UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Isabela Gonçalves Barros de Andrade

A COBRANÇA DE AIH EM HOSPITAIS QUE INTEGRAM A REDE DE ATENDIMENTO SUS DO ESTADO DE MINAS GERAIS: Influência dos Procedimentos Especiais no Valor Médio Faturado

Belo Horizonte
2020

Isabela Gonçalves Barros de Andrade

A COBRANÇA DE AIH EM HOSPITAIS QUE INTEGRAM A REDE DE ATENDIMENTO SUS DO ESTADO DE MINAS GERAIS: influência dos procedimentos especiais no valor médio faturado

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Linha de pesquisa: Política, Planejamento e Avaliação em Saúde.

Orientadora: Profª. Dra. Márcia Mascarenhas Alemão

Coorientadora: Dra. Maria do Carmo

Belo Horizonte
2020

Andrade, Isabela Gonçalves Barros de.
A553c A cobrança de AIH em hospitais que integram a rede de atendimento SUS do estado de Minas Gerais: influência dos procedimentos especiais no Valor Médio Faturado [manuscrito] / Isabela Gonçalves Barros de Andrade. - - Belo Horizonte: 2020.
139.: il.
Orientador (a): Márcia Mascarenhas Alemão.
Coorientador (a): Maria do Carmo.
Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Crédito e cobrança de Pacientes. 2. Preços Hospitalares. 3. Hospitalização. 4. Consentimento Livre e Esclarecido. 5. Administração Hospitalar. 6. Saúde Pública. 7. Dissertação Acadêmica. I. Alemão, Márcia Mascarenhas. II. Carmo, Maria do. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: W 32

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos – CRB6-2697

UFMG UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - ESCOLA DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
Av. Prof. Alfredo Balena, 190, sala 122, 1º Andar – B. Santa Efigênia
CEP: 30130-100 - Belo Horizonte – Minas Gerais – Brasil
Telefone: 3409-9878 email: colposgss@enf.ufmg.br

ATA DE NÚMERO 28 (VINTE E OITO) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA ISABELA GONÇALVES BARROS DE ANDRADE PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

Aos 23 (vinte e três) dias do mês de abril de dois mil e vinte, às 10:00 horas, realizou-se por videoconferência, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "A COBRANÇA DE AIH EM HOSPITAIS QUE INTEGRAM A REDE DE ATENDIMENTO SUS DO ESTADO DE MINAS GERAIS: INFLUÊNCIA DOS PROCEDIMENTOS ESPECIAIS NO VALOR MÉDIO FATURADO", da aluna ***Isabela Gonçalves Barros de Andrade***, candidata ao título de "Mestre em Gestão de Serviços de Saúde", linha de pesquisa "Política, Planejamento e Avaliação em Saúde". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes doutores: Professora Márcia Mascarenhas Alemão, Maria do Carmo, Laura Monteiro de Castro Moreira e Fausto Pereira dos Santos, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a presidente, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, os membros da Comissão se reuniram sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

(X) APROVADO;
( ) APROVADO COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
( ) REPROVADO.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela orientadora. Nada mais havendo a tratar, eu, Davidson Luis Braga Lopes, Secretário do Colegiado de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 23 de abril de 2020.

Profª. Drª. Márcia Mascarenhas Alemão
Orientadora (UFMG)

Drª. Maria do Carmo
Coorientadora (SMSBH)

Drª. Laura Monteiro de Castro Moreira
Membro Titular (SSEMG)

Dr. Fausto Pereira dos Santos
Membro Titular (FIOCRUZ)

Davidson Luis Braga Lopes
Secretário do Colegiado de Pós-Graduação

Dedico esse trabalho à minha querida mãe, cujo empenho em me educar sempre veio em primeiro lugar. Com toda a sua simplicidade, sempre esteve pronta para torcer por mim e aplaudir cada uma das minhas conquistas. Tudo que sou hoje, devo a ela.

Ao meu marido, companheiro leal que, por meio da sua paciência e compreensão, me ajudou a seguir em frente e a me reerguer diante dos obstáculos da vida. Sem o seu incentivo e suas palavras de apoio, eu não teria conseguido. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por sua presença constante em minha caminhada, iluminando meus passos, dando-me saúde, força e persistência no alcance dos meus objetivos e por permitir o convívio com os meus familiares e amigos.

Agradeço à Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SESMG), pela rica experiência adquirida nas inúmeras visitas técnicas aos hospitais, reuniões colegiadas, conversas no gabinete, construções de pareceres, elaboração de políticas e convivência com gestores experientes, que compartilharam seus conhecimentos e buscaram meios para garantir a qualidade e o acesso aos serviços de saúde públicos.

Agradeço à Federação das Santas Casas de Misericórdias e Hospitais Filantrópicos e toda a equipe, por ter ampliado a minha visão sobre a gestão da saúde no SUS. Em especial, ao Adelziso, por ter sugerido este assunto para estudo.

Agradeço à Profª Drª Márcia Alemão, orientadora deste trabalho que, com sua sabedoria, firmeza e disponibilidade, me indicou os caminhos a serem seguidos. À Profª Drª Maria do Carmo, minha coorientadora, pelas valiosas e experientes contribuições e, acima de tudo, pela paciência e doçura em cobrar os compromissos que, muitas vezes, deixei de cumprir dentro do prazo.

Aos ilustres membros da minha banca examinadora, Dr. Fausto Pereira dos Santos e Dra. Laura Monteiro de Castro Moreira que, com muito zelo e atenção, leram minha pesquisa, colocaram suas sugestões e contribuíram ricamente para o refinamento do estudo.

À Universidade Federal de Minas Gerais, seu corpo docente, direção e administração, pela oportunidade de realizar o curso tão almejado por mim.

Aos professores do Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde da UFMG que, com tanta sabedoria, procuraram transmitir todo o conhecimento por eles trilhados no longo de suas vidas.

Ao Davidson, por sempre me alertar dos prazos e da necessidade de preenchimento de documentos administrativos e, por sempre me receber na secretaria com um sorriso no rosto e a disposto a ouvir os meus desabafos.

Aos colegas da 1º Turma do Mestrado Profissional em Gestão dos Serviços de Saúde da UFMG, da qual eu tenho orgulho em fazer parte, por compartilharem seus conhecimentos, experiências, momentos de risadas e de desespero.

Aos meus pais, Ana Délia e Romeu, que sempre me incentivaram a ler, a estudar e a buscar minha indepedência e, para isso, ofereceram todas as oportunidades que eles não tiveram.

Por fim, a todos os amigos e familiares que contribuíram para a concretização deste trabalho, estimulando-me intelectual e emocionalmente.

“É junto dos bão
que a gente fica
mió”
Guimarães Rosa

RESUMO

ANDRADE, Isabela Gonçalves Barros de. **A cobrança de AIH em hospitais que integram a rede de atendimento SUS do estado de Minas Gerais**: influência dos Procedimentos especiais no valor médio faturado**.** 2020**.** 139 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

Introdução: Uma das formas de remuneração das ações e serviços de saúde do SUS ocorre na forma de produção, com base na tabela unificada do SUS/SIGTAP. Independente dos custos reais incorridos com os pacientes, o valor repassado pelo SUS aos hospitais segue aqueles definidos na tabela única, por procedimento principal, acrescido dos procedimentos secundários, procedimentos especiais e, também, incrementos à tabela e incentivos financeiros, que são incluídos na Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Os procedimentos especiais, agregam valores ao procedimento principal e podem estar sendo subutilizados por motivos diversos. Portanto, o conhecimento amplo por parte do setor de faturamento, equipe médica, auditores e gestores hospitalares sobre o que são os procedimentos especiais e como podem ser faturados, pode contribuir não só para potencializar o faturamento da instituição, mas também para qualificar as informações para o correto registro dos procedimentos executados nos hospitais em estudo, possibilitando melhor atuação gerencial dos gestores hospitalares e disponibilizando ferramentas de gestão para as instituições. **Objetivo**: Identificar a influência dos procedimentos especiais no valor médio da AIH de hospitais selecionados e possíveis hipóteses para as diferenças identificadas, com vistas ao aprimoramento da função faturamento. **Metodologia**: Trata-se de um estudo transversal, que utiliza a conjugação de métodos quantitativos e qualitativos, realizado com registros de produção hospitalar ocorridos entre os meses de janeiro a dezembro de 2018, nos hospitais vinculados ao SUS da rede estadual de atenção hospitalar de Minas Gerais. O estudo utilizou a base de dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), cuja alimentação é feita pela AIH, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. **Descrição e análise de dados:** Os resultados apontaram que, se comparada à produção de AIH de diferentes instituições, é comum que existam AIH, para um mesmo procedimento principal, com diferentes valores médios sendo faturados. Este estudo permitiu alcançar o objetivo proposto de identificar a influência dos Procedimentos especiais no valor médio da AIH faturada nos hospitais avaliados, a partir da avaliação da constatação da diversidade de tipos e a quantidade de procedimentos faturados para um mesmo Procedimento principal. Observou-se que a internação destinada ao tratamento de determinado agravo em um hospital, pode apresentar em sua AIH diferentes tipos e quantidades de Procedimentos especiais agregados, quando comparado a outro hospital, mesmo que possuindo igual disponibilidade de recursos tecnológicos e o perfil de morbidade semelhante. A diferença do valor médio entre as AIH's faturadas para o mesmo Procedimento principal, pode ser atribuída aos diferentes tipos e quantidades de Procedimentos especiais agregados. **Considerações finais:** Conclui-se que a internação destinada ao tratamento de um determinado agravo em um hospital, pode apresentar, em sua AIH, diferentes tipos e quantidades de procedimentos especiais agregados, quando comparado a outro hospital, mesmo que ele possua igual disponibilidade de recursos tecnológicos e perfil de morbidade semelhante. As causas aventadas para esse achado podem ser atribuídas à hiperutilização de procedimentos especiais, falha no registro nos prontuários, fragilidade no setor de faturamento e no processo

de supervisão de AIH. Espera-se que as reflexões deste estudo possam contribuir para a implementação de melhores práticas gerenciais e assistenciais para cobrança de procedimentos SUS, para qualificação da assistência e para o planejamento de políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: Faturamento hospitalar. Procedimentos hospitalares. Autorização de Internação Hospitalar/AIH. Procedimentos Especiais AIH.

ABSTRACT

ANDRADE, Isabela Gonçalves Barros de. **Hospitalization charging authorization in hospitals that belong to the 'sus' network in Minas Gerais: influence of special procedures on average invoicing values**. 2020. 139 f. Dissertation (Professional Master in Health Services Management) - School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

Introduction: One of the remuneration forms for SUS health actions and services occurs in the form of production based on the SUS / SIGTAP unified table. Regardless of the actual costs incurred with patients, the amount passed on by SUS to hospitals follows values defined in the single table per main procedure, plus secondary procedures, special procedures and also increments to the table, which are included in the Hospitalization Authorization (AIH). Special procedures add value to the main procedure and may be underutilized for different reasons. Therefore, the broad knowledge on the part of the billing / medical accounts sector, medical staff, auditors and hospital managers about what special procedures are and how they can be billed can contribute, not only to boost the institution's billing, but also to enhance invoicing, as well as to qualify the information for the right recording of the procedures done in hospitals, which enables better managing performance and management tools for the institutions. **Objective**: To identify the influence of special procedures on the average AIH value of selected hospitals and possible hypotheses for the differences identified, with a view to improving the billing function. **Methodology**: This is a cross-sectional study that uses a blending of both quantitative and qualitative methods. It was conducted with records of hospital production that took place between the months of January 2018 to December 2018, in hospitals linked to the SUS of the state hospital care network of Minas Gerais. The study used the database of the Hospital Information System of the Unified Health System (SIH / SUS), which is fed by the Hospitalization Authorization (AIH), the National Register of Health Facilities and the Table Management System of Procedures, Medicines and OPM of SUS / SIGTAP. **Description and data analysis**: The results showed that if we compare the production of AIH from different institutions, it is common for AIH to exist with the same main procedures and different average values being billed. This study made possible to reach the proposed goal of identifying the influence of special procedures on the average AIH, due to the assessmento of the diversity of types and quantity of billed prodecures for the same main procedure. It was observed that the hospitalization for the treatment of a specific disease in a hospital may present in its AIH different types and quantities of special aggregated procedures, when compared to another hospital, even though it has equal availability of technological resources and a similar morbidity profile. The difference in the average AIH values billed for the same main procedure can be attributed to different types and quantities of special aggregated procedures **Final considerations**: It is concluded that the hospitalization destined to the treatment of a specific disease in a hospital may present, in its AIH, different types and quantities of special aggregated procedures, when compared to another hospital, even if it has the same availability of resources technological characteristics and a similar morbidity profile and this difference was attributed to the difference in the mean value. The causes suggested for this finding can be attributed by the overuse of special procedures, failure to record medical records, weakness in the billing sector and in the AIH supervision process. It is expected that this study reflections may contribute to the SUS procedures charging, the improvement of assistance and the planning of public health policies.

Keywords: Hospital billing. Hospital procedures. Hospitalization Authorization (AIH). Special AIH procedures.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Redes temáticas de atenção à saúde prioritárias do MS 31
Figura 2 - Exemplificação da Tela do SIGTAP para Procedimento
02.11.02.001-0 - Cateterismo cardíaco 44
Figura 3 - Laudo para solicitação de autorização de internação hospitalar 55
Figura 4 - Fluxo para emissão e faturamento de AIH 57
Figura 5 - Desenho esquemático do processo de seleção do elenco de procedimentos 68
Figura 6 - Desenho esquemático do processo de seleção do elenco de procedimentos 70
Figura 7 - Fluxo do levantamento do perfil dos procedimentos especiais 79
Figura 8 - Desenho esquemático do processo de seleção do elenco de procedimentos 79
Figura 9 - Desenho esquemático do processo de seleção do elenco de procedimentos. 85
Figura 10 - Desenho esquemático do processo de seleção do elenco de procedimentos 89

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Características das redes temáticas de atenção à saúde prioritárias do MS 32
Quadro 2 - Grupos e subgrupos 44
Quadro 3 - Habilitações do Ministério da Saúde que geram incremento à AIH 52
Quadro 4 - Principais incentivos e incrementos financeiros da atenção hospitalar..... 53
Quadro 5 - Perfil assistencial e densidade tecnológica dos hospitais estudados 71
Quadro 6 - Procedimentos especiais selecionados para análise 74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Teto financeiro consolidado do estado de Minas Gerai 46
Tabela 2 - Apresentação dos 30 procedimentos principais faturados mais recorrentes, valor médio da AIH, diferença entre o valor médio e o valor básico do SIGTAP, nos hospitais do estado de Minas Gerais - 2018..... 66
Tabela 3 - Critérios e codificação dos hospitais do estudo 71
Tabela 4 - Indicadores dos hospitais estudados 72
Tabela 5 - Valor médio de AIH do Procedimento principal Tratamento de outras doenças bacterianas, para os cinco hospitais estudados, no período de janeiro a dezembro de 2018 74
Tabela 6 - Valor médio de AIH do Procedimento principal Tratamento da síndrome coronariana aguda, para os cinco hospitais estudados, no período de janeiro a dezembro de 2018 75
Tabela 7 - Valor médio de AIH do Procedimento principal Tratamento de intercorrências oncológicas, para os cinco hospitais estudados, no período de janeiro a dezembro de 2018..... 75
Tabela 8 - Principais procedimentos especiais faturados para o procedimento principal: Tratamento de outras doenças bacterianas (0303010037) em Minas Gerais - 2018 80
Tabela 9 - Tabela comparativa entre número total de Procedimentos especiais compatíveis com o Procedimento principal “Tratamento de Outras Doenças Bacterianas” faturados em Minas Gerais e o número faturado para os Hospitais analisados 81
Tabela 10 - Número médio de Procedimento especial por AIH nos hospitais de Belo Horizonte e nos hospitais analisados para o Procedimento Principais Tratamento de outras doenças bacterianas 83
Tabela 11 - Valor médio de AIH faturado para o Procedimento principal Tratamento de síndrome coronariana aguda (0303060280) 86
Tabela 12 - Quantidade de possíveis Procedimentos especiais compatíveis com o Procedimento principal “Tratamento de síndrome coronariana aguda” e a quantidade de Procedimentos especiais faturados nos hospitais analisados 87

Tabela 13 - Média de Procedimento especial por AIH no município de Belo Horizonte e nos hospitais analisados 88
Tabela 14 - Valor médio de AIH faturado para o Procedimento principal Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico (0304100013) ... 90
Tabela 15 - Quantidade de possíveis Procedimentos especiais compatíveis com o procedimento especial "Tratamento de Intercorrências Oncológicas" e a quantidade de Procedimentos especiais faturados nos Hospitais analisados 91
Tabela 16 - Média de Procedimento especial por AIH no município de Belo Horizonte e nos hospitais analisados 92
Tabela 17 - Relação de hospitais que faturam os três Procedimentos principais Selecionados em Minas Gerais - 2018 110
Tabela 18 - Frequência de faturamento dos três procedimentos principais selecionados, por hospital em Minas Gerais 111
Tabela 19 - Procedimentos especiais faturados para o **Procedimento** principal: Tratamento de outras doenças bacterianas (0303010037) em Minas Gerais – 2018 118
Tabela 20 - Procedimentos especiais compatíveis com o Procedimento principal Tratamento de síndrome coronariana aguda em Minas Gerais – 2018 128
Tabela 21 - Procedimentos especiais compatíveis com o Procedimento principal Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico em Minas Gerais – 2018 133

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
APAC	Autorização de Procedimento de Alto Custo/Complexidade
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BH	Belo Horizonte
BPA	Boletim de Procedimento Ambulatorial
CAP	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CGBP	Casa de Gestante, Bebê e Puérpera
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPN	Centros de Parto Normal
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DRG	*Diagnosis Related Groups*
EC 95	Emenda Constitucional 95
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FIDEPS	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa em Saúde
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
GAR	Gestante de Alto Risco
GIH	Guia de Internação Hospitalar
HPP	Hospitais de Pequeno Porte
IAC	Incentivo de Adesão à Contratualização
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IGH	Incentivo à Qualificação da Gestão Hospitalar
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INTEGRASUS	Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde
IPCA	Índice de Preços ao Consumidor Amplo
LDO	... Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	... Lei Orçamentária Anual
LRPD	Laboratórios Regionais de Prótese Dentária
MAC	Média e Alta Complexidade
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OPM	Órtese, Prótese e Materiais Especiais
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PPI	Programação Pactuada Integrada
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RCL	Receita Corrente Líquida
RUE	Rede Urgência e Emergência
AS	Serviços ambulatoriais
SADT	Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia
SAMHPS	Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social
SAMU	Serviço Móvel de Atenção às Urgências
SE	Sala de Estabilização
SHI/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e
Órtese	Prótese e Materiais de Locomoção do SUS
PPA	Plano Plurianual
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SISMAC	Sistema de Controle do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SNCPCH	Sistema Nacional de Controle e Pagamentos de Contas Hospitalares
SP	Serviços profissionais
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde

TABNET	Tabulador para internet
TABWIN	Tabulador para dados do Windows
TC	Tomografia Computadorizada
TMP	Tempo Médio de Permanência
TOH	Taxa de Ocupação Hospitalar
UCO	Unidade Coronariana
UCINCO	Unidades de Cuidado Intermediário Convencional
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UA	Unidades de Acolhimento
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
US	Ultrassom
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 20
1.1 Objetivo geral 25
1.2 Objetivos específicos 25

2 REFERENCIAL TEÓRICO 26
2.1 Evolução da política pública de saúde brasileira 26
2.2 O financiamento do SUS 35
2.3 Modelos de remuneração da atenção hospitalar 38
2.4 Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS). 42
2.5 Principais políticas de incentivo e incremento financeiro à atenção hospitalar 44
2.5.1 Incentivos de orçamentação global 47
2.5.2 Emenda Parlamentar 48
2.5.3 Incentivos para qualificação de serviços ou leitos 49
2.6 O sistema de pagamento da produção de internações hospitalares 53
2.7 Fluxo de internação e faturamento hospitalar 56
2.8 O faturamento das AIH's e a supervisão hospitalar 58

3 METODOLOGIA DA PESQUISA 61
3.1 Tipo de pesquisa quanto à abordagem 61
3.2 Tipo de pesquisa quanto aos fins 62
3.3 Tipo de pesquisa quanto ao método e fonte de dados 62
3.4 Técnica de coleta e análise de dados 64
3.5 Sujeitos da pesquisa 64
3.5.1 Seleção dos procedimentos principais analisados 65
3.5.2 Seleção e caracterização dos hospitais analisados 69
3.5.3 Seleção dos procedimentos especiais estudados 73
3.6 Cálculo do valor médio 74
3.7 Definição do rol de procedimentos especiais possíveis de serem faturados Para cada Procedimento principal estudado 75
3.8 Cálculo da frequência da média de Procedimento especial por Procedimento Principal 76

3.9 Seleção do município para comparação das produções de AIH 76
3.10 Definição da média de procedimento especial por AIH em Belo Horizonte ... 77
3.11 Aspectos éticos da pesquisa 77

4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS 78
4.1 Descrição e análise dos dados por procedimento principal 78
4.1.1 Análise do procedimento principal: Tratamento de outras doenças bacterianas (0303010037) 79
4.1.1.1 Análise comparativa com os dados de produção dos hospitais de Belo Horizonte 82
4.1.2 Análise do procedimento principal: Tratamento de Síndrome coronariana aguda (0303060280) 84
4.1.2.1 Análise comparativa com os dados de produção de hospitais de Belo Horizonte 87
4.1.3 Análise do Procedimento principal: Tratamento de intercorrências clínicas De paciente oncológico (0304100013) 89
4.1.3.1 Análise comparativa com os dados de produção dos hospitais de Belo Horizonte 91
4.2 Análise geral dos resultados encontrados 93

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 97

REFERÊNCIAS 100

ANEXOS 110

1 INTRODUÇÃO

As discussões que envolvem os gastos em saúde têm sido objeto de preocupação em quase todos os países desenvolvidos e em desenvolvimento (BRASIL, 2018a). Segundo os dados do Tesouro Nacional, o gasto do Brasil em saúde pública em 2015, corresponde, aproximadamente, a 3,8% do Produto Interno Bruto (PIB), o que coloca o país no 64º lugar da distribuição mundial, considerando 183 países (BRASIL, 2013b).

O hospital é visto como uma instituição complexa, que requer alto investimento financeiro em função de sua densidade tecnológica, seu caráter multiprofissional e por ser responsável pelos atendimentos aos pacientes com doenças crônicas e agudas que exigem tratamento em regime de internação ou ambulatorial, cujas ações, além de promover a saúde e prevenir os agravos por meio do diagnostico, visa ofertar o seu tratamento e reabilitação (BRASIL, 2018a; GIOVANELLA et al., 2018). Em relação à atenção hospitalar, especificamente, constata-se que ela consome o maior volume de recursos, em consequência a complexidade dos serviços prestados e o uso de tecnologias de ponta3.

No Brasil, o financiamento tem sido apontado como um dos maiores desafios enfrentados para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a preocupação permanente de todos os envolvidos, sejam os gestores de saúde ou da população (BRASIL, 2011; BRASIL, 2018a). O grande desafio dos gestores está em como garantir o que foi preconizado na Constituição de Federal de 1988, ou seja, a universalidade e a integralidade da atenção e, de forma equânime, isto é, considerando a singularidade das necessidades de todos os brasileiros (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2018).

Destaca-se o considerável avanço do Brasil que, nos princípios constitucionais, se comprometeu a fortalecer o SUS como Sistemas Universal rumo à cidadania plena, em contraposição aos conceitos e práticas da cobertura universal, focada na fragmentação da atenção, segmentação e restrição da oferta. (GIOVANELLA et al., 2018). No longo dos 30 anos do SUS, ampliou-se a disponibilização de serviços que vão desde vacinas até tratamentos de alta complexidade, a assistência ambulatorial, a expansão da atenção primária à saúde por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE , 2018). Porém, no âmbito da atenção terciária, que envolve os serviços de maior complexidade e a assistência hospitalar, destaca-se o desafio de ser ainda superado em duas abordagens: no seu financiamento e na gestão dos recursos (LA FORGIA; COUTOLLENC, 2009).

Os valores repassados pelo SUS, por meio de financiamento do Governo Federal ao setor hospitalar, têm significativa importância para o setor saúde, por ser ele o principal comprador de serviços de saúde no País, afetando, decisivamente, a distribuição de serviços por organizações estatais e privadas (lucrativas ou filantrópicas) (RIBEIRO, 2009). Destaca-se que o volume de recursos gastos no SUS, R$ 132 bilhões do orçamento de 2019, em relação ao montante da assistência hospitalar e ambulatorial, aproximadamente RS$ 55 bilhões, representa quase a metade dos recursos da saúde, apontando os hospitais como o grande vilão nos gastos da saúde, evidenciando a importância do setor hospitalar dentro do contexto do SUS, (BRASIL, 2019).

No entanto, há setores que destacam a importância dada pela literatura aos hospitais no contexto do SUS, por serem o centro do setor saúde. La Forgia e Coutollenc (2009) consideram essas instituições como a engrenagem principal do setor, não apenas pelo volume de recursos consumidos, mas pela importância do atendimento prestado à população. A Portaria GM/MS n. 3.390, de 2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar, considera-os como pontos de atenção na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2013a). Ou seja, a densidade tecnológica e consumo de recursos não são definidores do hospital como centro do sistema de saúde. Coloca-os com relevância similar aos demais pontos de atenção o sistema de saúde em rede.

A Lei Orgânica da Saúde, de 1990, em seu artigo 16, prevê como competência da direção nacional do SUS, a cooperação técnica e financeira aos estados e municípios e ao Distrito Federal, para o aperfeiçoamento e execução das ações e serviços de saúde, mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato (BRASIL, 1990). A Lei prevê que a fixação dos critérios, valores e das formas de reajuste e de pagamento aos prestadores de serviços deve estar fundamentada em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados. Isto significa que, legalmente, a remuneração aos prestadores de serviços do SUS deve possibilitar manter equilíbrio econômico e financeiro da relação pactuada entre as partes.

De acordo com Araújo (2018), diversos fatores causam o cenário de ineficiência em que o setor de saúde brasileiro se encontra, entre eles, a corrupção, a má gestão, o mau uso e alocação dos recursos existentes. Porém, o autor alega que as principais fontes de ineficiência são resultado de problemas organizacionais, de como o sistema está estruturado e de como funciona. Estes necessitam de mudanças nas formas de gestão, financiamento e organização da atenção à saúde.

Segundo Crouhy, Galai e Mark, (2010 *apud* GONÇALVES; FERREIRA; ALEMÃO, 2014), a atenção hospitalar provida pelo SUS, vive uma crise crônica que se manifesta em três dimensões principais: o subfinanciamento; a baixa capacidade gerencial; e a ineficiência de escala. Merecem também destaque, os fatores que interferem na dinâmica organizacional de uma instituição de saúde que, para Silva et al. (2013), estão relacionados ao envelhecimento populacional, ao perfil epidemiológico, ao aumento das doenças crônico-degenerativas, ao avanço da tecnologia no tratamento e diagnóstico de doenças, à inflação no setor de prestação de serviços de saúde e na compra de insumos e equipamentos.

Assim, é importante que as organizações hospitalares qualifiquem a sua gestão por meio da estruturação e organização de seus processos de trabalho, de modo a evitar o desequilíbrio financeiro. É necessário que os hospitais se adequem diante das atuais perspectivas e da necessidade de sustentabilidade financeira, uma vez que o modelo de financiamento exige resposta suficiente, no sentido de garantir a viabilidade econômica destas instituições. No entanto, análises fragmentadas sobre a eficiência do setor hospitalar, como o confronto entre a visão da falta de eficiência/gestão *versus* subfinanciamento da atenção hospitalar, limitam a busca de soluções estruturantes que reconheçam os dois lados do problema (LA FORGIA; COUTOLLENC, 2009).

Para que a assistência à saúde aconteça, o hospital deve se organizar para manter em funcionamento todas as estruturas, incluindo hotelaria, corpo clínico, copa, lavanderia e faturamento, entre outros (OLIVEIRA, 2019). Ressalta-se uma série de processos relacionados à assistência no momento da permanência do paciente na instituição. Os processos relacionados à assistência correspondem aos serviços prestados ao paciente, que devem estar registrados no Prontuário do Paciente[1]. Esses registros devem ser bem documentados e justificados, pois desencadearão o processo de cobrança para o ressarcimento dos serviços prestados, comumente denominados de faturamento hospitalar (MAURIZ et al., 2011; DORNELLES, 2013). É importante que todos os procedimentos realizados no longo da internação do paciente sejam devidamente registrados no prontuário e, posteriormente, codificados para o faturamento (BRASIL, 2011).

Cabe aos profissionais que executam o cuidado, como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, auxiliares e técnicos de

[1] Prontuário médico: documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (Resolução CFM n. 1638/2002. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm).

enfermagem, o papel de registrar todos os procedimentos e ações em saúde no prontuário, para que, no momento da análise, toda assistência prestada possa ser efetivamente faturada.

A prestação de serviços ao SUS, exceto para os serviços de urgência, deve ser previamente autorizada, pois, sem a qual, o hospital não pode efetuar o seu faturamento. Para cada paciente é solicitado o laudo médico para emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), instrumento de solicitação de internação no âmbito do SUS. Nele deve conter os dados do paciente e o código de procedimento, de acordo com a Tabela do SUS, definido como procedimento principal.

A AIH é a base da cobrança ou faturamento do prestador pelo serviço prestado ao SUS. Tendo como base o prontuário do paciente e todo o serviço a ele prestado, a AIH contém o procedimento já informado no laudo médico. Ela representa o procedimento principal e pode ser acrescido os procedimentos secundários e especiais. Os procedimentos secundários correspondem aos serviços prestados que devem ser informados, mas, que não representam acréscimos no valor de faturamento e, os procedimentos especiais, são os serviços que podem ser realizados e que agregam valor à AIH.

Fernando et al. (2009) citam em seu estudo que, entre as principais atribuições do setor de faturamento de um hospital está a busca de dados dos prontuários dos pacientes que permitem o faturamento hospitalar por meio de identificação dos procedimentos codificados no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese, Prótese e Materiais do SUS (SIGTAP), simplificadamente chamada de Tabela SIGTAP ou Tabela Única do SUS, com o máximo de aproveitamento.

A Tabela SUS define os valores do pagamento mínimo pelo serviço prestado, conforme descrito no Manual de Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2003a). Ao valor mínimo, podem ser acrescidos valores de incrementos a percentuais definidos em função das características dos prestadores de serviços (hospitais cadastrados como alta complexidade, hospitais de ensino ou hospitais de urgência e emergência).

O objetivo do faturamento hospitalar é processar as informações dos procedimentos realizados na instituição para cobrança, tanto em caráter ambulatorial como hospitalar, dentro dos prazos pré-estabelecidos e dos parâmetros legais vigentes (MELO, 2016).

Este setor assume um papel fundamental, pois, quando bem coordenado, consegue avaliar o prontuário do paciente e identificar possíveis perdas provenientes de um subfaturamento ou ao não faturamento de determinados procedimentos (SILVA, et al., 2013), sendo fundamental na estruturação das organizações hospitalares e na manutenção do seu equilíbrio financeiro.

Assim, as informações relativas a internações e aos diagnósticos devem ser registradas corretamente e guardarem correlação entre si, devendo os registros serem lançados corretamente na AIH, com o objetivo de fornecer informações, não só para o setor de faturamento, mas, também, para o planejamento das ações em saúde dentro da instituição. É importante que todos os procedimentos realizados no longo da internação do paciente sejam devidamente registrados no prontuário e, posteriormente, codificados para faturamento (BRASIL, 2011).

Independente dos custos reais incorridos com os pacientes, o valor repassado pelo SUS aos hospitais são incluídos na AIH, seguindo valores definidos na Tabela Única por procedimento principal, acrescido dos procedimentos secundários, procedimentos especiais e demais incrementos e incentivos financeiros.

Assim, considera-se que os procedimentos especiais agregam valores ao procedimento principal e podem estar sendo subutilizados por motivos diversos (KOS et al., 2015). Diante do exposto, surgiu a seguinte pergunta: Qual a influência dos procedimentos especiais na diferença do valor médio da AIH faturada em hospitais que integram a rede de atendimento SUS do estado de Minas Gerais?

A escolha deste estudo tem relação direta com a trajetória desta pesquisadora no âmbito da saúde pública, uma vez que a motivação para este estudo surgiu da necessidade de gerenciar os procedimentos especiais para cada procedimento gerador de AIH, tendo em vista a possibilidade de otimização de receita e/ou de registro de produção hospitalar.

A opção pela escolha do tema justifica-se por dois fatores: pela atuação desta pesquisadora na equipe de assessoria técnica em uma entidade representativa de todas as Santas Casas e hospitais filantrópicos do estado de Minas Gerais. Como assessora identificou ser necessário realizar um estudo comparativo entre o valor médio da AIH para um mesmo tipo de procedimento entre os hospitais que ofertam atendimento ao SUS; e a necessidade de conhecer quais são os procedimentos especiais passíveis de serem faturados na AIH e que podem agregar valor. Por intermédio dessa análise será possível subsidiar os gestores das instituições filantrópicas hospitalares com informações referentes ao processo de faturamento de AIH no âmbito do SUS.

Diante deste contexto, a relevância deste estudo fundamenta-se na importância de conhecer os diversos procedimentos especiais que, apesar de não gerarem AIH, agregam valores ao procedimento principal e podem estar sendo subutilizados por falta de conhecimento por parte do setor de faturamento/contas médicas, equipe médica, auditores e

gestores hospitalares. Considera-se que o conhecimento amplo dos procedimentos especiais pode contribuir para potencializar o faturamento da instituição.

Tratando-se de otimização de receitas e possibilidade de incremento financeiro, é importante que se conheça a composição da AIH, identificando o procedimento principal, bem como os procedimentos especiais capazes de agregar valor.

1.1 Objetivo geral

Identificar a influência dos procedimentos especiais no valor médio da AIH faturada em hospitais que integram a rede de atendimento SUS do estado de Minas Gerais, a partir dos dados coletados no período de janeiro a dezembro de 2018.

1.2 Objetivos específicos

1. Identificar os principais procedimentos mais produzidos no SUS, no contexto do faturamento hospitalar em Minas Gerais;
2. Identificar os hospitais com faturamento representativo dos procedimentos principais do estudo, no contexto do faturamento hospitalar em Minas Gerais;
3. Comparar o valor médio da AIH faturada entre os hospitais estudados e os hospitais sediados em BH, considerando os mesmos procedimentos principais eleitos; e
4. Identificar e analisar o perfil de ocorrência de procedimentos especiais e sua influência no valor de AIH dos hospitais eleitos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo apresenta uma revisão dos principais conceitos e teorias utilizados para sustentação teórica do estudo e que fundamentaram a análise e discussão dos resultados.

Foram utilizados referenciais teóricos e empíricos sobre a temática do faturamento hospitalar, faturamento de AIH e modelos de remuneração da atenção hospitalar. O levantamento bibliográfico foi realizado por meio das bases Spell, Scielo, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), além de portarias, manuais e resoluções específicas. Foram utilizadas como palavras-chaves: Faturamento hospitalar; Procedimentos hospitalares; Autorização de Internação Hospitalar/AIH; e Procedimentos especiais AIH.

2.1 Evolução da política pública de saúde brasileira

Anterior à consolidação do SUS, a assistência à saúde no Brasil era de responsabilidade da previdência social, cujo financiamento era compartilhado entre o empregador, o governo e o empregado (BRASIL, 2003b). A Lei Eloy Chaves, publicada em 24 de janeiro de 1923, consolidou a base do sistema previdenciário brasileiro com a criação da Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAP) para os empregados das empresas ferroviárias. Em um cenário de processo crescente de industrialização e movimento acelerado de urbanização, a medida buscava garantir pensão em caso de algum acidente ou afastamento do trabalho por doença e uma futura aposentadoria. Com as CAP, custeadas pelo empregador, surgem as primeiras discussões sobre a necessidade de se atender à demanda dos trabalhadores (REIS; ARAUJO; CECÍLIO,2011)

Em meio ao processo de industrialização e urbanização da sociedade brasileira, surgiram inúmeras lutas e reivindicações dos trabalhadores que ansiavam por assistência médica, culminando com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) no período do governo de Getúlio Vargas, em 1932 (REIS; ARAUJO; CECÍLIO, 2011). Os IAP’s, diferentemente das antigas CAP’s, foram organizados por categorias profissionais, não mais por empresas. O fundo dos IAP’s era formado por recurso arrecadado por meio do desconto compulsório de salário do empregado que, após investido, rendia um montante de recurso necessário para pagar as aposentadorias e pensões, sendo administrado por representantes dos trabalhadores (COHN; ELIAS, 1996).

