Google Acadêmico via SciELO, por filtrar apenas os estudos científicos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionadas cinco publicações acadêmicas em língua portuguesa, sendo um artigo científico, duas teses de mestrado, uma monografia de pós-graduação e uma de graduação, totalizando cinco estudos acadêmicos.

O foco deste estudo foi em revisões sistemáticas rápidas, mas o PRISMA também pode ser usado como uma base para ensaios clínicos randomizados e outros tipos de pesquisa, particularmente avaliações de intervenções. O PRISMA também pode ser útil para a avaliação crítica de revisões sistemáticas publicadas (GALVÃO; PENSANI; HARRAD, 2015). Utilizou-se a recomendação PRISMA para o estudo de revisões sistemáticas, que tem por objetivo ajudar os autores a melhorarem o relato de revisões sistemáticas e meta-análises.

Conforme pesquisado, segue o Fluxograma 1 com os resultados encontrados:

Fluxograma 1 – Fluxo PRISMA da revisão sistemática rápida



Fonte: MOHER D. et al., 2009.

Foi realizada uma busca de referências relevantes dos estudos selecionados através do preenchimento de um formulário confeccionado pelo autor contendo identificação do título, dos autores, base de dados, ano de publicação, periódico e a metodologia. As informações obtidas foram organizadas conforme o Quadro 6 abaixo:

Quadro 6 – Síntese dos artigos incluídos na revisão sistemática rápida

Título	Autores	Base de dados	Ano de publicação	Periódico	Metodologia
Registro de enfermagem em <i>Home Care</i> : subsídios da auditoria de enfermagem	Isadora Cid Dantas, Márcia Gomes Duarte, Ester de Almeida Souza e Elzo Pereira Pinto Junior	Google Acadêmico	2017	Revista de Enfermagem Contemporânea	Revisão narrativa de literatura
Padronização da gestão do processo de auditoria interna em um hospital privado na cidade de Santa Maria	Marisa Rodrigues da Rosa	Google Acadêmico	2013	Repositório digital da biblioteca Unisinos	Pesquisa transversal
Percepção dos gestores em saúde sobre controladoria e o <i>Controller</i> no município de Campina Grande-PB	Luiza Cláudia Macedo de Moraes	Google Acadêmico	2015	Biblioteca digital da Universidade Estadual da Paraíba	Revisão bibliográfica
O projeto RegulaSUS do Telessaúde RS/UFRGS como dispositivo de apoio à microrregulação do cuidado no estado do Rio Grande do Sul	Shayanne Santos da Silva	Google Acadêmico	2014	Repositório digital UFRGS	Estudo de caso
O papel estratégico da tecnologia de informação na área da saúde	Sueli Fátima Sampaio	Google Acadêmico	2013	Biblioteca digital PUC Campinas	Revisão bibliográfica

Fonte: O autor, 2018.

Os principais objetivos destes estudos foram a investigação do papel da auditoria como ferramenta de gestão para eficiência alocativa de recursos financeiros em internação domiciliar.

Diante do objetivo proposto, formulou-se a seguinte pergunta: A Auditoria pode otimizar os custos através das glosas no atendimento de pacientes no Serviço de Internação Domiciliar (SID)?

Estudos de Dantas et al. (2017) colocam que as glosas ou correções são aplicadas quando qualquer situação gerar dúvidas em relação às regras e práticas adotadas pelo *Home Care*. Quando elas ocorrem, observa-se conflito na relação entre convênio (plano de saúde) e prestador de serviços (instituição). Apoiando o gestor, no sentido de detectar erros que irão sobrecarregar os custos e impedir a promoção de um serviço de qualidade, a auditoria favorece que se atinjam metas dentro dos sistemas de saúde (ROSA, 2017).

Como se pode observar, a auditoria é essencial neste cenário da gestão alocativa de recursos financeiros, efetuando apoio para o direcionamento correto dos eventos em saúde, como os gastos em atenção básica, os gastos com a média e a alta complexidade como as internações hospitalares, as domiciliares e outros, que devem ser auditados frequentemente para a ratificação das conformidades e a alocação dos recursos financeiros.

Conforme Dantas et al. (2017), o valor total gasto com internações hospitalares em homens na faixa etária de 20 a 59 anos de idade no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2010 no estado da Bahia foi R\$110.093.299,79, que representou 18,8% do total gasto com internações hospitalares.

Os grupos de causas de hospitalização mais frequentes na referida população de estudo naquele ano foram, respectivamente: causas externas e doenças do coração. Neste estudo, observa-se a definição da faixa etária com maior gasto e o bloco de financiamento que consumiu maior recurso financeiro neste estado em 2010, mais uma vez colocando auditoria neste processo.

Estudos de Rosa (2017) descrevem que em 200 prontuários avaliados, 467 glosas foram encontradas, sendo a maioria relacionada à prescrição médica e registros de enfermagem. Dos itens mais glosados como a média de custos, foi possível identificar os procedimentos remunerados, sendo, sobretudo, o oxigênio e as nutrições especiais. O não cumprimento de procedimentos de checagem e da própria evolução destes procedimentos torna a glosa um componente frequente. As

glosas mais encontradas das contas auditadas em relação aos custos dos procedimentos remunerados são o curativo, o Haemoglucotest, nebulização, sondagens, oxigênios, equipo (ROSA, 2017).

Observa-se a atuação frequente da auditoria também neste processo das auditorias de contas médicas, que direcionam as glosas mais evidentes, a média de custos destas glosas, os tipos de itens e subitens glosados e as suas justificativas. Isso reforça com ênfase as adequações dos procedimentos às cobranças adequadas, sem deixar de registrar qualquer inconformidade existente nas contas apresentadas ao pagador.

As glosas representam importante problema na auditoria em saúde e de enfermagem em serviços de *Home Care*. Os resultados da revisão de literatura apontam como principais causas de glosas a falta de checagem na prescrição médica e de enfermagem, desatenção na observância à evolução descrita nos registros dos pacientes, dificuldade na interpretação devido à letra ilegível e rasuras, falta de registro de procedimento de fisioterapia, falta de registros dos antibióticos, incompletude nos horários e datas nas evoluções e ausência da assinatura, número do registro e carimbos nas evoluções (DANTAS et al., 2017).

As glosas por falta de checagem na prescrição médica e de enfermagem e por desatenção nas observâncias às informações contidas na evolução são comuns nos serviços de *Home Care* (DANTAS et al., 2017).

Considerando que existem nos *Home Care* protocolos e rotinas que têm por objetivo definir claramente o preenchimento dos Registros de Enfermagem e prontuários, a Auditoria em Serviço de Saúde pode contribuir para o realinhamento do processo de trabalho, através da identificação das causas do desvio de comportamento, propondo ao gestor ações que visam à correção das condutas e sua efetiva realização em conformidade com as normas institucionais (DANTAS et al., 2017).

Para Dantas et al. (2017), as glosas decorrentes da letra ilegível e rasuras se relacionam à dificuldade de entendimento e interpretação por conta da escrita ilegível e rasuras realizadas pelos profissionais nos prontuários, o que pode gerar riscos aos pacientes, decorrentes de erro em aplicação ou falta de medicações, dosagem errada, dentre outros. Os problemas relacionados ao registro de procedimentos de fisioterapia são atribuídos à falta de preenchimento do cabeçalho na folha disponibilizada para anotações do atendimento realizado em *Home Care*.

Além disso, também são comuns em prontuários que traduzem os atendimentos de fisioterapia a ausência de informações completas, como o tipo de atendimento dado ao paciente.

Outra questão que se relaciona à ocorrência de glosa se refere à falta dos registros dos antibióticos, uma vez que este medicamento é de uso controlado e sua liberação deve ser precedida de prescrição médica, sendo que sua dosagem deve ser liberada de forma específica.

No que se refere à falta dos horários, datas, assinaturas, número do registro do Conselho e carimbos nas evoluções, estas são não conformidades injustificadas, considerando que o profissional que realiza os procedimentos assistenciais tem a obrigação de se identificar claramente em qualquer documento relacionado com a assistência do paciente (DANTAS et al., 2017).

Mas como melhorar essa questão das glosas e otimizar os recursos financeiros?

Apenas a auditoria como ferramenta de gestão na alocação dos recursos financeiros pode contribuir para a melhoria deste quadro, registrando as inconformidades existentes e as ações a serem desenvolvidas para o aprimoramento do serviço. Destaca-se o envolvimento de toda a equipe em todos os processos envolvidos, desde a entrada deste paciente nas unidades de atendimento até a sua alta, óbito ou qualquer outro motivo de saída, atentando que o processo só finaliza com a confecção da conta e pagamento da mesma pelo operador do sistema.

Estudos de Azevedo (2013) colocam que o faturamento recebe os dados do atendimento do paciente, dos exames realizados, dos medicamentos e materiais utilizados durante a assistência via sistema informatizado de gestão hospitalar. Esse processo da informatização permite uma organização dos dados, eliminando a digitação dos itens e subitens a serem faturados, pois o processo é somente de conferência e cumprimento das regras contratuais, garantindo menores glosas.

Rosa (2017) coloca que a fim de melhorar a gestão e diminuir o número de glosas, sugere-se maior organização, uma vez que é possível saber o índice de glosas, o plantão, o turno e os profissionais envolvidos. A geração de novos conhecimentos referentes às contas auditadas possibilita uma avaliação real dos problemas diários que o sistema enfrenta, bem como a conduta em relação a eles, como a padronização de protocolos para minimizar as perdas pelo ente pagador

(ROSA, 2017).

Azevedo (2013) relata que existem dificuldades nas organizações hospitalares de utilização e gestão destes recursos, o que pode dificultar todo o processo de alocação financeira adequada.

Segundo o autor, minimizam-se essas falhas no processo identificando e educando toda a equipe nos processos envolvidos diariamente, estabelecendo ações para minimizar esses erros e retrabalhos que engessam e dificultam os processos de assistência em saúde, além de aumentarem os gastos do sistema.

Baseado em estudos de Silva (2014), tem-se que a microrregulação é um mecanismo de controle sobre os prestadores de serviço com intuito de controlar os custos e os gastos em saúde que impactam o acesso dos usuários.

Algumas das principais estratégias de microrregulação adotadas são o direcionamento da clientela, estudos da negociação de pacotes, custos mais baixos, custo agregado, meta referencial, adoção de protocolos, auditoria nos hospitais e prestadores, glosas, controle do consumo excessivo do sistema, acompanhamento da utilização dos serviços, *case management*.

A microrregulação é a regulação da assistência em geral e do acesso ao SUS, que se caracteriza em instituir mecanismos e dispositivos de microrregulação do cuidado semelhantes aos das operadoras privadas de saúde (SILVA, 2014).

A regulação tem que estar inserida em todos os órgãos em saúde, pois a produzida pelo Estado não está sendo suficiente para atender à demanda e garantir a organização da produção do cuidado, bem como a redução dos custos, ou melhor, eficiência no quesito recurso público (SILVA, 2014).

A microrregulação pode ser aplicada como poderosa ferramenta de gestão e organização das práticas em saúde, armazenando os dados dos pacientes e promovendo a efetividade e a qualidade dos serviços prestados (SILVA, 2014).

A tecnologia da informação possui um papel estratégico que deve estar aliado aos demais esforços organizacionais e sintonizado com as políticas estratégicas, a fim de garantir uma gestão mais eficiente e eficaz da informação e dos riscos, e que possibilite uma diretriz mais segura de investimentos e prioridades em saúde (AZEVEDO, 2013).

Morais (2015) reforça o que a controladoria representa na otimização dos resultados, ao afirmar a sua função para uma gestão de custos adequada, identificando o tipo de custos e a sua classificação como o seu efeito, análise e

controle.

No entendimento de Moraes (2015), não basta melhorar o financiamento da saúde, é preciso corrigir os procedimentos organizacionais para reduzir custos, eliminar desperdícios, retrabalho, reduzir a variabilidade nos processos de trabalho e diminuir o inchaço da máquina pública. Nessa vertente, tem-se a gestão de custos, planejamento e controle orçamentário, elaboração de relatórios gerenciais, auditoria interna e provimento de apoio aos gestores na tomada de decisão, desenvolvimento de políticas e procedimentos de controle e detecção de desvios.

Segundo Rosa (2017), a prática da auditoria contribui para a otimização dos recursos físicos e de materiais que estão disponíveis nos sistemas de saúde, para a melhoria da atuação dos profissionais, seja no planejamento ou na execução técnica do trabalho, gerando uma maximização dos custos envolvidos e maiores benefícios para o paciente, hospitais e operadores de saúde.

A auditoria em saúde, especificamente a auditoria de enfermagem, pode constituir importante instrumento de gestão para a organização e implantação de rotinas que garantam registros de enfermagem elaborados de forma adequada e válida, de modo a reduzir a aplicação de glosa nos serviços de *Home Care* (DANTAS et al., 2017).

Tal como visto pelos autores citados, a auditoria na gestão alocativa de recursos financeiros representa para qualquer sistema de saúde para direcionar, controlar e avaliar os processos em saúde que podem trazer maiores gastos aos operadores do sistema, sejam públicos ou privados.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Auditoria do SUS

O Sistema Nacional de Auditoria (SNA), em consonância com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), por meio de suas atividades de controle, desempenha papel fundamental para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Entre as atividades executadas pelo SNA estão as auditorias, instrumentos com grande potencial para detectar falhas, irregularidades e oportunidades de melhoria na gestão do SUS, desde que realizadas observando-se princípios, métodos e técnicas apropriados.

As ações do Sistema Nacional de Auditoria visam aperfeiçoar a gestão com transparência, estimular e apoiar o controle social, possibilitar o acesso da sociedade às informações e resultados das ações e serviços de saúde do SUS, contribuindo para a garantia da atenção aos usuários, em defesa da vida. [...] A auditoria, no âmbito do SUS, nesse novo contexto, vem reforçando a preocupação com o acompanhamento dos serviços de saúde e a gestão de análise dos resultados, com o fortalecimento de um perfil preventivo, para melhor contribuir para a qualidade de assistência, a garantia do acesso, a atenção aos usuários, a humanização nas ações e serviços, em defesa da vida, pautada na visão do coletivo (BRASIL, 2013).

No entender do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), a Auditoria do SUS é um dos instrumentos de controle interno, que tem a finalidade de contribuir com a gestão por meio da análise dos resultados das ações e serviços públicos de saúde. Esta auditoria visa a contribuir para a garantia do acesso oportuno e da qualidade da atenção oferecida aos cidadãos. Tem papel importante no controle do desperdício dos recursos públicos, colaborando para a transparência e maior credibilidade da gestão pública.

A auditoria do SUS deve verificar a execução das ações e serviços de saúde quanto aos aspectos orçamentário, operacional, patrimonial, além de analisar a conformidade do gasto, bem como dos processos e resultados (BRASIL, 2013).

3.2 Internação domiciliar

Nas últimas décadas tem sido crescente no mundo inteiro um movimento que busca respostas para o fenômeno dos altos custos sociais com a atenção hospitalar e da insatisfatória resposta comprovada pelos indicadores de qualidade de saúde das populações (SILVA et al., 2005).

A análise dos gastos públicos com a atenção à saúde revela que há disparidade entre os gastos hospitalares e os gastos na atenção básica e de média complexidade. O peso na elevação dos custos da atenção hospitalar está relacionado com as altas taxas de internação, respaldadas na hegemonia do modelo hospitalocêntrico, e com os gastos decorrentes do uso crescente de alta tecnologia (SILVA et al., 2005).

Os critérios de elegibilidade para a admissão de pacientes na internação domiciliar são advindos da vertente do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), que tem um caráter mais ambulatorial, diferente do Serviço de Internação Domiciliar (SID), que necessita de assistência nas 24h, saindo da modalidade de ambulatório para a de internação e que, depois de inserido no programa, é regulado pela empresa terceirizada.

A admissão ao SAD é caracterizada pela indicação, elaboração do Plano de Atenção Domiciliar e o início da prestação da assistência ou internação domiciliar. O SAD é um programa oferecido pelas ações do município em prol da Atenção Domiciliar (AD) do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências, que, juntos com o SID, redefinem a AD no âmbito do SUS.

Segundo a Portaria do Ministério da Saúde nº 963 (BRASIL, 2013), a AD é uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.

É um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

A AD é organizada em três modalidades distintas:

- a) AD tipo um (AD1) é destinada à prestação da assistência à saúde aos usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e não se enquadrem nos critérios previstos para as modalidades AD2 e AD3 descritos nesta portaria;
- b) AD tipo dois (AD2) é destinada aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção;
- c) AD tipo três (AD3) é destinada aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde.

Segundo a Portaria do Ministério da Saúde nº 963 (BRASIL, 2013), o usuário não será incluído no SAD, em qualquer das três modalidades, na presença de, pelo menos, uma das seguintes situações: necessidade de monitorização contínua, necessidade de assistência contínua de enfermagem, necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência, necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência e/ou a necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva contínua.

A partir destas situações indicativas de exclusão do SAD, os pacientes que se enquadram nos critérios de internação são encaminhados para a empresa terceirizada do SID, ficando sob seus cuidados integrais.

No SUS, AD por equipes multidisciplinares, bem como o internamento, estão previstos para a habilitação e cobertura em casos oncológicos e de nefropatias em diálise domiciliar; o financiamento é feito pelo Piso da Atenção Básica (PAB) ou pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC).

A atenção básica, ou atenção primária à saúde, conforme o Ministério da Saúde (2017), é a principal porta de entrada do sistema de saúde, caracterizada pela longitudinalidade e integralidade da atenção. Ela tem capacidade de resolver grande parte dos problemas de saúde da população. Para que se alcance um alto grau de resolutividade, as tecnologias em saúde são cruciais.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) descreve que a abrangência da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e o crescimento contínuo dos gastos em saúde, associados ao perfil epidemiológico da população e à oferta cada vez maior de novas tecnologias, fizeram emergir a necessidade de políticas para a gestão de tecnologias em saúde.

A internação domiciliar foi preconizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1997) como uma diretriz para a equipe básica de saúde, destacando que a mesma não substitui a internação hospitalar e que deve ser sempre utilizada no intuito de humanizar e garantir maior conforto à população. Para tanto, deve ser realizada quando as condições clínicas do usuário e a situação da família a permitirem.

No âmbito do SUS, a internação domiciliar foi estabelecida e incluiu, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapia, psicologia e assistência social, necessários ao cuidado integral dos usuários em seu domicílio. O atendimento e a internação domiciliar são realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora e só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família (BRASIL, 2002).

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (2006), a internação domiciliar é o conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada.

Estudo sobre internação domiciliar no âmbito do SUS coloca o Programa de Internação Domiciliar (PID) como uma estratégia na reversão da atenção centrada em hospitais e propicia a construção de nova lógica de atenção com enfoque na promoção e prevenção da saúde e na humanização da atenção. Entende-se que a

análise dos programas em funcionamento pode contribuir para a definição de políticas públicas de saúde rumo à efetivação dos princípios do SUS (SILVA et al., 2005).

Buscou-se conhecer e analisar essa realidade, partindo do pressuposto de que a experiência de municípios brasileiros que implantaram o PID oferece subsídios para a discussão sobre políticas públicas de saúde relacionadas a este programa e serve como exemplo a outros municípios que optem por implantar programas semelhantes (SILVA et al., 2005).

3.3 Glosas

Glosa significa cancelamento ou recusa parcial ou total de orçamento, conta ou verba, por serem considerados ilegais ou indevidos, ou seja, refere-se aos itens que o auditor da operadora (plano de saúde) não considerar cabível para pagamento (PELLEGRINI, 2004).

As glosas podem ser classificadas em administrativas e técnicas. As glosas administrativas são decorrentes de falhas operacionais no momento da cobrança, falta de interação entre o plano de saúde e o prestador de serviço (instituição hospitalar), ou, ainda, falha no momento da análise da conta do prestador. As glosas técnicas estão vinculadas à apresentação dos valores de serviços e medicamentos utilizados e não aos procedimentos médicos adotados (PELLEGRINI, 2004; RODRIGUES; PERROCA; JERICÓ, 2004; SCARPARO; FERRAZ, 2005).

Esse instrumento é aplicado quando qualquer situação gerar dúvidas em relação às regras e práticas adotadas pela instituição de saúde. Quando ocorrem, observa-se conflito na relação entre convênio (operador) e prestador de serviços (empresa).

De acordo com Bahia (2008), os principais motivos de glosas na atenção e internação domiciliar se referem a:

- a) procedimentos realizados sem autorização, ou em exigência;
- b) procedimentos cobrados diferentes do realizado;
- c) cobrança de itens inclusos na diária ou no pacote;

- d) cobrança em separado de itens para os quais são tabela dos valores em conjunto;
- e) modalidade de AD realizada diferente da autorizada;
- f) ausência de checagens no prontuário;
- g) ausência de prescrição médica, de enfermagem, de fisioterapia ou nutrição;
- h) ausência de comprovação do procedimento realizado;
- i) procedimentos que não necessitam de autorizações realizadas sem justificativa aceitável.

Quando as instituições de cuidado de saúde têm os valores dos serviços prestados glosados pelas operadoras de planos de saúde, elas podem lançar mão de recursos, denominados recursos de glosas, a fim de recuperar suas perdas econômicas (PELLEGRINI, 2004).

Em geral, segundo Busmester e Morais (2014), o índice de glosa é variável, e o objetivo deve ser sempre “glosa zero”. Índices próximos a zero são tidos como razoáveis, correspondendo a possíveis erros de lançamento, tanto de quantidade quanto de qualidade de alguns itens de conta. Índices que implicam médias superiores a 3% indicam problemas de faturamento ou de entendimento das regras que norteiam tais cobranças; faturamentos com tais índices devem ser verificados com mais atenção, pois podem apontar irregularidades ou falhas processuais graves. Faturamentos com índices menores, por outro lado, indicam boa qualidade na coleta de dados e na confecção do faturamento por parte do prestador.

3.4 Custos

Trazendo um pouco dos conceitos que permeiam a auditoria de custos, entende-se por contabilidade o método de identificar, mensurar e comunicar informação econômica, a fim de permitir decisões e julgamentos adequados por parte dos usuários da informação (IUDÍCIBUS, 2000).

Todos os procedimentos e ações da equipe de enfermagem e médica geram um custo e o principal meio de assegurar o recebimento do valor gasto na

assistência de enfermagem prestada, evitando glosas, é a realização de anotações de enfermagem precisas, claras, objetivas, completas e abrangentes (MOTTA, 2013).

A auditoria de custos tem como finalidade conferir e controlar o faturamento enviado para os planos de saúde, verificar exames e procedimentos realizados, efetuar visitas de rotina a pacientes internados, cruzando as informações recebidas com as que constam no prontuário do paciente. Visa, também, a investigar a propriedade dos gastos e processos de pagamentos, analisar as estatísticas, indicadores hospitalares e específicos da organização, conferir os sistemas de faturamento das contas médicas e, ainda, elaborar processos de glosas contratuais e administrativas (KURCGANT et al., 1991).

Martins (2010) elucida gastos, custos e despesas, diferenciando cada uma das palavras:

- a) gastos: sacrifício financeiro que a entidade arca para obtenção de um produto ou serviço qualquer. Assim, tem-se os gastos com mão de obra, gastos com honorários, gastos na compra de imobilizados;
- b) custos: gasto relativo a bem ou serviço utilizado na produção de outros bens ou serviços. A matéria-prima foi um gasto na sua aquisição e passa a custo na sua utilização para a fabricação de um bem;
- c) despesa: bem ou serviço consumidos direta ou indiretamente para a obtenção de receitas. Todos os custos que são ou foram gastos se transformam em despesas quando da entrega dos bens ou serviços a que se referem.

Kaplan, Norton e David (1997) conceituam da seguinte forma:

- a) custo: é definido como o valor monetário dos bens e serviços despendidos para obter benefícios correntes ou futuros;
- b) despesas: são relatadas no demonstrativo de resultados e podem representar custos cujos benefícios já foram recebidos no período fiscal corrente, como custos dos produtos vendidos.

Assim, o termo custo refere-se ao momento em que os recursos estão sendo

consumidos ou transformados e a despesa designa os valores confrontados com a receita, no momento da realização desta (MARTINS, 2010).

De todos os custos da empresa, notam-se algumas diferenças em relação à maior ou menor facilidade de apuração contábil de seus valores e/ou sua apropriação ou não aos produtos ou objetos de custo (CHING, 2001).

Podem ser:

- a) custos diretos: podem ser diretamente apropriados a um objeto de custo, bastando haver uma medida objetiva de consumo. Os mais comuns são o material utilizado e a mão de obra direta;
- b) custos indiretos: não podem ser diretamente apropriados a um objeto de custo, senão por meio de rateios estimados e arbitrários. Os mais comuns são os custos de suporte de manufatura ou o *overhead*.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Delineamentos do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo estudo de caso, que se utilizou da avaliação econômica em saúde para analisar a Auditoria como ferramenta de gestão para a eficiência alocativa de recursos financeiros no SUS no município de Campos dos Goytacazes.

A justificativa para a escolha do delineamento tem embasamento em experiência prévia, durante a atuação como Enfermeiro Auditor em Saúde com a observação dos desfechos favoráveis da glosa na análise das contas médicas do Serviço de Internação Domiciliar (SID) no município de Campos dos Goytacazes. Isso possibilitará o conhecimento das receitas e da possibilidade de investimentos em outras áreas.

4.2 Local do estudo

O Serviço de Auditoria do Município funciona como parte do Departamento de Auditoria, Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde, que está coligada no âmbito municipal ao Sistema Nacional de Auditoria (SNA). Este setor vem funcionando de forma efetiva nos últimos dez anos, e conta com diversos auditores multidisciplinares, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, odontólogos, assistentes sociais e administrativos, na maioria concursados de carreira, que fazem desde a análise das contas médicas até as visitas nos domicílios dos pacientes internados, além de auditorias externas em unidades prestadoras de serviços públicos e privados, dentre outras atividades.

A escolha da instituição ocorreu devido ao órgão demandar estudos sobre glosas e custos durante a prestação de serviços na internação domiciliar. Outro fator que contribuiu para a escolha deste local foi o pesquisador ter feito parte da Equipe de Auditores do Município, o que facilitou a coleta das informações.

O SID está localizado no município de Campos dos Goytacazes, estado do Rio de Janeiro do Brasil. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010), Campos dos Goytacazes conta com uma população de 477.208 habitantes, sendo a maior cidade do interior e a maior em extensão territorial do estado, ocupando uma área de 4.826,696 Km².

O SID no município de Campos dos Goytacazes funciona como um programa complementar ao Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), através de uma única empresa terceirizada prestando assistência domiciliar a pacientes de diferentes tipos de patologias e complexidades, nas 24h diárias.

Todo o suporte aos recursos humanos, equipamentos, insumos, prestação de serviço de urgência, entre outros, são de responsabilidade da empresa, que receberá da Prefeitura pelos serviços prestados. Em casos de urgência, a rede hospitalar do município será acionada para o atendimento destes pacientes.

Neste estudo, as modalidades do SID foram divididas em três grupos:

- a) modalidade um: destinada à prestação da assistência à saúde aos usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e não se enquadrem nos critérios previstos para as modalidades 2 e 3;
- b) modalidade dois: destinada aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção;
- c) modalidade três: destinada aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde.

A equipe do SID é composta por profissionais multidisciplinares como médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, técnicos de enfermagem e outros administrativos que estão prestando serviço por meio de cooperativa e regime celetista. Os médicos do programa passam visita no ato da admissão e mensalmente, estabelecendo toda a conduta médica a ser seguida.

Caso necessário, o profissional pode realizar outras visitas para manter a qualidade da assistência. Os enfermeiros do programa passam visita nos pacientes semanalmente e estão sob regime de plantão 24h com escala de 24 x 72h.

Em casos de urgência, são acionados na central da empresa através de um contato telefônico estabelecido previamente para que seja prestado qualquer tipo de assistência de enfermagem privativa deste profissional aos pacientes do programa.

O nutricionista realiza visita mensal, estabelecendo e avaliando as dietas prescritas, respeitando-se o critério da patologia do paciente; caso necessário, poderá reavaliar a conduta prescrita. O fisioterapeuta passa a visita de acordo com a conduta médica a ser prescrita, podendo variar de uma, duas, ou mais vezes na semana de acordo com a necessidade do tratamento para a parte motora e respiratória do paciente.

O fonoaudiólogo atua de acordo com a conduta médica a ser prescrita, podendo variar de uma, duas, ou mais vezes na semana de acordo com a necessidade do tratamento. Já os técnicos de enfermagem atuam diretamente nos domicílios dos pacientes, em regime de 24h com escala de 24 x 72h, prestando assistência de enfermagem privativa deste profissional aos pacientes de diferentes tipos de complexidade.

O SID, em média, funciona com 50 a 70 pacientes internados por mês, porém, este número pode variar a depender da necessidade do município e a demanda hospitalar, que, por sua vez, em algumas ocasiões recebe mandados judiciais de internação domiciliar para a inclusão no programa. Em alguns meses, esse número pode aumentar ou diminuir, devido à avaliação de alta médica pelo Programa de Atenção Domiciliar (PAD), ou por óbito, ou por internação hospitalar.

O acompanhamento destes pacientes pelo município é realizado pelo PAD para a adequação das condutas prescritas e pela Auditoria de Contas do município, para fiscalização e acompanhamento dos custos envolvidos.

4.3 Amostragem

A amostra do estudo foi composta pelas contas médicas dos pacientes internados no SID de Campos dos Goytacazes durante a prestação do serviço de janeiro a outubro do ano de 2015. Foram consideradas todas as contas, independente de tempo de permanência de internação, que contabilizou um total de 608 faturas, sendo que apenas três não foram localizadas (duas do mês de janeiro e uma do mês de fevereiro).

Das 605 faturas analisadas, 569 delas apresentaram glosas parciais ou totais realizadas pelos Auditores em Saúde por diversas inconformidades encontradas com a descrição das suas justificativas no capeante padronizado no setor.

4.4 Questões éticas

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), enquanto instituição proponente, que serviu de base para o município de Campos dos Goytacazes pela não implantação do CEP na região até a presente data, tendo recebido o número de registro CAAE 62231416.3.00005285 e o número de Parecer 1.949.693 (ANEXO F).

A coleta dos dados foi realizada diretamente das contas médicas dos pacientes do SID, motivo pelo qual não ocorreu a necessidade do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pois nenhum paciente precisaria ser contatado. Apresentou-se ao CEP um Termo de justificativa de ausência de TCLE (ANEXO B), garantindo o sigilo dos dados coletados e a não revelação das identidades em momento algum, segundo a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013).

Preencheu-se o Termo de Compromisso com a Instituição (ANEXO A), com o comprometimento junto à Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes, para realizar a pesquisa descrita, como também foi preenchido pelo Senhor Secretário Municipal de Saúde o Termo de anuência (ANEXO C), e uma declaração adicional, na qual constou a autorização para a execução do projeto descrito no setor de

origem (ANEXO D).

Todos os documentos pertinentes ao CEP estão disponíveis (ANEXOS A, E, F) para consulta e apreciação. A Prefeitura Municipal, as empresas prestadoras de SID e os profissionais envolvidos na análise das contas médicas estiveram sob sigilo absoluto na pesquisa realizada. Formulários utilizados na pesquisa foram arquivados no banco de dados da instituição, e estão disponíveis para consulta.

Neste estudo, apresentam-se riscos mínimos, ou seja, são empregados técnicas e métodos retrospectivos de pesquisa e não é realizada nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos participantes do estudo, entre os quais se consideram: questionários, entrevistas, revisão de prontuários clínicos e outros, que não identifiquem os indivíduos nem sejam invasivos à sua intimidade.

O CNS, através da sua Resolução 466/12 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013), tem como fundamento os principais documentos internacionais que emanaram declarações e diretrizes sobre pesquisas que envolvem seres humanos, como por exemplo, o Código de Nuremberg (1947), a Declaração dos Direitos do Homem (1948), a Declaração Universal sobre o Genoma Humano, a Declaração Internacional sobre os Dados Genéticos Humanos e a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, além das disposições da Constituição Federal do Brasil de 1988 e das legislações brasileiras correlatas, como o Código de Direitos do Consumidor, o Código Civil e o Código Penal, o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990a), a Lei Orgânica da Saúde 8.080, de 19 de maio de 1990 (BRASIL, 1990b), dentre outros.

Essa resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, visando a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

4.5 Produção dos dados

A coleta de informações foi realizada em duas fases distintas, na primeira, descreveu-se o perfil epidemiológico e sociodemográfico da clientela do SID, e na

segunda, foi realizada a coleta dos dados pertinentes às glosas e os seus custos.

Inicialmente, o levantamento do perfil epidemiológico e sociodemográfico dos pacientes do SID foi traçado através de algumas variáveis definidas, como a distribuição dos pacientes por distrito, a distribuição dos pacientes por bairro, a distribuição da faixa etária, a idade média, o gênero, a modalidade do *Home Care* em atendimento e os diagnósticos/ Classificação Internacional das Doenças (CID) dos pacientes internados.

Na variável da distribuição dos pacientes por faixa etária, utilizou-se a seguinte classificação (ENCICLOPÉDIA BARSÁ UNIVERSAL, 1999):

- a) crianças: 0–15 anos;
- b) jovens: 15–29 anos;
- c) adultos: 30–59 anos;
- d) idosos: acima de 60 anos.

Os dados foram coletados através de uma matriz de análise criada pelo pesquisador (APÊNDICE A). Na matriz de análise do estudo, tem-se os seguintes itens para a coleta de dados:

- a) nome do paciente;
- b) idade;
- c) distrito;
- d) bairro;
- e) sexo;
- f) modalidade do *Home Care*;
- g) diagnóstico/CID.

Criou-se um banco de dados estatísticos através do programa *Excel* para uma análise mais fidedigna. Os resultados foram representados por gráficos e descritos segundo os objetivos específicos.

Na segunda fase da análise, foram coletadas as glosas e os custos a partir das contas médicas (fatura), dos relatórios de glosas, do contrato entre o município e a empresa prestadora de serviço, e do sistema de informação sobre glosas correspondentes ao SID do município.

A conta médica no SID é apresentada mensalmente pela contratante ao contratado de acordo com os dias de internação do paciente.

A conta no SID compõe-se dos seguintes itens de custo:

- a) atendimento profissional: descrevem-se todos os subitens (profissionais) envolvidos no atendimento, o valor unitário em real envolvidos no atendimento, o número de atendimentos realizados e o valor total de cada item de custo;
- b) mobiliário: descrevem-se todos os subitens (mobiliário) utilizados durante a internação, os valores unitários em real, o número de dias utilizados e o valor total do item de custo;
- c) suporte ventilatório: descrevem-se todos os subitens (equipamentos) utilizados durante a internação, os valores unitários em real de todos os equipamentos utilizados no atendimento, o número de dias utilizados e o valor total do item de custo;
- d) exames: descrevem-se todos os subitens (exames) realizados durante a internação, os valores unitários em real, a quantidade utilizada e o valor total do item de custo;
- e) dieta: descrevem-se todos os subitens (dietas enterais ou parenterais) utilizados durante a internação, os valores unitários em real, a quantidade utilizada e o valor total do item de custo;
- f) medicamento: descrevem-se todos os subitens (tipos de medicamentos) utilizados durante a internação, os valores unitários em real de todos os medicamentos utilizados no atendimento, a quantidade utilizada e o valor total do item de custo;
- g) material: descrevem-se todos os subitens (materiais) utilizados durante a internação, os valores unitários em real, a quantidade utilizada e o valor total de cada item de custo.

O relatório de glosa é um resumo sobre todos os itens em conta, trazendo informações já preenchidas pelos auditores sobre a identificação do paciente em geral, itens de verificação em conformidade ou não, observações em geral, glosas parciais e totais realizadas e auditores responsáveis pela auditoria.

O contrato entre o município e a empresa contém informações desde a

admissão até a alta dos pacientes, com valores de itens e subitens de custo estabelecidos pelo mercado e regras que deverão ser cumpridas de ambos os lados para um determinado tempo.

O sistema de informação do município é próprio, e contém informações pertinentes aos valores totais apresentados pela empresa prestadora do SID, glosas mensais realizadas e valor liberado para pagamento.

Os itens foram coletados através de uma matriz de análise (APÊNDICE B), que teve como base o método capeante complexo das operadoras de saúde.

Para Santos Filho (2005), o método capeante simples é aquele em que o convênio imprime uma folha onde aparecem os seguintes dados:

- a) nome do prestador;
- b) data da internação e alta;
- c) nome completo do paciente;
- d) valor apresentado pelo prestador (VA);
- e) valor glosado (VG);
- f) valor liberado e porcentagem de glosa (VL/PG).

Ex.: VA= R\$ 100 mil; VG= R\$ 10 mil; VL= R\$ 90 mil.

Esse método citado é o mais simples. Vários convênios e empresas de auditoria terceirizadas utilizam o método mais complexo no qual existem divisões para glosas médicas e glosas de enfermagem; melhor explicando, em uma parte deste capeante encontram-se diárias, honorários médicos, procedimentos médicos, exames complementares, materiais especiais, medicamentos e outros, ou seja, itens avaliados pelos auditores (SANTOS FILHO, 2005).

Na matriz de análise do estudo, além da competência, a identificação e o nível de *Home Care*, tem-se os seguintes dados para a coleta:

- a) dados de identificação:
 - identificação da competência da conta (mês/ano);
 - identificação da conta (numeração);
 - diagnóstico e/ou CID.

b) dados de coleta:

- item glosado (IG);
- subitem glosado (SG);
- VG;
- justificativa da Glosa (JG);
- percentual da Glosa (PG).

Os dados foram compilados para o programa *Excel* de dados estatísticos para uma análise fidedigna. Os resultados foram representados por gráficos, quadros e tabelas e descritos segundo os objetivos específicos.

A análise dos objetivos específicos do estudo foi realizada por meio da estatística descritiva, que é utilizada para descrever e resumir os dados e, desta forma, tirar conclusões sobre eles. A estatística descritiva se refere à maneira de apresentar um conjunto de dados em tabelas e gráficos, e a um modo de resumir as informações contidas nestes dados e algumas medidas (FERREIRA, 2005).

Conforme Busmester e Morais (2014) apontam em seu estudo, foi considerado nesta pesquisa como índice de glosa razoável até 3%, indicando boa qualidade na coleta de dados e na confecção do faturamento por parte do prestador. Índices a partir deste percentual indicam problemas de faturamento, no entendimento das regras que norteiam tais cobranças; irregularidades ou falhas processuais graves.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados apontados neste estudo estão relacionados a cada etapa do processo desenvolvido e norteado pelos pontos principais para atender aos objetivos gerais e específicos definidos para o alcance dos resultados.

5.1 Perfil epidemiológico e sociodemográfico do SID no município de Campos dos Goytacazes

Para iniciar a discussão, foi necessário conhecer o perfil do atendimento dos pacientes, considerando os dados demográficos e epidemiológicos do Serviço de Internação Domiciliar (SID) no município de Campos dos Goytacazes.