Em 1966, o governo unificou todos os IAP's em um Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e concentrou em um único fundo todas as contribuições previdenciárias dos trabalhadores do comércio, da indústria e dos serviços (COHN; ELIAS, 1996). O INPS é marcado pela compra de serviços assistenciais do setor privado, constituído por um modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista e médico centrado, tendo forte presença no futuro SUS (REIS; ARAUJO, CECÍLIO, 2011).

Em 1974, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), por meio do desmembramento do INPS – que, atualmente, é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) -, que visava garantir atendimento médico aos cidadãos com carteira assinada que contribuíam com a previdência social. A maior parte do atendimento em saúde financiada pelo INAMPS era ofertada pela iniciativa privada, embora o Instituto possuísse alguns estabelecimentos próprios de saúde (REIS; ARAUJO; CECÍLIO, 2011).

A atuação do poder público ocorria por meio do INAMPS, cujos recursos para a assistência à saúde eram utilizados proporcionalmente ao volume de beneficiários existente e, a assistência prestada, se dava por meio de serviços próprios e uma vasta rede de serviços, ambulatoriais e hospitalares, contratados para a prestação de serviços (BRASIL, 2003b). As diretrizes que regulavam o funcionamento da previdência pública, nessa época, dividiam a população em contribuintes que possuiam acesso aos serviços de saúde hospitalares e ambulatoriais e, os não contribuintes, que tinham o acesso limitado e dependiam da assistência à saúde provenientes de hospitais públicos e filantrópicos (BRASIL, 2003b).

Visando qualificar a oferta da assistência prestada e de modificar o modelo privatizante de compra de serviços médicos, em 1981, surgiu o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), conhecido também como Ações Integradas de Saúde (AIS), cujo objetivo principal era a utilização dos serviços públicos de saúde ofertados pelo governo federal, estadual e municipal por meio de programas custeados com recurso público (ACURCIO; SANTOS; FERREIRA, 1998).

O modelo de financiamento das atividades de atenção e assistência à saúde desenhado gerou, além das evidentes discriminações, uma lógica de divisão de papéis e competências dos diversos órgãos públicos envolvidos com a questão de saúde, em que os governos federal, estadual e municipal desenvolviam ações de promoção da saúde e prevenção de doenças para os cidadãos que contribuíam e, as instituições filantrópicas, ofertavam assistência aos usuários que não contribuíam (BRASIL, 2003b).

Desta forma, tínhamos um sistema de saúde que não garantia acesso universal aos serviços de saúde e, diante dos evidentes prejuízos à saúde da população, deu-se início a um

movimento de reforma sanitária, fomentado por profissionais da saúde, sanitaristas e cidadãos. Esses movimentos levaram à realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, com intensa participação social, consagrando, assim, o direito universal à saúde e a unificação/descentralização para os estados e municípios da responsabilidade pela gestão dos serviços de saúde (ACURCIO; SANTOS; FERREIRA, 1998).

As propostas da Conferência foram contempladas tanto no texto da Constituição Federal/1988 como nas leis orgânicas da saúde (REIS; ARAUJO; CECÍLIO, 2011). A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 e a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, regulamentaram o SUS, especificando as atribuições e a forma de organização do sistema. Posteriormente, foram estabelecidas legislações complementares definindo as atribuições de cada um dos três níveis de governo e os mecanismos de repasse financeiro (PAIM, et. al., 2011).

A Constituição Federal de 1988 estabelece em seu art. 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Estabelece, ainda, que o SUS será financiado com recursos governamentais da União, estados e municípios provenientes da seguridade social (BRASIL, 1988). A criação do SUS se deu por intermédio da Lei 8080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, que é constituído por um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicos federais, estaduais e municipais e, complementarmente, por iniciativa privada que se vincule ao Sistema (BRASIL, 1990).

Esta Lei prevê que a fixação dos critérios, valores e das formas de reajuste e de pagamento aos prestadores de serviços deve estar fundamentada em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados. Isto significa que, legalmente, a remuneração aos prestadores de serviços do SUS deve possibilitar manter equilíbrio econômico e financeiro da relação pactuada entre as partes.

Em 1990, as Normas Operacionais Básicas (NOB), do Ministério da Saúde, passam a representar instrumentos fundamentais para a concretização da diretriz de descentralização, estabelecidas na Constituição Federal e na legislação do SUS (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). As NOB’s são instrumentos de regulação do processo de descentralização das ações e serviços de saúde, que visavam dividir as responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Foram publicadas as NOB-1991, NOB-1993 e NOB-1996, que definiam que a organização dos serviços de saúde deveria seguir as diretrizes de municipalização, regionalização e hierarquização da assistência. Dentre os objetivos das NOB's estavam a descentralização do sistema por intermédio dos estados e municípios, bem como a operacionalização da participação dos municípios na gestão dos serviços de saúde (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). Em 2001 foi publicada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS), cujo objetivo era fortalecer a ideia de regionalização do SUS e promover maior eqüidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos nos níveis de atenção (BRASIL, 2001).

Considerando a necessidade do aprimoramento do processo de pactuação intergestores objetivando a qualificação, o aperfeiçoamento e a definição das responsabilidades sanitárias e de gestão entre os entes federados no âmbito do SUS, foram aprovadas em 2006 as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde (Pacto pela vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão). No Pacto pela Vida, são firmados compromissos em torno de prioridades que resultassem em melhorias da situação de saúde: Saúde do Idoso; Controle do câncer do colo do útero e da mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias; Promoção da Saúde; e Fortalecimento da Atenção Básica (REIS, ARAUJO; CECÍLIO, 2011).

Posteriormente, surgiram as discussões em torno da regionalização da saúde, caracterizada como um processo de delimitação de um território para desenvolvimento de intervenções políticas, sociais e econômicas que visam a qualificação das condições de vida e de trabalho da população de referência a partir da identificação das necessidades e demandas existentes. No caso da saúde, apesar da municipalização ter criado condições favoráveis para a ampliação do acesso, inovação na gestão e aumento da participação da população, houve poucos avanços no processo de implantação das redes regionalizadas de saúde.

Mendes (2010) ressalta a importância das Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde, conceituando-as como estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde, institucionalizadas pela política pública em determinado espaço regional a partir do trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos.

Vale destacar que a organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde propicia a integralidade no sentido vertical por buscarem atender as necessidades dos usuários em diversos pontos de atenção no sistema e no sentido horizontal e por promoverem o acompanhamento longitudinal e o processo de interação entre políticas públicas por meio da

intersetorialidade. Dessa forma, tais redes oferecem condições estruturalmente mais adequadas para efetivação do cuidado integral e podem promover uma redução dos custos por desenvolverem maior racionalização na utilização sistêmica dos recursos (MENDES, 2010).

Coerente com as diretrizes das políticas de saúde vigentes, os estados e municípios devem assumir um papel de protagonista para consolidar o processo de regionalização, buscando assegurar, no nível regional, um sistema universal, equânime e integral de maneira a atender as necessidades e demandas da população de referência. Para isso, fez-se necessário consolidar modelagens que articulassem e integrassem os diversos pontos de atenção à saúde a partir das linhas guias de cuidado ou protocolos assistenciais, organizadas sob a forma de redes de atenção à saúde. Sua composição busca romper com a lógica dos sistemas hierarquizados no formato piramidal, apresentando como alternativa uma estrutura de rede mais horizontalizada, em que, cada serviço de saúde possui papel bem definido e específico, dotado da equipe e dos recursos tecnológicos compatíveis com sua responsabilidade e com a busca de maior efetividade e resolutividade (MENDES, 2010).

Na perspectiva desse modelo, a Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se na principal estratégia de organização e gestão da assistência da população de referência da base territorial, atuando como coordenadora do cuidado e ordenadora do acesso dos usuários aos diversos pontos de atenção da rede, conforme as particularidades das demandas populacionais. Os demais serviços que compõem as redes regionalizadas e integradas de saúde devem desenvolver ações capazes de favorecer a integralidade do cuidado. Sua distribuição nas redes regionalizadas deve respeitar os critérios de acessibilidade, o escopo e a economia de escala (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, para que pontos de atenção de determinada região se configurem como Redes de Atenção à Saúde (RAS) é importante que funcionem de forma articulada, independentemente de seu nível de complexidade e/ou densidade tecnológica e ofertem serviços em número suficiente para garantir não só a cobertura a determinada população, mas, também a resolutividade e a qualidade da assistência (MENDES, 2010).

O Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelecendo as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de proporcionar ao usuário o acesso, de forma efetiva, eficiente, integral e sistêmica, ao conjunto de ações e serviços disponíveis em todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2010).

Segundo Mendes (2010, p. 2300), as Redes de Atenção à Saúde são definidas como:

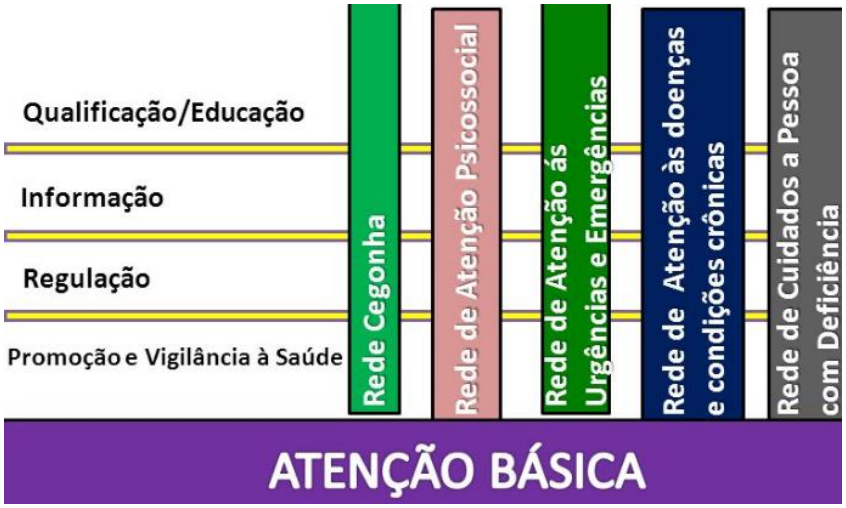
> Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitárias e econômicas e gerando valor para a população.

Assim, as RAS, entendidas como arranjos organizativos de ações e serviços, apresentam-se como estratégia para superar a lógica fragmentada da assistência e gestão da saúde, com capacidade de aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS. Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção (espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde) tendo a Atenção Primária à Saúde como eixo estruturante de toda Rede (BRASIL, 2010).

Experiências de organização dos serviços e dos recursos dentro de uma lógica de Rede evidenciam melhorias nos resultados em saúde entre eles: a redução no número de internações hospitalares, melhoria na satisfação dos usuários, otimização no uso dos recursos e outros que resultam em serviços mais custo-efetivos e de melhor qualidade (MENDES, 2010).

Tendo em vista a necessidade de organizar a oferta de serviços em consideração aos princípios da economia de escala e de escopo, foram pactuadas, após a publicação da Portaria nº 4.279/2010, cinco Redes temáticas prioritárias na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a serem implantadas de 2011 a 2013 (BRASIL, 2015; PEITER et al, 2019), como ilustra a Figura 1.

Figura 1 - Redes temáticas de atenção à saúde prioritárias do MS



Fonte: Brasil, 2014

O Quadro 1, apresenta as cinco redes temáticas instituídas pelo Ministério da Saúde, suas principais legislações, características, bem como os componentes de cada uma delas.

Quadro 1 – Características das redes temáticas de atenção à saúde prioritárias do MS

Rede temática e legislação de referência*	Caracterização da rede temática	Componentes
Rede Cegonha Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011	Consiste em uma rede de cuidados que visa garantir à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério. Além disso, visa assegurar à criança o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis. Objetiva reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal, além de fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança. Deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança, a partir das diretrizes estabelecidas.	• Pré-Natal; • Parto e nascimento; • Puerpério e atenção integral à saúde da criança; e • Sistema logístico.
Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) Portaria GM/MS n. 1.600 de 7 de julho de 2011	Consiste em ampliar o acesso e o acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e a intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos, com garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes). Tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, qualificando o acesso de forma humanizada e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. As prioridades dessa rede temática são as: • Linha de cuidado cardiovascular: Atenção ao infarto agudo de miocárdio (Portaria GM/MS n. 2.994, de 23 de dezembro de 2011); • Linha de cuidado cerebrovascular: Atenção ao acidente vascular cerebral (Portaria GM/MS n. 665 de 12 de abril de 2012); e • Linha de cuidado ao trauma (Portaria GM/MS n. 1.365 de 8 de julho de 2013) .	• Promoção, prevenção e vigilância à saúde; • Atenção Primária à Saúde; • Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas centrais de regulação médica das urgências e emergências; • Sala de estabilização; • Força Nacional de Saúde do SUS; • Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; • Hospitalar; e • Atenção domiciliar.

(Continua...)

Fonte: Adaptado de Brasil (2015)

Quadro 1 – Características das redes temáticas de atenção à saúde prioritárias do MS

Rede temática e legislação de referência*	Caracterização da rede temática	Componentes
Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) Portaria GM/MS n. 3.088 de 23 de dezembro de 2011	Consiste na criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas (e seus familiares) com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Busca garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.	• APS (Unidades Básicas de Saúde – UBS e Equipes de Consultório na Rua); • Atenção Psicossocial Especializada (Centros de Atenção Psicossocial – CAPS I, II, III, AD e CAPSi); • Atenção a Urgência e Emergência; • Atenção Residencial de Caráter Transitório; • Atenção Hospitalar (leitos especializados); • Estratégias de Desinstitucionalização; e • Reabilitação Psicossocial (iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais)
Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência Portaria GM/MS n. 793 de 24 de abril de 2012	Consiste na ampliação do acesso e qualificação do atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável, intermitente ou contínua, no âmbito do SUS. Tem como uma das diretrizes gerais o respeito aos direitos humanos, com garantia de autonomia, independência e de liberdade às pessoas com deficiência para fazerem as próprias escolhas.	• Serviços de Reabilitação em deficiência auditiva, física, intelectual, visual, ostomia ou múltiplas deficiências; • Centros Especializados em Reabilitação (CER II, III e IV); e • Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Esses pontos de atenção poderão contar com serviço de Oficina Ortopédica, fixo ou itinerante.

(Continua...)

Fonte: Adaptado de Brasil (2015)

Quadro 1 – Características das redes temáticas de atenção à saúde prioritárias do MS

Rede temática e legislação de referência*	Caracterização da rede temática	Componentes
Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas Portaria GM/MS n. 483 de 1º de abril de 2014	Consiste na oferta de atenção integral à saúde das pessoas com doenças/condições crônicas, por meio da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Deve garantir a organização e operacionalização de linhas de cuidado específicas, considerando os agravos de maior magnitude, sendo elas: • Organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade (Portaria GM/MS n. 424, de 19 de março de 2013); • Linha de cuidado da pessoa com Doença renal Crônica (DRC) (Portaria GM/MS n. 389 de 13 de março de 2014); • Linha de cuidado, prevenção e controle do câncer (Portaria GM/MS n. 874 de 16 de maio de 2013). •	• APS; • Atenção Especializada; • Sistemas de Apoio; • Sistemas Logísticos; • Sistemas de Regulação; e • Governança.

(Conclusão)

Fonte: Adaptado de Brasil (2015)

2.2 O financiamento do SUS

A gestão financeira do SUS carrega uma série de diretrizes que devem ser seguidas pelos entes governamentais. Dentre os princípios mais importantes, destacam-se a importância de se conhecer os fluxos estabelecidos para repasse e utilização dos recursos financeiros. Para tanto, compreender os principais mecanismos de transferências dos incentivos e a legislação que rege o processo de financiamento do SUS é essencial para o gestor hospitalar que tem o objetivo de manter seu equilíbrio financeiro e atender às necessidades de atenção hospitalar (BRASIL, 2018a).

O financiamento da saúde tem se tornado um motivo permanente de preocupação dos gestores, uma vez que, garantir a universalidade e integralidade diante de um cenário de restrições financeiras é um grande desafio. Quando se considera aspectos de equidade, esse desafio, em um país como o Brasil que apresenta tantas desigualdades sociais e regionais, se torna ainda mais acentuado (BRASIL, 2011).

Os modelos de financiamento do sistema de saúde e os formatos de remuneração dos seus prestadores tem conceitos e lógicas distintos. O financiamento se refere às fontes de recursos, por meio das quais se dá o gasto em saúde de uma dada sociedade (PIOLA, 2013).

A Constituição Federal de 1988 cita em seu Art. 94, que a saúde integra a seguridade social, juntamente com a previdência e assistência social. Será organizada pelo poder público, observada a diversidade da base de financiamento (BRASIL, 1988). O Sistema Único de Saúde será financiado com recursos do orçamento da seguridade social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. É de responsabilidade das três esferas de governo, e cada uma deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo de saúde (BRASIL, 2018a).

Entretanto, somente em 2000 foi promulgada a Emenda Constitucional 29 que, além de ratificar a vinculação dos recursos financeiros da seguridade social, definiu os percentuais mínimos da receita liquida para investimento em saúde de cada um dos entes federados, sendo 12% para o estado e 15% para o município. Para a união, não foi estabelecido um mínimo percentual de investimentos, situação que, no longo dos anos, levou ao aumento dos percentuais investidos pelos estados e municípios e à sanção da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

Em 2015, com a aprovação da Emenda Constitucional 86 (BRASIL, 2015), as esperanças de um financiamento mais adequado para o SUS foram perdidas. Apesar de definir

o percentual mínimo de investimento em saúde para a União de 15% da receita corrente líquida (RCL), tal emenda estabeleceu uma regra transitória de escalonamento (de 13,2% a 15%) no longo de cinco anos. Além disso, inseriu os valores apurados dos *royalties* do petróleo como uma das fontes para o cumprimento do mínimo constitucional a ser aplicado em saúde, fazendo com que uma receita que deveria ser considerada adicional se tornasse parte do mínimo (BRASIL, 2018b)

Em 2016, a saúde pública no Brasil passou por um momento de mudanças importantes que iriam impactar de forma significativa no financiamento do SUS e, consequentemente, na saúde da população. Foi apresentada ao Senado Federal a Proposta de Emenda à Constituição de número 241 que, em 15 de dezembro de 2016, se tornou a Emenda Constitucional 95–EC 95. Essa mudança constitucional instituiu um novo regime fiscal no Brasil, em que passou a prevalecer, inicialmente, por 20 anos, portanto, até 2036, o congelamento das despesas primárias, limitando as possibilidades da implementação de novas políticas públicas que tivessem a finalidade de diminuir a enorme desigualdade brasileira (AMARAL, 2016).

Vieira e Benevides (2016) ressaltam que a EC/95 define um teto para as despesas de cada ente governamental. Isso, com a sua base fixada no valor das despesas pagas na competência de 2016, sendo que, em cada exercício seguinte, este teto será corrigido pela inflação, ou seja, pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do respectivo ano anterior, no longo de 20 anos.

Rossi e Dweck (2016) são categóricos em seu estudo ao afirmarem que o congelamento das despesas será um entrave ao crescimento econômico ao institucionalizar e automatizar um ajuste fiscal permanente. Esta lógica prevê um crescimento zero do gasto público federal e, em contrapartida, vivencia-se um crescimento da população usuária, consequentemente, os gastos com a saúde pública, o que implica na redução do gasto público per capita. Esta medida torna impossível qualquer melhora na saúde no Brasil, uma vez que se aumenta a possibilidade de sucateamento da saúde e, até a eliminação de seu caráter universal.

Amaral (2016) acrescenta que este contexto de redução de recursos públicos exige que as instituições hospitalares adotem estratégias para garantir a sustentabilidade financeira por meio da ampliação do número de atendimentos e redução dos custos, entre outras medidas.

O principal componente do financiamento da assistência ambulatorial e hospitalar no SUS é estabelecido por meio de programação dos recursos do bloco de Média e Alta Complexidade (MAC), cujo limite financeiro, geralmente tem sido definido com base na série histórica da produção. A programação dos recursos do MAC se dá por intermédio da

Programação Pactuada Integrada (PPI), que se configura em um instrumento de pactuação intergestores em que são definidas e quantificadas as ações e serviços de saúde em cada território (MATHIAS, 2016; BRASIL, 2006).

Em Minas Gerais optou-se por manter sua programação com base na PPI. Trata-se de instrumento gerencial que traduz, dentre outras, as responsabilidades dos municípios com a garantia de acesso dos cidadãos à assistência ambulatorial e hospitalar, tendo como objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos assistenciais estabelecidos. Por meio da PPI, os municípios com menor capacidade instalada se referenciam para serem atendidos naqueles com maior capacidade de oferta e/ou complexidade de serviços. Isso, resulta na transferência da programação dos recursos MAC de um município para o outro. Dessa forma, define o teto financeiro de cada município de atendimento para garantia do acesso da população própria e referenciada às ações e serviços de saúde (MINAS; MADUREIRA; GONÇALVES, 2014; CARVALHO, 2017).

As pactuações de média e alta complexidade são estabelecidas entre os municípios ou entre região de origem e municípios, a depender da complexidade e das especificidades do serviço. De forma geral, os serviços de média complexidade são programados por municípios e, os de alta complexidade, por regiões de saúde. As ações e serviços de saúde a serem pactuados são parametrizados com base em estudos que, usualmente, levam em consideração as séries históricas de produção e critérios técnicos, tendo como delimitador os recursos financeiros disponíveis. Os parâmetros encontrados para cada serviço de saúde a ser ofertado são multiplicados pela população do município, resultando na quantidade de serviço a ser programado para ele. No que concerne o atendimento hospitalar, na PPI/ MG, as internações são programadas a partir do custo médio de cada clínica, que leva em consideração a capacidade instalada dos municípios de atendimento (MINAS; MADUREIRA; GONÇALVES, 2014).

A partir deste entendimento, Minas, Madureira e Gonçalves (2014) usam a clínica obstétrica do município de Araxá como exemplo para demonstrar como identificar o custo médio de programação na PPI/MG: o valor programado para clínica obstétrica em Araxá é dividido pela quantidade de internação obstétricas programadas para este mesmo município (R$738.315,59/1437 = R$ 513,79). A partir deste cálculo, tem-se o valor médio programado para cada internação hospitalar em obstetrícia no município.

Por intermédio da PPI, a transferência fundo a fundo é realizada da União para os estados e municípios, para o custeio da assistência ambulatorial e hospitalar e é limitado a um valor financeiro máximo, conhecido como Teto Financeiro da Assistência. Dessa forma, a

cada município é atribuído um teto financeiro, ou seja, um valor máximo para custear a assistência hospitalar de média e alta complexidade, seja por meio do serviço próprio ou por contratação de serviços privados com ou sem fins lucrativos, dando preferência aos filantrópicos e sem fins lucrativos, conforme previsto na constituição.

A remuneração dos serviços executados é realizada pelo Estado, sobretudo quando os prestadores estão localizados em municípios que ainda não assumiram a gestão de seus prestadores de média e alta complexidade (municípios que estão na gestão estadual). Para os prestadores que estão localizados em municípios "plenos", a responsabilidade de contratação e pagamento aos prestadores é do município, uma vez que os recursos da PPI são transferidos do Fundo Nacional para o seu Fundo Municipal (AMORIM, 2007).

Como principal mudança, a nova normativa estabeleceu que, a partir de 2018, o repasse dos recursos financeiros federais destinados ao financiamento das ações e dos serviços de saúde, transferidos aos demais entes federados, na modalidade fundo a fundo, passam a ser organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento: Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde; e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde (BRASIL, 2018b).

Com a nova metodologia de disponibilização de recursos, que passou a ser em dois blocos distintos, muitos gestores estão com dificuldades em identificar a maneira correta da utilização dos recursos e, diante desse cenário, a maior preocupação é manter o comprometimento da prestação dos serviços de saúde. No entanto, a unificação dos blocos trazida pela Portaria 3.992/2017, ainda não alterou a metodologia da PPI do estado de Minas Gerais. Além da remuneração por produção, há incentivos diversos que são repassados aos hospitais de fontes federal, estadual e municipal, cujo detalhamento é feito no tópico seguinte (BRASIL, 2017a).

2.3 Modelos de remuneração da atenção hospitalar

O modelo de remuneração da atenção hospitalar consiste no procedimento adotado pela fonte pagadora para remuneração dos serviços prestados pelos estabelecimentos prestadores de serviços ao SUS. Estes modelos de pagamento podem influenciar o comportamento das instituições hospitalares, uma vez que impactam o volume da produção e a qualidade dos atendimentos realizados, além de interferir diretamente nos custos dos sistemas de saúde. Os autores reforçam que não há um modelo ideal quando se trata da

remuneração de serviços de saúde, cada modelo tem seus pontos positivos e pontos negativos (ANDREAZZI, 2003; UGÁ, 2012).

Os modelos de remuneração podem ser caracterizados pelo momento em que o pagamento é realizado ao prestador (antes ou depois da prestação de serviços) e, também, quanto à metodologia de alocação de recursos. Ou seja, a definição do valor pode estar relacionada à produção realizada, à estimativa de gastos, ao número de indivíduos a ser atendido, entre outros (ANDREAZZI, 2003; UGÁ, 2012; SANTOS; SERVO, 2016).

A adoção de um modelo de remuneração mais adequado e que propicie uma assistência qualificada para os pacientes em relação aos recursos utilizados é de suma importância. Conhecer as vantagens e desvantagens de cada um dos modelos de remuneração pode aumentar a eficiência do gasto em saúde. Existem diversas modalidades de remuneração, assim como suas especificidades e, por este motivo, tornam-se complexos o controle da execução e monitoramento da prestação de serviços de saúde, bem como os efeitos assistenciais obtidos (ANDREAZZI, 2003; UGÁ, 2012; SANTOS; SERVO,2016).

Na década de 1980, os hospitais privados contratados pelo SUS eram pagos pelo custo dos serviços faturados, isto é, o INAMPS assumia o risco pelas despesas realizadas na prestação de assistência médica. Quando os hospitais eram pagos pelo custo ou fatura, como nessa época, havia uma tendência de aumento tanto no número de admissões hospitalares como na média de permanência dos pacientes internados. Nesse diapasão, o pagamento baseado no custo tornava o ambiente propício para o desperdício, pois, neste caso, é garantido o pagamento ao hospital, mesmo que este produza o tratamento errado, utilizando os recursos de maneira desenfreada (RODRIGUES FILHO, 1990).

Por influência do crescimento acelerado das internações hospitalares e, consequentemente, dos custos hospitalares e, com o intuito de sanear possíveis caminhos por onde passaram e prosperaram enganos, distorções, inconveniências e até mesmo, fraudes. Além de estabelecer mecanismos de coparticipação do sistema de saúde e das instituições hospitalares na responsabilidade pelo dispêndio de recursos para a assistência hospitalar foi necessária a introdução de um novo método de financiamento (FONSECA, 1992)

Assim, houve uma mudança do método de pagamento. Deixando de ser pelo custo dos serviços faturados, passando a ser um método baseado na produção ou por procedimento, como ocorre atualmente. Este pagamento por procedimento possui características que o torna, ora indutor da melhoria da eficiência dos serviços, ora indutor da redução da qualidade dos serviços ofertados. Em outras palavras, a predeterminação do valor a ser pago por um procedimento pode afetar o comportamento dos hospitais de duas formas antagônicas. A

primeira, o método visam a eficiência, já que os hospitais assumiriam o risco por qualquer gasto acima do prefixado. A segunda, pode forçar "os hospitais a reduzir o volume de recursos utilizados na assistência, já que menos despesas se traduziriam também em maior lucratividade" (RODRIGUES FILHO, 1990, p. 80).

Dentro deste método de pagamento por procedimento, a alocação de recursos a prestadores de serviços médico-assistenciais, hospitalares e/ou ambulatoriais podem ser classificadas, conforme denominado pela FIOCRUZ (2013): como alocação *ex ante*, se ocorre antes da efetiva produção de serviços, também conhecido como pré-fixado ou prospectivo; e *ex post* ou pós fixado, quando ocorre depois e, em função do volume e tipo da produção apresentada por cada prestador, também conhecido como retrospectivo. Na alocação *ex ante*, encontram-se o orçamento global e a alocação de recursos por capitação (ou *per capita*), enquanto que no *ex post*, estão os sistemas que se constituem na remuneração por serviços previamente prestados, como é o caso do pagamento por ato médico, do pagamento por diária hospitalar e do pagamento prospectivo por procedimento.

O Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS explica que os valores pré-fixados são definidos a partir de uma série histórica de produção física e/ou financeira, definindo-se o valor a ser pago de forma parcial ou global (BRASIL, 2019a). No pós-fixado, a modalidade de remuneração é por procedimentos realizados, devendo, neste caso, haver valor predefinido. Gonçalves, Ferreira e Alemão (2014) acrescentam que existe a forma de alocação denominada de esquema misto, entendido como aquele que agrega o pagamento global e por produção, de forma complementar, ainda incipiente no Brasil.

No que tange à orçamentação global, trata-se de um modelo de alocação na qual a totalidade dos recursos financeiros é provisionada ao contratado, garantindo-lhe conhecimento antecipado do volume máximo previsto para desembolso no período do contrato (BRASIL, 2016).

No pagamento *per capita*, o repasse à unidade de saúde está vinculado a uma população adscrita. É possível implementá-lo por região geográfica ou por lista de pacientes. A remuneração é efetuada conforme o número de indivíduos, pelo qual a unidade está responsável e pode ser ajustada por risco, considerando variáveis como sexo ou idade. Esse modelo é utilizado há muitos anos para reembolso dos médicos generalistas do Reino Unido, que são as portas de entrada para o sistema de saúde britânico e que tem sido adotado em muitos países para remuneração de serviços da atenção primária (ANDREAZZI, 2003; UGÁ, 2012).

A modalidade de alocação de recursos está relacionada com o nível de atenção à saúde. Para a atenção primária, por exemplo, pode se dar com base na capitação, ajustada por risco, por desempenho ou por algum outro critério, enquanto que, para os hospitais, pode ocorrer por orçamento global ajustada por desempenho (qualitativo e quantitativo) ou por pagamento prospectivo por procedimento, dependendo do país de que se trate. Acrescenta-se que, para que a alocação de recursos ajustada por desempenho seja mais eficaz, é necessária a adoção de indicadores de desempenho que visem resultados e meçam tanto processos assistenciais como de gestão (FIOCRUZ, 2013).

A remuneração posterior à execução dos serviços é denominada retrospectiva. São classificados dessa forma os pagamentos por procedimento (*fee-for-service*), por diária e por grupo de diagnósticos (*Diagnosis Related Groups* [DRG]). O modelo *fee-for-service* requer a definição de uma tabela de valores para cada procedimento ou item utilizado e, o reembolso, é efetuado conforme quantitativo realizado. A remuneração mensal ao prestador consiste no somatório dos serviços prestados a cada paciente, multiplicado pelos seus respectivos valores (ANDREAZZI, 2003; UGÁ, 2012).

Takahashi (2011) e Ugá (2012) acrescentam que o modelo de repasse financeiro predominante no sistema privado de saúde brasileiro, no final dos anos de 1990, era constituído pelo pagamento itemizado (item a item), também conhecido como *fee-for-service.* Apesar de consagrado pelas fontes pagadoras como as seguradoras, as cooperativas e as administradoras de planos de saúde, o modelo de remuneração *fee-for-service* é bastante discutido, por estimular a sobreprestação de serviços, em especial os mais rentáveis, pois quanto maior a produção, maior o faturamento.

No sistema de pagamento por DRG, os serviços de saúde são remunerados por episódio de tratamento, cujo preço é estabelecido considerando grupos homogêneos de diagnósticos com padrão similar de consumo de recursos. Os custos dos pacientes são calculados com base em seu diagnóstico principal, doenças e complicações, idade e tipo de tratamento. Inicialmente, esse modelo de pagamento foi adotado nos Estados Unidos. Os bons resultados no controle de gastos levaram à sua adoção em outros países, em seu formato puro ou combinado com outros modelos de remuneração (UGÁ, 2012).

Diante o exposto, muito se discute sobre a adoção do pagamento retrospectivo de forma exclusiva, dado que essa lógica de remuneração tende a estimular a realização de atendimentos além do necessário, aumentando o custo do sistema e expondo pacientes a procedimentos, por vezes, desnecessários. O modelo de pagamento *fee-for-service* consiste

em uma das principais razões para o incremento das despesas em saúde sem equivalente acréscimo na qualidade dos atendimentos (TAKAHASHI, 2011).

Para os hospitais contratualizados com base nas portarias ministeriais, o modelo de remuneração é misto. A produção da alta complexidade é remunerada com valores definidos *ex post* – por produção. O valor da média complexidade e incentivos são definidos *ex ante*. Em Minas Gerais há um contingente de hospitais ainda contratados diretamente pela Secretaria de Estado da Saúde, cuja remuneração se dá totalmente por produção, se o hospital não estiver inserido em programas estaduais ou federais. Poucos são os hospitais cujo valor de remuneração é definido na integra, com base em suas despesas reais do período – orçamentação global (BRASIL, 2012; MINAS GERAIS, 2018).

2.4 Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS)

Até 2007, os procedimentos ambulatoriais e hospitalares ofertados pelo SUS estiveram dispostos em duas tabelas distintas. A duplicidade dessas tabelas para registro de um mesmo procedimento, que pode ser faturado na modalidade ambulatorial e hospitalar, com códigos e valores distintos para cada atendimento, inviabilizava a integração das bases de dados para análises e planejamento na gestão da saúde (ALEMÃO, 2012).

Iniciou-se então, um movimento para unificação da tabela e várias tentativas foram abortadas por motivos diversos. No entanto, a cada tentativa, foram alcançados novos estágios e o resultado constituiu arcabouço importante para a construção da Tabela Unificada (CARVALHO, 2002 *apud* ALEMÃO, 2012)

Considerando a necessidade de adequar a tabela de procedimentos para qualificar as informações e subsidiar as ações de planejamento, programação, regulação e avaliação em saúde, foi publicada a Portaria MS nº 321, de 8 de fevereiro de 2007, que instituiu

> a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde – SUS, e extinguiu, a partir da competência julho de 2007, as Tabelas de Procedimentos dos Sistemas de Informação Ambulatorial – SIA/SUS e do Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS. A Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS passa a ser utilizada por todos os sistemas de informação da atenção à saúde do SUS e estará disponível no site www.saude.gov.br/sas (BRASIL, 2007, p. 1).

A Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS é um detalhamento de todos os serviços ambulatoriais e hospitalares contratados de prestadores privados e filantrópicos com o seu respectivo valor de pagamento pela União.

Esta tabela, também conhecida como Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde, Tabela Unificada do SUS ou Tabela SIGTAP, visa, não só unificar todos os procedimentos ambulatoriais e hospitalares, mas, também, oferecer subsídio aos gestores com informações relacionadas ao valor de remuneração ao profissional médico, compatível com o procedimento, entre outros.

Dornelles (2013) explica que na implantação da nova estrutura de tabela do SUS, unificando procedimentos ambulatoriais e hospitalares, as instituições passaram a ter maior acesso e esclarecimento a respeito do conjunto de regras do SUS. Acrescenta que, por meio do gerenciamento desta tabela, foi possível organizar os processos, documentos e registros de internação, além de buscar o efetivo ressarcimento dos procedimentos e ações realizados na assistência.

O Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) é uma ferramenta *online*, também disponível para download em *desktop* para consulta de todos os procedimentos que podem ser realizados no âmbito ambulatorial e hospitalar e que compõem a Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde.

O SIGTAP é uma ferramenta de gestão que permite gerar relatórios e consulta de informações atualizadas, como: procedimento por grupo, subgrupo, forma de organização, código, nome, descrição, CID compatível, leito compatível, serviço/classificação, habilitação, incremento, modalidade de atendimento, complexidade do procedimento, tipo de financiamento, instrumento de registro, sexo compatível, média de permanência, quantidade máxima, idade permitida e atributos complementares. Além disso, é possível realizar o acompanhamento sistemático, inclusive, com série histórica das alterações realizadas a cada competência, detalhando os atributos de cada procedimento, compatibilidades e relacionamentos (BRASIL, 2016).

O procedimento a qual ela se refere é a ação (processo) executada pelo profissional de saúde.

Conforme descreve o Manual Técnico Operacional do SIGTAP (BRASIL, 2011) a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS está organizada em quatro níveis de agregação:

1. GRUPO: É o primeiro nível de agregação da tabela. Em cada grupo estão agregados os procedimentos com características gerais semelhantes ou de acordo com a finalidade do atendimento a ser prestado aos usuários na rede do SUS.
2. SUBGRUPO: É o segundo nível de agregação da tabela. Nos subgrupos estão agregados os procedimentos por tipo e/ou área de atuação.

3. FORMA DE ORGANIZAÇÃO: É o terceiro nível de agregação da tabela. Os procedimentos estão agregados por diferentes critérios: Região anatômica; Sistemas do corpo humano; Especialidades; Tipo de exame; Tipo de órtese e prótese; e Tipo de cirurgias, entre outros.

4 PROCEDIMENTO: É o maior nível de desagregação da tabela ou quarto nível. É o detalhamento do método, do processo, da intervenção ou do atendimento do usuário no ambiente e, ainda, no controle ou acompanhamento das ações complementares ou administrativas.

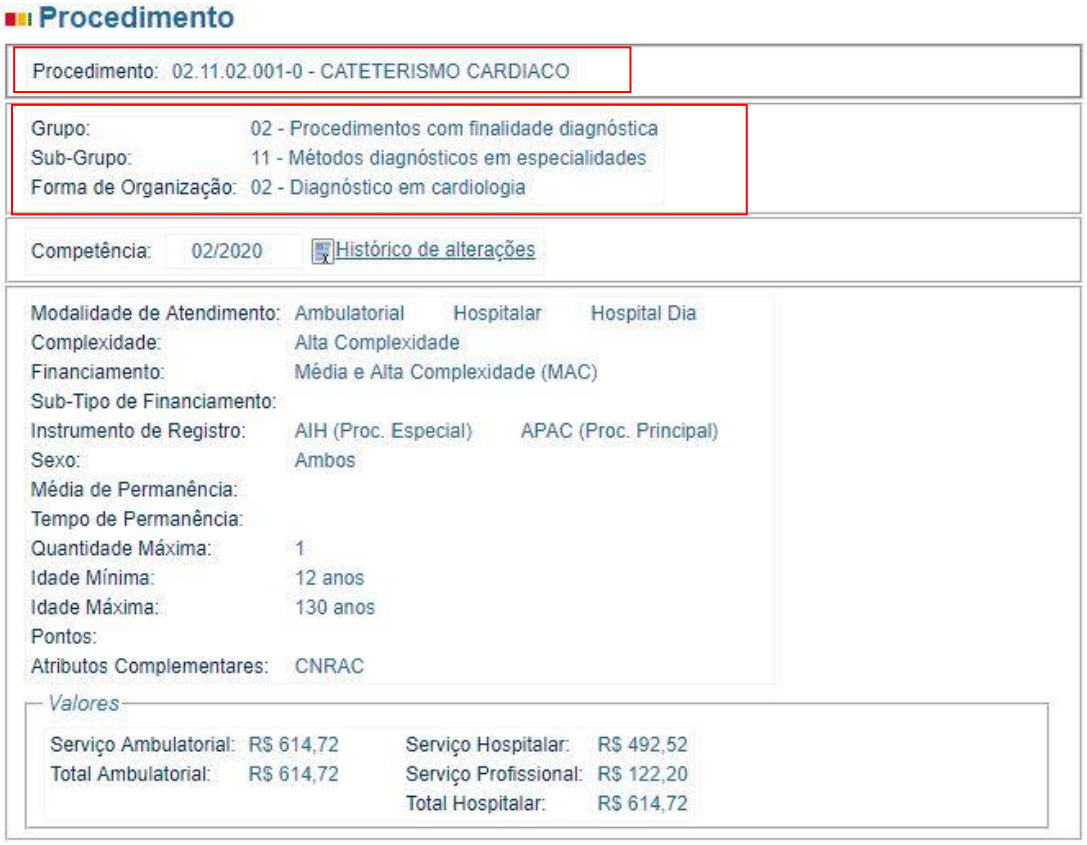
O Quadro 2 é composto de códigos, com 10 dígitos assim divididos:

Quadro 2 – Grupos e subgrupos

1º e 2º Dígitos	3º e 4º Dígitos	5º e 6º Dígitos	7º a 9º Dígitos	10º Digito
GR - Grupo	SG - Subgrupo	**FO** => indica a Forma de Organização	**PRO**=>indica Procedimento	**D** => digito verificador

A Figura 2 exemplifica a tela do SIGTAP com o código relacionado ao procedimento especial “Cateterismo Cardíaco” e seus respectivos dígitos

Figura 2 - Exemplificação da Tela do SIGTAP para Procedimento 02.11.02.001-0 - Cateterismo **c**ardíaco



Fonte: SIGTAP

Para cada procedimento da Tabela existem atributos definidos, os quais são necessários para operacionalizar o processamento dos sistemas de produção ambulatorial e hospitalar.

Os objetivos da Tabela Unificada do SUS são: priorizar a gestão da informação e não o pagamento; padronizar os atributos dos procedimentos; integrar o conhecimento relativo às tabelas do SIA e SIH; e padronizar conceitos e regras e integrar as bases do SIA e SIH (BRASIL, 2007).

A composição do valor dos procedimentos é constituída por dois componentes: Serviços Hospitalares (SH) incorporando os Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia (SADT); e Serviços profissionais (SP). O valor do procedimento ambulatorial tem um só componente, Serviços ambulatoriais (SA).

Conforme a Portaria 321/2007, o valor da internação hospitalar compreende:

> a) Serviços Hospitalares -SH -incluem diárias, taxas de salas, alimentação, higiene, pessoal de apoio ao paciente no leito, materiais, medicamentos e Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia – SADT (exceto medicamentos especiais e SADT especiais); e
> b) Serviços Profissionais - SP - Corresponde à fração dos atos profissionais (médicos, cirurgiões dentistas e enfermeiros obstetras) que atuaram na internação.
> -O valor ambulatorial (SA): compreende somente o componente SA, que inclui serviços profissionais, materiais, medicamentos, apoio, não está incluído medicamento de dispensação excepcional (BRASIL, 2007, p. 1).

No Brasil, o valor a ser repassado com base na produção hospitalar (SIH/SUS) e ambulatorial (SIA/SUS), tem como base o SIGTAP (BRASIL, 2011). De acordo com Gonçalves, Ferreira e Alemão (2014), o SIGTAP é uma ferramenta que contém todos os procedimentos que podem ser realizados no âmbito ambulatorial e hospitalar do SUS, bem como seus valores, critérios, entre outras informações.

Os autores são unânimes em dizer que é possível observar uma defasagem nessa tabela em relação aos custos reais de cada procedimento e internação, uma vez que a atualização ocorre com maior frequência para os procedimentos de maior complexidade ou para serviços com maior poder político de persuasão (VERAS; MARTINS, 1994; ANDRADE et al., 2018). De forma a complementar, os governos federais e estaduais têm incluído no seu modelo de financiamento políticas e programas de incentivos financeiros com o objetivo de compensar as distorções provocadas pelos valores dos procedimentos SUS (SANTOS; SERVO, 2016; ANDRADE et al., 2018). Tais iniciativas contribuíram para um novo perfil nas transferências realizadas pela União e estados e são abordadas no tópico seguinte.

2.5 Principais políticas de incentivo e incremento financeiro à atenção hospitalar

Tanto o Governo Federal, quanto o Estadual estabeleceram políticas de incentivo financeiro que pretendem complementar os valores pagos por procedimento, de acordo com a Tabela SUS. Os valores são repassados aos hospitais como forma de estímulo e apoio a programas e serviços específicos que as entidades oferecem, como é o caso do atendimento às gestantes de alto risco, manutenção de equipes de atendimento às urgências e manutenção de contratos formalizados (SANTOS; SERVO, 2016). Não foram citadas neste estudo as políticas de incentivo financeiro à atenção hospitalar proveniente dos municípios, tendo em vista que estas informações não estão centralizadas em um sistema de informação e podem ser diversas entre os municípios do estado. Também não foram detalhadas as fontes de recursos privados na atenção hospitalar, considerando que também não existe um banco de dados ou um sistema de informações que proporcionasse conhecer seu volume.

Uma parte considerável do teto financeiro do Estado é composta por incentivos. Em consulta ao Sistema de Controle do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (SISMAC), constatou-se que, aproximadamente, 36% do teto financeiro de recursos de Média e Alta Complexidade (MAC) são provenientes de incentivos que visam co-financiar as ações e serviços ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade, conforme apresentado na Tabela 1:

Tabela 1 - Teto financeiro consolidado do estado de Minas Gerais

Teto Financeiro MAC	**Gestão Estadual - Valores Anuais (R$)**	**Gestão Municipal - Valores Anuais (R$)**	**Total - Valores Anuais (R$)**	**% em relação ao Teto MAC**
Sem Incentivos	243.504.042,24	2.948.317.464,04	3.191.821.506,28	64,22%
Incentivos	418.468.301,92	1.360.191.846,91	1.778.660.148,83	35,78%
Teto MAC	661.972.344,16	4.308.509.310,95	4.970.481.655,11	100%

Fonte: SISMAC, 2020

O Sistema SISMAC foi criado pelo Ministério da Saúde para auxiliar o gestor do SUS a acompanhar a evolução dos recursos federais destinados ao co-financiamento de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares, executados no âmbito municipal, estadual e federal.

Os recursos registrados no SISMAC correspondem ao grupo de financiamento da atenção do MAC, que inclui também os incentivos permanentes de custeio, nos termos da Portaria GM/MS nº 204, de 2007, transcritos para a Portaria de Consolidação Normativa nº 6,

de 28 de setembro de 2017 e atualizados pela Portaria GM/MS nº 3.992 de 28 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017a).

Não são contemplados no SISMAC os recursos referentes ao Fundo de Ações Estratégicas (FAEC) cuja finalidade é financiar procedimentos e políticas consideradas estratégicas, bem como novos procedimentos incorporados à Tabela do SUS, os quais são transferidos aos fundos dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, mediante comprovação da execução de procedimentos selecionados.

Os incentivos e os incrementos são aqui apresentados, considerando os objetivos pretendidos na assistência. Destacam-se dois tipos de incentivos: incentivos de orçamentação global, para qualificação dos serviços ou leitos e os incrementos.

2.5.1 Incentivos de orçamentação global

O incentivo de orçamentação global é aquele repassado aos gestores de saúde para o co-financiamento de serviços ou tipos de estabelecimentos de saúde. A definição do valor a ser repassado é baseada em uma estimativa que visa uma maior aproximação aos custos de cada estabelecimento (BRASIL, 2017a), mas não estão relacionados diretamente à produção, correspondendo a um valor fixado para estimular a realização de uma ação ou serviço específico considerado relevante.

De acordo com a Portaria de Consolidação n. 6, de 28 de setembro de 2017, atualmente, estão vigentes os seguintes incentivos de orçamentação global que têm relação com a atenção hospitalar:

- Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP): é uma residência provisória de cuidado à gestação de alto risco para usuárias em situação de risco, identificado pela atenção básica ou especializado. Tem como objetivo apoiar o cuidado às gestantes, recém-nascidos e puérperas em situação de risco.
- Centros de Parto Normal (CPN): é a unidade de saúde destinada à assistência ao parto de baixo risco, pertencente a um estabelecimento hospitalar, localizada em suas dependências internas ou imediações.
- Sala de Estabilização (SE): local de assistência temporária e qualificada para estabilização de pacientes críticos/graves, para posterior encaminhamento a outros pontos da rede de atenção à saúde.
- Serviço Móvel de Atenção às Urgências (SAMU): tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, a sequelas ou, mesmo, à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada.

- Central de Regulação das Urgências: estrutura física, composta por profissionais (médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádio operadores), responsáveis por regular os chamados telefônicos e priorizar as necessidades de assistência em urgência.
- Unidades de Pronto Atendimento (UPA): são estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária, entre a atenção básica de saúde e a atenção hospitalar.
- Hospitais de Pequeno Porte (HPP): são hospitais vinculados à Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte.
- TelesSaúde Brasil Redes na Atenção Básica: tem como objetivo desenvolver ações de apoio à atenção à saúde e de educação permanente das equipes de atenção básica, por meio da oferta de teleconsultoria (BRASIL, 2017b).

2.5.2 Emenda Parlamentar

A Constituição Federal de 1988 instituiu mudanças expressivas no orçamento público com a criação de mecanismos que buscaram maior integração entre o planejamento e o orçamento público, como o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), com o objetivo de aprimorar a aplicação e a utilização dos recursos. Além disso, foram introduzidas novas formas de participação do Poder Legislativo no orçamento anual, como a possibilidade de apresentação de emendas ao orçamento anual estabelecido pelo poder Executivo com o propósito de remanejar ou incluir gastos, conforme projetos os apresentados (BRASIL, 1988; BAPTISTA, 2012).

As emendas parlamentares são recursos adicionais que, no âmbito da saúde, incrementam o valor do teto financeiro dos estados para o custeio atenção básica, atenção secundária e atenção hospitalar (AGUIAR, 2016).

No campo da atenção hospitalar, as emendas parlamentares cumprem um papel de complementação dos recursos financeiros destinados ao custeio das ações e serviços de saúde, aquisição ou manutenção de equipamentos e materiais permanentes, compra de materiais médicos hospitalares, incorporação de novas tecnologias, reformas e adequações para qualificar a estrutura física e para oferta de novos serviços ou expansão dos já existentes (LAMB, 2019). De acordo com as normas vigentes, os parlamentares podem destinar aos hospitais o valor anual de custeio de até 100% da produção do ano anterior. No entanto, são recursos que não se incorporam de forma definitiva nos orçamentos dos hospitais. Ou seja, são recursos pontuais, que ajudam, mas não permitem o planejamento de recebimento e execução de despesas por mais de um ano.

2.5.3 Incentivos para qualificação de serviços ou leitos

São recursos de valores pré-definidos de qualificação e que visam incentivar a produção ao viabilizar melhorias nas equipes, dos processos e das estruturas físicas das instituições.

São incentivos de fontes federal, estadual e municipal, estabelecidos por meio de políticas e programas como, por exemplo, Incentivo 100% SUS, Incentivos das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e Incentivo à Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH), entre outros (MINAS GERAIS, 2018).

No âmbito do Estado de Minas Gerais, também foram instituídas políticas e programas de incentivo à qualificação da assistência hospitalar.

O Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG Gestão Compartilhada (Pro-Hosp Gestão Compartilhada) beneficia hospitais regionais ou estratégicos, mediante cumprimento de critérios pré-estabelecidos em resolução, com recursos para ajuda no custeio, com contratualização de metas e indicadores) que recebem o benefício por intermédio de parcelas mensais (MINAS GERAIS, 2018).

O Pro-Hosp Incentivo beneficia hospitais de relevância micro e macrorregional, mediante o cumprimento de critérios pré-estabelecidos em resolução, com recursos para ajuda no custeio, com contratualização de metas e indicadores, que recebem o benefício por meio de três parcelas quadrimestrais (UGÁ, LIMA, 2013; MINAS GERAIS, 2018).

Existe também o Programa de Apoio e Fortalecimento à Rede de Urgência e Emergência, cujo objetivo é a manutenção dos componentes da RUE, a implantação e/ou manutenção dos serviços do SAMU, das portas de entrada hospitalar e unidades de pronto atendimento 24 horas e leitos de retaguarda, em funcionamento no estado. Além disso, o programa de expansão da Rede Cegonha, no âmbito do estado de Minas Gerais, incluindo os pontos de atenção referentes à saúde materno-infantil, conhecido como Componente Estadual da Rede Cegonha (MINAS GERAIS, 2018).

A política de incentivo do estado de Minas Gerais, prevê a divisão do recurso federal de Média e Alta Complexidade (MAC), por meio de uma estruturação de mecanismo de pactuação entre os gestores de todos os municípios para o atendimento das ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Por esse mecanismo, municípios com capacidade de oferta desses serviços, assumem o atendimento das metas quantitativas e financeiras, não só para seus munícipes, mas, também, para a população de outros municípios. Por meio dessas pactuações, são alocados recursos destinados à alta complexidade, como por exemplo,

para a cardiologia, com o objetivo de garantir a melhoria do acesso aos procedimentos cirúrgicos de alta complexidade, cateterismo, exames específicos e implante de marca-passo e cardiodesfibrilador implantável (MINAS GERAIS, 2018).

Esses serviços são custeados conforme as regras contratuais estabelecidas entre prestadores e gestores dos respectivos estabelecimentos de saúde, possuindo um incentivo adicional para seu custeio:

- 100% SUS: incentivo repassado para unidades hospitalares que se caracterizam como pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos e que destinam 100% de seus serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares, exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2017c).
- Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa em Saúde (FIDEPS): destina-se exclusivamente aos hospitais universitários e de ensino, para fomentar a formação de recursos humanos, visando a consolidação e aperfeiçoamento do SUS, além de incentivar o ensino e a pesquisa e incorporação de novas tecnologias na área da saúde (BRASIL, 2017a).
- Incentivo de Adesão à Contratualização/Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IAC/IGH): tem como objetivos, aprimorar a qualidade da atenção hospitalar, apoiar o fortalecimento da gestão dos hospitais, induzir a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde na atenção hospitalar e ampliar o financiamento da atenção hospitalar (BRASIL, 2014)
- Incentivo para a Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à População Indígena (IAE - PI): destinado aos estabelecimentos hospitalares que considerassem as especificidades da assistência à saúde das populações indígenas e que oferecessem atendimento às mesmas, em seu próprio território ou região de referência (BRASIL, 2017f)
- Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde (INTEGRASUS): é um incentivo pago pelo Ministério da Saúde, adicionalmente ao faturamento das entidades, destinando-se, exclusivamente, aos hospitais filantrópicos e aos sem fins lucrativos, com o objetivo estimular o desenvolvimento de suas atividades assistenciais. (BRASIL, 2017h).
- Portas de Entrada de Urgência da Rede de Atenção às Urgências: Serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de

demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas (BRASIL, 2017a).

Os incentivos para qualificação de leitos são os incentivos que visam a complementação do valor de diária de internação em leitos atrelado cumprimento de metas de qualidade e calculado a partir da produtividade esperada, alguns deles são descritos a seguir:

- Incentivos para qualificação de leitos na Rede Cegonha: incentivos destinados à complementação dos valores de diárias dos leitos de gestante de alto risco, leitos de cuidado intermediário neonatal e leito de terapia intensiva neonatal.
- Incentivos para qualificação de leitos na Rede de Atenção às Urgências: são incentivos destinados aos leitos de retaguarda clínica (são leitos de enfermaria de retaguarda às Portas de Entrada Hospitalares de Urgência), Leitos de Unidades de Terapia Intensiva (adulto ou infantil), Leitos de Terapia Intensiva Coronariana, leitos de cuidados ao acidente vascular cerebral (agudo e integral) e leitos de cuidados prolongados.

O incremento financeiro é incorporado à AIH e corresponde a um percentual de acréscimo ao valor do procedimento, vinculado diretamente a uma habilitação do estabelecimento. Estes valores são acrescidos ao valor definido na Tabela SIGTAP, em função das características dos prestadores de serviço, como por exemplo, os hospitais cadastrados como alta complexidade, hospitais de ensino e hospitais da rede de urgência e emergência.

No sistema SIGTAP, é possível acessar os procedimentos passíveis de incrementos e os percentuais que incidem sobre os respectivos valores de referência da Tabela SIGTAP. Para garantir o recebimento dos incrementos, é necessário ao prestador possuir as habilitações necessárias para garantir o seu recebimento, conforme relacionado no Quadro 3**.** Incremento financeiro é uma estratégia de qualificação e ampliação do acesso aos diversos serviços e é incorporado aos procedimentos.

Quadro 3 - Habilitações do Ministério da Saúde que geram incremento à AIH

Descrição
Assistência em Alta Complexidade ao indivíduo com Obesidade
Centro de tratamento da má formação labiopalatal
Projeto Olhar Brasil
Psiquiatria - Classe I a XIV
Psiquiatria Nível II, III e IV
Referência hospitalar em atendimento secundário e terciário à gestante de alto risco
Hospital Amigo da Criança
Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise Tipo I a IV com Hemodiálise e Diálise Peritoneal
Oncologia Cirúrgica Hospital Porte A e B
Serviço de Referência P/Diagnóstico e Trat. de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC)
Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama
Unidade de referência em assistência a queimados - média e alta complexidade
Centro de Reabilitação Auditiva na Média e Alta Complexidade
Transplantes - Estabelecimento de saúde de Nível A, B, C e D
Adesão a Estratégia de Aumento do Acesso aos Procedimentos
Unidade Terapia Intensiva Coronariana - UCO TIPO II e III
Hospital Tipo I, II e III em Urgência
Unidade de Mamografia Móvel
Centro de Trauma Tipo I, II e III

Fonte: (BRASIL, 2017c)

Todas as experiências brasileiras apresentadas de alocação de recursos com base no desempenho têm em comum a utilização de algum tipo de arranjo contratual, denominado de diferentes formas em cada uma delas. Contudo, em síntese, se expressa em um instrumento formal assinado entre duas partes, o contratante e o contratado, que, em negociação, estabelecem compromissos e responsabilidades em relação à prestação de serviços de saúde (ÚGA, LIMA, 2013).

O Quadro 4 apresenta as diversas possibilidades de fontes de receitas hospitalares:

Quadro 4 - Principais incentivos e incrementos financeiros da atenção hospitalar

Fonte da Receita		**Nome do incentivo/incremento**
Recursos federais	Incentivo de Orçamentação global	Casa de Gestante, Bebê e Puérpera
		Centros de Parto Normal
		Centros de Atenção Psicossocial
		Sala de Estabilização
		Hospital Universitário
	Incentivos para qualificação de serviços	100% SUS
		Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa em Saúde – FIDEPS
		Hospital de Ensino/ Incentivo de Adesão à Contratualização -IAC
		Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde (INTEGRASUS)
		Portas de Entrada de Urgência da Rede de Atenção às Urgências
		Cirurgias Eletivas
	Incentivo para qualificação de leitos	Incentivos para qualificação de leitos na Rede Cegonha - Leitos para gestante de alto risco - Leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal - Leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - Leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto
		Incentivos para qualificação de leitos na Rede de Atenção às Urgências; - Leito de retaguarda clínica - Leito de Unidade Terapia Intensiva (adulto ou pediátrico) - Leito de Terapia Intensiva Coronariana - Leito de Cuidado ao AVC - Leito de Cuidados Prolongados
		Incentivos para qualificação de leitos na Rede de Atenção Psicossocial: - Serviço de leito de saúde mental em Hospital Geral de Referência
	Pagamento por produção	- Produção de internação - Produção ambulatorial
	Incentivo custeio	- Emenda Parlamentar
Recursos estaduais	Incentivos para qualificação de serviços	Pro-Hosp; - Incentivo - Gestão Compartilhada
		PROURGE
		Rede Resposta
		Rede Cegonha
Recursos municipais	Custeio e qualificação	Contratos formalizados entre a instituição e o município
Recurso privado	Custeio	Saúde suplementar
		Atendimento particulares

Fonte: (BRASIL, 2017c; 2017d; 2017e)

2.6 O sistema de pagamento da produção de internações hospitalares

Na década de 1970, o modelo de pagamento das internações aos hospitais privados contratados era feito pelo Sistema Nacional de Controle e Pagamentos de Contas Hospitalares (SNCPCH) e usava como instrumento de entrada de dados a Guia de Internação Hospitalar

(GIH) (CARVALHO, 1997). Na GIH eram descritos os recursos utilizados durante a internação do paciente como diárias e taxas hospitalares, materiais e medicamentos, serviços diagnósticos e terapêuticos e serviços profissionais (SANTOS, 2009).

Santos (2009) discorre que o pagamento das despesas era feito comparando as informações apresentadas pelo hospital contratado, mediante a GIH e a Tabela de Honorários Médicos, que continha os valores que remunerava os profissionais expressos em Unidades de Serviços e estabelecia o limite máximo segundo o tipo de nosologia ou procedimento médico. Este sistema de pagamento incluía todos os custos incorridos em cada internação divididos em três categorias: Serviços hospitalares; Serviços profissionais e Serviços de diagnóstico e Terapia.

Segundo Levcovitz, Lima e Machado (2001), as principais distorções eram: pacientes inexistentes, falsificações de diagnósticos, excessiva cobrança de diárias, cobranças de serviços, tais como exames e medicamentos não realizados ou não aproveitados, reapresentação de uma mesma conta, internações e exames desnecessários, cobrança indevida de honorários médicos e cobrança irregular de taxas de utilização.

Em 1979, começou a ser desenvolvido, por uma comissão técnica, um novo sistema para o pagamento dos serviços prestados pelos hospitais chamado Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), cuja fonte de dados era o formulário de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) (SANTOS, 2009). Segundo Levcovitz, Lima e Machado (2001), os principais objetivos para formulação deste novo sistema foram: definir formas de participação da Previdência Social e dos prestadores de serviços na assistência médica hospitalar, substituir o pagamento por produção pelo sistema de pagamento fixo por procedimentos, definir mecanismos de reajustes de valores, desagregar da conta hospitalar os honorários médicos e de outros profissionais de saúde, facilitar os mecanismos de controle e lançamentos contábeis e possibilitar a previsão de gastos com assistência médico-hospitalar.

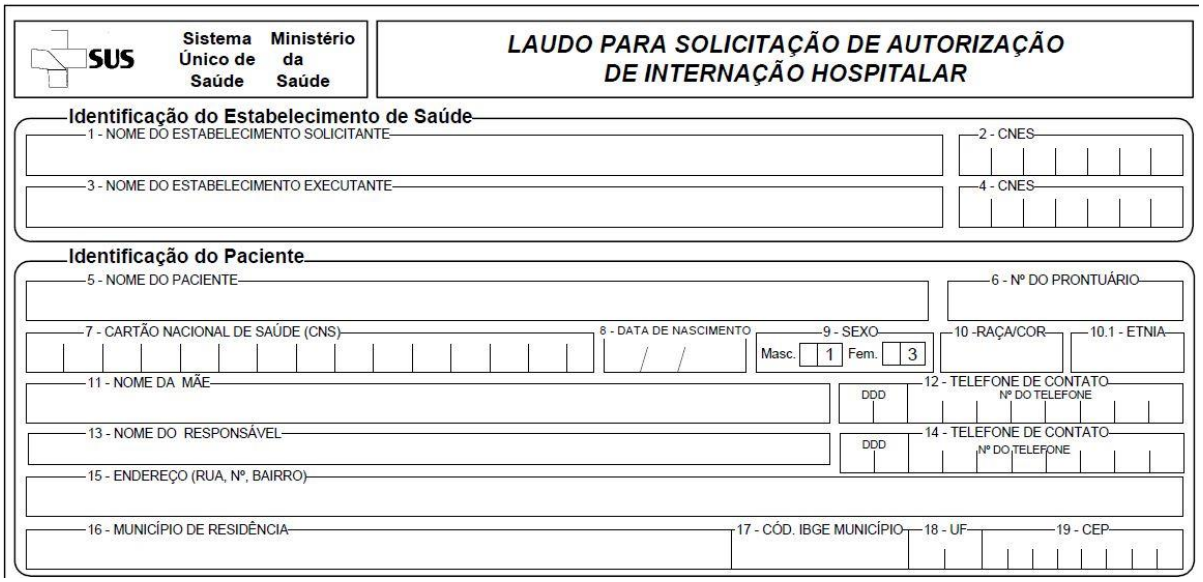
O laudo de Autorização de Internação Hospitalar é um registro administrativo que identifica o hospital, o paciente, os serviços executados durante a hospitalização e os profissionais envolvidos no cuidado, além de informar os valores pagos pela internação. A AIH é conhecida como registro administrativo, por ter sido criada com o objetivo de tornar viável a administração ou execução de programas de governo ou, ainda, fiscalizar e controlar o cumprimento das obrigações legais por parte de determinados segmentos da sociedade (SANTOS, 2009).

O processo de faturamento das AIH’s é realizado por meio de “conta fechada” ou “pacotes”, em que, alguns procedimentos e exames necessários já estão inclusos, não sendo

necessário o faturamento de item a item. Como exemplo, uma cirurgia de colecistectomia (a retirada da vesícula biliar), em que são agrupados a internação hospitalar, o pagamento dos honorários médicos, os equipamentos médicos envolvidos e exames básicos. Entretanto, há itens que são cobrados a parte do procedimento principal, como diárias em CTI, tomografia, alguns medicamentos e procedimentos (OLIVEIRA, 2019).

De forma resumida, o laudo para solicitação/autorização de internação hospitalar possui os seguintes campos a serem preenchidos: identificação do estabelecimento, identificação do paciente, justificativa para internação, procedimento solicitado e autorização (Figura 3).

Figura 3 - Laudo para solicitação de autorização de internação hospitalar


SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
4 - CNES

Identificação do Paciente
5 - NOME DO PACIENTE
6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO Masc. 1 Fem. 3
10 -RAÇA/COR
10.1 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE
12 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE
13 - NOME DO RESPONSÁVEL
14 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
18 - UF
19 - CEP

Fonte: (BRASIL, 2017g)

Desta forma, a AIH é um documento utilizado para identificar o paciente e os serviços prestados sob regime de internação hospitalar. Ela fornece informações para o gerenciamento do sistema de saúde e, por meio dela, os hospitais e profissionais podem receber pelos serviços prestados ao usuário (BRASIL, 2017g). Santos (2009) ressalta que a AIH não quantifica os pacientes internados, cujo pagamento foi efetuado pelo SIH-SUS. Destaca, ainda, que o número da AIH é único para cada paciente durante a mesma internação, não sendo reutilizado após a sua alta.

Para tanto, o preenchimento do prontuário do paciente requer conhecimentos específicos, inerentes a cada categoria profissional responsável pelo preenchimento, já que estes se constituem como a principal fonte de informações para o setor de faturamento. Para tanto, é importante que sejam evitadas abreviações, uso de termos não padronizados, jargões,

entre outras expressões que dificultam o processo de codificação do faturamento (SILVA et al., 2013).

Segundo Santos (2009), a AIH garante a gratuidade total da assistência prestada, sendo vedada a profissionais e/ou às unidades assistenciais públicas ou privadas, contratadas ou conveniadas, o registro ao paciente ou seus familiares, de complementaridade de valor, a qualquer título.

A AIH é constituída pelos seguintes componentes:

. Procedimento principal - refere-se ao motivo da internação, correspondendo aos procedimentos passiveis de gerara AIH;

. Procedimento especial - objeto deste estudo. São os procedimentos que não geram AIH e que agregam valores ao procedimento principal e, a critério do gestor, podem necessitar de autorização;

. Procedimento secundário - não exigem autorização, lançados apenas no campo "procedimentos realizados" para fins de registro de informação, uma vez que tem valor zerado na AIH (BRASIL, 2017g).

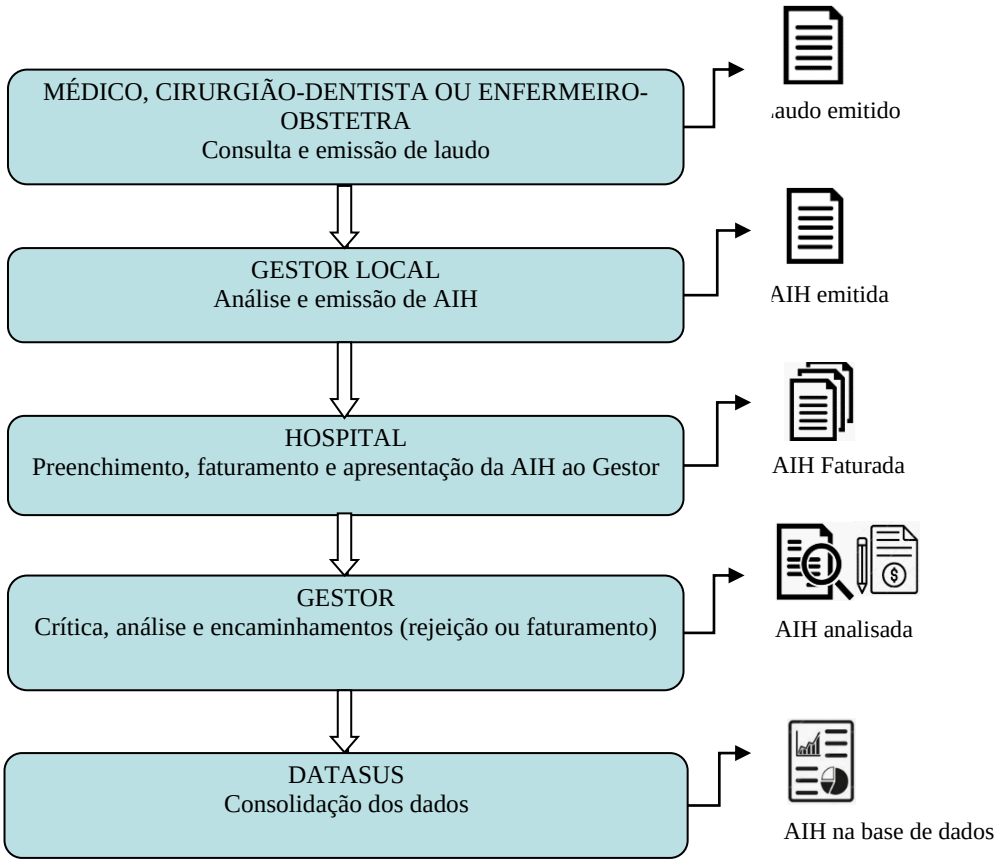
Segundo Panitz (2014), o Procedimento especial é realizado para um esclarecimento diagnóstico ou de apoio terapêutico a um procedimento principal realizado dentro da AIH, acrescentando valor à ela. Portanto, não permite que o paciente seja internado, exclusivamente, para realizá-lo. Cada procedimento especial tem regras específicas para a apresentação. tais como a quantidade máxima permitida, compatibilidade com o procedimento principal, com a Classificação de Internacional de Doenças (CID) e com outros procedimentos especiais (BRASIL, 2017g).

2.7. Fluxo de internação e faturamento hospitalar

O processo de faturamento se inicia desde a entrada do paciente ao hospital, onde cada atendimento ofertado ou procedimento realizado deve ser registrado no prontuário (OLIVEIRA, 2019).

O atendimento começa com o atendimento ambulatorial numa unidade do SUS e, verificando a necessidade de internação, um laudo para a solicitação de uma AIH é preenchido pelo solicitante, que deve ser um médico, cirurgião-dentista ou enfermeiro obstetra (somente no caso de parto normal sem distócia), tal como o fluxo para a internação e faturamento de AIH (Figura 4)

Figura 4 - Fluxo para emissão e faturamento de AIH



Fonte: Elaborada pela autora

Este laudo inclui dados do paciente, da anamnese, exames complementares, condições físicas e situação do paciente que fundamenta a necessidade de internação. Nesta fase, uma primeira hipótese diagnóstica deve ser incluída, podendo ser uma suposição definitiva ou não. Uma via do laudo é enviada ao gestor local para que possa ser avaliada e autorizada a emissão da AIH. O hospital, de posse da AIH, tem autorização para internar o paciente (BRASIL, 2017**).

Durante sua permanência no hospital, todo cuidado em saúde é registrado na AIH e, diante do desfecho desta internação (alta, transferência ou óbito), consolida-se todas as ações e procedimentos em observância às regras expressas na tabela de procedimentos para que se tenha a previsão bruta do faturamento (BRASIL, 2017g).

Após toda etapa interna, encaminha-se o consolidado de informações à Secretaria Municipal ou Secretaria Estadual de Saúde que avalia (crítica e análise) e procede com o pagamento ou solicitação de alterações. Ao final do processo, as informações sobre a internação são lançadas na base de dados oficial do Ministério da Saúde, DATASUS.

Para todo paciente internado no hospital são feitos atendimentos que geram custos que serão transformados em receitas, conforme o acordo pactuado em relação ao modelo de remuneração utilizado. O faturamento hospitalar reúne todos os documentos relativos ao atendimento prestado ao paciente. A partir da organização sistemática desses documentos, ações são realizadas para transformar o cuidado prestado ao paciente em valores financeiros, de acordo com os contratos previamente estipulados, que possam cobrir os custos do tratamento e possibilitar a viabilidade para investimentos em sua estrutura, contribuindo para sua sustentabilidade (BREMM, 2018).

O faturamento hospitalar é considerado como uma atividade processual, devendo obedecer a regras previamente definidas pelo convênio, com o qual há um contrato de prestação de serviços. Caso contrário, o não seguimento das definições estipuladas pode resultar em perdas de receita (SALU, 2019). Ferramentas rigorosas e eficazes devem ser utilizadas nos processos de faturamento hospitalar desde o início do atendimento, visando evitar evasão das receitas operacionais. Essa evasão pode ser causada, entre outros motivos, pelo não lançamento de materiais e medicamentos e/ou pela omissão de registro no prontuário do paciente, a respeito de atividades realizadas com ele (BREMM, 2018).