O município possui 15 distritos: Campos dos Goytacazes (sede), Goitacazes (2º distrito), Santo Amaro de Campos (3º distrito), São Sebastião de Campos (4º distrito), Mussurepe (5º distrito), Travessão de Campos (7º distrito), Morangaba (9º distrito), Ibitioca (10º distrito), Dores de Macabu (11º distrito), Morro do Coco (12º distrito), Santo Eduardo (13º distrito), Serrinha (15º distrito), Tocos (17º distrito), Santa Maria de Campos (18º distrito) e Vila Nova de Campos (20º distrito), como ilustra o mapa na Figura 1 abaixo.

Figura 1 – Mapa da distribuição de Campos dos Goytacazes por distrito

Situação de ocupação espacial do campo de Campos dos Goytacazes



Fonte: COMISSÃO PASTORAL DA TERRA, 2008.

Foram estudados um total de 612 pacientes no período de janeiro até outubro de 2015, representando quase 100% da amostra do SID. Mapeou-se a clientela levando-se em conta algumas variáveis traçadas que definem o perfil do SID, como a distribuição dos pacientes por distrito, a distribuição dos pacientes por bairro, a distribuição da faixa etária, a idade média, o gênero, a modalidade do *Home Care* em atendimento e os diagnósticos/ Classificação Internacional das Doenças (CID) dos pacientes internados.

As informações operacionais para a área de credenciamento nos sistemas de saúde estão relacionadas com a assistência prestada aos seus clientes. A partir delas, a operadora conhece a população assistida e consegue definir os serviços e recursos necessários para um atendimento com maior amplitude e cobertura. Com essas informações, as operadoras também podem elaborar seus programas preventivos e, conseqüentemente, diminuir seus custos operacionais (TAJRA, 2003).

Ao firmar um contrato com um usuário de plano de saúde, a operadora e a seguradora devem ficar atentas a alguns dados cadastrais do usuário, pois serão básicos para a composição de toda a rede assistida. A partir desses dados, deve ser constituída uma base de dados que possa ser analisada posteriormente para a composição da população assistida (TAJRA, 2003).

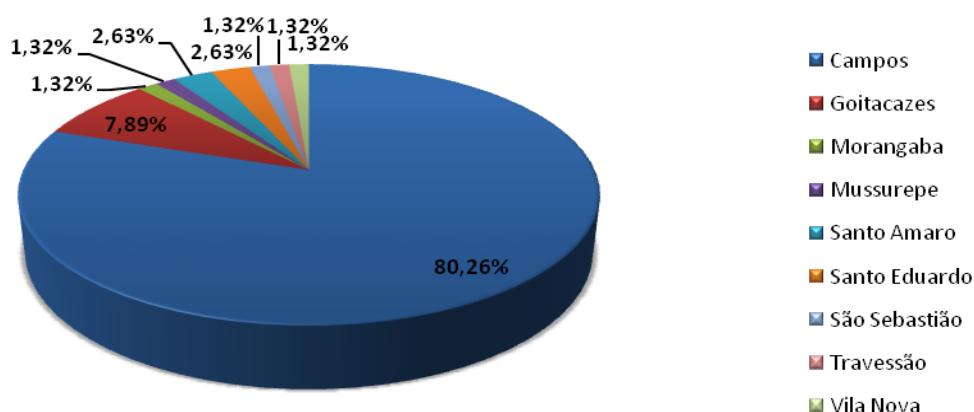
Tal como citado pelo mesmo autor, o conhecimento dos dados desta carteira através do perfil epidemiológico e sociodemográfico permite saber informações estratégicas para a definição das ações, recursos e metas que podem ser desenvolvidas em qualquer momento na rede, construindo uma base de dados fidedigna para a análise de indicadores em saúde.

Essas informações da carteira do SID estão a seguir:

Na distribuição dos pacientes por distrito, exibida no Gráfico 1, o local com maior número de pacientes no SID é o nível urbano da cidade, onde o 1º Distrito – Campos dos Goytacazes concentra 80,26% dos casos do SID, seguido pelo 2º Distrito – Goitacazes com 7,89%, dos casos.

Gráfico 1 – Distribuição dos pacientes por distrito

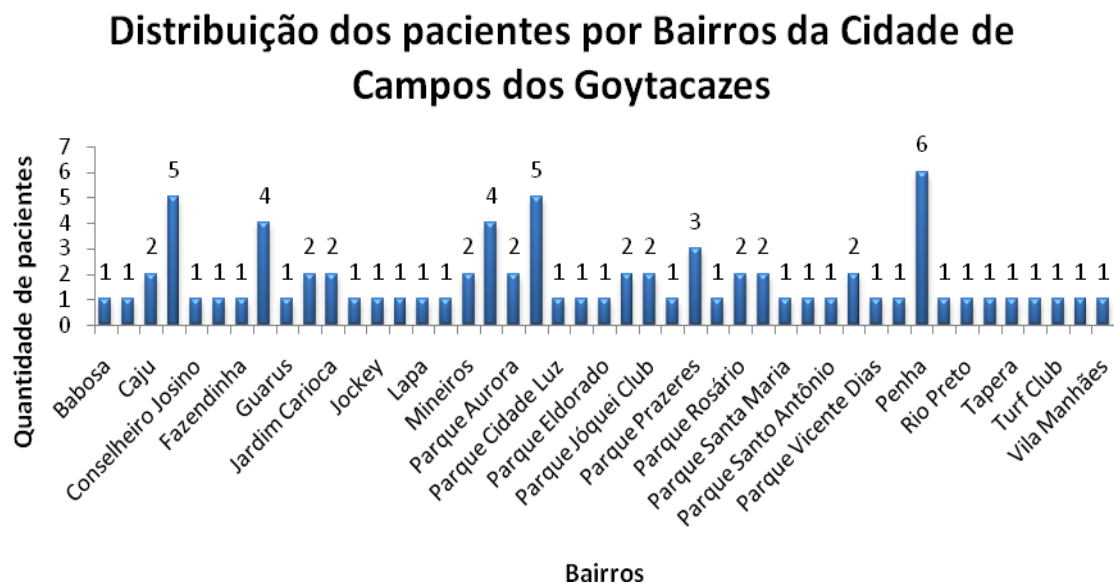
Distribuição dos pacientes por Distritos da Cidade de Campos dos Goytacazes



Fonte: O autor, 2018.

Conforme a distribuição dos pacientes por bairros na cidade de Campos dos Goytacazes, exibida no Gráfico 2, os bairros mais evidenciados na pesquisa são Penha (6), Centro (5), Parque Califórnia (5), Goitacazes (4), Novo Jockey (4) e Parque Prazeres (3). Todos esses bairros mais evidenciados estão dentro dos distritos com mais pacientes inseridos no SID, como é o caso de Goitacazes.

Gráfico 2 – Distribuição dos pacientes por bairro



Fonte: O autor, 2018.

De acordo com o Censo Demográfico produzido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010), de uma população residente de 463.731 pessoas, 45.006 são residentes rurais e 418.725 são residentes urbanos representando a maioria da população existente na cidade. Isto vai corroborar os achados na distribuição dos pacientes por distrito e bairro (Gráficos 1 e 2), ratificando o maior número de pacientes em áreas urbanas.

Ao analisar a distribuição da faixa etária, pode-se observar, no Quadro 7, que 47,37% do atendimento do SID é representado pelos idosos, seguido dos Adultos com 23,68%, as crianças com 18,42%, Jovens com 9,21%.

Quadro 7 – Distribuição da faixa etária do SID

Faixa Etária	Quantidade de Pacientes	Distribuição % por Faixa Etária
Não informada	1	1,32%
Adulto	18	23,68%
Criança	14	18,42%
Idoso	36	47,37%
Jovem	7	9,21%
Total Geral	76	100,00%

Fonte: O autor, 2018.

O envelhecimento populacional, um fenômeno iniciado nos países desenvolvidos, com a queda das taxas de mortalidade e fecundidade e o conseqüente aumento da expectativa de vida, é hoje uma realidade mundial. No Brasil, assistiu-se, no final do século XX, a um verdadeiro incremento no número de idosos, o que trouxe um forte impacto sobre as demandas sociais, como as de educação e emprego, saúde e previdência social (LOURENÇO et al., 2005).

Dessa forma, o envelhecimento populacional produz impacto direto nesses serviços, uma vez que os idosos apresentam mais problemas de saúde, gerando gastos elevados com sua atenção sem necessariamente alcançarem melhoria da qualidade de vida e recuperação de sua saúde (LOURENÇO et al., 2005).

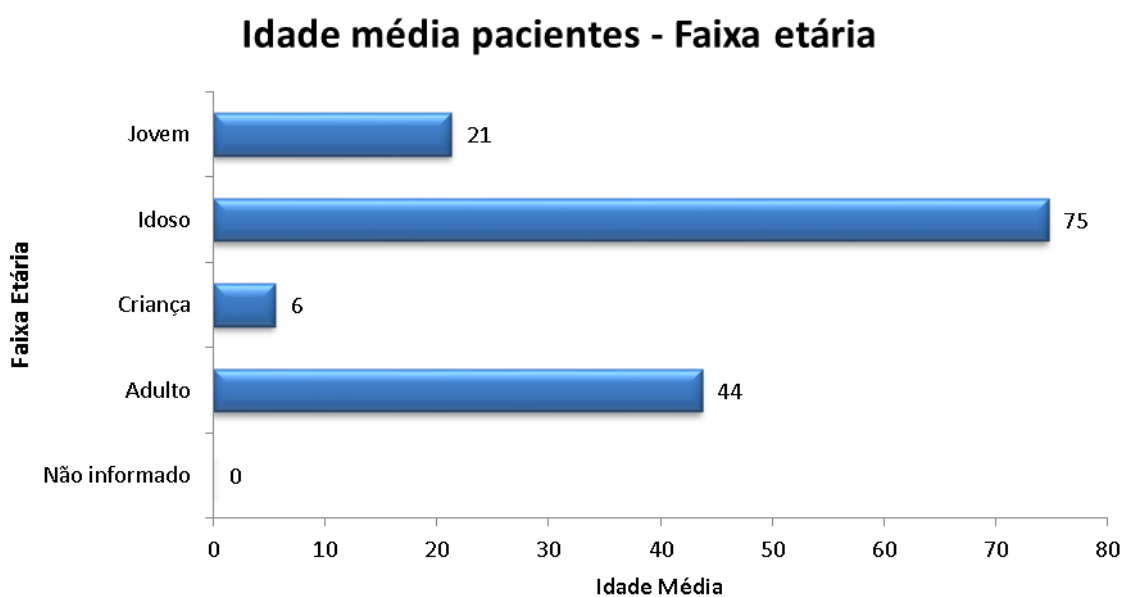
Estudo de Santos e Barros (2008), que versa sobre os idosos do município do Recife, estado de Pernambuco, coloca a razão de internações/população duas

vezes maior para os idosos, em relação ao grupo dos 20 aos 59 anos, aumentando gradualmente com o avanço da idade e apresentando-se mais de duas vezes superior entre os idosos com 80 anos e mais, comparativamente à daqueles entre 60 e 69 anos.

Pode-se ratificar os achados do estudo, trazendo uma preocupação com o aumento acelerado da população idosa brasileira e quanto à elaboração de novas políticas públicas, independente da área de atenção em saúde.

Conforme exposto no Gráfico 3, identificou-se uma frequência média de 75 anos de idade para os idosos, 44 anos para os adultos, 21 anos para os Jovens e 06 anos para as crianças no SID.

Gráfico 3 – Idade média dos pacientes



Fonte: O autor, 2018.

A população idosa, parcela considerável dessa população atendida em domicílio, vem aumentando nos últimos tempos e esse fato deve ser considerado pelos responsáveis pela qualidade de vida das pessoas no ambiente em que convivem.

Estudo de Benassi et al. (2012) sobre a distribuição por faixa etária corroboram os achados neste estudo, indicando que a prevalência em relação à faixa etária se concentrou na faixa etária que varia dos 61 aos 90 anos. Esta e as

outras faixas etárias acima dos 61 anos perfazem um total de 69,9%, sendo evidenciado que a população idosa acima dos 61 anos é a que mais utiliza o serviço de fisioterapia domiciliar. Este fato pode ser explicado devido a ser nesta idade que os indivíduos se encontram em um estado avançado de suas patologias crônicas adquiridas anteriormente e se apresentam mais debilitados.

Conforma a Tabela 1, identificou-se que a predominância do gênero dos pacientes sob atendimento do SID é o masculino.

Tabela 1 – Gênero dos pacientes do SID

Sexo	Quant. de Pacientes	Idade Média	Distribuição % por Sexo
Feminino	32	60	42,11%
Masculino	44	42	57,89%
Total Geral	76	49	100,00%

Fonte: O autor, 2018.

Segundo o IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010), no seu censo demográfico, a maioria da população na cidade de Campos dos Goytacazes é constituída de sexo feminino, representando 240.472 mulheres, seguidas pelo sexo masculino, com 223.259 homens. Nesta variável, nota-se uma inversão na proporção entre o número de pacientes no SID *versus* a maioria da população, logo, não se observa uma relação com o resultado aferido neste trabalho.

Estudo de Santos e Barros (2008) corroboram os achados neste estudo, pois descreveram que os homens idosos apresentaram taxas de internações, para todas as causas de hospitalização, maiores que as mulheres; exceto para os transtornos mentais e comportamentais, no grupo com 80 anos e mais de idade.

Ao observar o estudo proposto por Costa-Junior e Maia (2009), ratificam-se os achados neste estudo: os homens cuidam menos da saúde, porque têm dificuldades em se afastar do trabalho, procuram por ajuda médica apenas diante de situações críticas que impõem limites à vida social e adoecem de modo mais severo. Esse estudo representa uma possível causa deste fenômeno, porém sugerem-se melhores estudos para interpretação dos resultados aferidos.

Na Tabela 2, pode-se verificar que a modalidade com maior número de pacientes no SID é a 2, seguida da 1 e da 3.

Tabela 2 – Caracterização da modalidade de atendimento do SID

Modalidade	Quant. de Pacientes	Idade Média	Frequência da Modalidade
1	17	25	22,37%
2	53	56	69,74%
3	6	58	7,89%
Total Geral	76	49	100,00%

Nota: Modalidade 1: menor complexidade.

Modalidade 2: média complexidade.

Modalidade 3: alta complexidade.

Fonte: O autor, 2018.

A maioria destes pacientes do SID estão na modalidade 2 (moderada), por avaliação do Programa de Atenção Domiciliar (PAD), que a elegeu no ato da internação domiciliar. Importante atentar-se ao fato de que o mesmo paciente pode depender da evolução do quadro clínico para “migrar” de uma modalidade para outra.

A migração de uma modalidade para outra pode se dar, por exemplo, quando um usuário da modalidade 2 – que é aquela do cuidado intermediário, destinado aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção – apresenta melhora e passa para a modalidade 1, e se apresentar piora do quadro, passa para a modalidade 3 ou há a transferência para uma unidade hospitalar, o que pode justificar o menor índice entre as modalidades.

Há uma complementaridade entre as modalidades da Atenção Domiciliar (AD), atendimento domiciliar, visita e internação domiciliar. Cada uma possui peculiaridades e características que as distinguem, e devem ser estabelecidas de maneira clara pelos profissionais de saúde, não apenas por questões de

operacionalização dos serviços de saúde, mas para sua orientação na execução das práticas profissionais (LACERDA et al., 2006).

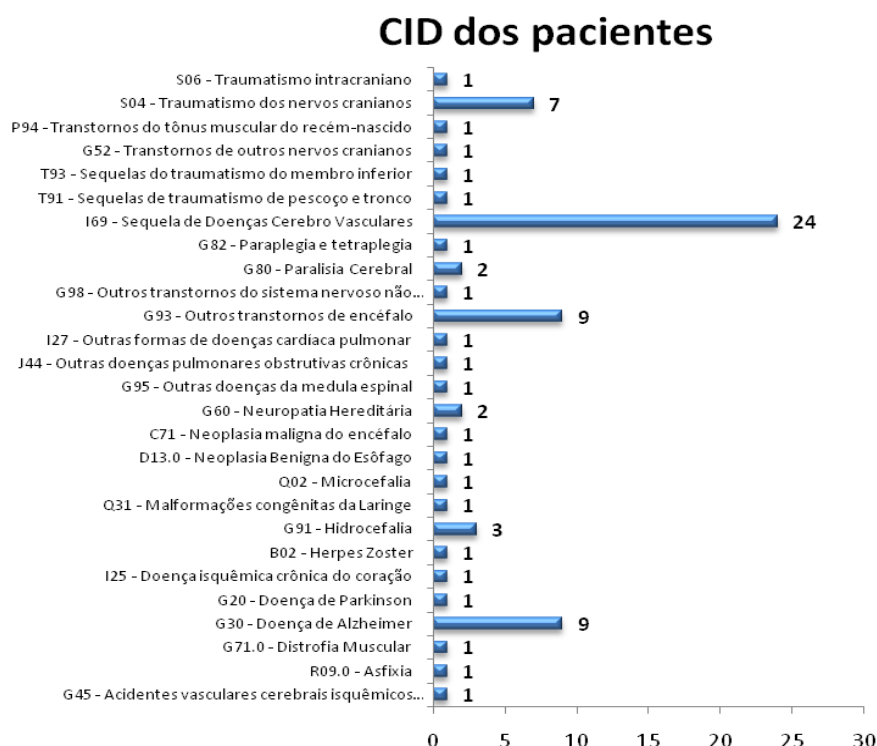
A adesão que cada modalidade permite em relação ao seu diagnóstico determina os profissionais e o número de visitas para a assistência, a disponibilidade de equipamentos, mobiliários, materiais e medicamentos em geral que são prescritos para o tratamento.

A internação domiciliar, segundo Tavolari, Fernandes e Medina (2000), refere-se ao cuidado intensivo, contínuo e multiprofissional, desenvolvido em casa. Requer aparato tecnológico semelhante ao existente na estrutura hospitalar, pois o cuidado é direcionado aos doentes com complexidade moderada ou alta, no entanto, esses recursos tecnológicos são solicitados de acordo com a necessidade do cliente.

Não foram encontrados estudos relacionados com a prevalência da modalidade do SID nas bases de dados para corroborar os achados do estudo.

Na análise sobre os diagnósticos mais evidenciados no SID, ressaltam-se, no Gráfico 4, as sequelas de doenças cerebrovasculares, o traumatismo de nervos cranianos, outros transtornos de encéfalo e a doença de Alzheimer entre os mais evidentes.

Gráfico 4 – Código da CID de acordo com o número de pacientes



Fonte: O autor, 2018.

Em estudos de Santos e Barros (2008) sobre os idosos do município do Recife – estado de Pernambuco, das seis principais causas de internação em idosos, quando considerado o agrupamento de 60 anos ou mais de idade, foram as doenças do aparelho circulatório, seguidas das doenças do aparelho digestivo, doenças do aparelho respiratório, neoplasias e causas externas, que, juntas, representaram 68,1% das causas de morbidade hospitalar.

Estudos de Benassi et al. (2012) sobre a distribuição por patologia mostram que o diagnóstico clínico que mais aparece nos prontuários como maior causa de encaminhamento para a fisioterapia domiciliar é o acidente vascular encefálico (AVE), tanto isquêmico quanto o hemorrágico, e que juntos perfazem 21,35% dos casos atendidos. Ainda nesse estudo, outros diagnósticos são relatados, como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), com 12,62%; fraturas de joelho/quadril/fêmur, com 5,33%, hipertensão arterial, com 5,33% (sendo este fator de risco para o AVE); e Alzheimer, com 5,33%.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b), através do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, estimou que a perda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar resultantes da presença de apenas três DCNT – diabetes, doença do coração e AVE – levaria a uma perda na economia brasileira de US\$ 4,18 bilhões, entre 2006 e 2015.