2.8 O faturamento das AIH's e a supervisão hospitalar

A supervisão hospitalar consiste na avaliação do registro das atividades assistenciais prestadas ao paciente e seu cotejamento com o que está sendo faturado por meio dos sistemas oficiais, para autorizar, orientar correções, ou não autorizar a cobrança. As regras básicas de cobrança da produção estão previstas no Manual do Sistema de Informação Hospitalar do Ministério da Saúde, acrescentadas de regras locais específicas, como ocorre em Belo Horizonte (JORGE et al. 2010).

A equipe responsável pela internação hospitalar, realizada a internação, descreve e registra em prontuário todos os serviços e materiais de saúde ofertados para o cuidado e tratamento do paciente (medicamentos, exames, diárias de UTI, hemodiálise, próteses e etc.). Periodicamente, o setor de faturamento hospitalar registra em sistema informatizado os dados de toda a produção ambulatorial e hospitalar. Para os procedimentos hospitalares, são descritos na AIH o valor do procedimento principal que gerou a internação e os valores dos procedimentos especiais.

Em seguida, médicos supervisores se encarregam de verificar a conformidade dos procedimentos hospitalares principais e especiais prestados e, se os motivos que levaram à internação justificam os exames e procedimentos realizados no paciente.

Assim, a supervisão hospitalar é realizada em prontuários, por meio do registro profissional de todos os profissionais envolvidos no processo de internação hospitalar, se constituindo como um o processo fundamental para a qualidade assistencial do serviço ofertado (TEIXEIRA, 2019).

No entanto, pode ocorrer de o hospital executar serviços incompatíveis com o estado clínico do paciente e, por vezes, cabe ao supervisor solicitar a exclusão do procedimento da AIH ou solicitar a justificativa para realização de determinado procedimento. Sabe-se que, a ausência de uma estrutura consolidada para executar a supervisão de contas ou a estrutura fragilizada, aumenta a probabilidade de fraudes no processo de faturamento hospitalar e, consequentemente, na diminuição da qualidade da assistência ofertada ao paciente (BRITO; FERREIRA, 2006; TEIXEIRA, 2019).

Brito e Ferreira (2006) ressaltam que o processo rigoroso de supervisão de contas, além de contribuir para reduzir os desperdícios de materiais e de medicamentos, por meio do acompanhamento dos registros e orientação profissional contínua, a supervisão visa também compatibilizar todos os procedimentos que foram efetivamente realizados durante a internação hospitalar com aqueles procedimentos que estão sendo cobrados na AIH.

Em Belo Horizonte, desde meados de 1994, a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) se mobilizou para estruturar seu processo de supervisão hospitalar e passou a contar com uma equipe de médicos incumbidos de verificar a pertinência das internações e os procedimentos executados no longo da estadia do paciente no hospital (EVANGELISTA; BARRETO; GUERRA, 2008; JORGE et al. 2010).

Desse modo, todos os hospitais que possuem contrato com o município de Belo Horizonte, após a alta do paciente e de posse das autorizações, estão aptos a efetuar a cobrança da conta da internação hospitalar. Cabe aos hospitais apresentarem a cobrança das internações mensalmente e, esta cobrança, é comparada com o banco de dados de AIH autorizadas do serviço de controle, avaliação e supervisão hospitalar do município (JORGE et al. 2010).

O processo de supervisão é feito por meio de acompanhamento *in loco* da produção de serviços durante a sua execução, juntamente com a fiscalização e auditoria de prontuários. Aos supervisores hospitalares, cabe observar o funcionamento do estabelecimento e a execução dos serviços, com o objetivo de intervir ou ajustar o processamento das AIH’s antes

do efetivo pagamento. Pode também incluir autorizações para realização de determinados procedimentos, mediante análise de laudos. Destarte, os supervisores hospitalares devem confirmar a internação e autorizar sua cobrança após a conferência do prontuário médico, autorizar a cobrança dos procedimentos principais, especiais e/ou secundários. Os supervisores hospitalares vão verificar se a internação ocorreu dentro do fluxo estabelecido, se o tratamento foi realizado adequadamente e se todos os procedimentos solicitados foram registrados no prontuário.

> Em uma cidade com as características de Belo Horizonte, grande capital, com ampla região metropolitana a sua volta, com dois terços dos hospitais da capital sendo da rede privada e, por isso mesmo, com história de práticas e regulação vinculada aos interesses privados[...] a regulação do município foi encaminhada não só como política prioritária, mas também como intervenção estratégica real na prática cotidiana dos prestadores de serviço (JORGE, et al., 2010, p. 253)

Oliveira (2019) também corrobora que, caso os médicos auditores externos, responsáveis pela autorização de pagamento de cada conta hospitalar, não visualizem no prontuário os procedimentos inseridos na AIH, eles não autorizam o pagamento.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

Este capítulo apresenta a metodologia que foi adotada para o alcance dos objetivos da pesquisa, sendo seus principais tópicos: a abordagem, finalidade, sujeitos da pesquisa, técnica de análise de dados e questões éticas.

3.1 Tipo de pesquisa quanto à abordagem

Trata-se de um estudo transversal que utiliza a conjugação de métodos quantitativos e qualitativos para alcançar os objetivos propostos (SERAPIONI, 2000; TURATO, 2005).

Nesta pesquisa, foi utilizado o método quantitativo por lidar com dados estatísticos, ainda que seja uma estatística descritiva e, o método qualitativo, que propõe realizar a descrição das características de determinado número ou registro e formular hipóteses a partir dos dados encontrados.

Desta forma, o estudo foi realizado com abordagem quantitativa-qualitativa que, segundo Creswell (2010), os métodos quantitativos e qualitativos não se excluem, uma vez que, as duas abordagens proporcionam maior compreensão dos problemas estudados. As abordagens quantitativas e qualitativas utilizadas em uma mesma pesquisa são adequadas para que a subjetividade seja minimizada e, ao mesmo tempo, aproximam o pesquisador do objeto estudado, proporcionando maior credibilidade aos dados (FLICK, 2009; CRESWELL, 2010; MINAYO, 2014).

Trata-se de um estudo de corte transversal, uma vez que permitiu obter dados suficientes para o levantamento de hipóteses robustas e que poderão ser investigadas, com maior profundidade, com novas pesquisas.

O estudo de corte transversal tem como uma de suas características, a observação das variáveis, quer se trate de casos, de indivíduos ou de outros tipos de dados e é realizada em um dado momento quando o pesquisador registra uma "foto" dos fatos (variáveis) de interesse e não o "filme" de sua evolução.

Este estudo teve como vantagens o fato de permitir a observação direta dos fenômenos, de realização da coleta de informações em curto espaço, sem necessidade de acompanhamento dos participantes e de produzir mais rapidamente resultados.

3.2 Tipo de pesquisa quanto aos fins

Trata-se de um estudo descritivo, cujo objetivo principal é identificar como a inserção de procedimentos especiais na AIH pode influenciar no valor médio da AIH. Para Triviños (1987), os estudos descritivos exigem do pesquisador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. Ele pretende descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade. O autor firma que os estudos descritivos exigem do investigador, para que a pesquisa tenha certo grau de validade científica, uma precisa delimitação de técnicas, métodos, modelos e teorias que orientarão a coleta e interpretação dos dados.

Assim, pretendeu-se com este estudo, levantar as possíveis hipóteses que podem influenciar na diferença do valor médio de AIH entre os hospitais analisados. Silva e Menezes (2005) acrescentam que há correlação entre o estudo de caráter descritivo com o enfoque qualitativo, uma vez que o pesquisador é o instrumento-chave e, a fonte direta dos dados, é o ambiente, não requerendo, portanto, o uso de técnicas e métodos estatísticos.

3.3 Tipo de pesquisa quanto ao método e fonte de dados

A pesquisa estruturou-se por meio do levantamento de dados secundários, relacionados à frequência de produção de AIH dos procedimentos principais e de procedimentos especiais selecionados, alimentados por meio de documentos de Autorização de Internação Hospitalar preenchidas pelas instituições que prestam serviço de internação hospitalar ao SUS. A coleta de dados foi realizada por meio do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), cuja alimentação é feita pela Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

O banco de dados do SIH está disponível para acesso público no endereço eletrônico do Departamento de Informática do SUS (Datasus) (http://datasus.saude.gov.br).

Embora possua limitações, como qualquer outro banco de dados secundários, trata-se de um sistema de registro de internações ágil, de acesso público e nacional, oficial, que permite buscar informações desagregadas segundo seus diversos filtros, possibilitando a construção de indicadores e levantamento de perfil assistencial, de morbidade, entre outros de determinado município ou instituição de saúde.

Também foi utilizado o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese, Prótese e Materiais Especiais (OPM) do SUS (SIGTAP), estando,

também, disponível no sítio do DATASUS, por meio do endereço eletrônico http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp.

Os dados secundários coletados foram tabulados utilizando-se o programa *Tabwin* (Tabulador para Dados do Windows), versão 4.1.5, a partir dos arquivos das AIH e dos arquivos de definições dos campos de informações relativas às internações hospitalares e o TABNET, aplicativos de livre acesso desenvolvido e disponibilizado pelo DATASUS, que pode ser utilizado no *site* do próprio DATASUS.

O *Tabwin* foi criado pelo DATASUS para facilitar o trabalho de tabulação e o tratamento de dados. Permite a realização de operações aritméticas e estatísticas nos dados da tabela, a elaboração de gráficos de vários tipos, a partir dos dados da tabela e outras operações.

O TABNET foi uma derivação do *Tabwin*, de forma a permitir a tabulação de dados diretamente na *Internet*, com arquivos disponibilizados nas próprias *intranets* do DATASUS ou por intermédio de rede, possibilitando tabulações mais rápidas.

As tabelas obtidas pelo TABNET foram exportadas para o *Excel* e analisadas quanto aos procedimentos faturáveis registrados em relação a outra instituição hospitalar que tenha executado a internação com o mesmo procedimento principal, considerando o instrumento de registro. Embora não exista o termo faturável, este foi empregado para designar o procedimento especial, compatível com o motivo principal de internação inserido na AIH.

Com o objetivo de padronizar a forma de obtenção de dados e permitir a comparabilidade e a análise das informações, foi necessário descrever os critérios de escolha dos registros utilizados no desenvolvimento da pesquisa. A relação de hospitais analisado foi obtida por meio do banco de dados do SIH/SUS e foram incluídas apenas as instituições que faturaram uma ou mais AIH no período analisado. Com base nessa lista de hospitais selecionados, foram levantadas a produção dos procedimentos principais e especiais selecionados neste estudo. Foram levantados os dados de frequência dos procedimentos por hospital, filtrando aqueles de maior frequência durante o período de janeiro a dezembro de 2018, nos hospitais analisados, sendo estes coletados no SIH/SUS por intermédio do *Tabwin*.

A coleta dos procedimentos especiais foi realizada por meio do registro de produção hospitalar do TABNET, de onde foi possível extrair os dados detalhados da AIH. Considerou-se como procedimento especial compatível ao procedimento principal todos os procedimentos especiais faturados na AIH do procedimento principal, pois, caso ele não fosse compatível, não seria possível faturá-lo.

Foi delimitado um período de 12 meses (janeiro a dezembro de 2018), por considerar um recorte temporal suficiente para a ocorrência dos procedimentos, conforme a demanda espontânea sem interferência de sazonalidade ou casos pontuais. Neste período, foram faturadas 1.245.753 AIH's em todo o estado de Minas Gerais, que representa 10% de todas as AIH's faturadas no Brasil.

A escolha dos meses compreendidos neste período se deve ao fato de o ano de 2018 ser a competência de dados mais atual à época em que o projeto de pesquisa foi elaborado. O banco de dados utilizado é alimentado por AIH faturada e apresenta um atraso de três meses, por permitir aos hospitais um prazo de até seis meses para apresentação e reapresentação das AIH.

3.4 Técnica de coleta e análise de dados

As informações necessárias para o desenvolvimento deste trabalho foram obtidas pela coleta de dados secundários que, conforme definido por Mattar (1996), são aqueles que já foram coletados e foram disponibilizados para o acesso de interessados.

No processo de coleta de dados, foi utilizada a amostragem não probabilística intencional. Mattar (1996) explica que a amostragem não probabilística é aquela em que a seleção dos elementos da população para compor a amostra depende do julgamento do pesquisador.

Para os dados documentais, foi utilizada a análise de conteúdo, que se baseia na análise de mensagens embutidas em textos, nas quais seus significados são considerados como elementos de compreensão, mapeando, tanto a sua objetividade quanto a sua subjetividade (BARDIN, 2011).

3.5 Sujeitos da pesquisa

A pesquisa teve como unidades de análise instituições hospitalares que integram a rede de atendimento SUS do estado de Minas Gerais, cujos critérios para seleção foram descritos no item 3.5.2. A fonte de coleta de dados foi o registro de produção hospitalar ocorrida entre o período analisado e os procedimentos principais, foram selecionados conforme descrito nos próximos tópicos.

3.5.1 Seleção dos procedimentos principais analisados

Visando atender o Objetivo específico 1 - Identificar os principais procedimentos principais no SUS no contexto do faturamento hospitalar em MG -, utilizou-se os dados de faturamento hospitalar do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do DATASUS e dados da Tabela SIGTAP.

Para tanto, foram levantados os dados de faturamento por AIH, identificando os Procedimentos principais no período de janeiro a dezembro de 2018, incluindo a frequência e o valor total faturado de todos os hospitais que ofertam atendimento ao SUS no estado de Minas Gerais. Foram encontradas um total de 1.245.753 AIHs faturadas no período a ocorrência de 1.590 Procedimentos principais diferentes, somando o valor de faturamento de R$ 1.790.286.962,13.

Em seguida, foi realizado o cálculo do valor médio da AIH por tipo de Procedimento principal encontrado, representado pela seguinte equação:

$$\text{Valor Médio da AIH por Procedimento principal} = \frac{Valor\ total\ faturado\ do\ Proc\ Princ}{Frequencia\ total\ de\ AIH\ \ no\ periodo}$$

Posteriormente, foi calculada a diferença entre o valor médio da AIH e o valor básico da Tabela SUS, por procedimentos, identificando aqueles com maior diferença em valores absolutos e percentuais. Este cálculo é relevante devido ao pressuposto de que os procedimentos especiais são o principal motivo de aumento do valor médio da AIH.

Dentre os 1.590 procedimentos principais encontrados, a Tabela 2 apresenta 30 de maior frequência, o que representa 48% do total de todos os procedimentos principais faturados no estado de Minas Gerais, no período de janeiro a dezembro de 2018.

Tabela 2 – Apresentação dos 30 procedimentos principais faturados mais recorrentes, valor médio da AIH, diferença entre o valor médio e o valor básico do SIGTAP, nos hospitais do estado de Minas Gerais - 2018

Procedimento principal	Frequência de AIH	Valor total faturado de AIH	Valor médio de AIH	Valor Procedimento principal SIGTAP	Diferença (Valor médio - Valor Sigtap)	Diferença (Valor médio - Valor Sigtap) (%)
Parto normal	80.686	46.971.659,55	582,15	443,4	138,75	31%
Tratamento de pneumonias ou influenza (gripe)	69.968	78.288.795,40	1.118,92	582,42	536,50	92%
Parto cesariano	60.695	44.551.938,41	734,03	545,73	188,30	35%
Tratamento de outras doenças bacterianas	40.663	143.869.837,21	3.538,10	865,91	2.672,19	309%
Tratamento de insuficiência cardíaca	30.566	48.064.460,78	1.572,48	699,46	873,02	125%
Tratamento das doenças crônicas das vias aéreas inferiores	25.037	23.081.193,65	921,88	479,19	442,69	92%
Tratamento de acidente vascular cerebral - AVC (isquêmico ou hemorrágico	23.245	34.627.153,84	1.489,66	463,21	1.026,45	222%
Tratamento de intercorrências clinicas na gravidez	18.973	3.449.993,10	181,84	109,24	72,60	66%
Tratamento da pielonefrite	17.923	5.697.339,20	317,88	204,5	113,38	55%
Tratamento clínico de paciente oncológico	17.038	16.970.496,86	996,04	367,44	628,60	171%
Tratamento de outras doenças do aparelho urinário	16.867	6.878.470,72	407,81	218,68	189,13	86%
Parto cesariano em gestação de alto risco	16.237	19.677.603,34	1.211,90	890,94	320,96	36%
Diagnostico e/ou atendimento de urgência em clinica medica	15.983	2.025.274,58	126,71	44,22	82,49	187%
Curetagem pôs-abortamento/puerperal	14.977	3.512.576,24	234,53	179,62	54,91	31%
Tratamento de traumatismos de localização especificada/não especificado	14.468	5.070.349,44	350,45	199,33	151,12	76%

(Continua...)

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 2 - Apresentação dos 30 procedimentos principais faturados mais recorrentes, valor médio da AIH, diferença entre o valor médio e o valor básico do SIGTAP, nos hospitais do Estado de Minas Gerais - 2018

Procedimento Principal	**Frequência de AIH**	**Valor total faturado de AIH**	**Valor médio de AIH**	**Valor Procedimento Principal SIGTAP**	**Diferença (Valor médio - Valor Sigtap)**	**Diferença (Valor médio - Valor Sigtap) (%)**
Parto normal em gestação de alto risco	13.203	10.670.421,94	808,18	617,19	190,99	31%
Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico	12.968	6.514.406,96	502,34	45,93	456,41	994%
Tratamento de doenças infecciosas e intestinais	12.853	5.133.805,36	399,42	324,9	74,52	23%
Hernioplastia inguinal/crural (unilateral)	12.526	7.629.627,52	609,10	445,51	163,59	37%
Tratamento de transtornos das vias biliares e pâncreas	11.879	7.007.961,58	589,95	270,38	319,57	118%
Tratamento de diabetes *mellitus*	11.729	8.052.041,37	686,51	360,8	325,71	90%
Tratamento de outras doenças do aparelho digestivo	11.475	8.587.220,28	748,34	347,15	401,19	116%
Colecistectomia	11.460	10.069.971,48	878,71	695,77	182,94	26%
Desbridamento de ulcera/de tecidos desvitalizados	11.148	15.268.591,93	1.369,63	543,08	826,55	152%
Apendicectomia	10.831	6.648.296,58	613,82	414,62	199,20	48%
Tratamento de síndrome coronariana aguda	10.795	14.411.124,64	1.334,98	325,08	1.009,90	311%
Colecistectomia videolaparoscópica	10.787	10.680.171,85	990,10	693,05	297,05	43%
Tratamento de outros transtornos originados no período perinatal	9.852	11.754.382,28	1.193,10	262,54	930,56	354%
Tratamento em psiquiatria (por dia)	9.539	10.265.562,50	1.076,17	26,91	1.049,26	3899%
Demais procedimentos	596.431	1.097.606.954,86	1.840,29	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Total	**1.245.753**	**1.790.286.962,13**	**1.437,11**	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica

(Conclusão)

Fonte: Dados da pesquisa

A partir destes valores, foi possível elencar quais as AIH, por Procedimentos principais, que apresentaram maior diferença entre o valor médio da AIH e o valor básico do procedimento principal, ou seja, que possuíam maior valor agregado proveniente dos procedimentos especiais e demais incrementos associados ao faturamento da AIH.

A partir desta primeira análise de dados, foi utilizado como critérios de seleção dos três Procedimentos principais para comporem o estudo, aqueles que apresentassem as seguintes características associadas:

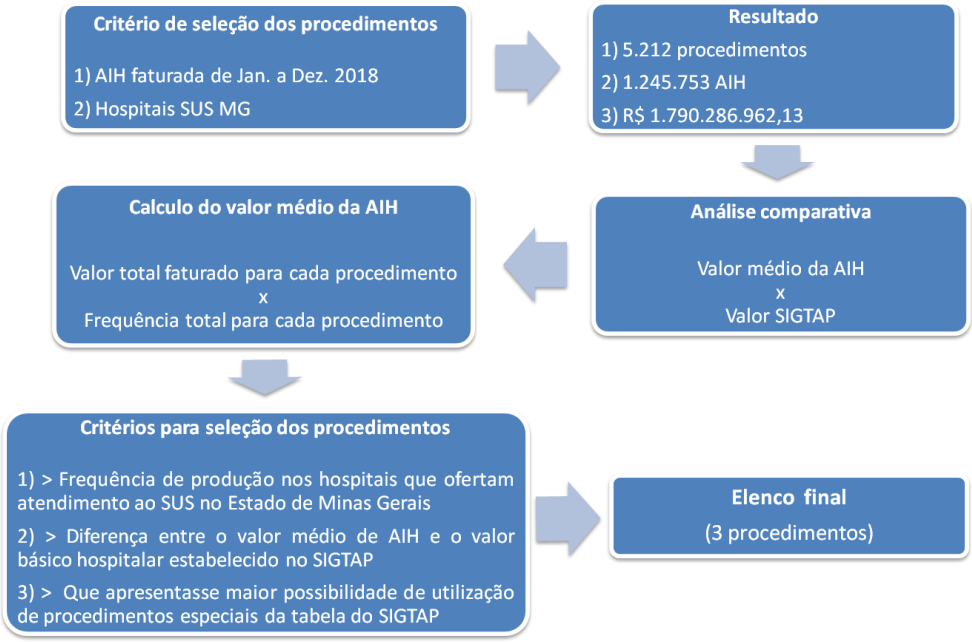
- Maior frequência de produção nos hospitais que ofertam atendimento ao SUS no estado de Minas Gerais;
- Maior diferença entre o valor médio de AIH e o valor básico estabelecido no SIGTAP; e
- Que apresentasse maior possibilidade de utilização de procedimentos especiais da tabela do SIGTAP, isto é, maior número de procedimentos especiais agregados.

Assim, foram selecionados os seguintes Procedimentos principais para este estudo:

- Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico (304100013),
- Tratamento de síndrome coronariana aguda (303060280); e
- Tratamento de outras doenças bacterianas (303010037).

A Figura 5 descreve, de forma esquemática, como todo processo de seleção foi realizado, com o objetivo de melhor compreender as etapas.

Figura 5 - Desenho esquemático do processo de seleção do elenco de procedimentos



Fonte: Elaborada pela autora

3.5.2 Seleção e caracterização dos hospitais analisados

Visando atender ao Objetivo específico 2 - Identificar os hospitais com faturamento representativo dos Procedimentos principais do estudo, no contexto do faturamento hospitalar em Minas Gerais. Após a seleção dos procedimentos objeto do estudo, realizou-se o levantamento do faturamento dos procedimentos principais de todos os hospitais do estado, no período da pesquisa, 2018, por meio do Sistema de Informação Hospitalar do DATASUS (SIH/SUS). Foram encontrados 171 hospitais que faturaram todos os procedimentos principais estudados, no período avaliado. Conforme Anexo A.

Com o elenco de 171 hospitais, organizou-se, em ordem decrescente, o número (frequência) de AIH faturadas para cada um dos três Procedimentos principais. A definição da amostra foi realizada considerando os critérios de conveniência, cujos hospitais a serem analisados foram selecionados em função da disponibilidade de dados para o estudo. A partir da lista gerada, utilizou-se para seleção dos hospitais aqueles que contemplassem as seguintes características;

- Um hospital público de administração municipal, cujo financiamento da folha de pessoal é custeado pelo município e mais as fontes de financiamento de programas estaduais, pagamento da produção e demais incentivos;
- Um hospital público de administração federal, com financiamento da folha de pessoal via Ministério da Educação e Cultura e mais as fontes de programas estaduais, pagamento da produção, mais incentivos;
- Um hospital privado sem fins lucrativos, com financiamento de fontes de programas estaduais, pagamento da produção e incentivos;
- Um hospital sediado na capital do estado, filantrópico, com serviços de apoio e logística administrados por uma Parceria Público Privada, cujos recursos são de fontes do tesouro municipal e de outras via programa estadual, pagamento da produção, mais incentivos; e
- Um hospital sediado em um município do interior do estado, filantrópico, com financiamento via pagamento por produção, programas estaduais, mais incentivos e saúde suplementar.

Foram eleitas esferas jurídicas distintas, com objetivo de identificar possíveis singularidades nas práticas de faturamento e supervisão hospitalar. Por se tratarem de características não excludentes entre si, era esperado que um único hospital atendesse a mais

de um critério como, por exemplo, um hospital filantrópico sediado na capital do estado ou um filantrópico sediado no interior.

Foram excluídos da análise os hospitais privados, cuja esfera jurídica é caracterizada como demais entidades empresariais, por apresentarem volume pequeno de AIH faturadas.

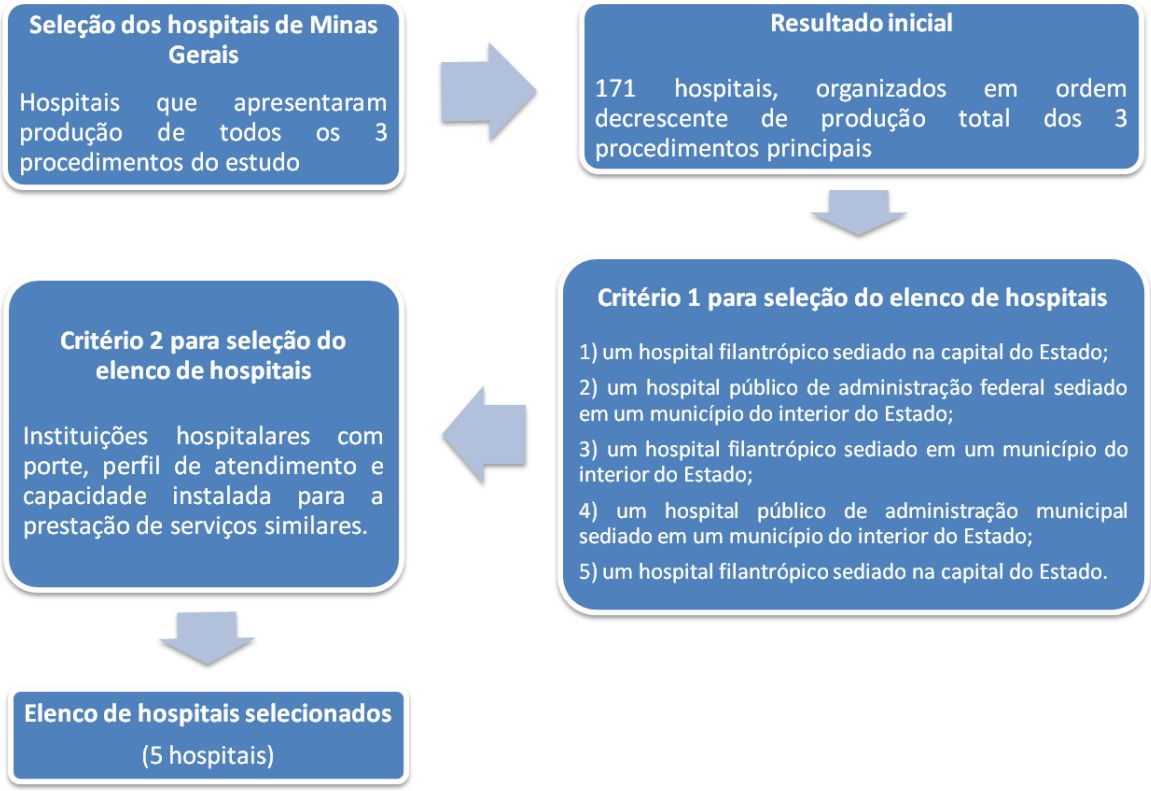
Diante dos requisitos foram elencadas cinco instituições hospitalares que possuem similaridades em relação ao porte, perfil de atendimento, resolutividade e capacidade instalada para a prestação de serviços. Para se afirmar que esses hospitais possuem semelhança entre si, utilizou-se os seguintes critérios:

- Possuir mais de 150 leitos,
- Possuir leitos de terapia intensiva para adultos, e
- Possuir tomógrafo, hemodiálise, hemodinâmica e ecocardiografia próprios ou terceirizados devidamente cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Os hospitais foram codificados com o número de ordem em que foram analisados, sem a utilização de qualquer característica que permitisse a sua identificação.

Abaixo, na Figura 6, o fluxo é apresentado de forma esquemática, detalhando as etapas realizadas para seleção do elenco de hospitais.

Figura 6 - Desenho esquemático do processo de seleção do elenco de procedimentos



Fonte: Elaborada pela autora

A Tabela 3 apresenta a síntese dos critérios utilizados e a codificação dos hospitais analisados:

Tabela 3 - Critérios e codificação dos hospitais do estudo

Hospital	Localização	Esfera Jurídica	Número de leito
Hospital 1	Capital	Privado sem fins lucrativos	> 500
Hospital 2	Interior	Adm. Pública Federal	151 a 500
Hospital 3	Interior	Privado sem fins lucrativos	151 a 500
Hospital 4	Interior	Adm. Pública Municipal	151 a 500
Hospital 5	Capital	Privado sem fins lucrativos	151 a 500

Fonte: Dados da pesquisa

De forma sucinta, trata-se de hospitais gerais, de grande porte, que ofertam a totalidade ou a maior parte de seu atendimento ao SUS, inseridos na Rede de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais e que atendem à média e alta complexidade de seus munícipes e demais usuários referenciados via sistema de regulação e/ou demanda espontânea.

Em relação ao perfil assistencial e densidade tecnológica, foram levantados os equipamentos associados à produção de procedimentos especiais, disponíveis nos hospitais estudados (Quadro 5).

Quadro 5 - Perfil assistencial e densidade tecnológica dos hospitais estudados

Estabelecimento		**Hospital 1**	**Hospital 2**	**Hospital 3**	**Hospital 4**	**Hospital 5**
Perfil Assistencial		Hospital geral, atendimento à demanda referenciada com maternidade e oncologia	Hospital geral, com Pronto Socorro, maternidade e oncologia	Hospital geral, com Pronto Socorro, maternidade e oncologia	Hospital geral, com Pronto Socorro e maternidade	Hospital geral e atendimento à demanda referenciada
Equipamentos SADT disponíveis	**Imagem**	Raio X para Hemodinâmica, TC, US *Doppler* Colorido, US Ecógrafo	Ressonância Magnética, TC, US *Doppler* Colorido e US Ecógrafo	Raio X para Hemodinâmica, TC, US *Doppler* Colorido, US Ecógrafo	TC, US *Doppler* Colorido, US Ecógrafo	TC, US *Doppler* Colorido, US Ecógrafo, Hemodinâmica para procedimentos não cardiológicos
	Métodos ópticos	Endoscopia digestiva	Endoscopia digestiva, vias respiratórias e vias urinárias,	Endoscópio digestivo, vias respiratórias e vias urinarias	Endoscopia digestiva	Endoscopia digestiva, vias respiratórias e vias urinárias
	Demais equipamentos	Circulação extracorpórea	Circulação extracorpórea e Hemodiálise	Circulação extracorpórea e Hemodiálise	Hemodiálise	Hemodiálise

Fonte: Dados da pesquisa

Com o objetivo de identificar os fatores que podem influenciar o faturamento dos Procedimentos especiais, bem como o levantamento de hipóteses relacionadas à diferença do valor médio da AIH, foi levantado o resultado de alguns indicadores clássicos dos hospitais estudados, conforme apresentado na Tabela 4.

Tabela 4 - Indicadores dos hospitais estudados

HOSPITAL	Número de internações	Média mensal de Internações/ leito	TOH (%)	TMP (dias)
Hospital 1	41.845	3,81	92,08%	8,52
Hospital 2	22.193	4,22	92,65%	7,31
Hospital 3	13.653	7,20	109,86%	5,16
Hospital 4	13.407	4,12	72,96%	5,66
Hospital 5	15.575	3,45	87,85	8,48

Fonte: Dados da pesquisa

A Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH) é a relação percentual entre o número de pacientes/dia e o número de leitos/dia em um dado período (BRASIL, 2002). Em relação a este indicador, observa-se que todos eles possuem TOH acima do parâmetro recomendado pelo Ministério da Saúde, que é de 85%.

O Tempo Médio de Permanência (TMP) dos leitos hospitalares é a relação entre o total de pacientes/dia e o total de pacientes que tiveram alta do hospital em determinado período. Representa o tempo médio em dias que os pacientes ficaram internados no hospital. (BRASIL, 2002).

Os dados apresentados na Tabela 5 demonstram um perfil diferenciado dos hospitais estudados, uma vez que o rendimento de cada leito é de 3,45 a 7,2 internações/mês por leito. No que concerne à Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH), a literatura aponta que este acima de 100%, como no resultado apresentado pelo Hospital 3, está associada à hipótese de utilização de leitos extras, não cadastrados no CNES para internação do paciente (BRASIL, 2002). Ainda em relação à TOH, os dados demonstram que o Hospital 4 apresentou um resultado aquém do preconizado na literatura, cerca de 85% (JONES, 2011).

Em relação ao TMP, a variação encontrada pode ser atribuída ao perfil assistencial de cada um dos hospitais selecionados, pois, os hospitais que possuem um grande número de AIH de maternidade ou emitidas em Pronto Socorro tendem a ter seu TMP menor que os demais, enquanto que, os hospitais que não possuem estes tipos de serviços, apresentam um TMP maior.

3.5.3 Seleção dos procedimentos especiais estudados

Após a seleção dos Procedimentos principais do estudo e dos hospitais que seriam analisados, realizou-se o levantamento dos procedimentos especiais faturados para cada procedimento principal e para cada um dos hospitais selecionados, bem como a sua ocorrência no período avaliado. Com este levantamento buscou-se responder a seguinte pergunta: Quais foram os procedimentos especiais faturados para o procedimento principal no tratamento de outras doenças bacterianas no Hospital 1 de Belo Horizonte? Assim sucessivamente, para os três procedimentos principais selecionados e para os cinco hospitais eleitos.

Para o faturamento de determinados procedimentos especiais, inclusive os analisados neste estudo, o estabelecimento de saúde deve ter em seu CNES, o cadastro do serviço/classificação e do equipamento, assim como a existência de profissional especialista compatível com o procedimento. Por exemplo, para realização da tomografia é necessário que o hospital possua tomógrafo cadastrado em seu CNES ou serviço terceirizado, bem como médico radiologista, caso contrário, o procedimento não pode ser faturado (BRASIL, 2011).

Após o levantamento, os procedimentos especiais foram organizados em ordem decrescente de ocorrência e, assim, foi possível constatar quais eram os procedimentos especiais mais comuns utilizados para cada procedimento principal e em cada instituição estudada.

Em seguida foram selecionados os procedimentos especiais considerados indispensáveis ou necessários para o diagnóstico e/ou tratamento das doenças correspondentes aos procedimentos principais, de maior frequência na produção dos hospitais, com valores unitários consideráveis e de maior sensibilidade à distinção dos valores médios das AIH’s. A partir destes critérios, pretendeu-se elencar os principais procedimentos especiais compatíveis com os procedimentos principais selecionados e comparar a sua frequência por AIH, entre os hospitais analisados.

Para melhor compreensão, o Quadro 6 apresenta o detalhamento dos procedimentos especiais selecionados que foram analisados nas AIH’s faturadas de cada procedimento principal, bem como os hospitais que foram utilizados para comparação.

Quadro 6 - Procedimentos especiais selecionados para análise

Procedimento Principal	Hospitais utilizados para comparação	Procedimentos especiais
Tratamento de outras doenças bacterianas (código)	Hospital 3 Hospital 4 Hospital 5	Nutrição enteral e parenteral Terapia renal substitutiva para pacientes renais agudos ou crônicos agudizados Diária de UTI adulto
Tratamento de síndrome coronariana aguda	Hospital 1 Hospital 2 Hospital 3	Dosagem de troponina Cateterismo cardíaco Ecocardiografia
Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico	Hospital 1 Hospital 2 Hospital 3	Tomografia computadorizada Nutrição enteral e parenteral

Fonte: Elaborado pela autora

3.6 Cálculo do valor médio de AIH

Buscando atender o Objetivo Especifico 3 - Comparar o valor médio da AIH faturada entre os hospitais estudados considerando os mesmos procedimentos principais eleitos, foi realizado o cálculo do valor médio da AIH. O valor médio da AIH é calculado por meio da divisão entre o valor total faturamento para um determinado procedimento principal e o número total de AIH's faturadas para este mesmo procedimento.

Para este estudo, foi calculado o valor médio de AIH dos três procedimentos principais selecionados e para cada um dos cinco hospitais selecionados, conforme apresentado nas Tabelas 5, 6 e 7.

Tabela 5 - Valor médio de AIH do Procedimento principal Tratamento de outras doenças bacterianas, para os cinco hospitais estudados, no período de janeiro a dezembro de 2018

Instituição	Frequência de AIH	Valor total faturado de AIH (R$)	Valor médio unitário (R$)
Hospital 1	1.057	11.418.867,69	10.803,09
Hospital 2	658	5.383.906,40	8.182,23
Hospital 3	92	1.016.095,94	11.044,52
Hospital 4	423	2.194.051,40	5.186,88
Hospital 5	1.327	6.583.173,16	4.960,64

Fonte: Dados da pesquisa (Aqui e nas próximas tabelas, eu usei dados do SIH- DATASUS, não precisa colocar?