Das 57 milhões de mortes no mundo em 2008, 36 milhões, ou 63%, foram em razão das DCNT, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica (BRASIL, 2011b). Cerca de 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa ou média renda, em que 29% são de pessoas com menos de 60 anos. Nos países de renda alta, apenas 13% são mortes precoces (BRASIL, 2011b).

Como em outros países, no Brasil, as DCNT também se constituem como o problema de saúde de maior magnitude. São responsáveis por 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda (BRASIL, 2011b).

Diante dos resultados encontrados, pode-se perceber a predominância das

DCNT com maior incidência no SID e outros tipos de assistência à saúde, o que está diretamente ligado ao envelhecimento da população. Esse panorama preocupa os governos e as empresas que atuam na área de saúde no Brasil, principalmente porque o IBGE projeta um crescimento da população idosa cada vez maior para um futuro breve.

O número maior de idosos no país e a projeção de cada vez mais DCNT preocupam os gestores de saúde com orçamentos cada vez mais escassos para os blocos de financiamento, seja no sistema público ou privado. Com todos os achados, reforça-se a necessidade de prevenção dessas morbidades pela atenção básica, visto que em longo prazo e com a projeção do envelhecimento populacional, os gastos em saúde deverão aumentar consideravelmente e prevenir será o melhor programa de alocação de recursos financeiros que qualquer instituição venha a realizar.

5.2 Códigos mais glosados no Serviço de Internação Domiciliar (SID) e seus custos baseados na Classificação Internacional das Doenças (CID)

Foram analisadas as glosas baseadas no código da CID e na modalidade do SID de acordo com a frequência e o custo no município de Campos dos Goytacazes.

Conforme a Tabela 3, as sequelas de doenças cerebrovasculares – I69 (35%), seguidas por outros transtornos do encéfalo – G93 (14,8%), traumatismo dos nervos cranianos – S04 (9,1%) e Doença de Alzheimer (8,46%) foram as glosadas baseadas no CID que mais se destacaram no período do estudo.

Tabela 3 – Frequência das glosas de acordo com a CID

CID	Frequência
I69 - Sequela de doenças cerebrovasculares	35,01%
G93 - Outros transtornos de encéfalo	14,80%
S04 - Traumatismo dos nervos cranianos	9,13%
G30 - Doença de Alzheimer	8,46%
R09.0 - Asfixia	3,67%
G60 - Neuropatia hereditária	2,54%
G91 - Hidrocefalia	2,50%
G80 - Paralisia cerebral	2,38%
Q02 - Microcefalia	2,29%
G52 - Transtornos de outros nervos cranianos	2,29%
I27 - Outras formas de doenças cardíacas pulmonares	1,92%
G82 - Paraplegia e tetraplegia	1,88%
G20 - Doença de Parkinson	1,79%
I25 - Doença isquêmica crônica do coração	1,54%
Q31 - Malformações congênitas da laringe	1,25%
J44 - Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	1,04%
G95 - Outras doenças da medula espinal	1,04%
G45 - AVC isquêmicos transitórios e síndromes correlatas	0,96%
S06 - Traumatismo intracraniano	0,96%
T93 - Sequelas de traumatismo de membros inferiores	0,92%
P94 - Transtornos do tônus muscular do recém-nascido	0,83%
B02 - Herpes Zoster	0,79%
T91 - Sequelas de traumatismos de pescoço e tronco	0,71%
G98 - Outros transtornos do sistema nervoso não classificados em outra parte	0,46%
C71 - Neoplasia maligna do encéfalo	0,33%
D13.0 - Neoplasia benigna do esôfago	0,25%
G71.0 - Distrofia muscular	0,25%
Total Geral	100,00%

Fonte: O autor, 2018.

As doenças mais frequentes envolvidas nessas modalidades de gerenciamento são: diabetes, hipertensão arterial, doenças respiratórias crônicas, doenças vasculares, tanto cardíacas como as neurológicas, as nefropatias crônicas e doenças osteomusculares (BUSMESTER e MORAIS, 2014).

De acordo com a modalidade do SID no município de Campos dos Goytacazes, na Tabela 4 observa-se a modalidade 2 com 62,6% representando a maior frequência de glosas dentre todas as modalidades pesquisadas.

Tabela 4 – Frequência das glosas pela modalidade do SID

Modalidade	Frequência das Glosas
1	32,4%
2	62,6%
3	5,0%
Total Geral	100,0%

Fonte: O autor, 2018.

A modalidade 2 representou 62,6% dos resultados, porém, ao observar a distribuição de pacientes por modalidade na Tabela 2, nota-se que a maioria das contas médicas dos pacientes está inserida nesta mesma modalidade (69,74%), o que pode justificar o resultado encontrado de maior percentual de glosas.

Na Tabela 5, apresenta-se o custo das glosas em conformidade com os códigos da CID no Serviço de Internação Domiciliar (SID):

Tabela 5 – Custo das glosas conforme a CID (continua)

CID	Custo da Glosa (CG)
I69 - Sequela de doenças cerebrovasculares	141.285,2
G93 - Outros transtornos de encéfalo	92.281,2
G30 - Doença de Alzheimer	29.111,1
S04 - Traumatismo dos nervos cranianos	27.864,3
I25 - Doença isquêmica crônica do coração	24.709,3
G80 - Paralisia cerebral	20.080,1
R09.0 - Asfixia	14.094,6
Q02 - Microcefalia	13.952,6
G91 - Hidrocefalia	10.045,9
G52 - Transtornos de outros nervos cranianos	9.516,1
G20 - Doença de Parkinson	8.467,3
G60 - Neuropatia hereditária	8.083,6
Q31 - Malformações congênicas da laringe	7.276,5
G82 - Paraplegia e tetraplegia	7.127,6
I27 - Outras formas de doenças cardíacas pulmonares	6.942,2
T91- Sequelas de traumatismos de pescoço e tronco	6.166,3

Tabela 5 – Custo das glosas conforme a CID (conclusão)

G45 - AVC isquêmicos transitórios e síndromes correlatas	5.446,4
T93 - Sequelas de traumatismo de membros inferiores	4.090,9
P94 - Transtornos do tônus muscular do recém-nascido	3.534,2
G95 - Outras doenças da medula espinal	3.397,1
B02 - Herpes Zoster	3.185,2
J44 - Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	2.786,4
S06 - Traumatismo intracraniano	2.571,0
G98 - Outros transtornos do sistema nervoso não classificados em outra parte	942,2
C71 - Neoplasia maligna do encéfalo	670,0
D13.0 - Neoplasia benigna do esôfago	265,8
G71.0 - Distrofia muscular	4,2
Total Geral	453.897,1

Fonte: O autor, 2018.

O envelhecimento populacional e, conseqüentemente, o tratamento das DCNT, são fatores que geram maior utilização do sistema de saúde. Entre as principais e primeiras intervenções, é necessário conhecer os componentes da carteira, identificar sua condição de saúde e determinar planos de cuidados que reduzam os agravos e as suas complicações (BUSMESTER E MORAIS, 2014).

A Tabela 6 mostra o custo das glosas pela modalidade do SID na variável custo, em que a modalidade 2 apresenta o maior custo das glosas, seguida pelas modalidades 1 e 3, sucessivamente, na maioria dos meses pesquisados.

Tabela 6 – Custo das glosas por modalidade do SID

Modalidade	Custo da Glosa
1	192.436,51
2	238.786,81
3	22.673,78
Total Geral	100,00%

Fonte: O autor, 2018.

A maioria dos pacientes inseridos está na modalidade 2, representando o maior número de contas médicas no SID e o maior custo das glosas para a média complexidade, seguida pela modalidade 1 de baixa complexidade e a modalidade 3 de alta complexidade, na maioria dos meses do estudo.

Entretanto, destaca-se um fator relevante no mês de outubro, em que se observou um maior percentual de glosas na modalidade 1, que pode ter relação direta com a suspensão do contrato do município com a prestadora do serviço, corroborando o aumento das cobranças de itens e subitens nas contas dos pacientes e a importância da auditoria do Sistema Único de Saúde (SUS) em todos os processos para alocação de recursos financeiros do município.

Essas ações da auditoria do município, de todos os meses do estudo, devem estar focadas nas visitas aos pacientes em seus domicílios, verificação de uso de equipamentos, materiais e medicamentos informados na conta médica para que possam reduzir os custos desses serviços e proporcionar oportunidades através dos recursos glosados.

5.3 As glosas e seus custos com base nos itens, subitens de custo e suas justificativas

Para a análise das contas médicas e hospitalares, a cobrança é mais consistente quando feita separadamente. Para cada componente do custo, cada divergência observada deve ser comunicada ao prestador, na forma de relatório formal e justificado, a fim de que este possa, por meio de recursos, esclarecer ou

justificar o que estiver sendo cobrado (BUSMESTER e MORAIS, 2014).

As glosas e os seus custos foram analisados de acordo com os itens, subitens e as suas justificativas. As mesmas estão dispostas nas Tabelas 7 e 8 abaixo:

Tabela 7 – Frequência das glosas dos itens de custo

Item glosado	Frequência
Apoio Respiratório	21,30%
Atendimento Profissional	7,96%
Dieta	1,17%
Exames	0,13%
Indeterminado	0,11%
Material	38,27%
Medicamento	25,01%
Mobiliário	4,42%
SEM GLOSA	1,63%
Total Geral	100,00%

Fonte: O autor, 2018.

De acordo com as glosas nos itens das contas médicas por frequência, observa-se que os materiais (38,3%) representam, na maioria dos meses, o item mais glosado pela equipe de auditores do município, seguido pelos medicamentos (25%), apoio respiratório (21,3%) e atendimento profissional (8,0%).

Oliveira, Costa e Arndt (2012) apresentam em seu estudo que os materiais e medicamentos são os itens de contas hospitalares que mais impactam o total de glosas numa instituição. Conforme as glosas efetuadas pelos auditores, os materiais e medicamentos são os que mais ocorrem na instituição.

Ao comparar com os achados desta pesquisa, observam-se os mesmos resultados, em que os materiais e medicamentos são os itens em conta mais glosados pelos auditores. Somando ambos os itens, representam mais de 50% das glosas realizadas. Reforça-se a análise e a pertinência do uso de materiais e medicamentos em todos os pacientes do SID.

Na Tabela 8, observou-se que os subitens glosados com mais frequência representaram 47,9 % do percentual glosado.

Tabela 8 – Frequência das glosas dos subitens em conta

Subitem Glosado	Frequência(%)
Compressa não Estéril 7,5 x 7,5	16,8%
Oxigênio e Aspiração	8,6%
Aspirador Elétrico Portátil	4,9%
Sonda de Aspiração Traqueal	4,3%
Acetilcisteína 600mg Envelope	3,8%
Nebulizador	3,5%
Supervisão de Enfermagem	3,1%
Seringa Descartável 20 ml	2,9%
Total Geral	47,9%

Fonte: O autor, 2018.

Os demais subitens glosados estão disponíveis no Apêndice D para consulta e representam menor percentual glosado cada um deles, porém, somados, resultam em 52,1% do percentual de glosas.

Ao identificar a compressa não estéril 7,5 x 7,5 cm no topo da Tabela 8, com 16,8% do percentual glosado na maioria dos meses pela equipe de auditores do município, pode-se questionar o motivo pelo qual este material é o recordista da frequência de glosa.

É importante lembrar que, em uma análise de representatividade de custos, por exemplo, nem sempre o procedimento ou o caso que aparece no topo da lista é o de maior custo, pois a combinação dos dois fatores – frequência e custo – pode colocar um procedimento de baixo custo como gerador de custos elevados em uma determinada carteira, por ter frequência elevada.

Daí a relevância de a auditoria analítica ter conhecimento do processo de atenção para validar a informação e propor ações que minimizem custos sem prejudicar a qualidade do atendimento (BUSMESTER E MORAIS, 2014).

Oliveira, Costa e Arndt (2012), em seu estudo sobre as glosas de materiais e medicamentos em um hospital privado na cidade de Brasília, demonstraram que o componente material recebeu o maior número de glosas (65%), seguido também pelo item medicamento com 35% de glosas.

Dessa forma, no componente material, os subitens que mais tiveram representatividade foram os equipamentos de proteção individual (50%), esparadrapo, compressa e álcool (10%). No item medicamento, os componentes que receberam maior número de glosas foi o antibiótico (80%), seguido pela Dipirona (12%) e o medicamento Omeprazol com 4%.

Observa-se no estudo mencionado a relação direta com os achados neste estudo, tendo o item material compressa gaze não estéril como o subitem de maior frequência nas glosas evidenciadas, porém de menor custo.

Ao comparar com o item medicamento, não se observou nenhuma relação direta com este estudo, pois se identificou como os mais glosados a acetilcisteína envelope 600 mg (3,8%), Domperidona suspensão 100 ml (2,8%) e o Brometo de Ipratrópio frasco de 20 ml (2%).

Na Tabela 9 encontram-se as justificativas das glosas mais evidentes conforme a frequência durante o período de 2015, com as causas das inconformidades encontradas.

Tabela 9 – Frequência das justificativas das glosas

Justificativa da Glosa	Frequência
Cobrança em excesso	38,8%
Cobrança Indevida	21,6%
Diferença de Valor	16,2%
Não evoluído	9,2%
Não checado	7,1%
Não prescrito	2,0%
Não consta em contrato	2,0%
SEM GLOSA	1,6%
Diferença de valor/Cobrança em excesso	0,3%
Medicamento suspenso	0,2%
Horário rodado	0,2%
Cobrança de preço de caixa	0,2%
Apenas em SOS	0,2%
Diferença de Valor/Não checado	0,2%
Indeterminado	0,1%
Duplicidade de cobrança	0,1%
Total Geral	100,0%

Fonte: O autor, 2018.

Segundo Oliveira, Costa e Arndt (2012), as falhas, em sua grande maioria, são causadas por erros de checagem da equipe de enfermagem, não precisamente pela não utilização do medicamento pelo paciente.

Ascari (2011), no estudo de auditoria em enfermagem, mostra que, entre as inconsistências encontradas nos registros de enfermagem, estão a ausência de folhas de gastos da realização de procedimentos, ausência do tipo de cateter para a oxigenoterapia, uso excessivo de materiais, medicação não checada, uso de material não justificado, realização de exames sem pedido médico e administração de medicamento genérico sem o devido registro no prontuário quando prescrito pelo outro pelo médico assistente, o que gerou uma diferença em reais, na fatura

glosada, de R\$ 761,27.

Em comparação ao estudo realizado, pode-se observar a relação da cobrança em excesso, a cobrança indevida, o não evoluído, o não checado, dentre outras justificativas que dão base para as inúmeras falhas identificadas dentre as justificativas dos itens mais glosados em relação ao custo.

Com ações voltadas para a educação continuada, treinamento e monitoramento das justificativas, esses indicadores encontrados podem ser minimizados, porém o envolvimento da equipe e dos gestores é importância.

Na Tabela 10 encontram-se os custos das glosas mais evidentes em relação à frequência durante o período de 2015, com as causas das inconformidades encontradas.

Tabela 10 – Custo das glosas por itens de custos

Item glosado	Custo das Glosas (CG)
Apoio Respiratório	216.670,0
Material	105.467,6
Medicamento	64.301,2
Atendimento Profissional	44.899,0
Dieta	12.363,8
Mobiliário	8.332,0
Indeterminado	1.383,5
Exames	480,0
Total Geral	453.897,1

Fonte: O autor, 2018.

Em relação às glosas nos itens das contas médicas, de acordo com o custo, observa-se que o apoio respiratório (47,7%) representou, na maioria dos meses, o item mais glosado em valor pela equipe de auditores do município, seguido pelos materiais (23,2%), medicamentos (14,2%) e atendimento profissional (9,9%).

Ao verificar a Tabela 8, que versa sobre as glosas de acordo com os itens mais glosados em conta (frequência), nota-se a inversão do item apoio respiratório, que passa do terceiro item mais glosado para o de maior significância na Tabela 10

na variável custo, representando cerca de quase a metade das glosas financeiras do período. Pode-se justificar que os valores de aluguéis dos equipamentos de alta tecnologia, como os ventiladores mecânicos e os cilindros de oxigênio, e as taxas cobradas para a parte respiratória deflagram esta inversão e o aumento considerável nos custos das glosas efetuadas.

Lucena (2011) aponta, em seu estudo sobre a conta hospitalar, que os componentes que mais oneram as glosas e aos quais se deve ter maior atenção são os materiais e os medicamentos, devido principalmente à falta de protocolos dos procedimentos e à falta de padronização de medicamentos.

O mesmo estudo aponta também a rotatividade de antibióticos, pois muitas vezes um mesmo cliente utilizou mais de seis tipos de antibióticos numa mesma parcial de conta faturada. Dentre outros itens ainda neste estudo, tem-se o fornecimento de oxigênio, as taxas em geral e as diárias de Unidade Terapia Intensiva (UTI) onerando os custos das contas consideravelmente.

Ferreira e Braga (2009) descreveram que o item que recebeu o maior número de glosas em relação ao valor, dentro de uma parcial analisada, foi o medicamento, com R\$ 8.551,07 (53,16%), seguido de taxas e aluguéis, com R\$ 3.919,41 (24,36%) e materiais, com R\$ 3.614,80 (22,47%).

Podem-se ratificar os achados neste estudo, representando os maiores custos voltados para os itens como o apoio respiratório, os materiais e os medicamentos. Isso reforça a análise criteriosa nestes itens de representatividade de custo, já que oneram o orçamento do município.

De acordo com o custo das glosas nos subitens em conta, os mais evidentes estão na Tabela 11, que, juntos, representaram mais de 50% do custo das glosas realizadas.

Tabela 11 – Custo das glosas dos subitens de custo

Subitem Glosado	Valor da Glosa Jan./ Out. 2015
Oxigênio e Aspiração	90.379,7
Ventilação Mecânica	82.350,8
Compressa não Estéril 7,5 x 7,5	35.757,7
Sonda de Aspiração Traqueal	27.279,3
Aspirador Elétrico Portátil	13.673,5
Sessão de Fisioterapia	11.664,8
Oxímetro de Pulso	10.780,3
Frasco para Macronebulização	10.080,3
Total Geral	281.966,20

Fonte: O autor, 2018.

Os demais subitens glosados estão disponíveis no Apêndice D e representam menor percentual glosado cada um deles, porém, somados em conjunto, resultam em R\$ 171.930,90 dos subitens glosados, no total de R\$ 453.897,10.

Ao verificar a Tabela 8, que versa sobre as glosas de acordo com a frequência dos subitens mais glosados em conta, em comparação com a Tabela 11, constatam-se as diferenças consideráveis nas glosas aplicadas nas variáveis estudadas.

No subitem taxa de oxigênio e aspiração, nota-se um aumento percentual na variável custo, sendo um dos mais glosados em ambas as variáveis avaliadas, revelando grande importância como um subitem de conta.

O subitem ventilação mecânica, que em relação à frequência não foi relacionado como um dos mais evidenciados na Tabela 8 – representava apenas 1,33% das glosas efetuadas (APÊNDICE C) na variável custo – sobe para o segundo subitem mais glosado (18,1%) (Tabela 11), representando altos custos nas contas. Mesmo representando uma menor frequência de glosas, o aluguel da ventilação mecânica é bem valorado no contrato, justificando o seu custo nas glosas do SID.

Os demais subitens que seguem na distribuição, como a compressa não estéril (7,9%) e a sonda de aspiração traqueal (6,0%), que, na variável frequência, representavam o topo das glosas mais evidenciadas (Tabela 8) na variável custo,

continuam evidenciando as glosas mais encontradas. Mesmo apresentando menores valores em relação aos demais subitens no topo da Tabela 11, esses subitens continuam nas primeiras posições na tabela desta variável.