Tabela 6 - Valor médio de AIH do Procedimento principal Tratamento da síndrome coronariana aguda, para os cinco hospitais estudados, no período de janeiro a dezembro de 2018

Instituição	Frequência de AIH	Valor total faturado de AIH (R$)	Valor médio unitário (R$)
Hospital 1	841	3.056.470,36	3.634,33
Hospital 2	63	146.080,92	2.318,74
Hospital 3	56	153.799,77	2.746,42
Hospital 4	100	69.175,94	691,76
Hospital 5	43	59.658,64	1.387,41

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 7 - Valor médio de AIH do Procedimento principal Tratamento de intercorrências oncológicas, para os cinco hospitais estudados, no período de janeiro a dezembro de 2018

Instituição	Frequência de AIH	Valor Total faturado de AIH (R$)	Valor médio unitário (R$)
Hospital 1	1.952	1.118.610,79	573,06
Hospital 2	150	54.583,97	363,89
Hospital 3	881	448.518,11	509,10
Hospital 4	30	5.298,69	176,62
Hospital 5	19	12.350,13	650,00

Fonte: Dados da pesquisa

As análises dos valores encontrados são discutidas nos próximos tópicos.

3.7 Definição do rol de procedimentos especiais possíveis de serem faturados para cada Procedimento principal estudado

Para definição do rol de todos os procedimentos especiais passíveis de serem faturados, considerou-se a produção total de procedimentos especiais de todos os hospitais do estado de Minas Gerais, para cada um dos procedimentos principais estudados, no período de janeiro a dezembro de 2018.

Cada procedimento principal apresentou uma série histórica de procedimentos especiais faturados e, por se tratar de uma busca realizada para todos os hospitais do estado em 2018, considerou-se um período razoável para conhecer todos os procedimentos especiais possíveis de serem utilizados. Cabe destacar que os sistemas de informação, manuais ou materiais orientativos do Ministério da Saúde não dispõem de uma relação de todos os procedimentos especiais compatíveis com cada procedimento principal da Tabela do SIGTAP.

As tabelas com o rol de Procedimentos especiais faturados nas AIH's, cujos Procedimentos principais vinculados foram os analisados neste estudo, são apresentadas no Anexo B.

3.8 Cálculo da frequência da média de Procedimento especial por Procedimento Principal

Para o cálculo do número médio de procedimentos especiais faturados por AIH de cada um dos procedimentos principais estudados, foi levantada a produção dos procedimentos especiais selecionados para o estudo, para cada um dos hospitais analisados. Após este levantamento, dividiu-se o número total de cada procedimento especial pelo número total de AIH's faturadas para cada um dos procedimentos principais estudados. Assim, foi possível conhecer, por exemplo, o número médio de diárias de UTI adulto faturadas por AIH, cujo procedimento principal era Tratamento de outras doenças bacterianas.

As tabelas com estes valores estão dispostas nos itens, 4.1, 4.2 e 4.3, onde os resultados foram analisados.

3.9 Seleção do município para comparação das produções de AIH

Considerando o processo consolidado de supervisão de contas do município de Belo Horizonte, onde a Secretaria Municipal de Saúde conta com uma equipe de médicos supervisores capacitados, que auditam e verificam diariamente a pertinência das internações, o tipo de admissão, a assistência prestada, as informações das AIH's com relação ao diagnóstico (procedimentos solicitados, realizados e cobrados) e à revisão de contas, espera-se que as instituições sediadas em municípios com processo de supervisão estruturado, como no caso desta cidade, tendem a não executar as cobranças indevidas relacionadas aos procedimentos realizados, quer sejam os principais ou os especiais (JORGE et al. 2010).

Para este estudo, selecionou-se a produção dos hospitais de Belo Horizonte para realizar as comparações entre a média de procedimentos especiais faturados por AIH. A escolha dos hospitais deste município deveu-se ao fato dele contribuir para o avanço do processo de municipalização no país, exercendo as ações de controle e avaliação hospitalar de forma diferenciada.

Mediante ao exposto, verificou-se que o município de Belo Horizonte adotou uma metodologia de trabalho que permite identificar indícios de distorções quando comparado à

produção dos procedimentos apresentados com a capacidade física e de recursos humanos da unidade assistencial.

Somado a este fato, por se tratar de um município com maior número de unidades assistenciais que ofertam ações e serviços de saúde ao SUS do estado e, tendo em vista seu histórico no processo de construção e consolidação de uma estrutura de regulação, controle, avaliação e supervisão destes serviços, considerou-se qualificado o bastante para servir de comparação com os demais hospitais analisados.

3.10 Definição da média de procedimento especial por AIH em Belo Horizonte

Para o cálculo do número médio de procedimentos especiais faturados por AIH de cada um dos procedimentos principais analisados, em Belo Horizonte, foi realizado o mesmo levantamento anterior. Entretanto, para este resultado, considerou-se a produção total de todos os hospitais de Belo Horizonte. Para tanto, levantou-se a produção total de cada procedimento especial selecionado e a produção total de cada procedimento principal selecionado. Por fim, realizou-se a divisão entre eles.

As tabelas com os resultados encontrados foram apresentadas nos itens, 4.1, 4.2 e 4.3 deste estudo e analisadas separadamente.

3.11 Aspectos éticos da pesquisa

Nesta pesquisa foram utilizados dados secundários, de acesso público, disponíveis no sitio oficial do Ministério da Saúde, sem possibilidade de identificação dos pacientes. Assim, em conformidade com as recomendações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n. 466, de 12 de dezembro de 2012, foram respeitados os princípios éticos de pesquisas que envolvem seres humanos, sendo dispensada a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Salienta-se que, neste estudo, não foram levantadas informações sobre os pacientes e seus tratamentos de saúde.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados no âmbito acadêmico, para as áreas envolvidas e em eventos relativos à gestão em saúde internos e externos.

4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para atender o Objetivo específico 4 - Identificar e analisar o perfil de ocorrência de Procedimentos especiais e sua influência no valor de AIH dos hospitais eleitos, este capítulo foi dividido em dois tópicos. O primeiro, apresentará a descrição e análise dos dados obtidos na pesquisa para cada um dos três procedimentos principais. No segundo, apresenta a análise geral dos resultados encontrados.

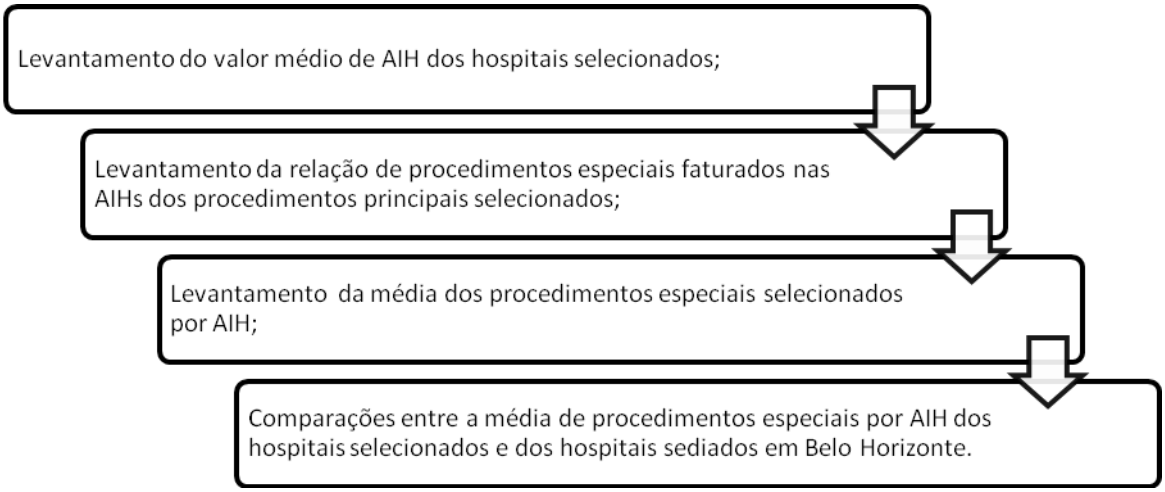
4.1 Descrição e análise dos dados por procedimento principal

Neste tópico são apresentados os dados de cada procedimento principal, bem como a sua execução nos cinco hospitais selecionados para o estudo. Em cada tópico foram inseridos conteúdos para identificar a influência dos procedimentos especiais no valor médio da AIH de hospitais selecionados, levantando as possíveis hipóteses para as diferenças identificadas e, consequentemente, gerar informações que interessam à avaliação e formulação de propostas e alternativas para qualificar o processo de faturamento das instituições hospitalares.

Com o intuito de identificar, em que medida, os procedimentos especiais podem influenciar o valor médio das AIH's dos hospitais selecionados, para os três procedimentos principais do estudo, foi levantada a média de produção dos procedimentos especiais selecionados e comparado com a média de produção de Belo Horizonte. Diante da premissa de que o município apresenta um forte processo de supervisão de AIH, buscaram-se os dados de produção dos procedimentos especiais relacionados tanto para o município de Belo Horizonte como para os hospitais do estudo, comparando a média de procedimento especial por AIH. A possibilidade de existência de subfaturamento ou superfaturamento de procedimentos que agregam valor à AIH aponta para a necessidade de se avaliar a quantidade de determinados procedimentos especiais por internação e, tal como foi estabelecido neste estudo, buscou-se realizar as comparações com a produção apresentada pelos hospitais sediados no município de Belo Horizonte.

Para melhor compreensão, foi elaborado um desenho esquemático (Figura 7) que apresenta por tópico o caminho percorrido para análise dos resultados encontrados.

Figura 7 - Fluxo do levantamento do perfil dos procedimentos especiais

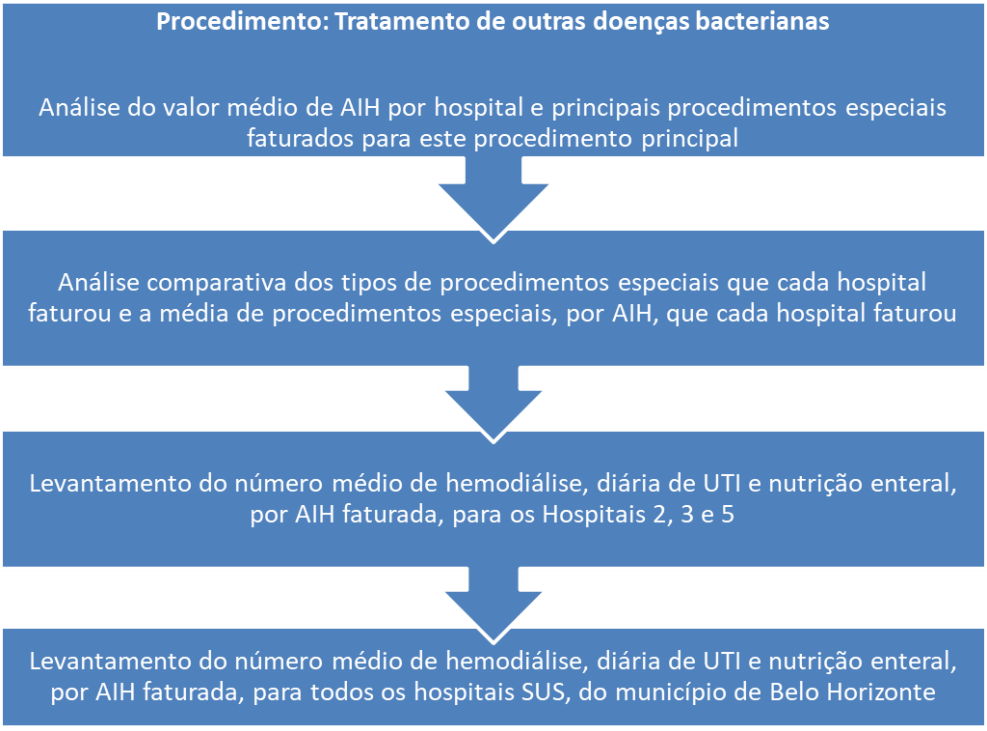


Fonte: Elaborada pela autora

4.1.1 Análise do procedimento principal: Tratamento de outras doenças bacterianas (0303010037)

Com o objetivo de esclarecer sobre como se deu o processo de análise do referido procedimento, elaborou-se o desenho esquemático apresentando caminho percorrido (Figura 8).

Figura 8 - Desenho esquemático do processo de seleção do elenco de procedimentos



Fonte: Elaborada pela autora

De acordo com o SIGTAP, a internação cujo procedimento principal é Tratamento de outras doenças bacterianas (0303010037), destina-se ao tratamento de doenças bacterianas, exceto hanseníase e tem remuneração de R$ 865,91. Contudo, ao analisar o valor médio da AIH faturada entre os cinco hospitais selecionados, observou-se uma diferença de até 10 vezes maior que o valor da Tabela SIGTAP. A Tabela 8 apresenta-se a frequência do Procedimento principal, o valor total faturado e o valor médio de AIH de cada hospital.

Tabela 8 - Valor médio de AIH faturado para o Procedimento principal Tratamento de outras doenças bacterianas (Cód. 0303010037)

Instituição	**Frequência de AIH**	**Valor total faturado de AIH (R$)**	**Valor médio unitário (R$)**	**% diferença valor médio/valor tabela**
Hospital 1	1.057	11.418.867,69	10.803,09	1148%
Hospital 2	658	5.383.906,40	8.182,23	845%
Hospital 3	92	1.016.095,94	11.044,52	1175%
Hospital 4	423	2.194.051,40	5.186,88	499%
Hospital 5	1.327	6.583.173,16	4.960,64	473%

Fonte: Dados da pesquisa

A diferença entre o valor médio faturado e o valor estabelecido na Tabela SIGTAP, se deve aos procedimentos especiais que podem ser agregados à AIH, conforme a sua execução para o tratamento de determinado paciente. Ribeiro (2009) defende que a demanda hospitalar para condições mais complexas pode ser medida por valores médios de AIH maiores e média de permanência maiores.

Os hospitais estudados possuem, conforme consulta ao CNES, densidade tecnológica semelhante. Portanto, esse não seria fator de explicação dos valores médicos de AIH com grandes diferenças.

Outra razão para a diferença de valores médios entre os hospitais analisados pode estar associada à falta de padronização das práticas clínicas executadas. De acordo com as referências utilizadas, existem diferenças na utilização, no registro ou na demanda de recursos. Este achado corrobora com as alegações de La Forgia e Couttolenc (2009) ao revelarem a existência de amplas discrepâncias de custo para um mesmo procedimento, tanto entre casos como entre instituições, decorrente da falta de padronização das práticas clínicas e dos sistemas de custeio.

Para avaliar em que grau os procedimentos especiais influenciam o valor médio da AIH de um determinado hospital, foram levantados os procedimentos especiais faturados na AIH, cujo Procedimento principal era o Tratamento de outras doenças bacterianas. Ao

analisar o número de procedimentos especiais faturados por todos os hospitais do estado, em 2018, foram encontrados 224 tipos diferentes de Procedimentos especiais para este Procedimento principal e os que possuem maior ocorrência, bem como os seus respectivos valores a serem agregados à AIH, tal como apresentado no item 3.7 deste estudo.

Com o objetivo de verificar qual a ocorrência de faturamento dos Procedimentos especiais para este Procedimento principal, diante do rol de 224 possibilidades compatíveis, foi levantada a produção detalhada para o Tratamento de outras doenças bacterianas (Cód. 0303010037) para os cinco hospitais analisados, conforme apresentado na Tabela 9.

Tabela 9 - Tabela comparativa entre número total de Procedimentos especiais compatíveis com o Procedimento principal "Tratamento de Outras Doenças Bacterianas" faturados em Minas Gerais e o número faturado para os hospitais analisados

Hospital	**Tratamento de Outras Doenças Bacterianas**		
	N. total de Proc Compatíveis	**N. total de Procutilizados pela instituição**	**Média de Proc Especial/AIH**
Hospital 1	224	113	45
Hospital 2	224	125	89
Hospital 3	224	64	121
Hospital 4	224	65	31
Hospital 5	224	73	73

Fonte: Dados da pesquisa

Verificou-se que, embora existam 224 tipos de Procedimentos especiais possíveis de serem faturados para o Tratamento de outras doenças bacterianas nos hospitais de Minas Gerais, existe uma disparidade entre a quantidade de tipos de procedimentos faturados nos cinco hospitais analisados. Enquanto o Hospital 2 faturou 125 tipos de Procedimentos especiais, o Hospital 3 faturou 64 tipos, uma diferença que ultrapassou os 95% entre o primeiro e o segundo.

Além da menor diversidade de Procedimentos especiais, ao analisar o seu número médio por AIH, constatou-se que: o Hospital 4 faturou 31 Procedimentos especiais por internação faturada; e o Hospital 3, obteve, em média, 121 Procedimentos especiais por AIH.

O menor número de tipos de Procedimentos especiais dos Hospitais 3, 4 e 5 pode ser visto como vantajoso e resultado de uma assistência e gestão eficientes, pois são solicitados um número menor de Procedimentos especiais adicionais. Entretanto, em que pese o fato de Hospital 3 apresentar 64 tipos de Procedimentos especiais, os dados demonstram que ele apresentou o maior número médio neste mesmo quesito por AIH. Ou seja, mesmo com rol inferior de Procedimentos especiais, o Hospital 3 conseguiu agregar um número superior de procedimentos à AIH principal, se comparado os demais hospitais. Este dado chama a atenção

para uma possibilidade de superutilização de procedimentos especiais, tendo em vista que a média de Procedimentos especiais por AIH dos Hospitais 1, 2, 4 e 5 foram menores, mesmo com um rol de Procedimentos especiais maiores.

Além disso, no que diz respeito ao elevado número de procedimentos especiais por AIH, como é o caso do Hospital 3, é importante elucidar a influência do modelo de pagamento vigente, em que o repasse ao prestador é feito pelo número de atos realizados, multiplicado pelos seus respectivos valores, definidos previamente com base em uma tabela de valores. Isto é, para cada Procedimento especial realizado durante a internação hospitalar é acrescentado um valor à sua AIH. Assim, o hospital pode aumentar o número de atos médicos, entendidos aqui como procedimentos, para otimizar o seu faturamento. Em relação ao modelo de remuneração, a tendência é a adoção de formatos de pagamento mistos que possibilitem maior controle de gastos pela fonte pagadora, mas, ao mesmo tempo, qualifiquem o resultado dos atendimentos realizados e agreguem valor para o paciente (UGÁ, 2012)

Dornelles (2013) revela a possibilidade de existir uma série de eventos não registrados, não informados, não justificados ou, simplesmente, mal ou não interpretados, como por exemplo: agendamentos cirúrgicos e realização de outros ou mais procedimentos confirmados pela descrição cirúrgica, no mesmo ato.

4.1.1.1 Análise comparativa com os dados de produção dos hospitais de Belo Horizonte

Com o intuito de identificar a quantidade de Procedimentos especiais por AIH para cada um dos procedimentos principais selecionados foi levantada a média de produção dos Procedimentos especiais selecionados e comparado com a média de produção de Belo Horizonte. Diante da premissa de que o município apresenta um sistema de supervisão hospitalar reconhecidamente rigoroso e eficiente, buscaram-se os dados de produção dos Procedimentos especiais tanto para Belo Horizonte como para os Hospitais 3, 4 e 5, com o objetivo de comparar a média de Procedimento especial por AIH, sendo encontrados os resultados apresentados na Tabela 10:

Tabela 10 - Número médio de Procedimento especial por AIH nos hospitais de Belo Horizonte e nos hospitais analisados para o Procedimento Principal Tratamento de outras doenças bacterianas

Procedimento Especial	**Hospitais BH**	**Hospital 3**	**Hospital 4**	**Hospital 5**
	Média/AIH	**Média/AIH**	**Média/AIH**	**Média/AIH**
Nutrição enteral e parenteral	4,90	14,87	2,65	4,58
Diária de UTI adulto	0,72	6,25	0,89	6,72
Terapia renal substitutiva	0,87	0,91	0,40	0,99

Fonte: Dados da pesquisa

Em Belo Horizonte são administrados, em média, 4,9 terapias nutricionais por internação para o procedimento em pauta, enquanto que, para o Hospital 3, são realizadas 14,87 administrações de terapia nutricional por AIH faturada. A quantidade superior de administrações de dieta enteral ou parenteral, por paciente internado, parece não estar associada a um período de internação mais longo, tendo em vista que, conforme a Tabela 5, trata de hospitais com TMP semelhantes. É possível fazer as seguintes hipóteses:

a) Inferir–que estes dados refletem um atendimento de quadros clínicos de maior complexidade e que demandam um número maior de procedimentos adicionais pelo hospital 3. Estariam sendo internados pacientes em caráter muito tardio, ou fora de possibilidade terapêutica, demandando mais procedimentos dessa tipologia no hospital mencionado? De qualquer forma, essa hipótese é discutível, considerando o tamanho da amostra dos hospitais de Belo Horizonte e o processo de supervisão hospitalar que avalia, também, as indicações dos procedimentos;
b) Estaria havendo superutilização de procedimentos, seja em função de protocolos inadequados ou em função de intenção de ter maior faturamento?; e
c) Possível precariedade no processo regulatório das ações e serviços de saúde.

Em relação à diária de UTI Adulto, verifica-se que, tanto o Hospital 3 com o Hospital 5, apresentam uma média superior de utilização à média encontrada no município de Belo Horizonte. Estes dados apontam que, para cada internação são utilizadas em média, 0,72 diária de UTI, enquanto que no Hospital 3 e no Hospital 5, o paciente permanece em média 6 dias na UTI. A maior média de permanência poderia justificar maior utilização de diária de UTI. No entanto, já foi sinalizado que as taxas médias de permanência (TMP) são semelhantes. Por outro lado, observa-se que, considerando que os hospitais possuem um perfil assistencial semelhante, o maior número de diárias de UTI por AIH não deveria ser justificado pela gravidade dos pacientes atendidos na instituição.

Todavia, quando comparada à média de procedimentos de nutrição enteral com a média de diária de UTI, constatou-se que o número elevado de um procedimento especial em comparação com outro, pode não estar associado às morbidades dos pacientes atendidos nas instituições analisadas, uma vez que o período maior de permanência na UTI pode estar associado a uma necessidade maior de nutrição enteral ou parenteral.

Quanto às discrepâncias entre a média de procedimentos do Hospital 3, se comparado à média de Belo Horizonte e dos demais hospitais, observa-se uma tendência da possibilidade de haver fragilidades no processo de supervisão de contas hospitalares, pois o número de nutrição enteral, diária de UTI e hemodiálise por AIH foram superiores à média do município e em relação a todos os outros hospitais analisados. Levantou-se também a hipótese de que o fato de os pacientes serem internados em caráter muito tardio, ou fora de possibilidade terapêutica, demandou número maior de procedimentos dessa tipologia no hospital mencionado.

Uma das hipóteses levantadas é a de que estas instituições podem estar mantendo o paciente por mais tempo na unidade de terapia intensiva sem de fato apresentar demanda por cuidados intensivos (não apresentando mais nenhum sintoma que justifique a permanência dele nesta unidade) ou por decisão em otimizar o faturamento com o maior número de diárias agregadas à AIH. Em que pese a possibilidade destes hospitais estarem recebendo pacientes com perfil de morbidade mais complexo e grave, vale ressaltar que o município de Belo Horizonte, que é referência para alta complexidade do estado, demonstrou uma média de diária de UTI por AIH muito inferior (0,72).

Em contrapartida, no geral, o menor número de procedimentos especiais por AIH nos hospitais de Belo Horizonte pode estar associado:

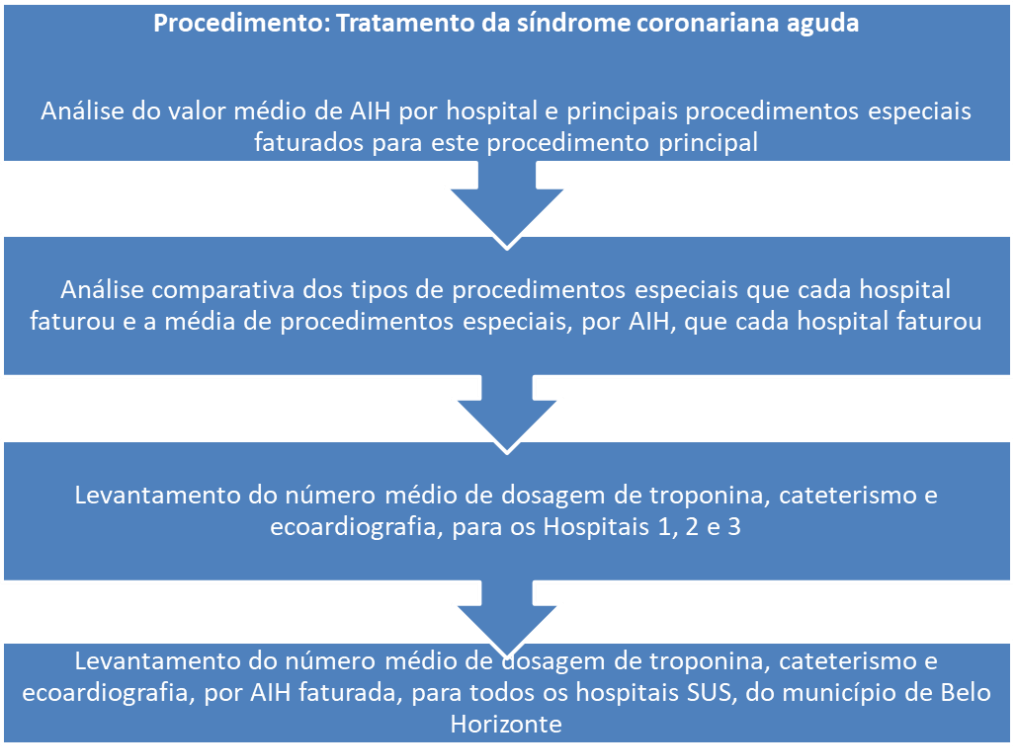
a) À real necessidade clinica dos pacientes;
b) À aplicação de protocolos assistenciais; e
c) À efetividade dos processos de trabalho dos profissionais envolvidos no faturamento hospitalar.

4.1.2 Análise do procedimento principal: Tratamento de Síndrome coronariana aguda (0303060280)

Novamente, com o objetivo de esclarecer sobre como se deu o processo de análise do referido procedimento, elaborou-se o desenho esquemático (Figura 9) com o caminho

percorrido para levantamento das hipóteses relacionadas ao faturamento de AIH e aos Procedimentos especiais:

Figura 9 - Desenho esquemático do processo de seleção do elenco de procedimentos



Fonte: Elaborada pela autora

De acordo a Tabela de procedimento do SUS, a internação, cujo Procedimento principal é o Tratamento de síndrome coronariana aguda (0303060280), consiste no tratamento do sofrimento do miocárdio na vigência da insuficiência de fluxo sanguíneo nas coronárias, tais como angina, infarto, endocardite e trombose da coronária, entre outras. O valor básico definido na Tabela SUS para este tratamento é de R$ 325,08 e, ao analisar o valor médio da AIH faturada pelos os cinco hospitais selecionados, observou-se uma diferença superior de até 11 vezes.

A Tabela 11 apresenta a frequência do Procedimento principal, o valor total faturado e o valor médio de AIH de cada hospital.

Tabela 11 - Valor médio de AIH faturado para o Procedimento principal Tratamento de síndrome coronariana aguda (0303060280)

Instituição	Frequência de AIH	Valor total faturado de AIH (R$)	Valor médio unitário (R$)	% diferença valor médio / valor tabela
Hospital 1	841	3.056.470,36	3.634,33	1018%
Hospital 2	63	146.080,92	2.318,74	613%
Hospital 3	56	153.799,77	2.746,42	745%
Hospital 4	100	69.175,94	691,76	113%
Hospital 5	43	59.658,64	1.387,41	327%

Fonte: Dados da pesquisa

Como se observa na Tabela 15, existem grandes disparidades entre o valor médio unitário da AIH dos hospitais analisados. Enquanto o Hospital 4 apresentou um valor médio de AIH de R$ 691,76, o Hospital 1 aparece com um valor médio de R$ 3.634,33 (cinco vezes maior). Salva as exceções relacionadas à complexidade do paciente atendido e a consequente solicitação de um número maior Procedimentos especiais (como medicamento de alto custo, exames especiais, diárias de UTI, entre outros), de forma global, pode-se inferir que os Hospitais 1, 2 e 3 possuem maior capacidade em agregar procedimentos que geram valor à AIH.

Considera-se que, quanto maior o valor médio por AIH dos hospitais, maior o seu faturamento. Esta relação diretamente proporcional, pode traduzir a complexidade dos serviços prestados, associada à maior complexidade e gravidade da condição clínica dos pacientes atendidos na instituição hospitalar.

Este achado sugere que, provavelmente, os hospitais que apresentam maior valor médio de AIH sejam produtores de procedimentos de mais elevado valor unitário e, consequentemente, mais complexos (UGÁ, 2012).

Para avaliar quais são os procedimentos especiais compatíveis de serem faturados na AIH, cujo Procedimento principal era o Tratamento de síndrome coronariana aguda, foi realizado o levantamento de todos os possíveis procedimento especiais faturados sob este código no período. Foram encontrados 121 tipos diferentes de Procedimentos especiais para este Procedimento principal, tal como foi demonstrado no item 3.7 deste estudo.

Com o objetivo de verificar qual a ocorrência de faturamento dos Procedimentos especiais para este Procedimento principal, diante do rol de 123 possibilidades compatíveis, foi levantada a produção detalhada para o “Tratamento de síndrome coronariana aguda” para os cinco hospitais analisados (Tabela 12).

Tabela 12 - Quantidade de possíveis Procedimentos especiais compatíveis com o Procedimento principal "Tratamento de síndrome coronariana aguda" e a quantidade de Procedimentos especiais faturados nos hospitais analisados

Hospital	Tratamento da Síndrome Coronariana		
	N. total de Proc Compatíveis	**N. total de Proc utilizados pela instituição**	**Média de Proc Especial/AIH**
Hospital 1	123	57	14
Hospital 2	123	47	19
Hospital 3	123	39	18
Hospital 4	123	26	10
Hospital 5	123	26	18

Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se a variação de 26 a 57 tipos de procedimentos faturados, significando diferença máxima de 119% a mais entre o segundo e o primeiro, nos hospitais analisados. Neste caso, também há uma semelhança entre os hospitais 1 e 2 e, entre os hospitais 4 e 5, ficando o hospital 3 em situação intermediária. As hipóteses se repetem - maior oferta numérica desses procedimentos nos dois primeiros e o inverso nos dois últimos, ou diferenças de protocolos seguidos, ou diferença de complexidade dos pacientes entre os dois grupos.

A média numérica de procedimentos utilizados é semelhante e maior nos hospitais 2, 3 e 5 e, semelhante e menor nos hospitais 1 e 4.

4.1.2.1 Análise comparativa com os dados de produção de hospitais de Belo Horizonte

Com o objetivo de comparar o grau de utilização de Procedimentos especiais agregados ao Procedimento principal entre os hospitais estudados e os hospitais de Belo Horizonte, levantou-se a média de dosagem de troponina, de ecocardiografia e cateterismo cardíaco por AIH e, ela, foi comparada com a média apresentada pelo município. A Tabela 13 apresenta os resultados encontrados.

Tabela 13 - Média de Procedimento especial por AIH no município de Belo Horizonte e nos hospitais analisados

Procedimento Especial	Hospitais Belo Horizonte	Hospital 1	Hospital 2	Hospital 3
	Média/AIH	Média/AIH	Média/AIH	Média/AIH
Dosagem de troponina	0,73	0,88	1,13	1,16
Ecocardiografia	0,73	0,94	0,76	0,68
Cateterismo cardíaco	0,48	0,53	0,78	0,66

Fonte: Dados da pesquisa

Em Belo Horizonte, para cada internação motivada pela síndrome coronariana aguda, são realizadas 0,73 dosagens de troponina, enquanto que no Hospital 3 são realizados 1,16 exames. A partir dos dados encontrados, pressupõe-se que os Hospitais 2 e 3 faturaram um número maior de dosagem de troponina por AIH por possuírem a porta de entrada aberta às urgências e emergências (exame necessários para fase aguda do tratamento de síndrome coronariana aguda). Por se tratar de uma unidade com porta de entrada referenciada, sugere-se que o Hospital 1 receba um número menor de pacientes para tratamento de síndrome coronariana em fase aguda e, que ainda, não receberam o primeiro atendimento de urgência em algum outro ponto da rede de atendimento e, por este motivo, apresentou uma número menor de dosagem de troponina por AIH.

Vale destacar que grande parte dos hospitais de Belo Horizonte possui porta referenciada para as demandas da população e, por este motivo, uma parcela dos atendimentos de urgência, na fase aguda dos agravos, é resolvida nas unidades de pronto atendimento, externas ao hospital.

Em relação ao cateterismo cardíaco, um dos procedimentos utilizados para diagnóstico e tratamento do infarto agudo do miocárdio, observou-se que em Belo Horizonte, foi realizado 0,48 Procedimento especial por AIH faturada, ou seja, cerca de 48 em 100 pacientes são submetidos ao exame. O Hospital 1 (localizado em Belo Horizonte) teve cerca de 53 exames para cada 100 internações, média semelhante à média apresentada pelos hospitais a capital. No Hospital 2, foram encontrados 0,78 cateterismos por AIH. Isto é, para cada 100 pacientes internados para tratamento de síndrome coronariana aguda no Hospital, 2, 78 deles foram submetidos ao cateterismo com este Procedimento principal. No Hospital 3, essa proporção foi de 66 exames em cada 100 paciente. Sob o mesmo raciocínio, a hipótese é de que o maior número de cateterismo por AIH apresentado pelos Hospitais 2 e 3, está associado à maior possibilidade de eles serem responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente vítima da síndrome coronariana aguda, visto que eles possuem porta aberta para o atendimento às

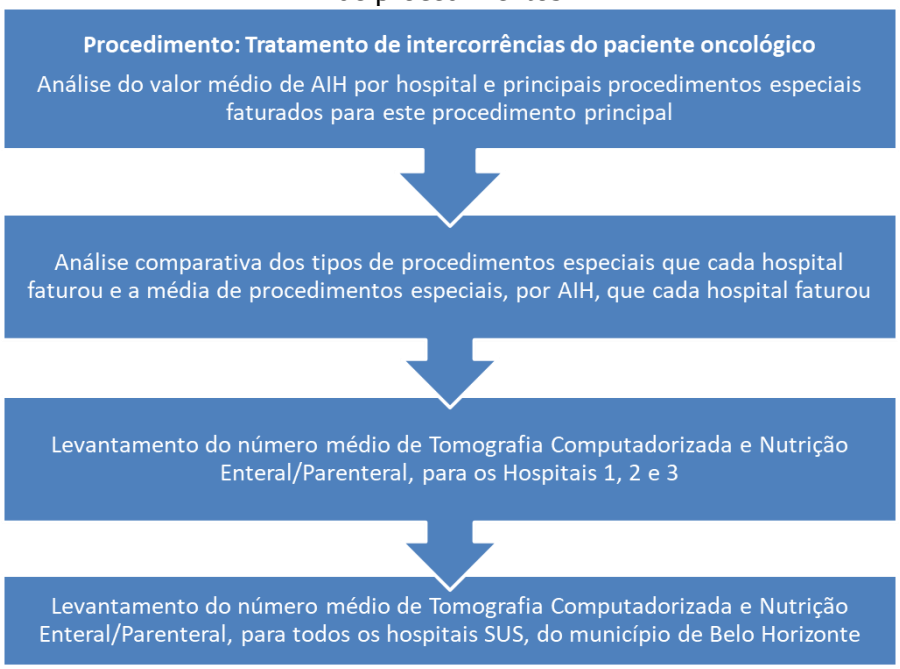
urgências. No entanto, se a cidade de Belo Horizonte oferece toda a linha de cuidado via hospitais com portas abertas e hospitais referenciados, esperava-se que as proporções fossem semelhantes. Com isso, retorna-se às hipóteses de protocolos inadequados ou superutilização, tendo por motivo a manutenção de produção do equipamento e respectivo faturamento. Neste último cenário, o processo de supervisão hospitalar estaria inadequado.

Por se tratar de hipóteses, vale ressaltar que existem vários gargalos que podem influenciar o processo de faturamento de contas nas instituições hospitalares e, consequentemente, levar ao menor número de procedimentos especiais por AIH. Conforme afirma Oliveira (2019), o processo de faturamento é complexo, longo e envolve inúmeros profissionais e, por estes motivos, requer treinamento contínuo e, a ausência desta capacitação, afeta diretamente a qualidade do registro dos procedimentos realizados para o faturamento. No entanto, essa hipótese é remota, devido ao alto custo do procedimento.

4.1.3 Análise do Procedimento principal: Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico (0304100013)

Por fim, com o objetivo de esclarecer sobre como ocorreu o processo de avaliação do Procedimento principal Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico, elaborou-se o desenho esquemático apresentado na Figura 10.

Figura 10 - Desenho esquemático do processo de seleção do elenco de procedimentos



Fonte: Elaborada pela autora

De acordo com o SIGTAP, a internação cujo Procedimento principal é Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico (0304100013). Refere-se ao tratamento clínico de paciente internado por intercorrência, em decorrência do câncer ou ao seu tratamento. Entende-se por intercorrência clínica a complicação aguda, previsível ou não, devida a neoplasia maligna ou ao seu tratamento e que necessita de internação, na modalidade hospitalar para controle da complicação. A internação destinada para este tratamento tem como remuneração básica o valor de R$ 45,43. A Tabela 14 apresenta a frequência do Procedimento principal, o valor total faturado e o valor médio de AIH de cada hospital:

Tabela 14 - Valor médio de AIH faturado para o Procedimento principal Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico (0304100013)

Instituição	Frequência de AIH	Valor Total faturado de AIH (R$)	Valor médio unitário (R$)	% diferença valor médio / valor tabela
Hospital 1	1.952	1.118.610,79	573,06	1161%
Hospital 2	150	54.583,97	363,89	701%
Hospital 3	881	448.518,11	509,10	1021%
Hospital 4	30	5.298,69	176,62	289%
Hospital 5	19	12.350,13	650,00	1331%

Fonte: Dados da pesquisa

Avaliando os dados da Tabela 18, verificou-se que o valor médio de cada AIH faturada para este Procedimento principal variou de R$ 176,00 a R$ 650,00, cerca de 269% de diferença, se comparado com o Hospital 4 e o Hospital 5. Se comparado com o valor total hospitalar da Tabela do SIGTAP, percebeu-se que é possível agregar Procedimentos especiais necessários ao diagnóstico e ao tratamento do paciente com intercorrências oncológicas, atingindo valores até 15 vezes maior, como é o caso do Hospital 5, que apresentou valor médio de AIH de R$ 650,00.

Os achados relacionados ao valor médio da AIH podem refletir algumas características do hospital. Um hospital de pequeno ou médio porte, por exemplo, para atingir um valor médio próximo ao de um hospital de grande porte, deve ter estrutura assistencial (recursos materiais e tecnológicos), bem como profissionais especializados que justifiquem o elevado custo, caso contrário, pode constituir indício de irregularidades. Diante deste contexto, se for considerado que os cinco hospitais analisados possuem a mesma capacidade para atender o paciente com intercorrência oncológica, questiona-se o motivo pelo qual o Hospital 4 apresentou um valor médio de AIH igual a R$176,62, enquanto que o Hospital 5, apresentou um valor médio de AIH igual a 650,00.

Para avaliar quais são os Procedimentos especiais compatíveis de ser faturado na AIH, cujo Procedimento principal era o Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico, foi realizado o levantamento de todos os possíveis Procedimentos especiais faturados sob este código no período. Encontrou-se 169 tipos diferentes de Procedimentos especiais para este Procedimento principal.

Com o objetivo de verificar qual a ocorrência de faturamento dos Procedimentos especiais para este Procedimento principal, diante do rol de 169 possibilidades compatíveis, foi levantada a produção detalhada para o "Tratamento de intercorrências oncológicas" para os cinco hospitais analisados (Tabela 15).

Tabela 15 - Quantidade de possíveis Procedimentos especiais compatíveis com o procedimento especial "Tratamento de Intercorrências Oncológicas" e a quantidade de Procedimentos especiais faturados nos Hospitais analisados

Hospital	**Tratamento de intercorrências oncológicas**		
	N. total de Proc Compatíveis	**N. total de Proc. utilizados pela instituição**	**Média de Proc Especial/AIH**
Hospital 1	169	95	1
Hospital 2	169	52	2
Hospital 3	169	78	2
Hospital 4	169	24	2
Hospital 5	169	25	3

Fonte: Dados da pesquisa

Verifica-se que o hospital 1 destaca-se em mais tipos de procedimentos cobrados, seguido pelo hospital 3. Os hospitais 4 e 5 utilizam menos tipos de procedimentos, ficando o Hospital 2 em posição intermediária.

As diferenças de valor médio de AIH entre o Hospital 4 e 5, chama a atenção para a possibilidade de ter havido um número maior de Procedimentos especiais agregados, o que denota maior capacidade do setor de atendimento em captar as informações necessárias para preenchimento da AIH. Por outro lado, pressupõe-se também que possa haver uma ausência de padronização no processo de supervisão de contas nos hospitais, o que levou ao superfaturamento de procedimentos que agregam valor à AIH.

4.1.3.1 Análise comparativa com os dados de produção dos hospitais de Belo Horizonte

A fim de complementar esta análise, buscou-se comparar o valor médio de Procedimentos especiais por AIH dos hospitais selecionados para analisar este Procedimento

principal e a média de Procedimentos especiais apresentada pelos hospitais de Belo Horizonte. Para tanto, foram correlacionados o número médio de tomografias e nutrição enteral faturados por AIH nos hospitais estudados e número médio faturado nos hospitais de Belo Horizonte. A Tabela 16 apresenta os resultados encontrados.

Tabela 16 - Média de Procedimento especial por AIH no município de Belo Horizonte e nos hospitais analisados

Procedimento Especial	**Hospitais Belo Horizonte**	**Hospital 1**	**Hospital 2**	**Hospital 3**
	Média/AIH	**Média/AIH**	**Média/AIH**	**Média/AIH**
Tomografia	0,53	0,10	0,11	0,08
Nutrição Enteral	0,35	0,05	0,06	0,23

Fonte: Dados da pesquisa

Observando a Tabela 16, considerou-se que no Hospital 1, 10% dos pacientes internados por complicações oncológicas são submetidos a algum tipo de tomografia e, os Hospitais 1, 2 e 3, também apresentaram uma média semelhante. Contudo, se comparado com a média de todos os hospitais de Belo Horizonte, verificou-se que foi realizado o exame de tomografia em 50% dos pacientes.

Por outro lado, tendo em vista que os Hospitais 1, 2 e 3 apresentaram uma média inferior de TC por AIH, se comparado à média de Belo Horizonte, pressupõe-se que não é ofertado a melhor definição diagnóstica para o paciente atendido, uma vez que a disponibilidade de tomógrafo e, a consequente realização de TC para o tratamento de intercorrências oncológicas, é preditiva para a uma conduta terapêutica mais adequada. Em contrapartida, é importante frisar que estes mesmos hospitais podem ter lançado mão de outros exames diagnósticos substitutos para o diagnóstico do paciente e, por este motivo, apresentar uma média de tomografias por AIH menor.

Nesta mesma linha de argumentação, a média elevada de nutrição enteral por AIH em Belo Horizonte, se comparada aos Hospitais 1, 2 e 3, pode estar relacionada ao perfil de morbidade dos pacientes. Ou seja, quanto maior a gravidade do paciente maior a necessidade de suporte nutricional.

Diante dos dados encontrados, foram levantadas as seguintes hipóteses:

a) Os hospitais de Belo Horizonte podem estar ofertando assistência em tempo adequada, portanto, investindo mais nos pacientes oncológicos;

b) Os hospitais de Belo Horizonte praticam o proposto nas normativas ministeriais de oferecer o cuidado integral aos pacientes oncológicos, incluindo os exames complementares;
c) Os hospitais avaliados não estão praticando protocolos de forma adequada. Hipótese remota, considerando o processo de controle e avaliação da capital; e
d) Os hospitais estudados estão internando pacientes fora de possibilidades terapêuticas, não exigindo investimentos em tecnologias de maior complexidade do para investigações e tratamento. Investe-se em tecnologias de melhoria da qualidade de vida.

4.2 Análise geral dos resultados encontrados

Os resultados encontrados podem ser analisados, de forma geral, conforme apresentados a seguir:

a) Se comparada a produção de AIH de diferentes instituições, é comum que existam AIH com os mesmos Procedimentos principais e diferentes valores médios sendo faturados;
b) Essa multiplicidade de possibilidades pode ser benéfica para os pacientes, no entanto, pode gerar tanto a utilização como a cobrança indevida de procedimentos, caso não haja um bom controle e avaliação por parte dos gestores contratantes;
c) A análise dos hospitais estudados demonstrou que os hospitais de Belo Horizonte utilizam menos os Procedimentos Especiais eleitos para os Procedimentos Principais de Tratamento de outras doenças bacterianas e Tratamento de síndrome coronariana aguda. Utiliza mais os procedimentos especiais eleitos em pacientes com o Procedimento principal no Tratamento de intercorrências clínicas do paciente oncológico;
d) A existência de porta aberta poderia levar à realização de mais procedimentos relacionados ao procedimento Tratamento de síndrome coronariana aguda;
e) Pode existir a utilização indevida ou não utilização de protocolos assistências, influenciando as condutas clínicas relacionadas à super ou subutilização de Procedimentos especiais;
f) Pode existir a utilização indevida de um número maior de Procedimentos especiais com a finalidade de aumentar o faturamento;

g) Podem existir processos de supervisão hospitalar diferenciados que induzem à utilização de procedimentos especiais de forma desordenada; e

h) Pode existir sub-registro de procedimentos. Hipótese remota devido ao alto custo dos procedimentos e supervisão e controle feitos pelos agentes que os realizam, que ficariam sem o devido ressarcimento.

Em relação ao levantamento da literatura, o autor afirma que essas diferenças de valores médio de AIH são, em parte, explicadas na medida em que os hospitais realizam o faturamento dos procedimentos especiais que incluem diárias de UTI, diárias de acompanhante, exame diagnóstico, permanência maior, diárias de recém-nato e procedimentos especiais de alto custo, dentre outros (GOIÁS, 2005).

Dornelles (2013, p. 9) defende ainda que o registro adequado do prontuário impacta positivamente em todo o processo assistencial e administrativo da instituição, visto que "traz segurança ao profissional de saúde, ao paciente e à instituição, denota comprometimento, credibilidade e padrão de qualidade", além de impactar na demora de resultados de exames (podendo elevar o tempo de permanência do paciente e/ou em atraso diagnóstico) e no percentual de documentos exigidos pelo SUS em função das ausências de justificativas.

Sob este mesmo olhar, Oliveira (2019) aponta que existem inúmeros gargalos entre o registro das informações no prontuário do paciente até a sua chegada ao setor de faturamento. Acrescenta ainda que, devido ao grande fluxo de pacientes nos hospitais e de registros nos prontuários que cada médico deve fazer no longo da internação do paciente, podem ocorrer falhas nas impressões, falta de material de escritório, *internet* instável, entre outros. Isso, propicia aos médicos a deixarem de registrar todos os procedimentos realizados e de imprimir e/ou assinar as evoluções diárias do paciente.

Em decorrência desta sucessão de detalhes que deixam de ser registrados, Dornelles (2013) conclui que aumentam as possibilidades de encontrar perdas consideráveis como produção não registrada, débitos não efetuados, aumento dos custos sem identificar o aumento da demanda, atraso no processamento do faturamento e perdas de inclusão nas contas de procedimentos identificados posteriores à alta.

Buzatti e Chianca (2005) também corroboram em seu estudo que divergências ao realizar os registros de exames complementares, medicamentos específicos, diárias de UTI e utilização de prótese ou órtese que foram utilizados por qualquer equipe durante a prestação do serviço, podem gerar erros nas contas hospitalares, tendo como consequência um prejuízo financeiro para a instituição.

Mauriz et al. (2011) ainda acrescentam que as evasões de receitas operacionais no faturamento podem ser causadas pela não cobrança de materiais e medicamentos utilizados, não cobrança de serviços de apoio diagnóstico ocasionado por um processo de trabalho ainda não compreendido por todos, dentre outros motivos. Compete ao setor de faturamento fazer o registro das informações relacionadas ao atendimento e aos procedimentos realizados no âmbito da internação hospitalar, utilizando-se do sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde para gerenciar tais informações.

Oliveira (2019) ressalta que, em geral, existe um profissional de nível administrativo responsável pela organização do prontuário e checagem das assinaturas dos profissionais antes de encaminhá-lo para o setor de faturamento. Via de regra, este profissional tem um prazo pré-determinado para o envio do prontuário para o faturamento, no entanto, em decorrência da extensa carga de trabalho, por vezes. este prazo não é respeitado. Além disso, as evoluções dos profissionais de saúde possuem poucos dados, são mal descritas e, muitas vezes, sem carimbo e assinatura, fazendo com que os supervisores não autorizem o faturamento de determinados procedimentos (OLIVEIRA, 2019).

Conforme descrito no Manual de Normas e Procedimentos de Auditoria, o valor médio pago a cada AIH pode variar a depender dos atendimentos prestados. Goiás (2005) pontua que, o valor médio da AIH é importante para se avaliar a característica da rede hospitalar. Um hospital de pequeno ou médio porte, por exemplo, para chegar a possuir um valor médio por AIH próximo ao de um hospital de grande porte, deve ter condições técnico-operacionais de atendimento que justifiquem este elevado custo.

Em relação ao setor de faturamento, acredita-se que a implantação de uma política interna à instituição de indução ao melhor aproveitamento da AIH, direcionada para as equipes assistenciais e faturistas, responsáveis por gerar e processar estas informações, até que elas se transformem em recurso financeiro e informações assistenciais para melhoria das atividades gerenciais do hospital, seja benéfica.

Os dados encontrados no SIH, dispostos no longo da análise, tratam-se de um compilado de informações produzidas pelo setor de faturamento e, considerando que eles refletem a produção realizada pelo hospital, são de fundamental importância para a verificação de pontos de estrangulamento, como a detecção de desperdícios e a correção de procedimentos que prejudiquem as ações e os serviços de saúde, os quais são voltados à melhoria de vida da população (CINTRA et al., 2013). Segundo o SIGTAP, os valores de remuneração variam conforme a especialidade, complexidade e tempo de permanência mínimo previsto para a internação, sendo possível constatar variações financeiras expressivas

entre as diferentes especialidades médicas dentro da própria Tabela. Para os procedimentos que agregam inovações tecnológicas de equipamentos e de materiais, em geral, a remuneração é maior que aqueles que exigem maior investimento em cuidado/atenção profissional, o que aponta, na Tabela SIH, para maior valorização do recurso material/equipamentos em detrimento do recurso humano (MENDES, 2011).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu alcançar o objetivo proposto de identificar a influência dos Procedimentos especiais no valor médio da AIH faturada nos hospitais avaliados, a partir da avaliação da constatação da diversidade de tipos e quantidade de procedimentos faturados para um mesmo Procedimento principal.

Observou-se que a internação destinada ao tratamento de determinado agravo em um hospital pode apresentar em sua AIH diferentes tipos e quantidades de Procedimentos especiais agregados, quando comparado a outro hospital, mesmo que possuindo igual disponibilidade de recursos tecnológicos e o perfil de morbidade semelhante. A diferença do valor médio entre às AIHs faturadas para o mesmo Procedimento principal, pode ser atribuída aos diferentes tipos e quantidades de Procedimentos especiais agregados.

Os resultados encontrados demonstram que os hospitais que apresentam características semelhantes, no que concerne ao seu perfil assistencial, não necessariamente apresentam valores médios de AIH e número de Procedimentos especiais por AIH.

Os dados obtidos revelam que os hospitais que apresentam maior valor médio de AIH podem estar associados à pacientes de maior gravidade e que, naturalmente, requerem um número maior de exames de alta complexidade, diárias de UTI, entre outros Procedimentos especiais. Podem, também, estar associados à procedimentos realizados sem indicação clínica ou processo de supervisão e regulação frágeis.

Para hospitais que apresentam menor valor médio de AIH, este estudo aponta que podem estar relacionados à ausência ou aplicação inadequada de protocolos ou a um processo de faturamento de contas fragilizado e, ainda, a problemas no processo de registro no prontuário do paciente por parte dos profissionais da saúde. Para que haja fluidez das informações das equipes multiprofissionais, facilitando a captação de informações relacionadas à internação do paciente, é importante que o setor de faturamento esteja em constante aperfeiçoamento de seu processo de trabalho.

Considera-se que é importante a padronização dos processos que envolvem o faturamento das AIHs, com vistas a diminuir a possibilidade de perda de dados, baixa de qualidade das informações produzidas e evitar o subfaturamento ou não faturamento de procedimentos, visto que os hospitais analisados apresentaram discrepâncias em relação à frequência de Procedimentos especiais faturados.

Para se evitar perdas e cobranças indevidas, é fundamental que os profissionais de saúde executantes de procedimentos realizados por intermédio do SUS tenham conhecimento do funcionamento e das regras do processo de faturamento.

Ademais, a possibilidade de subfaturamento da AIH, apresentada nos dados encontrados, pode estar associada à inexistência de equipamentos de suporte e apoio diagnóstico e a menor complexidade e morbidade dos pacientes.

Do ponto de vista gerencial e com base na literatura, constatou-se que, embora a agregação dos procedimentos especiais possíveis de serem faturados ao Procedimento principal possam otimizar o faturamento hospitalar, os achados deste estudo confirmam a necessidade de superar o modelo de remuneração por procedimentos, estabelecido na década de 1980 e vigente até os dias atuais, sabidamente indutores de uma produção fragmentada e pouco eficiente do cuidado. Uma vez que as hipóteses levantadas deixam claro que o modelo de remuneração predominante nos dias de hojes (*fee-for-service*) tende a desencadear efeitos negativos, como a realização de procedimentos desnecessários e, até fraudes, em seus registros, além de não contribuir para a qualificação da assistência.

A primeira limitação do estudo prende-se à fonte das informações levantadas, tendo em vista que o SIH é um banco de dados secundários, passível de erros provenientes do preenchimento incompleto ou incorreto e sofre diversas alterações (conforme definições de políticas de saúde e dinâmicas da assistência), embora proporcione rica fonte de dados facilmente acessível para análises epidemiológicas. Em que pese o fato de o banco de dados utilizado apresentar limitações inerentes ao de ser um banco administrativo, tem a grande vantagem de se encontrar amplamente difundido e disponibilizado no país.

A segunda limitação, está no fato de que, embora os hospitais possuam características semelhantes, podem existir singularidades em relação à capacidade instalada, podendo influenciar nos resultados encontrados. Outro ponto a ser considerado, relaciona-se com os dados trabalhados neste estudo, ao privilegiar somente as AIH’s que foram efetivamente faturadas, em virtude da internação. Ou seja, as internações e os procedimentos que foram produzidos e cujas AIHs não foram aprovadas por algum motivo, não entraram no cômputo dos Procedimentos principais e Procedimentos especiais realizados.

No intuito de demonstrar isenção quanto às questões suscitadas no longo do estudo, é importante salientar que as análises discutidas em torno dos resultados encontrados se tratam de hipóteses, baseadas na literatura e nos dados encontrados que podem, não necessariamente, se aplicar àquele determinado hospital e procedimento.

Contudo, ressalta-se que, conforme os resultados encontrados, o maior ou menor valor de remuneração das AIH com o mesmo Procedimento especial não está diretamente relacionado somente ou intensamente à eficiência do setor de faturamento, tendo em vista as diversas hipóteses discutidas no estudo.

O estudo traz a constatação de que ainda é complexo o manejo do SIGTAP sob o ponto de vista de seu conhecimento pelos operantes do faturamento hospitalar. Corroborou também o verificado na literatura sobre o potencial de distorções do modelo de financiamento baseado na produção. Assim, considerou-se que o modelo de financiamento da atenção deve migrar para um formato que valorize processos e resultados da atenção hospitalar, tendo, preferencialmente como base, a população definida e os resultados obtidos sobre a sua saúde.

Diante dos resultados encontrados e da análise feita, recomenda-se que sejam realizados novos estudos para o aprofundamento da avaliação dos demais fatores que impactam no faturamento da AIH. É necessário também o aprofundamento em novos estudos que avaliem o impacto gerado pelo modelo de remuneração dos hospitais ao registro e preenchimentos das AIH's.

Por fim, espera-se que as reflexões desta dissertação possam contribuir para a implementação de melhores práticas gerenciais e assistenciais para cobrança de procedimentos SUS, para qualificação da assistência e para o planejamento de políticas públicas de saúde.

REFERÊNCIAS

ACURCIO, F. A.; SANTOS, M. A.; FERREIRA, S. M. G. O planejamento local de serviços de saúde. In: MENDES, E. V. **A organização da saúde no nível local.** São Paulo: HUCITEC, 1998. Cap. 4, p. 111-132.

AGUIAR, S. R. S. Uma análise sobre o processo de aprovação das emendas parlamentares no Ministério da Saúde. Brasília – DF 2016. Disponível em: <https://bdm.unb.br/bitstream/10483/14345/1/2016_SamanthadaRochaSouzaAguiar.pdf>. Acesso em: 29 mai 2020.

ALEMÃO, M. M. **Financiamento do SUS paralelo aos gastos na FUNDAÇÃO Hospitalar do Estado de Minas Gerais:** um estudo de caso compreensivo fundamentado na base de conhecimento gerada com a meta informação custo. 2012. 193f. Dissertação (Mestrado em Administração) – CEPEAD/UFMG, Belo Horizonte, MG, 2012. Disponível em: < https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-96CG8L/1/disserta__o___arquivo_final.pdf >. Acesso em: 20 maio 2019.

ALVES-MAZZOTTI, A. J; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais:** pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Thomson, 1999.

AMARAL, N. C. PEC 241/55: a “morte” do pne (2014-2024) e o poder de diminuição dos recursos educacionais. **Revista Brasileira de Política e Administração da Educação**, v. 32, n. 3, p. 53-673, 2016. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/rbpae/article/view/70262 Acesso em: 02 mar 2020.

AMORIM, A. L. G. **Descentralização e regionalização na assistência à saúde**: um estudo da Programação Pactuada Integrada de Minas Gerais. 2007. 60f. Monografia (Graduação em Administração Pública) - Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2007. Disponível em: < http://novosite.fjp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2020/01/VII-Andr%C3%A9-Luiz-Guimar%C3%A3es-Amorim.pdf >. Acesso em: Acesso em: 03 jul. 2019.

ANDRADE, M. V. et al. **Desafios do sistema de saúde brasileiro**. Brasília: IPEA, 2019. <Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8468/3/DesafiosSist.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2019.

ANDREAZZI, M. F. S. **Formas de remuneração de serviços de saúde**. Brasília: IPEA, 2003. (Textos para discussão, 1006) Disponível em: <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogo06/Biblioteca/Artigos_pdf/Formas%20de%20remuneracao%20nos%20servicos%20de%20saude.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2019.

ARAÚJO, E. C. Em busca da eficiência: o SUS na encruzilhada. Monitor da Saúde, v.12, n. 0, p. 1, out. 2018. Disponível em: <http://monitordesaude.blogspot.com/2018/10/em-busca-da-eficiencia-o-sus-na.html>. Acesso em: 25 nov. 2019.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2011.

BAPTISTA, T. W. F. et al. As emendas parlamentares no orçamento federal da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 12, p. 2267-2279, dez. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001400006>. Acesso em 02 jun. 2020.

BRASIL. Confederação Nacional dos Municípios. **Mudanças no financiamento da saúde**. Brasília: CNM, 2018a. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Mudan%C3%A7as-no-Financiamento-da-Sa%C3%BAde.pdf Acesso em: 07 mar 202

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde. Brasília: CONASS, 2015. (Coleção Para entender a gestão do SUS).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. **O financiamento da saúde**. Brasília: CONASS, 2011. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, 2011, v. 2). Disponível em: < http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_2.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2019.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. **Guia de apoio à gestão estadual do SUS.** 2019a. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/valores-de-remuneracao-do-contrato/>. Acesso em: 20 jun. 2019

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003b. Disponível em: <www.conass.org.br/pdfs/gestao.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Financiamento público de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS. Eixo 1, v. 1).

_____. Ministério da Saúde. **Gestão financeira do Sistema Único de Saúde:** manual básico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. Disponível em: <http://www.fns2.saude.gov.br/documentos/Publicacoes/Manual_Gestao_Fin_SUS.pdf>. Acesso em: 30 maio 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.663, de 11 de outubro de 2017.** Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para redefinir os critérios para o repasse do Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas – IAE-PI, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. 2017f. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2663_16_10_2017.html>. Acesso em 05 maio de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.168, de 23 de novembro de 2017.** Estabelece o remanejamento de recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) para o Limite Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar dos Estados e Municípios, destinados ao custeio do Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde – INTEGRASUS. 2017h. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3168_30_11_2017.html>. Acesso em 27 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 142, de 27 de janeiro de 2014.** Disponível:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0142_27_01_2014.html> Acesso em 13 jan. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n. 6.** Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. 2017b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-6-Financiamento.html>. Acesso em 25 maio de 2019

_____. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n. 1, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. 2017c. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/8_Portaria_de_Consolidacao_n_1_2017_Participacao_Complementar_da_Iniciativa_Privada_COSEMS.pdf>. Acesso em: 05 maio de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n. 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. 2017d. Acesso em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html>. Acesso em: 25 ago. de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n. 5, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. 2017e. Disponível em: <http://www.prosangue.sp.gov.br/uploads/legislacao/Portaria5.pdf >. Acesso em: 03 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 1.097, de 22 de maio de 2006**. Define o processo de PPI da Assistência à Saúde seja um processo instituído no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1097_22_05_2006_comp.html>. Acesso em: 03 jun. 2019.

_____ Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html>. Acesso em: 10 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_ atencao_saude_sas.pdf. Acesso em 20 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde **Sistema de informação Hospitalar:** manual técnico operacional do Sistema. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/auditoria/manuais/manual_sih_janeiro_2017.pdf?attach=true >.Acesso em: 21 maio 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar**. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação-Geral de Sistemas de Informação. **Manual técnico operacional do sistema de informação hospitalar: orientações técnicas**. 2017g. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/auditoria/manuais/manual_sih_janeiro_2017.pdf?attach=true >. Acesso em: 13 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. **Manual técnico operacional do sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos e OPM do SUS - SIGTAP.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (v. 1). Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal /arquivos/pdf/Manual_Operacional_SIGTAP-WEB_08_08.pdf.>. Acesso em: 28 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 03 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.992, de 28 de dezembro de 2017.** Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. 2017a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html >. Acesso em: 23 abr, 2019.

_____. Ministério da Saúde**. Portaria n. 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo- se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). 2013a. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>. Acesso em: 10 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 604, de 24 de abril de 2001**. 2001. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0604_24_04_2001.html>. Acesso em: 12 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 321, de 8 de fevereiro de 2007.** Institui a Tabela de Procedimentos, Medicamentos Órteses/Próteses e Materiais Especiais – OPM do Sistema Único de Saúde – SUS. 2007. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0321_08_02_2007_comp.html>. Acesso em: 20 abr. 2019.

_____. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 20 maio de 2019.

_____. Presidência da República**. Lei n. 8.080. de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm >. Acesso em 20 abr. 2019.

_____. Presidência da República. **Lei n. 13.808, de 15 de janeiro de 2019**. Estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro de 2019. 2019b. Disponível em: <>. Acesso em: 20 maio 2019.

_____. Secretaria do Tesouro Nacional. **Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil**. [Brasília]: Tesouro Nacional, 2018b. Disponível em: <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/documents/10180/318974/AspectosFiscaisSa%C3%BAde2018/a7203af9-2830-4ecb-bbb9-4b04c45287b4:. Acesso em: 17 dez. 2019.

BREMM, F. S. **Faturamento hospitalar:** um estudo envolvendo o fluxo do prontuário. 2018. Disponível em: < https://biblioteca.unilasalle.edu.br/docs_online/tcc/pos_graduacao/mba_gestao_em_saude/2018/fsbremm.pdf >. Acesso em: 15 dez. 2019.

BRITO, M. F; FERREIRA, L. N. A importância da auditoria interna hospitalar na gestão estratégia dos custos hospitalares. Brasília: Universidade Católica de Brasília, 2006. Disponível em: <http://files.ceaaf.webnode.com.br/200000070-87b1687f6d/Auditorias%20Hospitalares.pdf>. Acesso em: 07 mar 2020.

BUZATTI, C. V.; CHIANCA, T. C**.** Auditoria em enfermagem: erros e custos envolvidos nas anotações. **Rev. Nursing,** Barueri, v. 90, n. 8, p. 46-50, 2005.

CARVALHO, D. M. Grandes sistemas nacionais de informação em saúde: revisão e discussão da situação atual. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, n. 7, p. 7-46, 1997.

CARVALHO, D. M. T. Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. Revista **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 879-892, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400010&lang=pt>. Acesso em: 25 abr. 2019.

CINTRA, R. F. et al. A informação do setor de faturamento como suporte à tomada de decisão: um estudo de caso no Hospital Universitário da UFGD. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 3043-3053, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013001000029&script=sci_abstract&tlng=pt. . Acesso em: 01 maio 2019.

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil:** políticas e organizações de serviços. São Paulo: Cortez, 1996. Disponível em: < https://www.mg.gov.br/sites/default/files/transicao-governamental/Sistema%20Operacional%20de%20Sa%C3%BAde/Documento%20de%20Transi%C3%A7%C3%A3o%20-%20SES.pdf >. Acesso em: 13 jan. 2020

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DORNELLES, R. M. S. **Proposta de qualificação dos processos administrativos relativos ao faturamento hospitalar. Porto Alegre:** Grupo Hospitalar Conceição Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde/FIOCRUZ, 2013. Disponível em: <coleciona-sus.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=769>. Acesso em: 10 jun. 2019.

EVANGELISTA, P. A.; BARRETO, S. M.; GUERRA, H. L. Central de regulação de leitos do SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: avaliação de seu papel pelo estudo das internações por doenças isquêmicas do coração. **Cad. Saúde Pública [online],** v. 24, n. 4, P. 767-776, 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000400006&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 20 maio 2019.

FERNANDO, F. L. et al. Auditoria interna como instrumento de avaliação e controle do faturamento e da gestão financeira: um estudo de caso no Hospital de Clínicas de Uberlândia. Convenção de Contabilidade do Rio Grande do Sul, 12., 2009. Uberlândia. **Anais...** 2009

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009

FONSECA, A. S. A reorientação da assistência à saúde no âmbito da Previdência Social: ajuda para melhorar-se a enfermagem que é oferecida no País. **Rev. Bras. Enferm.,** Brasília, v. 35, n. 3/4, jul./dez. 1982. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671982000400001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 fev. 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ. **A saúde no Brasil em 2030**: Prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. (v. 4, p. 135-168). Disponível em: <http://books.scielo.org/id/z9374/pdf/noronha-9788581100180.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2020.

GIOVANELLA, L. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018. Acesso em 04 maio 2020.

GOIÁS. Secretaria de Estado de Saúde de Goiás. Superintendência de Controle e Avaliação Técnica de Saúde de Goiás. **Manual de normas e procedimentos de auditoria da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.** Goiânia: SES/SCATS, 2005. Disponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_414_manualdeauditoria.pdf>. Acesso em: 24 maio de 2019.

GONÇALVES, M. A.; FERREIRA, B. P.; ALEMÃO, M. M. Risco operacional no setor saúde: financiamento pelo SUS paralelo aos gastos na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. **Revista Gestão & Tecnologia**, Pedro Leopoldo, v. 14, n. 1, p. 126-150, 2014. Disponível: <http://revistagt.fpl.edu.br/get/article/view/532>. Acesso em: 29 abr. 2019.

JONES, R. Hospital bed occupancy demystified. **BJHCM**, v. 17, n. 6, p. 242-248, 2011. Disponível em: < https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjhc.2011.17.6.242>. Acesso em: 11 mar. 2020.

KOS, S. R. et al. Repasse do SUS vs custo dos procedimentos hospitalares: é possível cobrir os custos com o repasse do SUS? In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, 22. 2015. Campo Grande. **Anais...** 2015. Disponível em: <https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/viewFile/4026/4027>. Acesso em: 26 abr. 2019.

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

LEVCOVITZ, E.; LIMA; L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online]. v. 6, n. 2, p.269-291, 2001.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A***. Pesquisa em educação***: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing**: edição compacta. São Paulo: Atlas, 1996.

MATHIAS, D. **Proposta de um roteiro para auxiliar o gestor no processo de monitoramento do faturamento nos setores de urgência/emergência e internação hospitalar no Sistema Único de Saúde.** 2016. 134f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Saúde) - Universidade Nove de Julho, São Paulo, SP, 2016. Disponível em: < https://bibliotecatede.uninove.br/bitstream/tede/1550/2/Denise%20Mathias.pdf >. Acesso em: 12 abr. 2019.

MAURIZ, C. et. al. Faturamento hospitalar: um passo a mais. **Revista Inova Ação**, Teresina, v. 1, n.1, p. 38-44, 2011. Disponível em: <http://www4.fsanet.com.br/revista/index.php/inovaacao/article/view/479> . Acesso em: 28 maio 2019.

MELO, B. A. L. Proposta de padronização do faturamento das internações nos seis grandes hospitais de gestão direta do estado de Pernambuco. CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 9., 2016. Brasília. **Anais...** 2016. Disponível em: <http://consad.org.br/wp-content/uploads/2016/06/Painel-37-01.pdf>. Acesso em: 11 maio 2019.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. Acesso: 12 nov. 2019.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965>. Acesso em: 10 out. 2019.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. **Transição de governo**: Relatório setoriais. Belo Horizonte: ESP, 2018. Disponível em: <https://www.mg.gov.br/sites/default/files/transicao-governamental/Sistema%20Operacional%20de%20Sa%C3%BAde/Documento%20de%20Transi%C3%A7%C3%A3o%20-%20ESPMG.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2019.

MINAS, R. P.; MADUREIRA, M.; GONÇALVES, I. M. A programação assistencial de saúde em Minas Gerais: relato de experiência. **Revista de Saúde Pública do SUS/MG**: v.2, n. 1, p. 83-94, 2014. Disponível em: <http://revistageraissaude.mg.gov.br/index.php/gerais41/article/view/294/145>. Acesso em: 07 jun. 2019.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOREIRA, L. C. O.; TAMAKI, E. M. A programação pactuada e integrada como instrumento de garantia da integralidade da atenção à saúde no SUS. **Interações**, Campo Grande, v. 18, n. 4, p. 99-108, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1518-70122017000400099&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05 jun. 2019.

OLIVEIRA, V. F. **Faturamento hospitalar**: identificação dos pontos de melhoria para a otimização dos processos. 2019. 29f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão Pública na Área de Saúde) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/30929>. Acesso em: 06 fev. 2020.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE - OPAS. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasília: IRIS, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663> Acesso em: 07 mar. 2020.

PAIM, J. et. al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, p. 11-31, 2011. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf> . Acesso em: 10 jun. 2019.

PANITZ, L. M. **Registro eletrônico de saúde e produção de informações da atenção à saúde no SUS**. 2014. 179f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas de Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, 2014. Disponível em: http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-744971. Acesso em: 30 abr. 2019.

PEITER, C. C. et al. Redes de atenção à saúde: tendências de produção de conhecimento no Brasil. Esc. Anna Nery, v. 23, n. 1, p. 1-10, 2019. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ean/v23n1/pt_1414-8145-ean-23-01-e20180214.pdf>. Acesso em 04 jan. 2020.

PIOLA, S. F. et al. **Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde**. A saúde no Brasil em 2030: estrutura do financiamento e do gasto setorial. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea, 2013. Disponível em: < http://books.scielo.org/id/z9374/pdf/noronha-9788581100180-03.pdf >. Acesso em: 12 jun. 2019.

REIS, D.O.; ARAÚJO, E. C.; CECÍLIO, L. C. O. **Políticas públicas de saúde:** Sistema Único de Saúde. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2011. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade04/unidade04.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2019.

RIBEIRO, J.M. Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 771-782, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jan. 2020.

RODRIGUES FILHO, J. Método de pagamento hospitalar no Brasil. **Revista de Administração Pública – RAP**, v. 24, n. 4, p. 78-86, 1990. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/9018>. Acesso em: 13 fev. 2020.

ROSSI, P; DWECK, E. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, p. 2-5, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001200501&lng=en&nrm=iso>. Acesso em. 04 fev. 2020.

SALU, E. J. **Modelo GFACH gestão em faturamento, auditoria de contas e administração comercial hospitalar.** São Paulo: 2019.

SANTOS, A. C. **Sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde:** documentação do sistema para auxiliar o uso das suas informações. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2372/1/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Santos_Andr%C3%A9ia_Cristina.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2019.