Em relação aos atendimentos profissionais, aparece a sessão de fisioterapia, na variável custo, dentre as mais evidenciadas (Tabela 11), que, em relação à variável frequência, não foi relacionada como um dos mais evidenciados na Tabela 8, e representava apenas 1,71% das glosas efetuadas (APÊNDICE C).

Pode-se justificar essa diferença por as sessões de fisioterapia ocorrerem de duas a três vezes por semana, representando maior custo nas contas do SID. A supervisão de enfermagem, uma das mais evidenciadas na variável frequência das glosas (Tabela 8), na variável custo, não foi relacionada como um dos subitens mais evidentes.

Corroborando o exposto, em estudos de Ferreira e Braga (2009) sobre a auditoria de enfermagem, dentre os itens que geraram maiores custos estão as taxas e aluguéis, e os subitens mais representativos foram o oxigênio, com o valor de R\$ 1.939,96 (79,51%), seguido pelo curativo, R\$ 1.008,52 (41,40%), e a nebulização R\$ 644,08 (26,44%). Já no item material, dentre os subitens que geraram maiores custos estão as compressas de gaze, R\$ 1.001,12 (44,55%), luva de procedimento, R\$ 869,62 (38,70%), e cateter jelco, R\$ 656,76 (29,22%).

Na Tabela 12, apresentam-se as justificativas das glosas mais evidentes, de acordo com os custos durante o período de 2015, que direcionam as causas das inconformidades encontradas.

Tabela 12 – Custos das justificativas das glosas

Justificativa da Glosa	Custo da Glosa (CG)
Cobrança Indevida	173.826,7
Cobrança em excesso	133.228,0
Diferença de Valor	52.885,2
Não evoluído	51.940,6
Não consta em contrato	12.842,0
Não checado	8.729,7
Não prescrito	8.718,8
Cobrança de preço de caixa	7.184,0
Medicamento suspenso	1.659,5
Indeterminado	1.383,5
Diferença de valor/Cobrança em excesso	544,0
Diferença de Valor/Não checado	392,2
Não checado/Diferença de Valor	228,0
Apenas em SOS	166,6
Duplicidade de cobrança	132,9
Horário rodado	35,6
Total Geral	453.897,1

Fonte: O autor, 2018.

Pode-se observar na Tabela 12 a relação da cobrança indevida, a cobrança em excesso e a diferença de valor, que, juntas, representam mais da metade das justificativas das glosas ocorridas nas contas do SID que dão base para as inúmeras inconformidades identificadas em relação ao custo.

Corroborando os achados, estudo de Ascari (2011) descreve que, na avaliação dos registros de enfermagem, o hospital deixou de faturar R\$ 223,07 em materiais, R\$ 220,74 em medicamentos, e referente a inalações não checadas R\$ 36,00, dentro de uma fatura analisada.

Estudo de Garcia, Viana e Bragas (2015) mostra que os principais motivos de glosas estavam relacionados à falta de checagem dos horários das dietas por

sondas enterais e à falta de justificativa no uso de materiais em excesso como o cateter de cano curto para a realização de repetidas punções venosas.

5.4 Análise do impacto orçamentário dos custos das glosas no SID

Conforme a atuação da Auditoria do SUS do município de Campos dos Goytacazes, apresenta-se a distribuição financeira do período de janeiro a outubro de 2015, que relacionou a competência dos meses vigentes (mês do atendimento dos pacientes) com o valor total apresentado pelo prestador, com o valor total glosado pelos auditores e o valor total liberado para pagamento segundo a análise realizada pelo Serviço de Auditoria do SUS.

Quadro 8 – Distribuição orçamentária do SID

Competência/Mês Referência	Valor Total Apresentado	Valor Total Glosado	Valor Total Liberado
Janeiro	R\$ 1.087.332,75	R\$ 57.139,19	R\$ 1.030.236,84
Fevereiro	R\$ 955.710,94	R\$ 44.465,13	R\$ 911.245,81
Março	R\$ 1.131.601,78	R\$ 51.068,33	R\$ 1.080.533,45
Abril	R\$ 1.085.368,42	R\$ 46.129,59	R\$ 1.039.238,83
Mai	R\$ 1.087.604,99	R\$ 43.451,48	R\$ 1.044.153,51
Junho	R\$ 1.029.180,58	R\$ 32.331,60	R\$ 996.848,98
Julho	R\$ 1.012.056,33	R\$ 33.193,49	R\$ 978.862,84
Agosto	R\$ 1.044.172,87	R\$ 39.336,32	R\$ 1.004.836,55
Setembro	R\$ 1.044.010,27	R\$ 41.116,91	R\$ 1.002.893,36
Outubro	R\$ 1.088.252,55	R\$ 65.663,26	R\$ 1.022.589,29
TOTAL:	R\$ 10.565.291,48	R\$ 453.895,30	R\$ 10.111.396,18

Fonte: O autor, 2018.

Como é possível ver no Quadro 8, no período do estudo, o valor glosado de R\$ 453.895,30 do faturamento total gerou uma economia aos cofres públicos de 4,3% do valor apresentado pela empresa prestadora do serviço, representando

ganhos financeiros ao município que poderão ser aplicados em outras áreas como base para os blocos de financiamento da área da saúde, segundo a necessidade local.

Dentre os meses com maiores glosas nas apresentações, estão o de outubro, janeiro, março e abril, respectivamente. Porém, nota-se que em todos os meses ocorreram glosas significativas pela equipe de Auditoria do SUS no município.

Tendo como referência o estudo de Rosa e Santos (2013) sobre a análise dos principais motivos de glosas, a distribuição da prestação de contas apresentadas do hospital à operadora de saúde, nos meses de abril e maio de 2012, foi de R\$ 2.154.886,04, sendo que o pagamento realizado pela operadora foi de R\$ 1.965.975,19, tendo como glosa o valor de R\$ 188.910,85.

Esse valor corrobora os achados do estudo representativos da saúde financeira da operadora, que, através dos seus setores de controle e auditoria, fiscalizam e auditam todos os procedimentos envolvendo eventos em saúde. Daí a relevância da implantação dos Órgãos de Auditoria do SUS em todos os entes, para que exista uma maior fiscalização e controle dos recursos financeiros advindos de impostos.

Diante do panorama apresentado, indaga-se aos gestores públicos e à sociedade assistida se a auditoria nos serviços de saúde seria realmente um instrumento de viabilização e de otimização dos serviços em saúde ofertados no país, direcionando a adequação de recursos a serem devidamente alocados, consolidando-se, assim, como um alicerce de avaliação da qualidade deste importante elemento social (GUEDES et al., 2001).

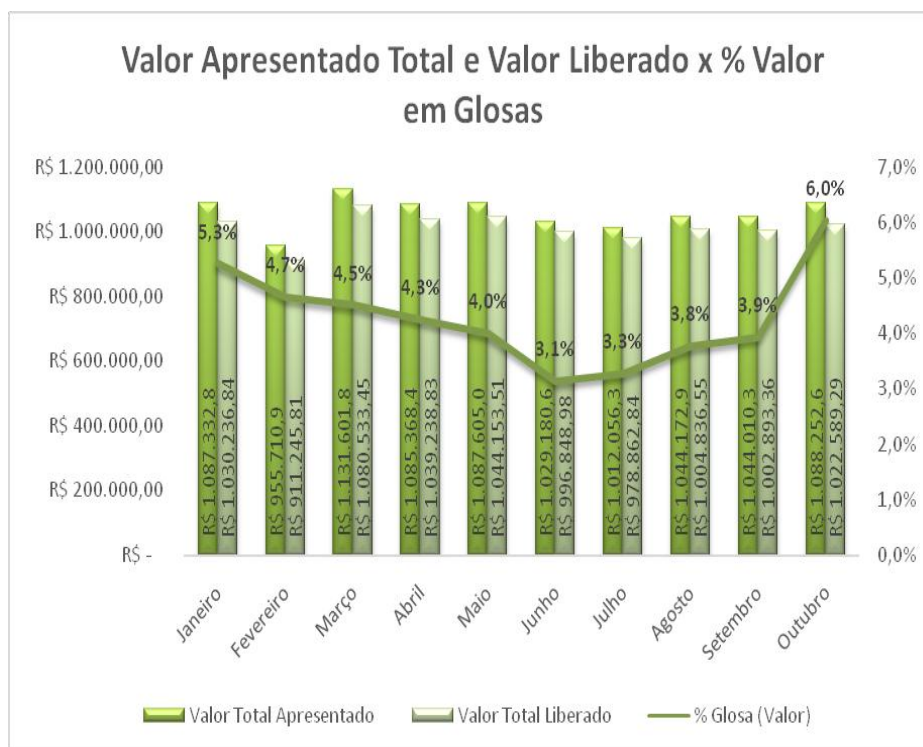
Desse modo, a auditoria deixaria de se ater apenas à teorização e às hipóteses para ser inserida no dia a dia da gestão, desprendida definitivamente do empirismo outrora existente neste setor (GUEDES et al., 2001).

Diante da colocação dos autores, a abordagem sobre o papel que representa a auditoria para os serviços do SUS baseia-se na formação, estruturação e funcionalidade dentro do atual contexto de recursos financeiros cada vez mais escassos e de uma tendência aos cuidados prolongados em saúde como visto neste estudo.

Na evolução do valor apresentado total *versus* valor liberado *versus* percentual de valor em glosas (Gráfico 5), observa-se que em todas as apresentações do período o indicador do índice de glosa de 3% foi superado, em

especial os meses de janeiro e outubro, que ultrapassam as margens de 5% de glosas.

Gráfico 5 – Valor total apresentado/ valor liberado x percentual do valor em glosado



Fonte: O autor, 2018.

Segundo Goto (2001), as glosas são variáveis a cada faturamento apresentado, podendo acarretar um volume de glosas para mais ou para menos nos períodos de entrega. Baseado na colocação do autor, pode-se verificar a relação com o resultado deste estudo, pois em diversos meses observa-se essa variação para mais e para menos nos índices de glosas.

Levando-se em consideração o índice determinado na metodologia do estudo, observa-se em todos os meses as inconformidades identificadas e a ratificação do trabalho da Auditoria do SUS em todos os eventos em saúde.

Essa variação dos índices de glosas possui uma semelhança com alguns estudos, como o apresentado por Silva (2005), em que tanto nos hospitais de maior porte quanto nos hospitais de menor porte os índices de glosas são semelhantes dentro dos seus percentuais.

Segundo as colocações dos autores, pode-se notar que as atividades da

auditoria em saúde concentram-se nos processos e resultados da prestação de serviços e pressupõem o desenvolvimento de um modelo de atenção adequado em relação às normas de acesso, ao diagnóstico, ao tratamento, à reabilitação e à aplicação dos recursos financeiros em saúde.

De acordo com o Quadro 9 abaixo sobre a apresentação das faturas dos serviços prestados, a cobrança do SID nos dez meses do ano de 2015, apresentou para a análise dos auditores do Município 611 faturas, porém no estudo proposto, analisaram-se 608 por não ter localizado duas no mês de janeiro e uma no mês de fevereiro.

Quadro 9 – Apresentação das faturas

Competência/Mês Referência	Quantidade de Faturas	Faturas não localizadas	Quantidade de Faturas Glosadas	Faturas não Glosadas
Janeiro	65	2	60	3
Fevereiro	66	1	63	3
Março	66	0	61	5
Abril	67	0	59	8
Maior	68	0	64	4
Junho	62	0	53	9
Julho	57	0	54	3
Agosto	57	0	55	2
Setembro	52	0	51	1
Outubro	52	0	51	1
TOTAL:	608	3	569	39

Fonte: O autor, 2018.

Dentre as 608 faturas analisadas, 569 delas apresentaram glosas e apenas 39 não apresentaram nenhum tipo de glosa nos dez meses do estudo. Nota-se que em grande parte do faturamento apresentado pela empresa existem inconformidades dos itens cobrados.

Isso ratifica a análise de todas as faturas, independente do caso, pela Auditoria, para que esta possa verificar a pertinência da indicação da internação de acordo com a modalidade do SID, o tratamento estabelecido ao paciente, a conformidade dos itens e subitens cobrados na conta do paciente, os acordos contratuais vigentes e os resultados obtidos com o tipo de assistência prestada.

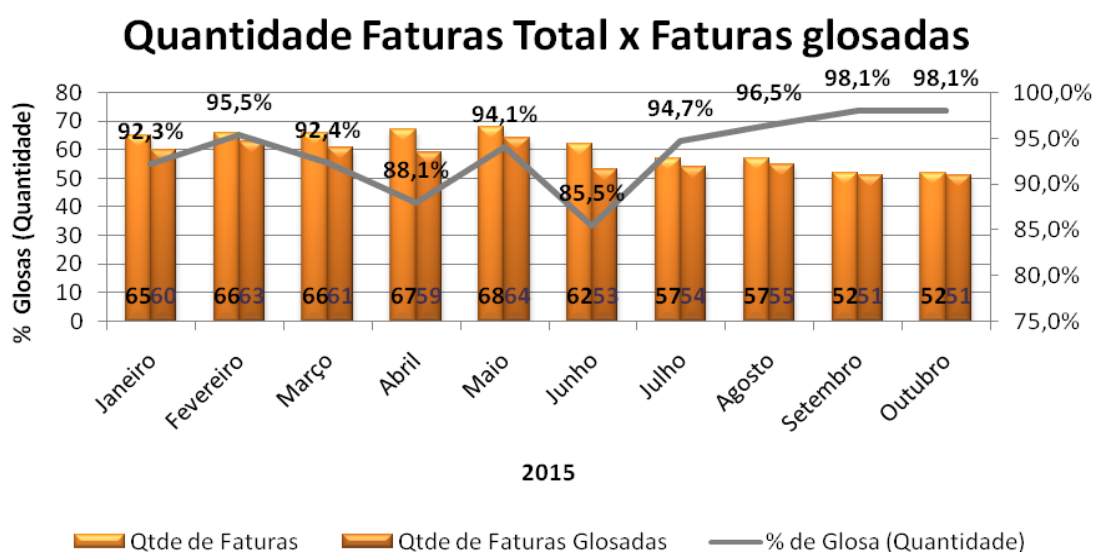
Corroborando isto, o estudo de Ferreira e Braga (2009) sobre o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares coloca que de outubro a novembro de 2007, com total de 215 internações e total de 926 atendimentos ambulatoriais, houve 125 atendimentos glosados com um total de 4.380 itens glosados. Isso demonstra o trabalho da auditoria como ferramenta de gestão eficiente na alocação de recursos financeiros.

Independente do sistema de saúde, seja ele público ou privado, a implantação da equipe de auditoria em saúde, nas suas várias vertentes elencadas nesta etapa do trabalho, encaixa-se perfeitamente como peça preenchedora de lacunas na gestão da saúde, uma vez que nem sempre os gestores dispuseram das informações necessárias para decidir com segurança e consistência.

A auditoria tem com cerne a obtenção e disponibilização de dados que gerem para o gestor informação úteis, pois são estes os únicos dotados de relevância, posto que fornecerão conhecimento indispensável para a tomada de decisão gerencial ou técnica (LOVERDOS, 1999).

Na relação apresentada de quantidade de faturas total *versus* faturas glosadas, pode-se observar, na evolução retrospectiva de janeiro a outubro de 2015, um percentual elevado de glosas nas faturas (Gráfico 6). Diversos meses ultrapassam o percentual de 85% de glosas, e alguns deles, como setembro e outubro, em especial, chegam próximo de 100% das faturas apresentadas.

Gráfico 6 – Faturas total x Faturas glosadas



Fonte: O autor, 2018.

Renova-se a análise de todas as contas apresentadas e verificação dos custos com a cobrança dos serviços prestados pela empresa e pela equipe de Auditores do município de Campos dos Goytacazes.

Estudos de Rosa e Santos (2013) relatam que na distribuição das contas recebidas e glosadas pela operadora ao hospital particular, nos meses de abril e maio de 2012, no primeiro mês houve uma apresentação de R\$ 1.010.485,70 com 88,94% de glosas em todas as contas (R\$125.658,91), representando 11,06% e, no mês seguinte, uma apresentação de R\$ 955.489,49 com 93,79% de glosas em todas as contas (R\$ 63.251,94), representando 6,21% de percentual glosado do faturamento total.

Isso apenas ilustra a grande eficiência que a auditoria pode representar a qualquer sistema, direcionado de forma adequada os recursos financeiros disponíveis.

Para o SUS, a eficiência baseia-se na relação entre os produtos (bens e serviços) gerados por uma atividade e os custos dos insumos empregados em um determinado período de tempo. O resultado expressa o custo de uma unidade de produto final em dado período de tempo.

Pode-se avaliar o grau de eficiência relativa de um programa, projeto ou atividade, comparando-o com as metas e custos programados ou com dados de outras iniciativas que perseguem os mesmos objetivos. Nesse caso, somente serão comparáveis iniciativas que, além dos objetivos, possuam as mesmas características de programação (BRASIL, 1998).

O Quadro 10 abaixo, que versa sobre a evolução da frequência e do custo das glosas, descreve que o valor médio das glosas passa de 3,0%, o que, como já mencionado anteriormente, representa uma economia financeira importante no orçamento do município.

Quadro 10 – Evolução da frequência e do custo das glosas

Competência/Mês Referência	Custo Médio da Fatura	Frequência de Glosa (Faturas)	Frequência do Índice de Glosas	Custo Médio Glosa/Fatura
Janeiro	R\$ 16.728,20	92,3%	5,3%	R\$ 952,32
Fevereiro	R\$ 14.480,47	95,5%	4,7%	R\$ 705,80
Março	R\$ 17.145,48	92,4%	4,5%	R\$ 837,19
Abril	R\$ 16.199,53	88,1%	4,3%	R\$ 781,86
Mai	R\$ 15.994,19	94,1%	4,0%	R\$ 678,93
Junho	R\$ 16.599,69	85,5%	3,1%	R\$ 610,03
Julho	R\$ 17.755,37	94,7%	3,3%	R\$ 614,69
Agosto	R\$ 18.318,82	96,5%	3,8%	R\$ 715,21
Setembro	R\$ 20.077,12	98,1%	3,9%	R\$ 806,21
Outubro	R\$ 20.927,93	98,1%	6,0%	R\$ 1.287,51
Custo Médio	R\$ 17.377,12	93,6%	4,3%	R\$ 797,71

Fonte: O autor, 2018.

O impacto orçamentário do custo médio das glosas por fatura fica em torno de R\$ 797,71, em especial nos meses de janeiro (R\$ 952,32) e outubro (R\$ 1.287,51), em que se pode observar um pico dos itens glosados. O custo médio de cada fatura de acordo com a prestação de serviços ficou em torno de R\$ 17.377,12, dentre todas as modalidades do SID.

Diante da disparidade dos meses glosados – junho representou o menor mês de glosa, com R\$ 610,03; e outubro, o maior mês de glosa, com R\$ 1.287,15 – a variação de custo pode ser justificada pelo rompimento contratual da empresa por inúmeros motivos fora da relação contratual entre o operador (município) e o prestador de serviço do SID, o que aumentou o índice de glosa; dentre os motivos, estão o atraso no pagamento por parte do município dos serviços prestados, a paralisação por parte dos funcionários do prestador, dentre outros.

Segundo a análise da evolução da frequência e do custo das glosas, pode-se observar um balanço positivo no saldo do patrimônio líquido do município de R\$ 453.895,30, representando 4,3% dos gastos específicos do período no SID, que gerou uma economia financeira dos recursos no orçamento do município.

Essa economia dos valores glosados pelos Auditores do SUS no município pode beneficiar outras áreas através dos recursos economizados, como a atenção básica, média e de alta complexidade, por exemplo, de acordo com a necessidade da demanda local.

Com base na Lei 4.320, de 17 de março de 1964, que estatuiu as normas gerais de direito financeiro para a elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal, de acordo com o disposto no art. 5.º, cap. 15, “b”, da Constituição Federal, a Auditoria do SUS representa esse instrumento de gestão para fortalecer o SUS, contribuindo para a alocação e a utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e da qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A auditoria constitui um conjunto de técnicas que visa a avaliar a gestão pública de forma preventiva e operacional sob os aspectos da aplicação dos recursos, dos processos, das atividades, do desempenho e dos resultados mediante a confrontação entre uma situação encontrada e um determinado critério técnico, operacional ou legal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Daí destaca-se os componentes municipal, estadual e federal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), com amostra do seu desempenho e a sua implementação da estrutura de controle, essencial à sobrevivência e aperfeiçoamento do SUS.

Estudo de Andrade (2013) assevera o valor da auditoria e a realidade na gestão do SUS verificada *in loco* mediante a análise de 1.721 relatórios de auditoria em que foram verificadas 19.726 não conformidades. Isso pode corroborar os achados, demonstrando a eficiência dos Auditores do SUS na análise das cobranças do SID.

As ações preventivas de controle são efetivamente valorizadas e implementadas pelo gestor com a manutenção do programa de Auditoria do SUS, de forma a lhe garantir maior segurança nas decisões e no alcance dos resultados.

5.5 Custo de oportunidade dos valores glosados

O custo-oportunidade foi realizado através dos recursos glosados pela Auditoria do SUS no município de Campos dos Goytacazes no ano de 2015, através do repasse dos recursos federais, baseada no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), especificamente nos blocos de financiamento através dos seguintes indicadores: atenção básica, assistência farmacêutica, média e alta complexidade, investimentos, vigilância e saúde e gestão do SUS.

Esses blocos podem deixar clara a Auditoria do SUS como ferramenta alocativa de recursos financeiros, baseada no impacto orçamentário de R\$ 453.895,30 das glosas realizadas de janeiro a outubro de 2015 *versus* o valor de repasse federal, que resultou no custo de oportunidade por área, dando um direcionamento, através do estudo de viabilidade dos investimentos a serem realizados, à escolha do gestor, como se verá a partir do Quadro 11.

Quadro 11 – Custo de oportunidade dos recursos glosados

Blocos de Financiamento	Valor de Repasses Federais (2015)	Custo de Oportunidade por Bloco de Financiamento (%)
Atenção Básica	15.820.326,48	2,9%
Assistência Farmacêutica	2.188.306,78	20,7%
Média e Alta Complexidade	110.340.172,96	0,4%
Investimentos	4.898.306,00	9,3%
Vigilância em Saúde	4.697.632,77	9,7%
Gestão do SUS	34.000,00	1.335,0%
TOTAL	137.978.744,99	453.895,30

Fonte: BRASIL, 2015.

Observa-se, na aplicação do custo de oportunidade proposto no estudo, a diversidade de aplicação destes recursos glosados nos blocos de financiamento, podendo beneficiar em várias áreas os munícipes de Campos dos Goytacazes.

Como demonstra o Quadro 11, o gestor pode optar por diversas áreas a serem aplicados os recursos efetivamente glosados pela Auditoria do SUS do município, dando possibilidade para as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, gestão do sistema, média e alta complexidade ou segundo a necessidade local dos eventos em saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde na forma de blocos de financiamento com o respectivo monitoramento e controle, apresentam-se possibilidades do custo de oportunidade que poderão ser realizados para cada bloco de financiamento:

- a) atenção básica: neste bloco o gestor poderá investir, mediante o componente de financiamento, no Piso da Atenção Básica (PAB) fixo na implementação do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde; no componente do PAB variável em ações de financiamento de estratégias, realizadas no âmbito da atenção básica em saúde, tais como a Saúde da Família, os Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Bucal, Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas, Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, e outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico;
- b) assistência farmacêutica: neste bloco o gestor poderá investir em ações de controle de endemias, tais como a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a doença de chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; em antirretrovirais do programa Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids; sangue e hemoderivados; e os imunobiológicos;
- c) atenção de média e alta complexidade: neste bloco o gestor poderá investir mediante o componente de financiamento da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), tais como no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino, dos Hospitais de

Pequeno Porte e dos Hospitais Filantrópicos, Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS), Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena (API), Incentivo de Integração do SUS (INTEGRASUS) e outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo; no Componente do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), nos procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC), os transplantes e procedimentos vinculados, ações estratégicas ou emergenciais e os projetos de Cirurgia Eletiva de Média Complexidade;

- d) investimentos: neste bloco o gestor poderá investir em projetos de investimentos para a rede de serviços em saúde;
- e) vigilância em saúde: neste bloco o gestor poderá investir em ações de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária, como a promoção à saúde, núcleo de vigilância hospitalar, campanha de vacinação, contratação de agentes, infecções sexualmente transmissíveis/aids e outros;
- f) gestão do SUS: neste bloco o gestor poderá investir mediante o tipo de componente, como a qualificação da gestão do SUS que apoiará as ações de regulação, controle, avaliação, auditoria e monitoramento, planejamento e orçamento, programação, regionalização, gestão do trabalho, educação em saúde, incentivo à participação e controle social, informação e informática em saúde, estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica e outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo específico; no componente para a implantação de ações e serviços de saúde, poderá investir em implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), qualificação de Centros de Atenção Psicossocial, implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental, fomento para ações de redução de danos em CAPS AD, inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, implantação de CEO, implantação do SAMU e outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo para fins de implantação de políticas específicas.

A discussão em torno da eficiência gerencial implica uma questão básica, como aponta Carpintéro (1999): “a melhor forma para estruturar gerencialmente um sistema de saúde, do ponto de vista macro (redes de serviços) e do ponto de vista micro (isto é, do próprio estabelecimento)”. Mais uma vez, a questão do custo das diferentes opções é fundamental para as decisões a serem tomadas pelos formuladores de políticas e gerentes de programas e estabelecimentos.

Quanto à eficiência técnico-operacional, depende de análises sobre tecnologias, terapias, processos ou meios alternativos visando a alcançar o mesmo fim de aumentar o produto sanitário. Novamente, a busca de alternativas deveria contemplar também estudos de custos de cada uma das opções.

Como se pode notar, um mundo de escolhas poderá ser efetuado com os recursos efetivamente glosados pela equipe de Auditoria do SUS do município, ampliando a cobertura aos municípios com base nos diversos blocos de financiamento em saúde. Cabe ao gestor local definir a melhor opção, levando-se em conta as necessidades reais locais da população sem engessar o sistema para os blocos de financiamento.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se com este estudo um percentual considerado elevado de contas médicas para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que vêm ocupando sistematicamente o topo da lista dos custos em saúde, em função da utilização progressiva de materiais de alto custo e de novas tecnologias, de tratamentos progressivamente mais onerosos e de complicações inerentes a essas doenças, entre outros motivos que geram maior utilização do sistema de saúde.

A migração de pessoas da área rural para a área urbana é uma tendência e, nesse processo, as morbidades por DCNT são mais prevalentes e mais onerosas à sociedade, preocupando cada vez mais os gestores quanto à alocação de recursos financeiros. Estima-se, daqui a alguns anos, um aumento da população idosa, que neste estudo representou boa parte das internações domiciliares, com dados ratificados por outros autores.

Sugere-se maiores investimentos na atenção básica para a prevenção das DCNT no município de Campos dos Goytacazes, visto que a expectativa de vida dos munícipes vem aumentando e a prevalência dessas doenças está no topo das morbidades mais incidentes nos serviços de saúde e, mais especificamente, na internação domiciliar, o que pode ocasionar gastos mais elevados no futuro.

Importante salientar que neste estudo pôde-se conhecer os componentes da carteira deste serviço, como a modalidade, a distribuição geográfica e o gênero, que dão base para a construção do plano de cuidados e podem reduzir os agravos e as suas complicações, para uma melhor assistência à clientela atendida e melhor aplicação dos recursos financeiros com base nos indicadores.

Os obstáculos para a boa gestão em saúde no Brasil são amplos e muito desafiadores, e a auditoria em saúde tem buscado detectá-los e, por conseguinte, contribuir para seu melhor equacionamento em busca da gestão otimizada e melhor alocação de recursos financeiros.

A questão de qualidade é um dos temas mais abordados atualmente, por isso, é impossível garantir uma gestão sem abordar a qualidade. Nesse contexto, a auditoria assistencial toma forma, essencialmente a de enfermagem, como meio de aferir, verificar, qualificar e avançar em indicadores assistenciais, como, por exemplo, o índice da regressão da elegibilidade das modalidades do Serviço de Internação

Domiciliar (SID); de alta do SID; de reinternações hospitalares de pacientes do programa; de infecções; de mortalidade, dentre outros que possam ser aplicados como o monitoramento dos custos do programa.

Diante das implicações, o conhecimento dos custos é passo fundamental para a gestão do sistema, inserida em um contexto de custos elevados, recursos escassos, pressão por qualidade com modelos de remuneração adequados e bons serviços prestados.

Com base no estudo, pode-se observar que as instituições de saúde em geral estão evoluindo em relação à tecnologia dos serviços prestados, porém a visão financeira e holística do cliente ainda não alcançou a mesma evolução, seja pela falta de protocolos assistenciais baseados em evidências científicas como elementos de sistematizar a uniformização dos registros a serem auditados, seja pelo tipo de remuneração a ser proposta entre as partes – se um modelo de conta aberta (*fee for service*), se um modelo de pacote de serviços, se um modelo de procedimentos gerenciados, ou diária global, tendo em conta a disponibilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou outros órgãos que venham a solucionar a demanda crescente em saúde – evitando, assim, as não conformidades nas informações obtidas, o que minimizaria as glosas evidenciadas, e a falta e/ou ilegibilidade de registros da assistência prestada.

Com a descrição do impacto orçamentário realizado no estudo, pôde-se comprovar um saldo positivo aos cofres públicos, através dos diferentes tipos de glosas realizadas, na ordem de R\$ 453.895,30, que, segundo o custo de oportunidade proposto com base nos blocos de financiamentos de recursos públicos federais de 2015, poderá ampliar a atuação, considerando-se conforme a demanda local, dando-se sempre preferência para as ações de promoção e prevenção de doenças.

Como é de conhecimento geral, na área da saúde tudo requer uma disponibilidade financeira muito grande para que se possa ter a capacidade de atendimento ao paciente sem que nenhum processo corra o risco de ficar comprometido. Em razão deste fato, vale lembrar que os recursos são finitos e deve-se atentar para as formas de cobrança em geral desde a entrada até a saída do paciente do SID, nunca se esquecendo do real objetivo assumido na prestação do serviço, que é o foco no paciente e a alocação adequada dos recursos financeiros.

As atividades de auditoria são estruturadas e organizadas através do Sistema

Nacional de Auditoria (SNA), que se tornam muito competentes uma vez que são compostas por várias instituições, ferramentas administrativas e legislações com o intuito de realizarem um trabalho educativo dos gestores e a melhoria na qualidade da assistência prestada ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS). Se forem consideradas todas estas questões, os recursos escassos, bem gerenciados, podem render mais e proporcionar maior qualidade e abrangência do sistema público de saúde.

Considera-se que este estudo possa representar um avanço no conhecimento da Auditoria ao sistema público de saúde, à medida que analisou a alocação efetiva dos recursos financeiros da prestação de SID. Entretanto, recomendam-se mais estudos na área de Auditoria do SUS como ferramenta de gestão alocativa de recursos financeiros para direcionar as ações em saúde e proporcionar maiores ofertas de serviços à população.

7. REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para tornar obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços. **Diário Oficial da União**, DF, 25 jun. 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 03 jul. 2016.

_____. **Sistemática de remuneração dos hospitais que atuam na saúde suplementar**: conta-aberta aprimorada/ tabela compacta. Grupo de trabalho sobre remuneração dos hospitais, rodada São Paulo, out. 2012. Brasília, DF: ANS, 2012.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. **Diário Oficial da União**, 25 jun. 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html>. Acesso em: 03 jul. 2016.

ALVES, S. D. **A importância da auditoria como ferramenta de gestão na saúde pública**. Poços de Caldas: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais, 2012.

ANDRADE, A. **Auditoria como estratégia para o fortalecimento do controle interno do SUS**. 2013. 93 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Enfermagem, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2013.

ASCARI, R. A. Auditoria de enfermagem: o impacto financeiro dos registros de enfermagem em prontuário médico-cirurgião. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE O TRABALHO NA ENFERMAGEM: BIOSSEGURANÇA NO TRABALHO DA ENFERMAGEM: PERSPECTIVA E AVANÇOS, 3, 2011, Bento Gonçalves. **Anais...** Bento Gonçalves: Trabalho na enfermagem: biossegurança no trabalho da enfermagem: perspectiva e avanços, 2011.

AZEVEDO, E. F. Y. **O papel estratégico da tecnologia da informação na área da saúde**. 2013. Dissertação (Mestrado em Gestão de Redes de Telecomunicações) – Centro de Ciências Exatas, Ambientais, e de Tecnologias, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2013.

BAHIA. Secretaria da Administração. **Manual de normas técnicas: atenção domiciliar**. 1. ed. Salvador: SAEB/CGPS, 2008.

BENASSI, V. et al. Perfil epidemiológico de paciente em atendimento fisioterapêutico em *home care* no estado de São Paulo. **J. Health Sci. Inst.**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 395–398, 2012.

BEULKE, R.; BERTÓ, J. B. **Gestão de custos e resultados na saúde:** hospitais, clínicas, laboratórios e congêneres. São Paulo: Saraiva, 2012.

BOLETIM DO TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Normas de Auditoria do Tribunal de Contas da União:** revisão junho 2011. Ano 44, n. 12. Brasília, DF, 5 jul. 2011a. Disponível em: <[http://file:///C:/Users/Pc/Downloads/BTCU-ESPECIAL-12-de-05-07-2011%20Normas%20de%20Auditoria_0%20\(1\).pdf](http://file:///C:/Users/Pc/Downloads/BTCU-ESPECIAL-12-de-05-07-2011%20Normas%20de%20Auditoria_0%20(1).pdf)>. Acesso em: 03 jul. 2016.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jul. 1990a.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964. Estabelece 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, DF, 23 mar. 1964.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 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, DF, 20 set. 1990b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 jan. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Orientações para a compra de serviços de saúde.** Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/auditoria/manuais/orientacoes_aos_gestores_para_compra_de_servicos_de_saude.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas:** estudos de avaliação econômica de tecnologias em saúde. Brasília, DF, 2009b. p. 9–10.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Guia de avaliação de tecnologias em saúde na atenção básica**. 1. ed. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/Pc/Downloads/Guia_ATS_24_08.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. **Avaliação econômica em saúde: desafios para a gestão no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a. 480 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Manual de Glosas do Sistema Nacional de Auditoria**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/download/MANUAL%20DE%20GLOSA%20DO%20SNA.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Manual de Normas de Auditoria**. Brasília, DF, 1998. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=12225>. Acesso em: 15 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Devolução de recursos em auditoria do SUS: orientações técnicas**. Brasília, DF, 2014. 86 p. (Série Auditoria do SUS, v. 1). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/devolucao_recursos_auditoria_sus_orientacoes.pdf>. Acesso em: 26 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2009. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF, 2011b. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Repasses Federais SIOPS – 2015**. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops>>. Acesso em: 18 dez. 2017.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 abr. 2002. Seção 1, p. 1.

BUSMESTER, H.; MORAIS, M. V. **Auditoria em saúde**. São Paulo: Saraiva, 2014.

BUZZI, D. C. **Proposta de método para precificação de pacotes hospitalares: estudo de caso em uma operadora de plano de saúde na cidade de Curitiba–Paraná**. In: SEMEAD – SEMINÁRIOS EM ADMINISTRAÇÃO, 2011, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Seminários em Administração, 2011.

CARMINATTI JUNIOR, E. V. **Controle de utilização de tecnologias de saúde: estudo de caso de um hospital materno infantil**. 2012. 205 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Economia Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

CARPINTÉRO, J. N. C. Custos na área da saúde: considerações teóricas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, 6, 1999, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Congresso Brasileiro de Custos, 1999.

CASTILHO, V.; JERICÓ, M. C. Gerenciamento de custos: aplicação do método de custeio baseado em atividades em centro de material esterilizado. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 745–752, 2010.

CHAVES, M. A. **Projeto de pesquisa: guia prático para monografia**. Rio de Janeiro: Walk, 2004.

CHING, H. Y. **Manual de custos de instituições de saúde: sistemas tradicionais de custos e sistema de custeio baseado em atividades (ABC)**. São Paulo: Atlas, 2001.

CINTRA, G. M. G.; SOUZA, C. G.; SOUZA, S. G. M. Auditoria em contas médicas no Hospital da Polícia Militar de Pernambuco. **Rev. Multidisciplinar e Psicologia**, Recife, 2016.

COMISSÃO PASTORAL DA TERRA. **Situação de ocupação espacial do campo de Campos dos Goytacazes**. 2008. Disponível em: <<https://www.cptnacional.org.br>>. Acesso em: 05 maio 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 out. 1996. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html>. Acesso em: 03 jul. 2016.

_____. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59–62. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 04 jul. 2016.

COSTA-JUNIOR, F. M.; MAIA, A. C. B. Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde. **Psic.: Teor. e Pesq. [online]**, [s. l.], v. 25, n. 1, p. 55–63, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722009000100007>>. Acesso em: 07 jul. 2016.

COUTTOLENC, B. F.; ZUCHI, P. **Gestão de recursos financeiros**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania, v. 10).

DALLORA, M. E. L. V.; FORSTER, A. C. **A importância da gestão de custos em hospitais em ensino**: considerações teóricas. **Rev. Medicina**, Ribeirão Preto, v. 41, n. 2, p. 135–142, 2008.

DANTAS, I. C. et al. Registro de enfermagem em *home care*: subsídios da auditoria de enfermagem. **Rev. Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 6, n. 2, 2017.

D'INOCENZO, M. et al. **Indicadores, auditoria, certificações**: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. São Paulo: Martinari, 2010.

ENCICLOPÉDIA BARSAL UNIVERSAL. 3.ed. São Paulo: Barsa Planeta Internacional, 2010. 18 v.

FERREIRA, P. L. **Estatística descritiva e inferencial**: breves notas. 2005. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2005. 125 p. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/9961/1/AP200501.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2017.

FERREIRA, T.; BRAGA, A. L. S. Auditoria de enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas. **Aquichán**, Bogotá, v. 9, n.1, ene./jun. 2009.

FRANCISCO, M. T. R. **Auditoria em enfermagem**: padrões, critérios de avaliação e instrumentos. 3. ed. São Paulo: Cedas, 1993.

GALVÃO, T. F.; PENSANI, T. S. A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: a recomendação PRISMA. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 24, n. 2, abr./jun. 2015.

GARCIA, T. F. G.; VIANA, C. D.; BRAGAS, L. Z. T. A auditoria de enfermagem e as glosas hospitalares. In: SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 23, 2015, Unijuí. **Anais...** Injuí: Iniciação Científica, 2015.

GOTO, N. **Instrumento de auditoria técnica de conta hospitalar mensurando perdas e avaliando a qualidade da assistência**. 2001. 38 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2001.

GUEDES, D. N. et al. O papel do Sistema Nacional de Auditoria e sua base legal na otimização da gestão de serviços oferecidos pelo SUS. **Rev. Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v. 15, n. 104, set. 2012.