SANTOS, M. A. B.; SERVO, L. M. A provisão dos serviços e ações do SUS: participação de agentes públicos e privados e formas de produção/remuneração dos serviços. In: Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016. p. 205-206. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financiamento.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2019

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.187 – 192, 2000.

SILVA, L.C.P. et. al. O faturamento hospitalar: quem cuida conhece? **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 15, n. 60, 2013. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/141429>. Acesso em: 03 maio 2019.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4. ed. Florianópolis: UFSC, 2005.

TAKAHASHI, A. C. D. **Análise do modelo de remuneração hospitalar no mercado de saúde.** 2016. 102f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, SP, 2011.

TEIXEIRA, G. M. **O papel da auditoria de contas na gestão hospitalar, Belo Horizonte**. 2019. 17f. (Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão Pública em Saúde) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2019. Disponível em: <Acesso em: http://hdl.handle.net/1843/32119>. 06 fev. 2020.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

UGÁ, M. A. D. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde: a experiência internacional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3437-3475, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012001200028&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 30 maio 2019.

UGÁ, M. A. D; LIMA, S. M. L. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços a saúde. In: FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030**: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. (v. 4, p. 135-168). Disponível em: <http://books.scielo.org/id/z9374/pdf/noronha-9788581100180-05.pdf>. Acesso em: 30 maio 2019.

VERAS, C.M.T.; MARTINS, M.S. A Confiabilidade dos Dados nos Formulários de Autorização de Internação Hospitalar (AIH). **Cad. Saúde Públic**, v. 10, n. 3, p. 339-355, jul./set. 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v10n3/v10n3a14.pdf>. Acesso em: 29 maio 2019.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no brasil. **Nota Técnica**, Brasília, n. 28, p.1-25, 2016. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7270/1/NT_n28_Disoc.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2020.

ANEXO A – Relação de hospitais em Minas Gerais

Tabela 17 – Relação de hospitais que faturaram os três procedimentos principais selecionados em Minas Gerais - 2018

Cnes	Hospital	Tratamento de outras doenças bacterianas (303010037).	Tratamento de síndrome coronariana aguda (303060280)	Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico (304100013)	Total
27014	Santa Casa de Belo Horizonte	1.057	841	1.952	3.850
27049	Hosp. das Clinicas da Univ. Fed. de Minas Gerais Ebserh	758	116	1.228	2.102
2200457	Associação Mario Penna	513	4	1.306	1.823
2205440	Hospital Marcio Cunha	624	151	628	1.403
7866801	Hospital Metropolitano Doutor Celio de Castro Hmdcc	1.327	43	19	1.389
26840	Complexo Hospitalar São Francisco	441	295	420	1.156
2127989	Hospital das Clinicas Samuel Libânio Pouso Alegre	936	123	26	1.085
2192896	Hospital Metropolitano Odilon Bherens Hob	862	101	77	1.040
2159252	Hospital São João de Deus	92	56	881	1.029
2206595	Hospital de Clinicas da UFTM	532	132	305	969
27863	Hospital Risoleta Tolentino Neves	680	118	169	967
2146355	Hospital de Clinicas de Uberlândia	658	63	150	871
26964	Hospital Alberto Cavalcanti	152	79	597	828
2764814	Casa de Caridade de São Lourenco	676	20	3	699
2775999	Santa Casa de Misericórdia de Passos	450	226	6	682
2126494	Hospital Público Regional Prefeito Osvaldo Rezende Franco	563	16	78	657
26859	Hospital Felício Rocho	53	4	556	613
2153114	Fundação Instituto Clinico Juiz De Fora	18	562	24	604
27022	Hospital Julia Kubitschek	273	69	230	572
2760843	Hospital São Joao Batista	385	182	3	570
2222043	Hospital Municipal	423	100	30	553

Fonte: SIH/DATASUS (2018)

Tabela 18 - Frequência de faturamento dos três procedimentos principais selecionados, por hospital, em MG – ano 2018

Cnes	Hospital	Tratamento de outras doenças bacterianas (303010037).	Tratamento de síndrome coronariana aguda (303060280)	Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico (304100013)	Total
2118661	Hospital Bom Samaritano	45	475	23	543
2193310	Hospital Municipal de Ipatinga	460	54	4	518
6601804	Hospital e Maternidade Municipal Dr Odelmo Leão Carneiro	494	2	4	500
2208857	Hospital Escola Aisi Itajuba	365	91	2	458
4034236	Hospital Universitário Ciências Médicas	225	212	1	438
2200473	Hospital Municipal de Contagem	356	38	5	399
2098911	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Cataguases	263	80	51	394
2098938	Hospital Ibiapaba Cebams	102	249	42	393
2149990	Hospital Santa Casa de Montes Claros	96	61	229	386
2135132	Santa Casa de Caridade	171	119	83	373
2127881	Hospital e Matern Sao Lucas de Extrema	338	19	1	358
2206528	Hospital Nossa Senhora das Gracas	181	120	36	337
2135930	Hospital Municipal Geraldo Ferreira Gandra	320	6	7	333
2206382	Hospital Arnaldo Gavazza Filho	113	205	9	327
2139049	Hefa	304	4	3	311
2153882	Santa Casa De Misericórdia De Juiz De Fora	73	214	9	296
2185563	Hospital Nossa Senhora Dos Anjos	264	11	9	284
2132877	Hospital São Carlos	227	13	2	242
2109867	Hospital Municipal Monsenhor Flavio Damato	235	4	2	241
4042085	Casa de Caridade de Muriaé Hospital São Paulo	84	150	2	236
2776006	Santa Casa de Misericórdia De Piumhi	137	75	22	234
2140098	Unidade Mista Municipal Dr Bricio De Castro Dourado	229	1	1	231

(Continua...)

Fonte: SIH/DATASUS (2018)

Tabela 18 - Frequência de faturamento dos três procedimentos principais selecionados, por hospital, em MG – ano 2018

Cnes	Hospital	Tratamento de outras doenças bacterianas (303010037).	Tratamento de síndrome coronariana aguda (303060280)	Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico (304100013)	Total
2764776	Casa De Caridade De Carangola	145	59	1	205
2112175	Hospital Vaz Monteiro	159	41	1	201
2145685	Hospital E Maternidade Renascer	197	2	2	201
2218690	Hospital Municipal Carlos Chagas	151	37	10	198
2178559	Hospital Santo Antonio	65	115	12	192
2796449	Santa Casa De Misericordia De Guaxupe	134	51	6	191
2200902	Hospital Sao Jose	14	113	60	187
2196972	Hospital Sao Lucas	140	10	34	184
2144026	Santa Casa De Misericordia De Santo Antonio Do Monte	167	7	7	181
2219646	Hospital Dilson Godinho	22	93	58	173
2208172	Hospital Santa Rosalia	136	35	1	172
6892256	Hospital E Maternidade Regional De Ibirite	144	22	6	172
2119404	Hospital E Maternidade Nossa Senhora Das Gracas	167	3	1	171
2164620	Santa Casa De Misericordia	123	14	32	169
2114763	Hospital Padre Julio Maria	63	100	2	165
2119528	Hospital Dr Moises Magalhaes Freire	159	2	2	163
2140217	Hospital e Maternidade Vital Brazil	146	10	2	158
2111640	Hospital Nossa Senhora das Dores	56	9	88	153
3170527	Uai Martins Dr Joao Fernandes de Oliveira	62	56	32	150
2145960	Santa Casa de Misericórdia de Araguari	139	6	2	147
2215586	Hospital Nossa Senhora das Dores	79	57	6	142
2163829	Ouro Preto Santa Casa de Ouro Preto	120	20	1	141

(Continua...)

Fonte: SIH/DATASUS (2018)

Tabela 18 - Frequência de faturamento dos três procedimentos principais selecionados, por hospital, em MG – ano 2018

Cnes	Hospital	Tratamento de outras doenças bacterianas (303010037).	Tratamento de síndrome coronariana aguda (303060280)	Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico (304100013)	Total
2208156	HPS Dr Mozart Geraldo Teixeira	98	26	13	137
2127911	Casa de Caridade de Ouro Fino	84	50	2	136
2144298	Hospital São Judas Tadeu de Oliveira	88	40	6	134
2099454	Hospital São Sebastião	76	53	3	132
2152967	Uai Tibery Anice Dib Jatene	68	35	26	129
2111624	Hospital Regional João Penido	123	1	4	128
2760886	Hospital São Jose de Bicas	86	37	4	127
2153009	Uai Planalto Dr. Tubal Vilela da Silva	53	53	18	124
2117037	Nova Lima Hospital Nossa Senhora de Lourdes	75	28	15	118
2204622	Hospital Municipal De Januária	105	1	9	115
2205998	Hospital Funrural	108	1	2	111
2153017	UAI Luizote Dr. Domingos Pimentel de Ulhoa	46	28	32	106
2726726	Hospital Regional Antônio Dias	104	1	1	106
2142376	Hospital São Luiz de Formiga	92	7	6	105
2168731	Hospital Nossa Senhora do Carmo	76	27	1	104
2192020	Santa Casa de Campo Belo	34	56	14	104
3698548	Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo	95	1	3	99
2105780	Hospital Manoel Goncalves	69	26	3	98
2709848	Hospital Margarida	72	22	4	98
2775956	Santa Casa de Andradas	80	2	11	93
2098326	Hospital e Maternidade São José	65	24	1	90
5844843	Fundação Hospitalar Municipal João Henrique	79	3	2	84

(Continua...)

Fonte: SIH/DATASUS (2018)

Tabela 18 - Frequência de faturamento dos três procedimentos principais selecionados, por hospital, em MG – ano 2018

Cnes	Hospital	Tratamento de outras doenças bacterianas (303010037).	Tratamento de síndrome coronariana aguda (303060280)	Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico (304100013)	Total
2171945	Santa Casa de Alfenas	53	28	2	83
2117312	Caeté Santa Casa de Caeté	59	20	3	82
2117568	Hospital Cassiano Campolina	39	41	2	82
2756676	Hospital São Camilo	44	25	13	82
2111659	Santa Casa de Misericórdia de Lavras	61	13	7	81
2218798	Hospital Universitário da Univ. Federal de Juiz de Fora	63	11	6	80
2760924	Hospital Municipal Dr. Joaquim Brochado	39	13	27	79
2115654	Casa de Saúde Santa Izabel Cssi	51	19	8	78
2123061	Instituto Nossa Senhora do Carmo	64	5	6	75
2152940	UAI Pampulha Unidade de Atendimento Integrado Irmã Dulce	50	13	12	75
2118513	Hospital Nossa Senhora Auxiliadora	67	2	3	72
2761106	Hospital Conego Monte Raso	15	47	10	72
2152959	Uai Roosevelt Dr. Josias de Freitas	50	7	14	71
2099438	Hospital São João Batista	60	2	8	70
2148293	Hospital Imaculada Conceição	46	10	14	70
2122677	Hospital São Salvador	31	33	3	67
2127687	Santa Casa de Misericórdia de Itajubá	63	3	1	67
2100754	Hospital Municipal de Paracatu	50	11	5	66
2168707	Hosp. Santa Casa de Bom Despacho	43	20	3	66
2172259	Hospital Bom Jesus	55	5	6	66
2761467	Hospital Antônio Alves da Costa	43	21	2	66
2143801	Hospital São José de Nova Serrana	59	3	3	65

(Continua...)

Fonte: SIH/DATASUS (2018)

Tabela 18 - Frequência de faturamento dos três procedimentos principais selecionados, por hospital, em MG – ano 2018

Cnes	Hospital	Tratamento de outras doenças bacterianas (303010037).	Tratamento de síndrome coronariana aguda (303060280)	Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico (304100013)	Total
2219662	Hospital Prontosocor	42	21	1	64
2101777	Hospital Municipal Antônio Carneiro Valadares	48	2	13	63
2760436	Instituto São Vicente de Paulo	43	15	1	59
2119471	Hospital Municipal de Bocaiuva	53	1	3	57
2761149	Hospital De Carmo de Minas	50	4	3	57
2168553	Hospital São Sebastião de Raul Soares	22	30	3	55
2126796	Hospital São Vicente de Paulo de Abaete	51	2	1	54
2760916	Hospital João Paulo II	51	1	2	54
2796112	Hospital São Francisco	25	27	2	54
3032191	UAI Morumbi	38	5	11	54
2184834	Hospital Bom Samaritano	45	1	5	51
2796589	Hospital Municipal Bom Jardim Minas	39	4	7	50
2102587	Hospital São José São Camilo	19	26	3	48
2796775	Santa Casa de Misericórdia de Mar de Espanha	8	32	5	45
2098407	Hospital Municipal Santana de Carandaí	34	7	1	42
2143674	Hospital Professor Basílio Moema	39	1	2	42
2144204	Santa Casa de Misericórdia Claúdio	37	3	1	41
2114143	Hospital Municipal Jatyr Guimarães de Paula	33	4	1	38
2123711	Hospital São Vicente de Paulo	25	12	1	38
2211262	Hospital e Pronto Socorro Municipal Renato Azeredo	25	11	2	38
2134276	Hospital São Vicente de Paulo Araçuaí	24	6	7	37
2206420	Pronto Socorro Municipal de Monte Carmelo	28	8	1	37

(Continua...)

Fonte: SIH/DATASUS (2018)

Tabela 18 - Frequência de faturamento dos três procedimentos principais selecionados, por hospital, em MG – ano 2018

Cnes	Hospital	Tratamento de outras doenças bacterianas (303010037).	Tratamento de síndrome coronariana aguda (303060280)	Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico (304100013)	Total
2756749	Hospital Municipal São Judas Tadeu	18	14	5	37
2195429	Casa de Saúde Padre Damiao	22	11	3	36
5060761	Hospital Municipal Dr. José Gustavo Alves	22	10	4	36
2143895	Santa Casa de Itapecerica	24	10	1	35
2775980	Santa Casa de Misericórdia de Jacutinga	17	16	1	34
2109034	Santa Casa de Misericórdia de Sacramento	18	6	9	33
2120542	Lagoa Santa Hospital Lindouro Avelar	10	14	7	31
2796562	Hospital de Santos Dumont	15	14	1	30
2144557	Hospital São José Virginópolis	25	2	1	28
2796570	Hospital Monsenhor Marciano	19	7	1	27
2139146	Hospital de Felisburgo	23	1	2	26
2144638	Santa Casa Nossa Senhora das Mercês	19	1	6	26
2695634	Biocor Instituto	21	3	1	25
2776030	Santa Casa de Nepomuceno	16	6	3	25
2144573	Hospital Nossa Senhora das Dores	11	10	2	23
2764865	Hospital São Januário	17	4	2	23
2135108	Hospital São Vicente Turmalina	10	11	1	22
2144166	Hospital Senhora Aparecida de Luz	20	1	1	22
2775964	Hospital Municipal de Nova Ponte	17	1	4	22
2100681	Hospital Municipal de São Gotardo	12	1	8	21
2221985	Santa Casa de Misericórdia de Perdões	19	1	1	21
2168243	Hospital Municipal Waldemar das Dores	11	7	2	20

(Continua...)

Fonte: SIH/DATASUS (2018)

Tabela 18 - Frequência de faturamento dos três procedimentos principais selecionados, por hospital, em MG – ano 2018

Cnes	Hospital	Tratamento de outras doenças bacterianas (303010037).	Tratamento de síndrome coronariana aguda (303060280)	Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico (304100013)	Total
2760681	Hospital São Vicente de Paulo	8	5	7	20
2208083	Hospital Nossa Senhora Mae da Igreja de Padre Paraíso	16	1	2	19
2760673	Hospital São Vicente de Paulo	11	6	2	19
2776014	Santa Casa de Misericórdia São Vicente de Paulo	17	1	1	19
2098539	Hospital Municipal Frei Gabriel	7	4	7	18
2099209	Hospital São Vicente de Paulo Mantena	11	1	5	17
4041690	Santa Casa de Miser de Lima Duarte	2	5	9	16
2144549	Hospital São José	9	3	3	15
2136139	Hospital Monumento as Mães	11	1	2	14
2112647	Pequeno Hospital Nossa Senhora da Piedade	11	1	1	13
2127091	Hospital Dr. Pacífico Mascarenhas	5	6	2	13
2142295	Hospital Carlos Chagas	10	2	1	13
2172852	Santa Casa Misericórdia de Alterosa	3	5	5	13
2760851	Hospital São João de Deus	7	4	1	12
2122618	Hospital São Sebastião de Recreio	1	5	5	11
2761114	Hospital Cônego Ubirajara Cabral	5	3	3	11
2202883	Hospital e Maternidade Dr. Aureliano Brandão	6	1	1	8
2117282	Santa Casa de Misericórdia de Sabará	2	2	2	6

(Conclusão)

Fonte: SIH/DATASUS (2018)

ANEXO B – Procedimentos especiais

Tabela 19 - Procedimentos especiais faturados para o Procedimento principal: Tratamento de outras doenças bacterianas (0303010037) em Minas Gerais - 2018

Procedimento Especial	Frequência	Valor total faturado	Valor unitário
0302040013 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	201748	R$ 1.525.196,28	R$ 7,56
0301010170 CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO	158888	R$ 925.646,67	R$ 5,83
0802010040 DIARIA DE ACOMPANHANTE DE IDOSOS C/ PERNOITE	105923	R$ 950.271,60	R$ 8,97
0302060022 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES	104880	R$ 811.758,69	R$ 7,74
0802010083 DIARIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO (UTI II)	103645	R$ 57.422.381,95	R$ 554,03
0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	91029	R$ 3.384.693,00	R$ 37,18
0802010199 DIÁRIA DE PERMANÊNCIA A MAIOR	75506	R$ 1.528.014,55	R$ 20,24
0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	68595	R$ 2.470.043,16	R$ 36,01
0302040021 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	41390	R$ 214.997,96	R$ 5,19
0303010037 TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS BACTERIANAS	40663	R$ 38.509.636,09	R$ 947,04
0302060030 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	36041	R$ 173.207,57	R$ 4,81
0802010024 DIARIA DE ACOMPANHANTE CRIANCA/ADOLESCENTE C/PERNOITE	34467	R$ 338.113,20	R$ 9,81
0802010016 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERNOITE)	30115	R$ 294.746,00	R$ 9,79
0302040056 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	25413	R$ 137.489,88	R$ 5,41
0212010034 EXAMES PRE-TRANSFUSIONAIS II	19106	R$ 325.566,24	R$ 17,04
0802010121 DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL - UTIN (TIPO II)	18888	R$ 11.194.146,67	R$ 592,66
0306020068 TRANSFUSAO DE CONCENTRADO DE HEMACIAS	18587	R$ 155.944,93	R$ 8,39
0212010026 EXAMES PRE-TRANSFUSIONAIS I	15450	R$ 263.268,00	R$ 17,04
0305010131 HEMODIALISE P/ PACIENTES RENAIS AGUDOS / CRONICOS AGUDIZADOS S/ TRATATAMENTO DIALITICO INICIADO	14280	R$ 4.593.285,56	R$ 321,66
0302040030 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	12736	R$ 59.902,14	R$ 4,70
0302040048 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR	12301	R$ 110.709,13	R$ 9,00
0302010033 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NEONATO	9664	R$ 67.609,84	R$ 7,00

(Continua...)

Fonte: SIH/DATASUS (2018)

Tabela 19 - Procedimentos especiais faturados para o Procedimento principal: Tratamento de outras doenças bacterianas (0303010037) em Minas Gerais - 2018

Procedimento Especial	Frequência	Valor total faturado	Valor unitário
0302060014 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES	8552	R$ 41.783,83	R$ 4,89
0302020012 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	8236	R$ 68.713,35	R$ 8,34
0306020076 TRANSFUSAO DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS	7737	R$ 64.913,43	R$ 8,39
0802010156 DIARIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM PEDIATRIA (UTI II)	7572	R$ 4.545.469,34	R$ 600,30
0302050019 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICA	6334	R$ 40.870,03	R$ 6,45
0603070019 ALBUMINA HUMANA 20 POR CENTO (FRASCO-AMPOLA DE 50 ML)	6305	R$ 464.598,75	R$ 73,69
0306020106 TRANSFUSAO DE PLASMA FRESCO	6165	R$ 51.724,35	R$ 8,39
0802010237 DIÁRIA DE UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CONVENCIONAL (UCINCo)	5744	R$ 1.240.542,00	R$ 215,97
0309010063 NUTRIÇÃO ENTERAL EM PEDIATRIA	5607	R$ 138.995,10	R$ 24,79
0206010079 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	5245	R$ 623.421,97	R$ 118,86
0309010101 PASSAGEM DE SONDA NASO ENTERICA (INCLUI MATERIAL)	4799	R$ 163.426,20	R$ 34,05
0205010032 ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	4659	R$ 228.962,17	R$ 49,14
0802010091 DIARIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO (UTI III)	4123	R$ 2.975.762,24	R$ 721,75
0309010071 NUTRICAO PARENTERAL EM ADULTO	3854	R$ 305.070,00	R$ 79,16
0309010080 NUTRICAO PARENTERAL EM NEONATOLOGIA	3285	R$ 124.831,50	R$ 38,00
0702040150 CATETER VENOSO CENTRAL DUPLO LUMEN	3128	R$ 304.917,44	R$ 97,48
0802010059 DIARIA DE ACOMPANHANTE DE IDOSOS S/ PERNOITE	3092	R$ 13.659,60	R$ 4,42
0205020046 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	3091	R$ 145.479,85	R$ 47,07
0306020122 TRANSFUSAO DE SANGUE / COMPONENTES IRRADIADOS	3077	R$ 52.432,08	R$ 17,04
0309060036 INSTALACAO DE CATETER MONO LUMEN POR PUNCAO	3071	R$ 305.855,50	R$ 99,59
0206020031 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	2943	R$ 493.756,99	R$ 167,77
0309010098 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM PEDIATRIA	2678	R$ 163.134,00	R$ 60,92
0206030010 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	2495	R$ 424.576,76	R$ 170,17
0206030037 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	2421	R$ 410.006,84	R$ 169,35

(Continua...)

Fonte: SIH/DATASUS (2018)

Tabela 19 - Procedimentos especiais faturados para o Procedimento principal: Tratamento de outras doenças bacterianas (0303010037) em Minas Gerais - 2018

Procedimento Especial	Frequência	Valor total faturado	Valor unitário
0802010075 DIARIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM PEDIATRIA (UTI III)	2402	R$ 1.664.744,55	R$ 693,07
0603030041 IMUNOGLOBULINA HUMANA 320 MG INJETAVEL (POR FRASCO)	2396	R$ 68.270,77	R$ 28,49
0302050035 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MUSCULO- ESQUELETIC	2153	R$ 16.474,87	R$ 7,65
0205010040 ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	2132	R$ 103.589,22	R$ 48,59
0418010056 IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN NA IRA (INCLUI CATETER)	1779	R$ 347.712,98	R$ 195,45
0302060057 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	1566	R$ 13.542,86	R$ 8,65
0209010037 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	1475	R$ 89.454,05	R$ 60,65
0412010127 TRAQUEOSTOMIA COM COLOCAÇÃO DE ORTESE TRAQUEAL OU TRAQUEOBRONQUICA	1442	R$ 400.158,93	R$ 277,50
0306020084 TRANSFUSAO DE CRIOPRECIPITADO	1435	R$ 12.039,65	R$ 8,39
0309010055 NUTRICAO ENTERAL EM NEONATOLOGIA	1354	R$ 28.931,40	R$ 21,37
0205020054 ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	1345	R$ 40.202,30	R$ 29,89
0203020030 EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO	1111	R$ 33.973,20	R$ 30,58
0305010042 HEMODIALISE CONTINUA	1040	R$ 319.460,58	R$ 307,17
0302030018 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SI	802	R$ 6.093,46	R$ 7,60
0205020178 ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	775	R$ 23.602,26	R$ 30,45
0302020020 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO CLÍNICO	582	R$ 2.879,01	R$ 4,95
0412010062 PUNCAO DE TRAQUEIA C/ ASPIRACAO	572	R$ 9.031,88	R$ 15,79
0412050170 TORACOCENTESE/DRENAGEM DE PLEURA	566	R$ 35.630,37	R$ 62,95
0802010210 DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CORONARIANA-UCO TIPO II	524	R$ 596.870,98	R$ 1.139,07
0302020039 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	508	R$ 3.501,04	R$ 6,89
0302030026 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS	412	R$ 2.304,75	R$ 5,59
0802010245 DIÁRIA DE UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CANGURU (UCINCa)	712	R$ 127.695,00	R$ 179,35
0305010034 DIALISE PERITONEAL P/ PACIENTES RENAIS AGUDOS	643	R$ 98.918,62	R$ 153,84
0406020094 DISSECCAO DE VEIA / ARTERIA	401	R$ 2.245,96	R$ 5,60

(Continua...)

Fonte: SIH/DATASUS (2018)

Tabela 19 - Procedimentos especiais faturados para o Procedimento principal: Tratamento de outras doenças bacterianas (0303010037) em Minas Gerais - 2018

Procedimento Especial	Frequência	Valor total faturado	Valor unitário
0214010058 TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE INFECÇÃO PELO HIV	379	R$ 409,15	R$ 1,08
0603030033 IMUNOGLOBULINA HUMANA 1,0 G INJETAVEL (POR FRASCO)	322	R$ 19.287,94	R$ 59,90
0205020038 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	296	R$ 8.986,63	R$ 30,36
0418010072 IMPLANTE DE CATETER TENCKHOFF OU SIMILAR DE LONGA PERMANÊNCIA NA IRA (INCLUI CATETER)	287	R$ 61.223,14	R$ 213,32
0407040196 PARACENTESE ABDOMINAL	279	R$ 4.215,51	R$ 15,11
0203010035 EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL)	261	R$ 3.577,79	R$ 13,71
0205020135 ULTRASSONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	260	R$ 8.010,20	R$ 30,81
0207010064 RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	256	R$ 89.573,70	R$ 349,90
0205010024 ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA	251	R$ 53.121,75	R$ 211,64
0203020049 IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	240	R$ 29.292,80	R$ 122,05
0206010044 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	228	R$ 26.115,42	R$ 114,54
0205020062 ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO	205	R$ 6.320,78	R$ 30,83
0202030237 IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	196	R$ 20.276,00	R$ 103,45
0209010029 COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	170	R$ 24.396,43	R$ 143,51
0309010039 GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA (INCLUI MATERIAL E SEDACAO ANESTESICA)	158	R$ 110.326,59	R$ 698,27
0206010052 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO	156	R$ 16.842,72	R$ 107,97
0206010010 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	147	R$ 16.527,69	R$ 112,43
0206010028 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	114	R$ 14.128,71	R$ 123,94
0209040017 BRONCOSCOPIA (BRONCOFIBROSCOPIA)	114	R$ 4.976,01	R$ 43,65
0306020149 TRANSFUSAO DE UNIDADE DE SANGUE TOTAL	114	R$ 956,46	R$ 8,39
0401010104 INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO	106	R$ 1.496,50	R$ 14,12
0205020100 ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	103	R$ 3.026,21	R$ 29,38
0702040118 CATETER DE ACESSO VENOSO CENTRAL POR INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC)	95	R$ 18.810,00	R$ 198,00
0206030029 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	82	R$ 8.501,35	R$ 103,68
0207030014 RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	80	R$ 29.414,40	R$ 367,68

(Continua...)

Fonte: SIH/DATASUS (2018)

Tabela 19 - Procedimentos especiais faturados para o Procedimento principal: Tratamento de outras doenças bacterianas (0303010037) em Minas Gerais - 2018

Procedimento Especial	Frequência	Valor total faturado	Valor unitário
0702050024 CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA S/ BALAO	79	R$ 705,47	R$ 8,93
0309040027 CARDIOVERSAO ELETRICA	72	R$ 1.100,42	R$ 15,28
0207030022 RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	67	R$ 23.273,58	R$ 347,37
0205020160 ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	65	R$ 2.032,80	R$ 31,27
0205020127 ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	65	R$ 2.007,73	R$ 30,89
0207010048 RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	63	R$ 21.607,34	R$ 342,97
0201010542 BIOPSIA PERCUTANEA ORIENTADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA / ULTRASSONOGRAFIA / RESSONANCIA MAGNETI	63	R$ 8.118,90	R$ 128,87
0401010058 EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	63	R$ 1.854,94	R$ 29,44
0203010027 EXAME CITOPATOLOGICO HORMONAL SERIADO (MINIMO 3 COLETAS)	63	R$ 1.006,24	R$ 15,97
0206020023 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	49	R$ 5.092,13	R$ 103,92
0201010275 BIOPSIA DE MEDULA OSSEA	46	R$ 12.119,80	R$ 263,47
0207010030 RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	44	R$ 14.942,39	R$ 339,60
0207030049 RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	43	R$ 14.902,07	R$ 346,56
0412030128 RETIRADA DE DRENO TUBULAR TORACICO	43	R$ 1.856,35	R$ 43,17
0205020143 ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	43	R$ 1.291,07	R$ 30,02
0207010056 RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	40	R$ 13.370,22	R$ 334,26
0306020114 TRANSFUSAO DE PLASMA ISENTO DE CRIOPRECIPITADO	38	R$ 318,82	R$ 8,39
0302010017 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	37	R$ 253,99	R$ 6,86
0205020186 ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	59	R$ 1.841,62	R$ 31,21
0205020070 ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	59	R$ 1.626,24	R$ 27,56
0802010113 DIARIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE QUEIMADOS	55	R$ 26.583,15	R$ 483,33
0206010036 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	54	R$ 5.921,33	R$ 109,65
0201010372 BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	36	R$ 1.157,08	R$ 32,14
0202100022 DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)	33	R$ 7.272,00	R$ 220,36
0702050067 CATETER DE TERMODILUICAO	32	R$ 7.584,64	R$ 237,02

(Continua...)

Fonte: SIH/DATASUS (2018)

Tabela 19 - Procedimentos especiais faturados para o Procedimento principal: Tratamento de outras doenças bacterianas (0303010037) em Minas Gerais - 2018

Procedimento Especial	Frequência	Valor total faturado	Valor unitário
0306020092 TRANSFUSAO DE PLAQUETAS POR AFERESE	31	R$ 250,79	R$ 8,09
0210010096 ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE DOENCA ARTERIOSCLEROTICA AORTO-ILIACA E DISTAL	30	R$ 19.668,73	R$ 655,62
0207030030 RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	30	R$ 10.991,79	R$ 366,39
0205020119 ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	30	R$ 993,44	R$ 33,11
0210010100 ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE HEMORRAGIA CEREBRAL	28	R$ 20.227,56	R$ 722,41
0306020017 AFERESE TERAPEUTICA	28	R$ 477,12	R$ 17,04
0802010130 DIARIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL - UTIN (TIPO III)	26	R$ 19.836,57	R$ 762,95
0207010013 ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	26	R$ 10.145,20	R$ 390,20
0208050035 CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUINEO (CORPO INTEIRO)	26	R$ 6.627,22	R$ 254,89
0205020011 ECODOPPLER TRANSCRANIANO	25	R$ 4.135,95	R$ 165,44
0206020015 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	25	R$ 2.563,98	R$ 102,56
0603070027 CONCENTRADO DE COMPLEXO PROTROMBINICO 500UI	24	R$ 5.324,03	R$ 221,83
0202031098 TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	24	R$ 125,00	R$ 5,21
0206020040 TOMOGRAFIA DE HEMITORAX, PULMÃO OU DO MEDIASTINO	23	R$ 3.764,87	R$ 163,69
0209010053 RETOSSIGMOIDOSCOPIA	23	R$ 751,64	R$ 32,68
0802010032 DIARIA DE ACOMPANHANTE DE GESTANTE C/ PERNOITE	22	R$ 224,00	R$ 10,18
0209010010 COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA (VIA ENDOSCOPICA)	21	R$ 2.511,83	R$ 119,61
0205020089 ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	21	R$ 762,30	R$ 36,30
0211030074 AVALIAÇÃO FUNCIONAL MUSCULAR	21	R$ 26,46	R$ 1,26
0414020278 REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO)	20	R$ 498,69	R$ 24,93
0210010070 ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO	19	R$ 3.903,23	R$ 205,43
0201010224 BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO	19	R$ 1.066,93	R$ 56,15
0205020097 ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	19	R$ 562,65	R$ 29,61
0409010359 PUNCAO / ASPIRACAO DA BEXIGA	19	R$ 246,43	R$ 12,97
0209040025 LARINGOSCOPIA	17	R$ 1.084,22	R$ 63,78
0210020016 COLANGIOGRAFIA TRANSCUTANEA	16	R$ 1.036,01	R$ 64,75
0210010118 ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE ISQUEMIA CEREBRAL	15	R$ 11.349,63	R$ 756,64

(Continua...)

Fonte: SIH/DATASUS (2018)

Tabela 19 - Procedimentos especiais faturados para o Procedimento principal: Tratamento de outras doenças bacterianas (0303010037) em Minas Gerais - 2018

Procedimento Especial	Frequência	Valor total faturado	Valor unitário
0206010060 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	15	R$ 1.817,25	R$ 121,15
0210010045 AORTOGRAFIA ABDOMINAL	9	R$ 1.963,67	R$ 218,19
0208010025 CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECOES)	8	R$ 4.840,96	R$ 605,12
0210010037 ANGIOGRAFIA DE ARCO AORTICO E TRONCOS SUPRA-AORTICOS	8	R$ 1.644,08	R$ 205,51
0802010067 DIARIA DE UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS EM NEONATOLOGIA	8	R$ 1.097,60	R$ 137,20
0407010254 RETIRADA DE POLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA	8	R$ 253,64	R$ 31,71
0302070028 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO	8	R$ 76,19	R$ 9,52
0210010142 ARTERIOGRAFIA SELETIVA POR CATETER (POR VASO)	7	R$ 1.934,48	R$ 276,35
0205010016 ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	7	R$ 1.485,00	R$ 212,14
0201010216 BIOPSIA DE FIGADO POR PUNCAO	7	R$ 583,42	R$ 83,35
0205010059 ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	7	R$ 366,79	R$ 52,40
0306020130 TRANSFUSAO DE SUBSTITUICAO / TROCA (EXSANGUINEOTRANSFUSÃO)	7	R$ 124,46	R$ 17,78
0205020151 ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	6	R$ 295,02	R$ 49,17
0404020054 DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS	6	R$ 115,35	R$ 19,23
0209020016 CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA	14	R$ 318,60	R$ 22,76
0208070044 CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJECOES)	13	R$ 2.042,30	R$ 157,10
0208070036 CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR INALACAO (MINIMO 2 PROJECOES)	13	R$ 2.030,66	R$ 156,20
0202100030 DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	12	R$ 2.648,00	R$ 220,67
0210010150 ARTERIOGRAFIA SELETIVA VERTEBRAL	10	R$ 3.015,12	R$ 301,51
0201010046 BIOPSIA DE ANUS E CANAL ANAL	10	R$ 239,98	R$ 24,00
0208010033 CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJECOES)	9	R$ 4.999,02	R$ 555,45
0210010134 ARTERIOGRAFIA SELETIVA DE CAROTIDA	9	R$ 2.569,15	R$ 285,46
0210010045 AORTOGRAFIA ABDOMINAL	9	R$ 1.963,67	R$ 218,19
0208010025 CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECOES)	8	R$ 4.840,96	R$ 605,12

(Continua...)

Fonte: SIH/DATASUS (2018)

Tabela 19 - Procedimentos especiais faturados para o Procedimento principal: Tratamento de outras doenças bacterianas (0303010037) em Minas Gerais - 2018

Procedimento Especial	Frequência	Valor total faturado	Valor unitário
0210010037 ANGIOGRAFIA DE ARCO AORTICO E TRONCOS SUPRA-AORTICOS	8	R$ 1.644,08	R$ 205,51
0802010067 DIARIA DE UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS EM NEONATOLOGIA	8	R$ 1.097,60	R$ 137,20
0407010254 RETIRADA DE POLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA	8	R$ 253,64	R$ 31,71
0302070028 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO	8	R$ 76,19	R$ 9,52
0210010142 ARTERIOGRAFIA SELETIVA POR CATETER (POR VASO)	7	R$ 1.934,48	R$ 276,35
0205010016 ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	7	R$ 1.485,00	R$ 212,14
0201010216 BIOPSIA DE FIGADO POR PUNCAO	7	R$ 583,42	R$ 83,35
0205010059 ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	7	R$ 366,79	R$ 52,40
0306020130 TRANSFUSAO DE SUBSTITUICAO / TROCA (EXSANGUINEOTRANSFUSÃO)	7	R$ 124,46	R$ 17,78
0205020151 ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	6	R$ 295,02	R$ 49,17
0404020054 DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS	6	R$ 115,35	R$ 19,23
0207020019 RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE	5	R$ 2.528,73	R$ 505,75
0207010072 RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	5	R$ 1.840,92	R$ 368,18
0201010500 BIOPSIA/PUNÇÃO DE VAGINA	5	R$ 109,97	R$ 21,99
0214010040 TESTE RAPIDO PARA DETECCAO DE HIV NA GESTANTE OU PAI/PARCEIRO	5	R$ 6,00	R$ 1,20
0207020027 RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	4	R$ 1.343,74	R$ 335,94
0305010158 HEMOFILTRACAO CONTINUA	4	R$ 431,84	R$ 107,96
0405030193 PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER	3	R$ 1.352,70	R$ 450,90
0208050019 CINTILOGRAFIA DE ARTICULACOES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO	3	R$ 540,96	R$ 180,32
0208040056 CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	3	R$ 445,65	R$ 148,55
0702050342 INTRODUTOR VALVULADO	3	R$ 292,44	R$ 97,48
0201010569 BIOPSIA/EXERESE DE NODULO DE MAMA	3	R$ 224,00	R$ 74,67
0201010437 BIOPSIA DE RIM POR PUNCAO	3	R$ 207,84	R$ 69,28
0209040041 VIDEOLARINGOSCOPIA	3	R$ 182,00	R$ 60,67
0201010194 BIOPSIA DE FARINGE/LARINGE	3	R$ 73,38	R$ 24,46
0302070010 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO	3	R$ 21,01	R$ 7,00

(Continua...)