GUERRER, F. F. G.; CASTILHO, V.; LIMA, C. F. A. Processo de formação de contas em um hospital de ensino especializado em cardiologia e pneumonia. **Rev. Eletrônica Enferm.**, Goiânia, v. 16, n. 3, p. 558–65, set. 2014.

INSTITUO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico do Brasil**: 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?codmun=330100>>. Acesso em: 04 nov. 2017.

IUDÍCIBUS, S. **Teoria da contabilidade**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2000.
KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. **A estratégia em ação**: balanced scorecard. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

KOBUS, L. S. G.; DIAS, J. S. **Dados essenciais para auditoria de contas médicas hospitalares**: experiências em Curitiba–PR. Paraná: Pontifícia Universidade do Paraná, Curitiba, 2004. Disponível em: <<http://telemedicina.unifesp.br/pub/SBIS/CBIS2004/trabalhos/arquivos/638.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2016.

KURCGANT, P. et al. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

LACERDA, M. R. et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 88–95, maio/ago. 2006.

LOURENÇO, R. A. et al. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. **Rev. Saúde Pública (Online)**, Maringá, v. 39, n. 2, p. 311–318, 2005.

LOVERDOS, Adriano. **Auditoria e análise de contas médico-hospitalares**. São Paulo: 1999.

Lucena, M. G. A. **Conta hospitalar, racionamento responsável**: atuação do enfermeiro auditor na UTI. Dissertação (Mestrado em Terapia Intensiva) – Instituto Brasileiro de Terapia Intensiva, Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva, [s. l.], 2011.

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

MAURIZ, C. et al. Faturamento hospitalar: um passo a mais. **Rev. Inov. Ação**, Teresina, v. 1, n. 1, p. 38–44, jan./jun. 2012.

MOHER, D. et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **PLoS Med**, [s. l.], v. 6, n. 7, 2009.

MORAIS, L. C. M. **Percepção dos gestores em saúde sobre controladoria e o controller no município de Campina Grande–PB**. 2015. Monografia (Especialização em Gestão em Saúde) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2015.

MOTTA, A. L. C. **Auditoria de enfermagem nos hospitais e operadoras de planos de saúde**. São Paulo: Iátria, 2013.

NITA, M. E; SECOLI, S. R.; NOBRE, M. R. C. **Avaliação de tecnologias em saúde**. São Paulo: Artmed, 2010.

OLIVEIRA, A. D.; COSTA, C. R.; ARNDT, A. B. M. Glosas de materiais e medicamentos em um hospital privado na cidade de Brasília – Distrito Federal. **Acta de Ciências e Saúde**, [s. l.], v. 2, n. 1, 2012.

PELLEGRINI, G. Glosas convênio x prestador. In: CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E 3ª JORNADA DE GESTÃO E CLÍNICAS MÉDICAS, 2004, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Serviços de Saúde e Gestão e Clínicas Médicas, 2004.

PEREIRA, F. V.; SCHUTZ, V. Análise parcial de custos de materiais hospitalares: o custo de materiais hospitalares utilizados em clientes com insuficiência cardíaca dentro de uma enfermaria cardiovascular. **R. Pesquisa: Cuid. fundam. (Online)**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 2973–80. abr./jun. 2012.

RIBEIRO, M. C. **Um novo modelo de assistência médica para o país**. 2. rev. Curitiba: Funef, 2010. Disponível em: <http://www.funef.com.br/artigos/novo_modelo.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2016.

RODRIGUES, V. A.; PERROCA, M. G.; JERICÓ, M. C. Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem. **Rev. Ciência Saúde**, São José do Rio Preto, v. 11, p. 210–214, out./dez. 2004.

ROSA, C. D. P.; SANTOS, M. P. Auditoria de contas hospitalares: análise dos principais motivos de glosas em uma instituição privada. In: SIMPÓSIO DE ADMINISTRAÇÃO DA PRODUÇÃO, LOGÍSTICA E OPERAÇÕES INTERNACIONAIS, 2013, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Administração da Produção, Logística e Operações Internacionais, 2013.

ROSA, M. R. **Padronização da gestão do processo de auditoria interna em um hospital privado na cidade de Santa Catarina**. 2017. 55 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2017.

SANTOS FILHO, A. F. **Auditoria em saúde**: análise de contas hospitalares. São Paulo: Xamã, 2005.

SANTOS, J. S.; BARROS, M. D. A. Idosos do município do Recife, estado de Pernambuco, Brasil: uma análise da morbimortalidade hospitalar. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 17, n. 3, 2008.

SARAIVA, M. C. **Investigação da mensuração de custos na formação dos preços dos serviços hospitalares**: um foco na diária hospitalar. 2006. 141 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis) – Programa Multi-institucional e Inter-Regional de Pós-Graduação em Ciências Contábeis, Unb/UFPB/UFPE/UFRN, Natal, 2006.

SCARPARO, A. F.; FERRAZ, C. A. Auditoria em enfermagem: identificando sua concepção e métodos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 61, n. 3, p. 302–305, maio/jun. 2005.

SILVA, L. S. et al. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, jun. 2005.

SILVA, S. S. **O projeto RegulaSUS do Telessaúde RS/UFRGS como dispositivo de apoio à microrregulação do cuidado no estado do Rio Grande do Sul**. 2014. 60 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

TAJRA, S. F. **Um enfoque para operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços médico-assistenciais**. São Paulo: Iátria, 2003.

TAVOLARI, C. E. L.; FERNANDES, F.; MEDINA, P. O desenvolvimento do 'home health care' no Brasil. **Rev. Administração em Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 9, p. 15–18, out./dez. 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: World Health Organization, 2011.

ZUCCHI, P.; NERO, C. D.; MALIK, A. M. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Rev. Saúde Soc.**, São Paulo, v. 9, n. 1–2, dez. 2000.

7.1 Sites de pesquisa

<www.anvisa.org.br>

<www.ans.gov.br>

<www.brasil.bvs.br>

<www.bvs.gov.br>

<www.campos.rj.gov.br>

<www.capes.gov.br/periodicos>

<www.scholar.google.com.br>

<www.ibge.gov.br>

<www.iess.org.br>

<www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

<www.saude.gov.br>

<www.scielo.com.br>

<www.sigtap.datasus.gov.br>

< www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

8. CRONOGRAMA

8.1 Atividades 2016

ATIVIDADES 2016	MARÇO	MAIO	JULHO	SETEMBRO	NOVEMBRO
	ABRIL	JUNHO	AGOSTO	OUTUBRO	DEZEMBRO
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) Elaboração do Ofício à Instituição			X	X	X
Ratificação dos Formulários de coleta de dados		X	X	X	
Cumprimento de pendências exigidas pelo CEP					X
Desenvolvimento Da pesquisa	X	X	X	X	X

8.2 Atividades 2017

ATIVIDADES 2017	JAN/FEV	MAIO	JULHO	SETEMBRO	NOVEMBRO
	MAR/ABRIL	JUNHO	AGOSTO	OUTUBRO	DEZEMBRO
Aprovação do CEP	X				
Coleta de dados	X	X	X		
Revisão da coleta de dados		X	X		
Desenvolvimento da pesquisa	X	X	X	X	X
Finalização dos resultados			X	X	
Revisão da apresentação dos resultados				X	X
Qualificação da Tese do Mestrado				X	
Retificação das recomendações realizadas na Qualificação				X	X

Finalização da Conclusão				X	X
Revisão da Tese do Mestrado				X	X
Defesa da Tese do Mestrado					Janeiro 2018
Retificação das recomendações realizadas na Defesa da Tese do Mestrado					X
Entrega da versão final da Tese de Mestrado					Março 2018

APÊNDICE B – Formulário de dados financeiros

**FORMULÁRIO DE DADOS FINANCEIROS**

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Escola de Enfermagem Alfredo Pinto

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado)

COMPETÊNCIA: MÊS _____ ANO _____ CONTA /N° _____ NÍVEL: _____

ITEM GLOSADO	SUBITEM GLOSADO	VALOR DA GLOSA	JUSTIFICATIVA DA GLOSA	PERCENTUAL DE GLOSA

VALOR DA FATURA: R\$ _____ VALOR DA GLOSA: R\$ _____

VALOR LIBERADO: R\$ _____

APÊNDICE C – Tabela de frequência das glosas de acordo com os subitens em conta

Tabela 13 – Frequência das glosas de acordo com os subitens em conta

Subitem Glosado	% Quant.
Compressa não Estéril 7,5 x 7,5	16,80%
Oxigênio e Aspiração	8,59%
Aspirador Elétrico Portátil	4,88%
Sonda de Aspiração Traqueal	4,25%
Acetilcisteína 600mg Envelope	3,79%
Nebulizador	3,50%
Supervisão de Enfermagem	3,08%
Seringa Descartável 20 ml	2,88%
Luva Cirúrgica Estéril	2,38%
Suporte de Soro	2,25%
Filtro de Ar Respirador	2,17%
Domperidona Suspensão 100 ml	2,08%
Brometo de Ipratrópio FR 20 ml	2,00%
Sessão de Fisioterapia	1,71%
SEM GLOSA	1,63%
Oxímetro de Pulso	1,54%
Ventilação Mecânica	1,33%
Colar Fixador de TQT	1,25%
Compressa Tipo Zobec	1,04%
Tira para Glicemia	1,00%
Frasco para Macronebulização	0,92%
Simeticona 75 mg/ml 10 ml Fr Gotas	0,88%
Fralda Descartável	0,88%
Plantão de Enfermagem	0,83%

SF 0,9% 10 ML	0,83%
Compressa Estéril 7,5x 7,5	0,79%
Nutricionista	0,79%
Aparelho de Glicemia	0,67%
Fita Hipoalérgica Rolo	0,67%
Visita Médica	0,67%
Coletor Pérfuro Cortante	0,58%
Fonoaudiólogo	0,54%
Seringa Descartável 60 ml	0,50%
Omeprazol 20 mg Comprimido	0,50%
SF 0,9% 100ML	0,46%
Aparelho de PA	0,46%
Nutren 1,0 Pó Lata 400 g	0,46%
Clonazepan Gotas Fr 20 ml	0,42%
Dipirona Gotas 20 ml	0,42%
Acetilcisteína 10% 3 ml Injetável	0,38%
Clobazan 10 mg comprimido	0,38%
Acebrofilina 10 mg/ml Xarope	0,38%
Concentrador de Oxigênio	0,38%
Fralda Descartável	0,38%
Assistente Social	0,33%
Ciprofloxacino 500 mg comprimido	0,33%
Risperidona 2 mg comprimido	0,33%
Fenobarbital Gotas Fr 20 ml	0,33%
Cama Simples	0,29%
Atorvastatina 40 mg comprimido	0,25%
Cloridrato de Tramadol 50 mg comprimido	0,25%
Cloridrato de Metformina 850 mg comprimido	0,25%
Coletor de Urina Aberto	0,25%
Nistatina/óxido de Zinco Pomada 60 g	0,25%

Fenobarbital 40 mg Xarope	0,25%
Dexclorfeniramina Xarope	0,25%
AGE Fr 200ML	0,25%
Losartana 50 mg comprimido	0,21%
Clonazepan 0,5 mg comprimido	0,21%
Nitrofurantoína 100 mg comprimido	0,21%
Dieta Isosource Soya Fiber 1L	0,21%
Hemitartarato de Zolpiden 10 mg comprimido	0,21%
Dipirona 500 mg Comprimido	0,21%
Equipo Enteral	0,21%
Água Oxigenada 1000 ml	0,21%
Cloridrato de Pramipexol 0,125 comprimido	0,21%
Fenitoína 100 mg comprimido	0,21%
Quetiapina 25 mg comprimido	0,17%
Agulha 40x12 cm	0,17%
Amoxicilina 500 mg + Clavulanato de K 125 mg comprimido	0,17%
Agulha 13x4,5 cm	0,17%
Acetilcisteína 40 mg/ml Xarope	0,17%
Cadeira de Banho	0,17%
Ensure PO	0,17%
Frasco Nutrição Enteral 300 ml	0,17%
Sonda Uretral Todos Tamanhos	0,17%
Cadeira de Roda	0,17%
Dipropionato de beclometasona 250 mcg	0,17%
EPI	0,13%
Resource Fibermais 260g	0,13%
Exames laboratoriais diversos	0,13%
Cálcio 600 mg comprimido	0,13%
Saccharomyces Boulardil Liofilizado Envelope	0,13%
Bromidrato de Fenoterol Fr 20 ml	0,13%

Simeticona 40 mg comprimido	0,13%
Besilato Anlodipino 5 mg comprimido	0,13%
Lidocaína Gel	0,13%
Topiramato 100 mg comprimido	0,13%
Indeterminado	0,13%
Haloperidol 5 mg comprimido	0,13%
Levofloxacino 500 mg comprimido	0,13%
Enoxaparina 0,4mg	0,13%
Carvedilol 3,125 mg	0,13%
Algodão 500 g	0,13%
Equipo Macrogotas	0,13%
Paracetamol 200 mg/ml Fr 20 ml gotas	0,13%
Levotiroxina 88 mcg comprimido	0,13%
Polifix 2 vias	0,13%
Bromoprida 10mg comprimido	0,13%
Ceftriaxona 1G IM	0,13%
Cloridrato de Ranitidina 150 mg comprimido	0,13%
Furosemida 40 mg comprimido	0,13%
Cadeira de rodas com apoio de cabeça	0,08%
Nutri Fiber 1.2 1 L	0,08%
Brometo de Escopolamina + Dipirona Fr 20 ml Gotas	0,08%
Cloridrato de Diltiazem 30 mg comprimidos	0,08%
Oxcarbamazepina 60 mg/ml 100 ml	0,08%
Fenobarbital comprimido	0,08%
Sacharomyces Bolila Liofil comprimido	0,08%
Cânula Traqueal Todos tamanhos	0,08%
Sonda Nasoentérica	0,08%
Fenofibrato Retard 250 mg comprimido	0,08%
Óleo Mineral	0,08%
Água Injetável 500 ml	0,08%

Alfare 400 g	0,08%
Fluoxetina 10 mg comprimido	0,08%
Desloratadina 0,5 mg/ml Xarope	0,08%
Cloridrato de Propanolol 40 mg comprimido	0,08%
Seringa Descartável 5 ml	0,08%
Carbamazepina comprimido	0,08%
Dompedidona Suspensão	0,08%
Cloridrato de Sertralina 50 mg	0,08%
Bromoprida 4mg/ml 20 ml fr gotas	0,08%
Agulha 25x0,7 cm	0,08%
Álcool 70% 1L	0,08%
Valsartana comprimido	0,08%
Oxalato de Escitalopran	0,08%
Baclofeno 10 mg comprimido	0,08%
Oxibutinina	0,08%
Gentamicina 80 mg ampola	0,08%
Ácido Fólico 5 mg comprimido	0,08%
Cloridrato de Venlafaxina 37,5 mg Cápsula	0,08%
Almotolia 250 ml	0,08%
Colchão Pneumático	0,08%
Prednisona 5 mg comprimido	0,08%
Colar Cervical	0,08%
Seringa Descartável 3 ml	0,08%
Kit Macro	0,08%
AAS 100 mg comprimido	0,08%
Colchão Pneumático	0,08%
Sinvastatina 20 mg comprimido	0,08%
Ceftriaxona 1G IV	0,08%
Sonda Foley Todos Tamanhos	0,08%
Lisado Bacteriano 6 mg cápsula	0,08%

Clonazepan 2 mg comprimido	0,08%
Máscara Descartável	0,08%
Cloridrato de Amitriptilina 25 mg comprimido	0,08%
Metronidazol 250 mg comprimido	0,08%
Ácido ascórbico 200 mg/ml Gts 20 ml Fr	0,08%
Sulfadiazina de Prata 50 g	0,04%
Clisterol 12 % 500 ml	0,04%
Diclofenaco Potássico 50 mg comprimido	0,04%
Ciclobenzaprima	0,04%
Cama Elétrica	0,04%
Luva de Procedimento	0,04%
Esparadrapo Rolo	0,04%
Benzipenicilina Benzatina Frasco 600.000	0,04%
Sacharomyces Boullardi	0,04%
Meropenen 1 G Frasco IV	0,04%
Amoxicilina 500 mg comprimido	0,04%
Metenamina 120 mg; Cloreto de metiltionínio 20 mg	0,04%
Levodopa + Benserazida comprimido	0,04%
Vigabatrina 500 mg comprimido	0,04%
Enoxaparina 0,2mg	0,04%
Mupirocina 20 mg Pomada	0,04%
Dexclorfeniramina 2 mg comprimido	0,04%
Albendazol 400 mg comprimido	0,04%
Clindamicina 300 mg comprimido	0,04%
Nifedipino Retard 20 mg comprimido	0,04%
Semente de uva + Amêndoas de ureia 10%	0,04%
Complexo B comprimido	0,04%
Jelco 20 g	0,04%
Sulfato Ferroso comprimido	0,04%
Cloridrato de Hidroxizina 50 mg	0,04%

Cloridrato de Bupropiona 150 mg comprimido	0,04%
Sonda de Aspiração	0,04%
Nutri Enteral 1 L	0,04%
Cloridrato de Memantina 10 mg comprimido	0,04%
Valproato de Sódio Xarope 250 mg	0,04%
Sulfato Ferroso comprimido	0,04%
Sulfato Ferroso comprimido	0,04%
Cloridrato de Bupropiona 150 mg comprimido	0,04%
Cloridrato de Hidroxizina 25 mg	0,04%
Coletor de Urina Fechado	0,04%
Compressa não Estéril 7,5x 7,5 cm	0,04%
Claritromicina	0,04%
Omeprazol 40 mg comprimido	0,04%
Rivaroxaban 20 mg comprimido	0,04%
Optive Colírio fr 10 ml	0,04%
Captopril 25 mg comprimido	0,04%
Ferripolimaltose 100 mg comprimido	0,04%
Amicacina 500 mg ampola	0,04%
Glicazida 60 mg comprimido	0,04%
Seringa Descartável 10 ml	0,04%
Ferro Quelato 150 mg + Ácido Fólico 5 mg comprimido	0,04%
Insulina Humana Regular 10 ml	0,04%
Femipole Maltose Xarope	0,04%
Dipirona Gotas 10 ml	0,04%
Oximetria	0,04%
Jelco 22 g	0,04%
Hidralazina	0,04%
Dipirona Sódica 50 mg/ml 100 ml Fr	0,04%
Hidroclorotiazida 25 mg comprimido	0,04%
Lactobacilus	0,04%

Paracetamol 40 mg + maleato de clorfenamina 0,6 mg comprimido	0,04%
Lactulose 120 ml Xarope	0,04%
Phosfoenema 130 ml	0,04%
Bamifilina comprimido	0,04%
Pirenoxina	0,04%
Sorbitol 6,5 g Bisnaga	0,04%
Plantago Ovata Sachê 5 g	0,04%
Sulfametoxazol + Trimetropina 200 mg + 40 mg 100 ml Frasco	0,04%
Hidrocortisona 500 mg Fr	0,04%
Sulfato Ferroso gotas 30 ml	0,04%
Hidrogel com Alginato 85 mg	0,04%
Atadura 15 cm	0,04%
Povidine 100 ml Fr	0,04%
Tobramicina 3 mg colírio	0,04%
Prednisolona Solução 3 mg 60 ml	0,04%
Traqueinha do Respirador	0,04%
Indapamida 1,5 mg comprimido	0,04%
Primidona 100 mg comprimido	0,04%
Axetilcefuroxina 250 mg Suspensão	0,04%
Gabapentina	0,04%
Gaze Estéril 7,5x7,5 cm	0,04%
Fenocarbonila 126mg	0,04%
Fenofibrato	0,04%
<hr/>	
Total Geral	100,00%
<hr/>	