Fonte: SIH/DATASUS (2018)

Tabela 19 - Procedimentos especiais faturados para o Procedimento principal: Tratamento de outras doenças bacterianas (0303010037) em Minas Gerais - 2018

Procedimento Especial	Frequência	Valor total faturado	Valor unitário
0702050121 CONJUNTO DESCARTAVEL DE BALAO INTRA-AORTICO	2	R$ 3.647,88	R$ 1.823,94
0208090010 CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS	2	R$ 2.448,36	R$ 1.224,18
0207020035 RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	2	R$ 537,50	R$ 268,75
0210010126 ARTERIOGRAFIA PELVICA	2	R$ 460,18	R$ 230,09
0201010321 BIOPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DE MEMBRO INFERIOR (POR AGULHA / CEU ABERTO)	2	R$ 405,87	R$ 202,94
0201010410 BIOPSIA DE PROSTATA	2	R$ 277,14	R$ 138,57
0603030017 IMUNOGLOBULINA ANTI RH (D)	2	R$ 233,20	R$ 116,60
0406010129 COLOCACAO DE BALAO INTRA-AORTICO	2	R$ 135,00	R$ 67,50
0209010045 LAPAROSCOPIA	2	R$ 100,92	R$ 50,46
0409020036 EXTRACAO ENDOSCOPICA DE CORPO ESTRANHO / CALCULO NA URETRA C/ CISTOSCOPIA	2	R$ 95,48	R$ 47,74
0406010722 INSTALACAO DE CATETER DE TERMODILUICAO	2	R$ 60,00	R$ 30,00
0201010526 BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	2	R$ 47,43	R$ 23,72
0201010666 BIOPSIA DO COLO UTERINO	2	R$ 45,82	R$ 22,91
0501080074 EXAMES MICROBIOLOGICOS EM PACIENTE TRANSPLANTADO	2	R$ 45,00	R$ 22,50
0201010283 BIOPSIA DE MUSCULO (A CEU ABERTO)	2	R$ 43,98	R$ 21,99
0302010025 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS	2	R$ 11,20	R$ 5,60
0417010044 ANESTESIA GERAL	1	R$ 14.166,60	R$ 14.166,60
0417010060 SEDACAO	1	R$ 10.114,75	R$ 10.114,75
0417010052 ANESTESIA REGIONAL	1	R$ 6.190,80	R$ 6.190,80
0207010021 RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	1	R$ 403,12	R$ 403,12
0209010061 VIDEOLAPAROSCOPIA	1	R$ 399,00	R$ 399,00
0201010330 BIOPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DE MEMBRO SUPERIOR (POR AGULHA / CEU ABERTO)	1	R$ 282,38	R$ 282,38
0201010305 BIOPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DA CINTURA ESCAPULAR (POR AGULHA / CEU ABERTO)	1	R$ 274,12	R$ 274,12
0208020098 CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA	1	R$ 235,84	R$ 235,84

(Continua...)

Fonte: SIH/DATASUS (2018)

Tabela 19 - Procedimentos especiais faturados para o Procedimento principal: Tratamento de outras doenças bacterianas (0303010037) em Minas Gerais - 2018

Procedimento Especial	Frequência	Valor total faturado	Valor unitário
0208010068 CINTILOGRAFIA P/ QUANTIFICACAO DE SHUNT EXTRACARDIACO	1	R$ 213,85	R$ 213,85
0208060022 CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIACAO DO TRÂNSITO LIQUORICO)	1	R$ 205,34	R$ 205,34
0210010053 AORTOGRAFIA TORACICA	1	R$ 170,44	R$ 170,44
0208040102 ESTUDO RENAL DINAMICO C/ OU S/ DIURETICO	1	R$ 165,24	R$ 165,24
0404010342 TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR E/OU POSTERIOR	1	R$ 153,00	R$ 153,00
0204020018 MIELOGRAFIA	1	R$ 152,03	R$ 152,03
0407010246 RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA	1	R$ 109,41	R$ 109,41
0201010062 BIOPSIA DE BEXIGA	1	R$ 56,26	R$ 56,26
0404020097 EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA	1	R$ 50,40	R$ 50,40
0303090049 INSTALACAO DE TRACAO CUTANEA	1	R$ 32,40	R$ 32,40
0412030055 PLEURECTOMIA	1	R$ 27,78	R$ 27,78
0414020146 EXODONTIA MÚLTIPLA COM ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE	1	R$ 23,36	R$ 23,36
0408050098 INSTALACAO DE TRACAO ESQUELETICA DO MEMBRO INFERIOR	1	R$ 22,50	R$ 22,50
0409070165 EXTIRPACAO DE LESAO DE VULVA / PERINEO (POR ELETROCOAGULACAO OU FULGURACAO)	1	R$ 20,31	R$ 20,31
0409070122 DRENAGEM DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE	1	R$ 19,45	R$ 19,45
0407040218 PNEUMOPERITONIO (POR SESSAO)	1	R$ 15,67	R$ 15,67
0306020041 SANGRIA TERAPEUTICA	1	R$ 4,69	R$ 4,69
0603050107 CLOPIDOGREL 75MG (COMPRIMIDO)	20.615	R$ 12.053,23	R$ 0,58
0802010040 DIARIA DE ACOMPANHANTE DE IDOSOS C/ PERNOITE	18.450	R$ 165.587,20	R$ 8,97
0301010170 CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO	17.212	R$ 146.434,19	R$ 8,51
0302040013 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	15.238	R$ 106.428,94	R$ 6,98
0302040048 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR	12.364	R$ 89.733,37	R$ 7,26
0303060280 TRATAMENTO DE SINDROME CORONARIANA AGUDA	10.795	R$ 3.803.991,13	R$ 352,38
0302060022 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES	10.537	R$ 71.333,92	R$ 6,77
0302040021 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	9.606	R$ 50.272,65	R$ 5,23

(Conclusão)

Fonte: SIH/DATASUS (2018)

Tabela 20 – Procedimentos especiais compatíveis com o Procedimento principal Tratamento de síndrome coronariana aguda em Minas Gerais – 2018

Procedimento Especial	Frequência	Valor total faturado	Valor unitário
0802010199 DIÁRIA DE PERMANÊNCIA A MAIOR	8.979	R$ 168.590,14	R$ 18,78
0802010083 DIARIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO (UTI II)	6.977	R$ 3.683.125,98	R$ 527,90
0302040030 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	5.903	R$ 27.824,17	R$ 4,71
0202031209 DOSAGEM DE TROPONINA	4.990	R$ 52.086,15	R$ 10,44
0211020010 CATETERISMO CARDIACO	4.191	R$ 2.981.845,14	R$ 711,49
0802010016 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERNOITE)	3.704	R$ 33.651,60	R$ 9,09
0205010032 ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	3.313	R$ 155.466,09	R$ 46,93
0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	2.227	R$ 79.156,44	R$ 35,54
0802010059 DIARIA DE ACOMPANHANTE DE IDOSOS S/ PERNOITE	2.111	R$ 8.561,40	R$ 4,06
0802010210 DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CORONARIANA-UCO TIPO II	1.674	R$ 1.832.248,06	R$ 1.094,53
0302040056 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	1.172	R$ 6.197,47	R$ 5,29
0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	1.111	R$ 38.406,00	R$ 34,57
0205010040 ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	1.011	R$ 48.676,18	R$ 48,15
0302060030 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	818	R$ 3.943,79	R$ 4,82
0212010034 EXAMES PRE-TRANSFUSIONAIS II	731	R$ 12.456,24	R$ 17,04
0212010026 EXAMES PRE-TRANSFUSIONAIS I	631	R$ 10.752,24	R$ 17,04
0302060014 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES	611	R$ 3.340,18	R$ 5,47
0306020068 TRANSFUSAO DE CONCENTRADO DE HEMACIAS	472	R$ 3.960,08	R$ 8,39
0802010091 DIARIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO (UTI III)	364	R$ 251.999,78	R$ 692,31
0302020012 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	264	R$ 1.938,33	R$ 7,34
0206010079 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	261	R$ 29.928,20	R$ 114,67
0205010016 ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	252	R$ 53.699,25	R$ 213,09
0206020031 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	224	R$ 35.895,92	R$ 160,25

(Continua...)

Fonte: SIH/DATASUS (2018)

Tabela 20 – Procedimentos especiais compatíveis com o Procedimento principal Tratamento de síndrome coronariana aguda em Minas Gerais – 2018

Procedimento Especial	Frequência	Valor total faturado	Valor unitário
0305010131 HEMODIALISE P/ PACIENTES RENAIS AGUDOS / CRONICOS AGUDIZADOS S/ TRATATAMENTO DIALITICO INICIADO	224	R$ 71.050,13	R$ 317,19
0205020046 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	196	R$ 8.800,23	R$ 44,90
0302050019 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICA	188	R$ 1.214,41	R$ 6,46
0203020030 EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO	152	R$ 4.390,80	R$ 28,89
0306020149 TRANSFUSAO DE UNIDADE DE SANGUE TOTAL	144	R$ 1.208,16	R$ 8,39
0209010037 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	133	R$ 7.861,87	R$ 59,11
0309010101 PASSAGEM DE SONDA NASO ENTERICA (INCLUI MATERIAL)	121	R$ 3.908,80	R$ 32,30
0206030010 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	120	R$ 20.336,64	R$ 169,47
0208010025 CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECOES)	117	R$ 57.519,55	R$ 491,62
0208010033 CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJECOES)	116	R$ 53.667,87	R$ 462,65
0603030041 IMUNOGLOBULINA HUMANA 320 MG INJETÁVEL (POR FRASCO)	99	R$ 2.962,57	R$ 29,92
0305010042 HEMODIALISE CONTINUA	86	R$ 27.708,76	R$ 322,19
0205020054 ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	83	R$ 2.473,24	R$ 29,80
0206030037 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	83	R$ 14.230,14	R$ 171,45
0309060036 INSTALACAO DE CATETER MONO LUMEN POR PUNCAO	80	R$ 7.828,50	R$ 97,86
0205010024 ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA	64	R$ 12.672,00	R$ 198,00
0306020106 TRANSFUSAO DE PLASMA FRESCO	49	R$ 411,11	R$ 8,39
0802010024 DIARIA DE ACOMPANHANTE CRIANCA/ADOLESCENTE C/PERNOITE	42	R$ 412,00	R$ 9,81
0802010105 DIARIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTO (UTI I)	42	R$ 5.838,00	R$ 139,00
0306020076 TRANSFUSAO DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS	28	R$ 234,92	R$ 8,39
0418010056 IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN NA IRA (INCLUI CATETER)	28	R$ 5.408,30	R$ 193,15
0206010028 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	20	R$ 2.426,40	R$ 121,32
0309040027 CARDIOVERSAO ELETRICA	20	R$ 526,45	R$ 26,32
0205020100 ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	17	R$ 517,88	R$ 30,46

(Continua...)

Fonte: SIH/DATASUS (2018)

Tabela 20 – Procedimentos especiais compatíveis com o Procedimento principal Tratamento de síndrome coronariana aguda em Minas Gerais – 2018

Procedimento Especial	Frequência	Valor total faturado	Valor unitário
0210010053 AORTOGRAFIA TORACICA	16	R$ 3.647,41	R$ 227,96
0209010029 COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	15	R$ 2.112,35	R$ 140,82
0210010142 ARTERIOGRAFIA SELETIVA POR CATETER (POR VASO)	15	R$ 4.533,92	R$ 302,26
0412010127 TRAQUEOSTOMIA COM COLOCAÇÃO DE ORTESE TRAQUEAL OU TRAQUEOBRONQUICA	15	R$ 3.801,40	R$ 253,43
0210010134 ARTERIOGRAFIA SELETIVA DE CAROTIDA	14	R$ 2.940,27	R$ 210,02
0205020038 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	13	R$ 383,57	R$ 29,51
0207010064 RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	13	R$ 4.770,27	R$ 366,94
0203020049 IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	12	R$ 1.518,00	R$ 126,50
0205020135 ULTRASSONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	11	R$ 331,54	R$ 30,14
0210010096 ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE DOENCA ARTERIOSCLEROTICA AORTO-ILIACA E DISTAL	11	R$ 6.682,33	R$ 607,48
0302060057 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	11	R$ 80,32	R$ 7,30
0208070036 CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR INALACAO (MINIMO 2 PROJECOES)	10	R$ 1.723,20	R$ 172,32
0208070044 CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJECOES)	10	R$ 1.755,22	R$ 175,52
0210010118 ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE ISQUEMIA CEREBRAL	10	R$ 5.826,15	R$ 582,62
0603030033 IMUNOGLOBULINA HUMANA 1,0 G INJETAVEL (POR FRASCO)	10	R$ 618,60	R$ 61,86
0210010150 ARTERIOGRAFIA SELETIVA VERTEBRAL	8	R$ 1.608,08	R$ 201,01
0412050170 TORACOCENTESE/DRENAGEM DE PLEURA	8	R$ 491,97	R$ 61,50
0414020278 REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO)	8	R$ 209,02	R$ 26,13
0205020062 ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO	7	R$ 183,92	R$ 26,27
0205020186 ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	7	R$ 177,87	R$ 25,41
0206010052 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO	7	R$ 763,37	R$ 109,05
0207020019 RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE	7	R$ 3.612,47	R$ 516,07
0406020094 DISSECCAO DE VEIA / ARTERIA	7	R$ 65,28	R$ 9,33
0206010010 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	6	R$ 637,67	R$ 106,28

(Continua...)

Fonte: SIH/DATASUS (2018)

Tabela 20 – Procedimentos especiais compatíveis com o Procedimento principal Tratamento de síndrome coronariana aguda em Minas Gerais – 2018

Procedimento Especial	Frequência	Valor total faturado	Valor unitário
0210010045 AORTOGRAFIA ABDOMINAL	6	R$ 1.290,14	R$ 215,02
0210010070 ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO	6	R$ 1.211,35	R$ 201,89
0603050026 CLORIDRATO DE TIROFIBANA	6	R$ 3.330,72	R$ 555,12
0205020119 ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	5	R$ 142,78	R$ 28,56
0207030014 RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	4	R$ 1.303,42	R$ 325,86
0210010037 ANGIOGRAFIA DE ARCO AORTICO E TRONCOS SUPRA-AORTICOS	4	R$ 616,54	R$ 154,14
0214010058 TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE INFECÇÃO PELO HIV	4	R$ 4,25	R$ 1,06
0401010058 EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	4	R$ 126,21	R$ 31,55
0603050018 ABCIXIMABE	4	R$ 3.492,00	R$ 873,00
0206010044 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	3	R$ 333,98	R$ 111,33
0206020015 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	3	R$ 260,25	R$ 86,75
0208050035 CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUINEO (CORPO INTEIRO)	3	R$ 725,76	R$ 241,92
0201010275 BIOPSIA DE MEDULA OSSEA	2	R$ 499,98	R$ 249,99
0205020127 ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	2	R$ 60,50	R$ 30,25
0206030029 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	2	R$ 203,86	R$ 101,93
0207010013 ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	2	R$ 671,87	R$ 335,94
0207030030 RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	2	R$ 604,68	R$ 302,34
0207030049 RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	2	R$ 631,56	R$ 315,78
0209010053 RETOSSIGMOIDOSCOPIA	2	R$ 65,91	R$ 32,96
0210010061 ARTERIOGRAFIA CERVICO-TORACICA	2	R$ 492,47	R$ 246,24
0201010372 BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	1	R$ 34,87	R$ 34,87
0202030237 IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	1	R$ 108,00	R$ 108,00
0202100022 DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)	1	R$ 216,00	R$ 216,00
0203010027 EXAME CITOPATOLOGICO HORMONAL SERIADO (MINIMO 3 COLETAS)	1	R$ 15,97	R$ 15,97
0203010035 EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL)	1	R$ 10,65	R$ 10,65

(Continua...)

Fonte: SIH/DATASUS (2018)

Tabela 20 – Procedimentos especiais compatíveis com o Procedimento principal Tratamento de síndrome coronariana aguda em Minas Gerais – 2018

Procedimento Especial	**Frequência**	**Valor total faturado**	**Valor unitário**
0205020011 ECODOPPLER TRANSCRANIANO	1	R$ 175,50	R$ 175,50
0205020070 ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	1	R$ 26,62	R$ 26,62
0205020143 ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	1	R$ 36,30	R$ 36,30
0205020160 ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	1	R$ 24,20	R$ 24,20
0206010036 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	1	R$ 104,11	R$ 104,11
0206020040 TOMOGRAFIA DE HEMITORAX, PULMÃO OU DO MEDIASTINO	1	R$ 150,05	R$ 150,05
0207010030 RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	1	R$ 362,81	R$ 362,81
0207010056 RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	1	R$ 362,81	R$ 362,81
0209040025 LARINGOSCOPIA	1	R$ 47,14	R$ 47,14
0210010100 ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE HEMORRAGIA CEREBRAL	1	R$ 605,31	R$ 605,31
0302030018 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SI	1	R$ 7,62	R$ 7,62
0309010039 GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA (INCLUI MATERIAL E SEDACAO ANESTESICA)	1	R$ 527,50	R$ 527,50
0404020054 DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS	1	R$ 21,10	R$ 21,10
0406010722 INSTALACAO DE CATETER DE TERMODILUICAO	1	R$ 30,00	R$ 30,00
0603070019 ALBUMINA HUMANA 20 POR CENTO (FRASCO-AMPOLA DE 50 ML)	1	R$ 68,75	R$ 68,75
0802010032 DIARIA DE ACOMPANHANTE DE GESTANTE C/ PERNOITE	1	R$ 10,80	R$ 10,80

(Conclusão)

Fonte: SIH/DATASUS (2018)

Tabela 21 - Procedimentos especiais compatíveis com o Procedimento principal Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico em Minas Gerais – 2018

Procedimento Especial	Frequência	Valor total faturado	Valor unitário
0304100013 TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS DE PACIENTE ONCOLÓGICO	61.480	R$ 2.886.177,58	R$ 46,94
0802010040 DIARIA DE ACOMPANHANTE DE IDOSOS C/ PERNOITE	20.988	R$ 171.853,60	R$ 8,19
0301010170 CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO	19.136	R$ 21.891,43	R$ 1,14
0802010016 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERNOITE)	11.092	R$ 89.644,80	R$ 8,08
0302040013 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	8.211	R$ 53.273,87	R$ 6,49
0302060022 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES	6.177	R$ 39.759,84	R$ 6,44
0302040021 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	6.157	R$ 29.718,66	R$ 4,83
0302020012 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	5.901	R$ 37.637,99	R$ 6,38
0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	4.973	R$ 156.123,00	R$ 31,39
0212010034 EXAMES PRE-TRANSFUSIONAIS II	4.660	R$ 79.406,40	R$ 17,04
0306020068 TRANSFUSAO DE CONCENTRADO DE HEMACIAS	4.415	R$ 37.041,85	R$ 8,39
0802010024 DIARIA DE ACOMPANHANTE CRIANCA/ADOLESCENTE C/PERNOITE	4.313	R$ 34.550,40	R$ 8,01
0212010026 EXAMES PRE-TRANSFUSIONAIS I	3.265	R$ 55.635,60	R$ 17,04
0306020076 TRANSFUSAO DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS	2.934	R$ 24.616,26	R$ 8,39
0302020020 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO CLÍNICO	2.076	R$ 9.760,49	R$ 4,70
0802010083 DIARIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO (UTI II)	2.019	R$ 994.420,72	R$ 492,53
0206020031 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	1.854	R$ 257.698,60	R$ 139,00
0206030010 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	1.657	R$ 232.800,71	R$ 140,50
0206030037 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	1.599	R$ 225.709,58	R$ 141,16
0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	1.438	R$ 47.031,84	R$ 32,71
0203020030 EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO	1.130	R$ 27.744,00	R$ 24,55
0306020122 TRANSFUSAO DE SANGUE / COMPONENTES IRRADIADOS	1.128	R$ 19.221,12	R$ 17,04
0206010079 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	766	R$ 76.070,86	R$ 99,31
0302060014 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES	684	R$ 3.204,52	R$ 4,68

(Continua...)

Fonte: SIH/DATASUS (2018)

Tabela 21 - Procedimentos especiais compatíveis com o Procedimento principal Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico em Minas Gerais – 2018

Procedimento Especial	Frequência	Valor total faturado	Valor unitário
0309010101 PASSAGEM DE SONDA NASO ENTERICA (INCLUI MATERIAL)	635	R$ 18.438,00	R$ 29,04
0209010037 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	597	R$ 29.565,23	R$ 49,52
0205010032 ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	586	R$ 23.847,74	R$ 40,70
0205020046 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	541	R$ 21.187,46	R$ 39,16
0603030041 IMUNOGLOBULINA HUMANA 320 MG INJETAVEL (POR FRASCO)	475	R$ 9.476,25	R$ 19,95
0205010040 ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	474	R$ 19.158,48	R$ 40,42
0202030237 IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	416	R$ 33.344,00	R$ 80,15
0203020049 IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	391	R$ 37.517,60	R$ 95,95
0306020106 TRANSFUSAO DE PLASMA FRESCO	386	R$ 3.238,54	R$ 8,39
0306020149 TRANSFUSAO DE UNIDADE DE SANGUE TOTAL	351	R$ 2.944,89	R$ 8,39
0302020039 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	294	R$ 1.965,00	R$ 6,68
0206010052 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO	281	R$ 24.645,67	R$ 87,71
0305010131 HEMODIALISE P/ PACIENTES RENAIS AGUDOS / CRONICOS AGUDIZADOS S/ TRATATAMENTO DIALITICO INICIADO	277	R$ 75.747,94	R$ 273,46
0309010071 NUTRICAO PARENTERAL EM ADULTO	269	R$ 16.464,00	R$ 61,20
0603070019 ALBUMINA HUMANA 20 POR CENTO (FRASCO-AMPOLA DE 50 ML)	261	R$ 14.355,00	R$ 55,00
0309060036 INSTALACAO DE CATETER MONO LUMEN POR PUNCAO	252	R$ 21.823,75	R$ 86,60
0205020054 ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	233	R$ 5.817,68	R$ 24,97
0407040196 PARACENTESE ABDOMINAL	206	R$ 2.588,87	R$ 12,57
0802010059 DIARIA DE ACOMPANHANTE DE IDOSOS S/ PERNOITE	203	R$ 823,80	R$ 4,06
0412050170 TORACOCENTESE/DRENAGEM DE PLEURA	191	R$ 10.752,04	R$ 56,29
0209010029 COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	190	R$ 21.670,12	R$ 114,05
0207010064 RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	188	R$ 51.465,62	R$ 273,75
0302040056 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	170	R$ 847,11	R$ 4,98
0302060030 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	153	R$ 724,31	R$ 4,73
0203010035 EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL)	152	R$ 1.648,62	R$ 10,85

(Continua...)

Fonte: SIH/DATASUS (2018)

Tabela 21 - Procedimentos especiais compatíveis com o Procedimento principal Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico em Minas Gerais – 2018

Procedimento Especial	Frequência	Valor total faturado	Valor unitário
0208050035 CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUINEO (CORPO INTEIRO)	130	R$ 25.286,98	R$ 194,52
0306020084 TRANSFUSAO DE CRIOPRECIPITADO	119	R$ 998,41	R$ 8,39
0207010048 RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	117	R$ 32.061,87	R$ 274,03
0802010091 DIARIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO (UTI III)	106	R$ 53.914,78	R$ 508,63
0206010044 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	105	R$ 9.173,81	R$ 87,37
0802010156 DIARIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM PEDIATRIA (UTI II)	104	R$ 49.786,88	R$ 478,72
0207030022 RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	102	R$ 28.218,74	R$ 276,65
0207010056 RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	97	R$ 26.337,50	R$ 271,52
0206010028 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	94	R$ 9.690,43	R$ 103,09
0201010542 BIOPSIA PERCUTANEA ORIENTADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA / ULTRASSONOGRAFIA / RESSONANCIA MAGNETI	87	R$ 8.555,40	R$ 98,34
0201010275 BIOPSIA DE MEDULA OSSEA	80	R$ 16.479,88	R$ 206,00
0418010056 IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN NA IRA (INCLUI CATETER)	72	R$ 12.127,78	R$ 168,44
0207030014 RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	69	R$ 18.987,18	R$ 275,18
0309010063 NUTRIÇÃO ENTERAL EM PEDIATRIA	66	R$ 1.188,00	R$ 18,00
0302040030 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	64	R$ 298,88	R$ 4,67
0302040048 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR	60	R$ 389,56	R$ 6,49
0207010030 RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	59	R$ 16.111,56	R$ 273,08
0205020038 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	57	R$ 1.393,92	R$ 24,45
0206010036 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	57	R$ 5.040,74	R$ 88,43
0206010010 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	52	R$ 4.541,88	R$ 87,34
0202100022 DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)	50	R$ 8.128,00	R$ 162,56
0412010127 TRAQUEOSTOMIA COM COLOCAÇÃO DE ORTESE TRAQUEAL OU TRAQUEOBRONQUICA	50	R$ 11.654,62	R$ 233,09
0603030033 IMUNOGLOBULINA HUMANA 1,0 G INJETAVEL (POR FRASCO)	50	R$ 2.062,00	R$ 41,24
0201010224 BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO	41	R$ 1.958,40	R$ 47,77

(Continua...)

Fonte: SIH/DATASUS (2018)

Tabela 21 - Procedimentos especiais compatíveis com o procedimento principal Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico em Minas Gerais – 2018

Procedimento Especial	Frequência	Valor total faturado	Valor unitário
0306020092 TRANSFUSAO DE PLAQUETAS POR AFERESE	38	R$ 307,42	R$ 8,09
0201010372 BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	37	R$ 994,41	R$ 26,88
0802010210 DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CORONARIANA-UCO TIPO II	37	R$ 29.599,51	R$ 799,99
0201010194 BIOPSIA DE FARINGE/LARINGE	35	R$ 716,63	R$ 20,48
0209020016 CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA	35	R$ 648,00	R$ 18,51
0209040017 BRONCOSCOPIA (BRONCOFIBROSCOPIA)	30	R$ 1.131,00	R$ 37,70
0802010075 DIARIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM PEDIATRIA (UTI III)	29	R$ 14.750,27	R$ 508,63
0214010058 TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE INFECÇÃO PELO HIV	28	R$ 29,00	R$ 1,04
0205020186 ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	27	R$ 653,40	R$ 24,20
0205020062 ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO	23	R$ 556,60	R$ 24,20
0207030049 RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	21	R$ 5.643,75	R$ 268,75
0205020135 ULTRASSONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	20	R$ 511,83	R$ 25,59
0205020127 ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	19	R$ 480,37	R$ 25,28
0205020070 ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	17	R$ 421,08	R$ 24,77
0207030030 RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	17	R$ 4.622,50	R$ 271,91
0205020100 ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	16	R$ 392,04	R$ 24,50
0205020160 ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	15	R$ 375,10	R$ 25,01
0209040025 LARINGOSCOPIA	15	R$ 754,20	R$ 50,28
0201010526 BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	14	R$ 344,94	R$ 24,64
0207010013 ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	14	R$ 3.762,50	R$ 268,75
0205020097 ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	13	R$ 314,60	R$ 24,20
0208070044 CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJECOES)	12	R$ 1.644,30	R$ 137,03
0206020023 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	10	R$ 867,50	R$ 86,75
0206030029 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	10	R$ 884,85	R$ 88,49
0208070036 CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR INALACAO (MINIMO 2 PROJECOES)	10	R$ 1.332,44	R$ 133,24
0201010216 BIOPSIA DE FIGADO POR PUNCAO	9	R$ 743,51	R$ 82,61

(Continua...)

Fonte: SIH/DATASUS (2018)

Tabela 21 - Procedimentos especiais compatíveis com o Procedimento principal Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico em Minas Gerais – 2018

Procedimento Especial	Frequência	Valor total faturado	Valor unitário
0302050035 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MUSCULO- ESQUELETIC	9	R$ 57,15	R$ 6,35
0302050019 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICA	8	R$ 50,80	R$ 6,35
0201010666 BIOPSIA DO COLO UTERINO	7	R$ 139,29	R$ 19,90
0208050019 CINTILOGRAFIA DE ARTICULACOES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO	7	R$ 1.262,24	R$ 180,32
0401010058 EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	7	R$ 171,38	R$ 24,48
0202100030 DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	6	R$ 960,00	R$ 160,00
0603070027 CONCENTRADO DE COMPLEXO PROTROMBINICO 500UI	6	R$ 887,34	R$ 147,89
0201010046 BIOPSIA DE ANUS E CANAL ANAL	5	R$ 99,68	R$ 19,94
0205010016 ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	5	R$ 825,00	R$ 165,00
0206020040 TOMOGRAFIA DE HEMITORAX, PULMÃO OU DO MEDIASTINO	5	R$ 695,69	R$ 139,14
0208030042 CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO	5	R$ 1.693,50	R$ 338,70
0209010010 COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA (VIA ENDOSCOPICA)	5	R$ 471,53	R$ 94,31
0309010098 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM PEDIATRIA	5	R$ 225,00	R$ 45,00
0401010104 INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO	5	R$ 59,20	R$ 11,84
0201010062 BIOPSIA DE BEXIGA	4	R$ 166,72	R$ 41,68
0201010569 BIOPSIA/EXERESE DE NODULO DE MAMA	4	R$ 266,00	R$ 66,50
0203010027 EXAME CITOPATOLOGICO HORMONAL SERIADO (MINIMO 3 COLETAS)	4	R$ 42,60	R$ 10,65
0207020027 RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	4	R$ 1.128,75	R$ 282,19
0209010053 RETOSSIGMOIDOSCOPIA	4	R$ 92,52	R$ 23,13
0309010039 GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA (INCLUI MATERIAL E SEDACAO ANESTESICA)	4	R$ 2.110,00	R$ 527,50
0201010500 BIOPSIA/PUNÇÃO DE VAGINA	3	R$ 54,99	R$ 18,33
0205010024 ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA	3	R$ 528,00	R$ 176,00
0208010025 CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECOES)	3	R$ 1.225,56	R$ 408,52
0208010033 CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJECOES)	3	R$ 1.149,21	R$ 383,07

(Continua...)

Fonte: SIH/DATASUS (2018)

Tabela 21 - Procedimentos especiais compatíveis com o Procedimento principal Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico em Minas Gerais – 2018

Procedimento Especial	Frequência	Valor total faturado	Valor unitário
0302010017 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	3	R$ 19,05	R$ 6,35
0305010042 HEMODIALISE CONTINUA	3	R$ 796,23	R$ 265,41
0306020041 SANGRIA TERAPEUTICA	3	R$ 14,07	R$ 4,69
0306020114 TRANSFUSAO DE PLASMA ISENTO DE CRIOPRECIPITADO	3	R$ 25,17	R$ 8,39
0406020094 DISSECCAO DE VEIA / ARTERIA	3	R$ 1,60	R$ 0,53
0407020128 DILATACAO DIGITAL / INSTRUMENTAL DO ANUS E/OU RETO	3	R$ 39,18	R$ 13,06
0201010518 BIOPSIA/PUNÇÃO DE VULVA	2	R$ 36,66	R$ 18,33
0205020119 ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	2	R$ 48,40	R$ 24,20
0205020194 MARCACAO DE LESAO PRE-CIRURGICA DE LESAO NAO PALPAVEL DE MAMA ASSOCIADA A ULTRASSONOGRAFIA	2	R$ 50,86	R$ 25,43
0206020015 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	2	R$ 173,50	R$ 86,75
0207020035 RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	2	R$ 537,50	R$ 268,75
0208080040 LINFOCINTILOGRAFIA	2	R$ 282,66	R$ 141,33
0208090010 CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS	2	R$ 1.813,60	R$ 906,80
0210010100 ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE HEMORRAGIA CEREBRAL	2	R$ 1.008,86	R$ 504,43
0409010359 PUNCAO / ASPIRACAO DA BEXIGA	2	R$ 25,94	R$ 12,97
0409020036 EXTRACAO ENDOSCOPICA DE CORPO ESTRANHO / CALCULO NA URETRA C/ CISTOSCOPIA	2	R$ 75,02	R$ 37,51
0501080074 EXAMES MICROBIOLOGICOS EM PACIENTE TRANSPLANTADO	2	R$ 30,00	R$ 15,00
0201010232 BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR	1	R$ 31,27	R$ 31,27
0201010380 BIOPSIA DE PENIS	1	R$ 18,33	R$ 18,33
0201010410 BIOPSIA DE PROSTATA	1	R$ 92,38	R$ 92,38
0201010437 BIOPSIA DE RIM POR PUNCAO	1	R$ 46,19	R$ 46,19
0201010488 BIOPSIA DE URETER	1	R$ 46,19	R$ 46,19
0205010059 ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	1	R$ 42,90	R$ 42,90
0205020089 ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	1	R$ 24,20	R$ 24,20
0205020143 ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	1	R$ 24,20	R$ 24,20

(Continua...)

Fonte: SIH/DATASUS (2018)

Tabela 21 - Procedimentos especiais compatíveis com o Procedimento principal Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico em Minas Gerais – 2018

Procedimento Especial	Frequência	Valor total faturado	Valor unitário
0207020019 RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE	1	R$ 361,25	R$ 361,25
0208020071 CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO GASTRICO	1	R$ 144,22	R$ 144,22
0208020098 CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA	1	R$ 157,23	R$ 157,23
0208040056 CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	1	R$ 133,03	R$ 133,03
0208050043 CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEO C/ GALIO 67	1	R$ 457,55	R$ 457,55
0209010045 LAPAROSCOPIA	1	R$ 50,46	R$ 50,46
0209030011 HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA	1	R$ 76,50	R$ 76,50
0209040041 VIDEOLARINGOSCOPIA	1	R$ 45,50	R$ 45,50
0210010070 ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO	1	R$ 179,46	R$ 179,46
0210010096 ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE DOENCA ARTERIOSCLEROTICA AORTO-ILIACA E DISTAL	1	R$ 504,33	R$ 504,33
0210020016 COLANGIOGRAFIA TRANSCUTANEA	1	R$ 45,34	R$ 45,34
0214010040 TESTE RAPIDO PARA DETECCAO DE HIV NA GESTANTE OU PAI/PARCEIRO	1	R$ 1,00	R$ 1,00
0302060057 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	1	R$ 6,35	R$ 6,35
0305010034 DIALISE PERITONEAL P/ PACIENTES RENAIS AGUDOS	1	R$ 133,70	R$ 133,70
0406010129 COLOCACAO DE BALAO INTRA-AORTICO	1	R$ 45,00	R$ 45,00
0407010254 RETIRADA DE POLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA	1	R$ 29,84	R$ 29,84
0409070165 EXTIRPACAO DE LESAO DE VULVA / PERINEO (POR ELETROCOAGULACAO OU FULGURACAO)	1	R$ 13,54	R$ 13,54
0412030128 RETIRADA DE DRENO TUBULAR TORACICO	1	R$ 33,97	R$ 33,97
0414020146 EXODONTIA MÚLTIPLA COM ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE	1	R$ 12,98	R$ 12,98
0702040118 CATETER DE ACESSO VENOSO CENTRAL POR INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC)	1	R$ 198,00	R$ 198,00
0702050024 CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA S/ BALAO	1	R$ 8,93	R$ 8,93
0702050121 CONJUNTO DESCARTAVEL DE BALAO INTRA-AORTICO	1	R$ 1.823,94	R$ 1.823,94

(Conclusão)

Fonte: SIH/DATASUS (2018)