APÊNDICE D – Custo das glosas de acordo com os subitens em conta

Tabela 14 – Custo das glosas de acordo com os subitens em conta

Subitem Glosado	Soma de Valor da Glosa (VG)
Oxigênio e Aspiração	90.379,7
Ventilação Mecânica	82.350,75
Compressa não Estéril 7,5x 7,5	35.757,7
Sonda de Aspiração Traqueal	27.279,26
Aspirador Elétrico Portátil	13.673,5
Sessão de Fisioterapia	11.664,8
Oxímetro de Pulso	10.780,25
Frasco para Macronebulização	10.080,25
Acetilcisteína 600 mg Envelope	9.813,64
Plantão de Enfermagem	9.722,75
Supervisão de Enfermagem	8.880
Nutren 1,0 Pó Lata 400 g	8.856,83
Tira para Glicemia	7.936,4
Compressa Tipo Zobec	7.670,3
Luva Cirúrgica Estéril	7.440,63
Primidona 100 mg comprimido	6.587,89
Visita Médica	6.391,44
Ceftriaxona 1G IM	6.106,32
Nebulizador	5.777,5
Fonoaudiólogo	5.480
Domperidona Suspensão 100 ml	4.926,85
Cloridrato de Venlafaxina 37,5 mg Cápsula	4.537,8
Seringa Descartável 20 ml	4.021,57
Suporte de Soro	3.837,5

Ciprofloxacino 500 mg comprimido	3.516,22
Colar Fixador de TQT	3.461,76
Concentrador de Oxigênio	2.662,5
Nutricionista	2.100
Compressa Estéril 7,5x 7,5	1.984,48
Filtro de Ar Respirador	1.933,65
Cálcio 600 mg comprimido	1.692,6
Ceftriaxona 1G IV	1.557,64
Aparelho de Glicemia	1.479
Dieta Isosource Soya Fiber 1L	1.471,61
Indeterminado	1.383,52
Seringa Descartável 60 ml	1.251,81
Simeticona 75 mg/ml 10 ml Fr Gotas	1.209,68
Fralda Descartável	1.208,6
Fluoxetina 10 mg comprimido	1.197,3
Cloridrato de Diltiazem 30 mg comprimido	1.174,52
Brometo de Ipratrópio FR 20 ml	1.149,77
Lisado Bacteriano 6 mg cápsula	1.144,28
EPI	1.110
Acetilcisteína 10% 3 ml Injetável	1.089,98
Fralda Descartável	1.052,54
AGE Fr 200 ml	1.001,93
Risperidona 2 mg comprimido	939,72
Quetiapina 25 mg comprimido	876,48
Fita Hipoalérgica Rolo	850,39
Levofloxacino 500 mg comprimido	839,16
Enoxaparina 0,4 mg	832,85
Sonda Nasoentérica	820
Cama Simples	800
Fenocarbonila 126 mg	782,44

Atorvastatina 40 mg comprimido	760,97
Coletor de Urina Aberto	745,31
Gentamicina 80 mg ampola	721,14
Assistente Social	660
Nutri Enteral 1 L	575,78
Kit Macro	558
SF 0,9% 10 ML	519,87
Cloridrato de Pramipexol 0,125 comprimido	506,28
Exames laboratoriais diversos	480
Levotiroxina 88 mcg comprimido	479,49
SF 0,9% 100ML	464,84
Resource Fibermais 260g	448,49
Cloridrato de Tramadol 50 mg comprimido	430,99
Ensure PO	429,42
Carvedilol 3,125 mg	409,5
Dipropionato de beclometasona 250 mcg	402,8
Haloperidol 5 mg comprimido	401,55
Oximetria	387,5
Amicacina 500 mg ampola	370,8
Nistatina/óxido de Zinco Pomada 60 g	364,44
Nutri Fiber 1.2 1 L	362,59
Equipo Macrogotas	335,52
Cânula Traqueal Todos tamanhos	334,9
Omeprazol 20 mg Comprimido	325,58
Cloridrato de Bupropiona 150 mg comprimido	313,96
Paracetamol 40 mg + maleato de clorfenamina 0,6 mg comprimido	303,03
Acebrofilina 10 mg/ml Xarope	299,73
Mupirocina 20 mg Pomada	295,33
Topiramato 100 mg comprimido	282,98
	282
Colar Cervical	

Cadeira de Roda	276
Dexclorfeniramina Xarope	244,45
Cadeira de Banho	241,5
Cadeira de rodas com apoio de cabeça	238
Hidrocortisona 500 mg Fr	220,5
Alfare 400 g	219,06
Amoxicilina 500 mg + Clavulanato de K 125 mg comprimido	211,88
Acetilcisteína 40 mg/ml Xarope	202,02
Sonda Uretral Todos Tamanhos	197,68
Dompedidona Suspensão	195,86
Aparelho de PA	190
Luva de Procedimento	175
Hemitartarato de Zolpiden 10 mg comprimido	168,24
Losartana 50 mg comprimido	159,33
Lidocaína Gel	157,11
Prednisolona Solução 3 mg 60 ml	144,48
Meropenem 1 G Frasco IV	144,15
Sacharomyces Bolila Liofil comprimido	133,76
Hidrogel com Alginato 85 mg	132
Paracetamol 200 mg/ml Fr 20 ml gotas	131,01
Vigabatrina 500 mg comprimido	127,41
Sonda de Aspiração	120,25
Clonazepan Gotas Fr 20 ml	115,17
Atadura 15 cm	112,56
Cochão Pneumático	108
Saccharomyces Boulardil Liofilizado Envelope	105,68
Dipirona Gotas 20 ml	104,75
Besilato Anlodipino 5 mg comprimido	104,2
Clindamicina 300 mg comprimido	100,96

Valsartana comprimido	98,82
Rivaroxaban 20 mg comprimido	96
Oxcarbamazepina 60 mg/ml 100 ml	95,68
Compressa não Estéril 7,5x 7,5 cm	91,44
Clobazan 10 mg comprimido	87,84
Povidine 100 ml Fr	87
Brometo de Escopolamina + Dipirona Fr 20 ml Gotas	79,31
Plantago Ovata Sachê 5 g	78,43
Fenobarbital Gotas Fr 20 ml	73,88
Água Injetável 500 ml	73,66
Enoxaparina 0,2mg	73,5
Cloridrato de Memantina 10 mg comprimido	73,5
Coletor Pérfuro Cortante	71,95
Sonda Foley Todos Tamanhos	67
Equipo Enteral	61,74
Semente de uva + Amêndoas de ureia 10%	61
Optive Colírio fr 10 ml	60,92
Fenobarbital 40 mg Xarope	59,74
Clonazepan 0,5 mg comprimido	59,54
Axetilcefuroxina 250 mg Suspensão	58,21
Amoxicilina 500 mg comprimido	58,07
Glicazida 60 mg comprimido	56,7
Ferro Quelato 150 mg + Ácido Fólico 5 mg comprimido	55,96
Óleo Mineral	52,98
Bromoprida 10 mg comprimido	52,92
Ferripolimaltose 100 mg comprimido	50,76
Ácido ascórbico 200 mg/ml Gts 20 ml Fr	48,24
Jelco 20 g	45,96
Jelco 22 g	45,96
Cloridrato de Sertralina 50 mg	40,8

Cloridrato de Ranitidina 150 mg comprimido	40,6
Desloratadina 0,5 mg/ml Xarope	39,5
Máscara Descartável	38,64
Claritromicina	37,85
Sulfato Ferroso gotas 30 ml	37,75
Simeticona 40 mg comprimido	37,4
Sacharomyces Boulardi	36,12
Colchão Pneumático	36
Agulha 40x12 cm	34,8
Dipirona 500 mg Comprimido	34,41
Fenofibrato Retard 250 mg comprimido	33,41
Bromoprida 4mg/ml 20 ml fr gotas	33,2
Lactulose 120 ml Xarope	32,07
Algodão 500 g	31,8
Coletor de Urina Fechado	31
Prednisona 5 mg comprimido	30,82
Carbamazepina comprimido	27,52
Metronidazol 250 mg comprimido	27
Polifix 2 vias	25,2
Complexo B comprimido	24
Tobramicina 3 mg colírio	23,01
Água Oxigenada 1000 ml	22,38
Cloridrato de Hidroxizina 50 mg	21,6
Agulha 13x4,5 cm	21,48
Pirenoxina	21,35
Sulfametoxazol + Trimetropina 200 mg + 40 mg 100 ml Fr	21,26
Femipole Maltose Xarope	20,88
Traqueinha do Respirador	20
Indapamida 1,5 mg comprimido	17,64
Álcool 70% 1L	17,31

Sorbitor 6,5 g Bisnaga	16,6
Esparadrapo Rolo	16,54
Frasco Nutrição Enteral 300 ml	16,24
Dipirona Sódica 50 mg/ml 100 ml Fr	16,04
Cama Elétrica	16
Sulfadiazina de Prata 50 g	15,94
Furosemida 40 mg comprimido	15,64
Seringa Descartável 3 ml	14,4
Bromidrato de Fenoterol Fr 20 ml	14,26
Cloridrato de Metformina 850 mg comprimido	13,78
Ciclobenzaprima	13,2
Clonazepan 2 mg comprimido	12,6
Benzipenicilina Benzatina Frasco 600.000	12,16
Baclofeno 10 mg comprimido	12,1
Metenamina 120 mg; Cloreto de metiltionínio 20 mg	12,04
Cloridrato de Hidroxizina 25 mg	11,77
Sulfato Ferroso comprimido	11,04
Phosfoenema 130 ml	11,04
Omeprazol 40 mg comprimido	11,04
Oxalato de Escitalopran	10,24
Valproato de Sódio Xarope 250 mg	10,15
Cloridrato de Propanolol 40 mg comprimido	10
Dexclorfeniramina 2 mg comprimido	9,94
Albendazol 400 mg comprimido	8,89
Fenitoína 100 mg comprimido	7,94
Bamifilina comprimido	7,86
Levodopa + Benserazida comprimido	7,55
Insulina Humana Regular 10 ml	7,02
Seringa Descartável 5 ml	6,96
Fenobarbital comprimido	6,8

Almotolia 250 ml	6,72
Nitrofurantoína 100 mg comprimido	6,3
Agulha 25x0,7 cm	6
Dipirona Gotas 10 ml	5,59
Cloridrato de Bupropiona 150 mg comprimido	5,42
Gabapentina	5,4
Sinvastatina 20 mg comprimido	4,96
Seringa Descartável 10 ml	4,92
Sulfato Ferroso comprimido	4,76
Hidralazina	4,56
Ácido Fólico 5 mg comprimido	4,35
AAS 100 mg comprimido	4,23
Diclofenaco Potássico 50 mg comprimido	4,2
Clisterol 12 % 500 ml	3,43
Oxibutinina	2,64
Fenofibrato	2,57
Captopril 25 mg comprimido	2,16
Cloridrato de Amitriptilina 25 mg comprimido	2,02
Lactobacilus	1,77
Gaze Estéril 7,5x7,5 cm	1,1
Nifedipino Retard 20 mg comprimido	1,08
Sulfato Ferroso comprimido	1,02
Hidroclorotiazida 25 mg comprimido	0,75
SEM GLOSA	0
Total Geral	453.897,1

ANEXO A – Termo de Compromisso com a Instituição



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

TERMO DE COMPROMISSO COM A INSTITUIÇÃO

Eu, Adam Carlos Cruz da Silva, portador (a) do RG nº 159.118 RJ, vinculado (a) a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO assumo o compromisso com a instituição Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes (Departamento de Auditoria Controle e Avaliação), a realizar a pesquisa sob o título de: **“AS GLOSAS NO SERVIÇO DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR: erros e custos”**. A citação do nome da instituição está vinculada a esta autorização que poderá nela consentir ou não a menção do nome do mesmo.

O presente estudo representará uma contribuição para a produção de conhecimento.

Ressalto ainda que a pesquisa estará dentro dos preceitos do Código de Ética, sujeita à aprovação anterior do Comitê de Ética e pesquisa da Instituição de Ensino em atendimento a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2016.

Pesquisador (a)

ANEXO B – Pedido de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
PEDIDO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO

Eu, **Adam Carlos Cruz da Silva**, pesquisador(a) responsável pela pesquisa intitulada **“AS GLOSAS NO SERVIÇO DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR: erros e custos”**, declaro que conheço e cumprirei as normas vigentes expressas na **Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012** do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e em suas complementares.

Solicito a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pelo fato de, realizar minha pesquisa através de análise de contas médicas do serviço de Internação Domiciliar, apresentadas como faturas como parte dos serviços prestados.

Assumo mediante este Termo, o compromisso de, ao utilizar dados e/ou informações coletadas no(s) prontuários do(s) **participantes** (s) da pesquisa, assegurar a confidencialidade e a privacidade dos mesmos.

Em 23 de setembro de 2016.



Adam Carlos Cruz da Silva

ANEXO C – Termo de Anuência

TERMO DE ANUÊNCIA

O Senhor Secretário Municipal de Saúde do Município de Campos dos Goytacazes está de acordo com a execução do projeto **AS GLOSAS NO SERVIÇO DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR: erros e custos**, coordenado pelo pesquisador **Adam Carlos Cruz da Silva**, do **Curso de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Strictu Sensu**, da **Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro** e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta Instituição durante a sua realização. Esta instituição se compromete a assegurar a segurança e bem-estar dos participantes em atendimento a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2016



Geraldo Augusto Pinto Venâncio
Secretário Municipal de saúde
Matrícula: 36048

Geraldo Augusto Pinto Venâncio

Secretário Municipal de Saúde

Campos dos Goytacazes/RJ

ANEXO D – Ofício de autorização para a pesquisa

**CAMPOS**
MINHA CIDADE. MEU AMOR.ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPOS DOS GOYTACAZES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Campos dos Goytacazes, 23 de Setembro de 2016.

OF/SMS Nº: 897/2016

Para: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

*Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Mestrado- PPGENF**Assunto: Autorização para Pesquisa de Campo*

Ilmo. Sr.

Declaramos, para os devidos fins que o Aluno **Adam Carlos Cruz da Silva**, matrícula nº **16101P8M01** está autorizado a realizar estudo na linha de Pesquisa Institucional intitulada “**Análise econômica de tecnologias em enfermagem: dificuldades e oportunidades nas intervenções do cuidado**”, com o tema de pesquisa **AS GLOSAS NO SERVIÇO DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR: erros e custos** da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

Em anexo:

Ofício SMS nº 782/2016 (assinado pelo Secretário de Saúde);

Pedido de Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

Termo de Anuência (assinado pelo Secretário de Saúde)

Termo de Compromisso com a Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes (assinado pelo pesquisador).

Atenciosamente,


Geraldo Augusto Pinto Venâncio
Secretário Municipal de Saúde
Matrícula: 36048

Geraldo Augusto Pinto Venâncio

Secretário Municipal de Saúde

Campos dos Goytacazes/RJ

Rua Voluntários da Pátria, 875 – Centro – CEP 2830-000

Campos dos Goytacazes/RJ

Telefone: (22) 27261350/ (22)27237596/ (22) 27261352

ANEXO E – Folha de rosto Plataforma Brasil

1. Projeto de Pesquisa: AS GLOSAS NO SERVIÇO DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR: erros e custos			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 0			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 2. Ciências Biológicas , Grande Área 4. Ciências da Saúde, Economia em Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: ADAM CARLOS CRUZ DA SILVA			
6. CPF: 077.301.407-13	7. Endereço (Rua, n.º): DOS BANDEIRANTES 7799 JACAREPAGUA 208 BLOCO 07 RIO DE JANEIRO RIO DE JANEIRO 22780085		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (21) 3489-8174	10. Outro Telefone:	11. Email: adamcarlos.cruz@ig.com.br
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>17</u> / <u>10</u> / <u>2016</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO		13. CNPJ: 34.023.077/0001-07	14. Unidade/Órgão:
15. Telefone: (21) 1542-7771	16. Outro Telefone:		
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>Adriana Lemos Pereira</u>		CPF: <u>005.505.657-50</u>	
Cargo/Função: <u>Coordenadora do Curso de Mestrado em Enfermagem do PPGENF</u>			
Data: <u>17</u> / <u>10</u> / <u>2016</u>		 Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			
Prof.ª Dra. Adriana Lemos Coordenadora do Curso de Mestrado em Enfermagem do PPGENF/UNIRIO Matrícula: 21427-1068616			

ANEXO F – Parecer consubstanciado do CEP

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: AS GLOSAS NO SERVIÇO DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR: erros e custos

Pesquisador: ADAM CARLOS CRUZ DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 62231416.3.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.949.693

Apresentação do Projeto:

O estudo tem como objetivo analisar as glosas e seus custos no Serviço de Internação Domiciliar (SID) no Município de Campos dos Goytacazes nos anos de 2015 e 2016. Justifica-se pelo tema glosa ser considerado um indicador de caráter econômico-financeiro e assistencial da internação domiciliar, visando sempre analisar o comportamento dos custos inerentes ao processo de tratamento de saúde no Município de Campos dos Goytacazes. Um estudo quantitativo, do tipo série de casos que se utilizou da avaliação econômica parcial para estudar as glosas e seus custos nas contas médicas do SID. A escolha da instituição ocorreu devido ao órgão demandar estudos sobre glosas e custos durante a prestação de serviços na internação domiciliar e o pesquisador fazer parte da Equipe de Auditores do Município, facilitando a coleta das informações. A amostra do estudo será composta pelos pacientes internados no SID de Campos dos Goytacazes durante a prestação do serviço de Janeiro a Dezembro do ano de 2015/2016. Serão analisadas as glosas nas contas médicas (fatura), os relatórios de glosas, o contrato entre o Município e a empresa prestadora de serviço e o sistema de informação sobre glosas correspondente ao serviço de internação domiciliar do município no respectivo período do estudo. Os dados serão coletados através de uma matriz de análise criada pelo pesquisador que se encontra em anexo, que teve como base o método capeante complexo das Operadoras de Saúde.

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 1.949.693

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar as glosas e seus custos no Serviço de Internação Domiciliar (SID) no Município de Campos dos Goytacazes nos anos de 2015 e 2016. Objetivos Secundários: 1- Identificar as glosas mais frequentes baseadas na Classificação Internacional das Doenças (CID) das internações de acordo com o nível da complexidade dos pacientes no SID. 2- Analisar o custo das glosas de acordo com o Código Internacional de Doenças;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: a possibilidade de não se manter o anonimato das contas médicas.

Benefícios: Melhor análise dos gastos e seus custos pelo ente no SID, adequando a realização de políticas de saúde com os resultados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante para a área de gestão hospitalar, bem como para as secretarias municipais de saúde em relação ao serviço de internação domiciliar (SID).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta autorização para a realização da pesquisa (secretário de saúde) Apresenta dispensa de TCLE Apresenta folha de rosto devidamente assinada Apresenta instrumento de coleta de dados Apresenta termo de compromisso com a instituição

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_810300.pdf	15/02/2017 16:47:16		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOMESTRADO.doc	15/02/2017 16:46:40	ADAM CARLOS CRUZ DA SILVA	Aceito

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 1.949.693

Folha de Rosto	documento.doc	08/11/2016 12:15:12	ADAM CARLOS CRUZ DA SILVA	Aceito
Outros	TERMOCOMPROMISSO.jpg	15/10/2016 15:38:56	ADAM CARLOS CRUZ DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.pdf	14/10/2016 14:53:59	ADAM CARLOS CRUZ DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensa.pdf	14/10/2016 13:49:10	ADAM CARLOS CRUZ DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	oficio.pdf	14/10/2016 13:48:02	ADAM CARLOS CRUZ DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 06 de Março de 2017

Assinado por:
Paulo Sergio Marcellini
(Coordenador)

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com