

Faturamento Hospitalar aplicado ao serviço de parto: modelo alternativo ao *fee-for-service*

Hospital billing for birthing services: an alternative model to *fee-for-service*

Facturación Hospitalaria aplicada al servicio de parto: modelo alternativo al *fee-for-service*

Elenilde Pereira da Silva Ribeiro Costa¹

Alessandra da Rocha Arrais¹

Descritores

Custos hospitalares; Administração hospitalar; Faturamento; Parto; Saúde da mulher

Keywords

Hospital costs; Hospital administration; Billing; Delivery; Women's health

Descriptor

Costos de hospital; Administración hospitalaria; Facturación; Parto; Salud de la mujer

Submetido

30 de Janeiro de 2018

Aceito

3 de Maio de 2018

Autor correspondente

Elenilde Pereira da Silva Ribeiro Costa
<http://orcid.org/0000-0002-8239-8176>
 E-mail: elenilderibeiro@yahoo.com.br

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800025>



Resumo

Objetivo: Propor modelo alternativo ao faturamento hospitalar de pagamento por procedimento para pagamento por pacotes de serviço.

Métodos: Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, documental, baseada em dados secundários, com abordagem quantitativa, realizado em três etapas: I-levantamento de custos hospitalares; II-escolhas dos protocolos de atendimento; III-elaboração de pacotes de serviço. Para isso, foi analisado o comportamento dos custos hospitalares do serviço de parto de um hospital materno infantil público no período de 2014 a 2016. Também foram considerados protocolos para formar pacotes de serviços, com base nas indicações de parto do Ministério da Saúde e Conitec, nos indicadores QALY e de segurança do paciente.

Resultados: Considerando o estado de saúde da paciente, foi possível montar 3(três) pacotes de serviços, classificados como pacotes 1, 2 e 3, sendo a gestante de risco habitual classificada como pacote 1 com um custo médio de R\$9.652,63; a gestante de alto risco, classificada como pacote 2 apresentou um custo médio de R\$ 18.557,99; e a gestante de risco extremo, classificada como tipo 3 apresentou um custo médio de R\$ 41.386,49.

Conclusão: Ao entrar em um hospital, a parturiente será classificada conforme o grau de risco apresentado. Com isso, tanto a paciente quanto os provedores de saúde saberiam o custo estimado do seu atendimento. Isso diminuiria a quantidade de procedimentos registrados pela assistência, permitindo dedicar mais tempo para a paciente, seguindo protocolos de atendimento padronizados. O caso pode ser replicado em qualquer instituição pública ou privada, levando-se em consideração os seus custos e os indicadores de qualidade da unidade.

Abstract

Objective: To propose an alternative model to hospital *fee-for-service* billing by using bundled service charges.

Methods: This was documentary, exploratory, descriptive research based on secondary data, using a quantitative approach, conducted in three stages: I - hospital cost survey; II - choice of caring protocols; III - development of bundled services. The hospital costs of the birthing service in a public maternity hospital were analyzed from 2014 to 2016. Protocols were also considered to create bundled services, based on the birth indications of the Ministry of Health and the National Commission for Incorporation of Technologies (Conitec), in the quality-adjusted life-year indicators (QALY and patient safety indicators).

Results: Considering the patient's state of health, three bundles were developed, classified as Bundle 1, 2 and 3. The normal risk pregnant woman was classified as Bundle 1, with a mean cost of R\$9,652.63; the high-risk pregnant woman was classified as Bundle 2, presenting a mean cost of R\$18,557.99; and, the extreme-risk pregnant woman was classified as Bundle 3, with a mean cost of R\$41,386.49.

Conclusion: When hospitalized, the parturient is classified according to the level of risk present. Therefore, both the patient and the health providers can estimate the costs associated with specific levels of care. This strategy can reduce the amount of documentation, allowing more time for patient care, following standardized care protocols. The methodology can be replicated in any public or private institution, taking into account its costs, and the quality indicators for care.

Resumen

Objetivo: Proponer un modelo alternativo a la facturación hospitalaria por procedimientos de paquetes de servicios.

Métodos: Investigación exploratorio-descriptiva, documental, basada en datos secundarios, de abordaje cuantitativo, realizada en tres etapas: I-relevamiento de costos hospitalarios; II-elección de protocolos de atención; III-elaboración de paquetes de servicio. Se analizó el comportamiento del costo hospitalario del servicio de parto de un hospital Materno-infantil público entre 2014 y 2016. También se consideraron protocolos para conformar paquetes de servicio según indicaciones de parto del Ministerio de Salud y el Conitec, en los indicadores QALY y de seguridad del paciente.

Resultados: Considerando el estado de salud del paciente, pudieron elaborarse 3 (tres) paquetes de servicios, clasificados como 1, 2 y 3, habiéndose considerado a la parturienta con riesgo normal como paquete 1 con costo promedio de R\$9.652,63; la parturienta de alto riesgo fue clasificada como paquete 2, presentando costo promedio de R\$18.557,99; la parturienta con riesgo extremo fue clasificada como paquete 3, presentando costo promedio de R\$41.386,49.

Conclusión: En su admisión, la parturienta será clasificada según el grado de riesgo. Así, tanto la paciente como los proveedores de salud conocerán el costo estimado de su atención. Eso disminuiría la cantidad de procedimientos registrados en la atención, permitiendo dedicarle mayor tiempo a la paciente, siguiendo protocolos de atención estandarizados. El caso puede replicarse en cualquier institución pública o privada, considerando sus costos y los indicadores de calidad de la unidad.

Como citar:

Costa EP, Arrais AR. Faturamento hospitalar aplicado ao serviço de parto: modelo alternativo ao *fee-for-service*. Acta Paul Enferm. 2018;31(2):170-80.

¹Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília, DF, Brasil.
 Conflitos de interesse: nada a declarar.

Introdução

O faturamento *fee-for-service* rege 90% dos contratos entre planos de saúde e provedores de atendimento, como hospitais, clínicas, laboratórios e médicos.^(1,2) Esse modelo foi criado nos Estados Unidos na década de 1930, como base de um emergente sistema privado de seguridade, caracterizado pela “conta aberta”, isto é, hospitais, laboratórios e médicos atendem um determinado paciente de acordo com suas necessidades e repassam para a operadora uma fatura detalhada de todos os recursos humanos e materiais utilizados durante a assistência.⁽³⁾

Pelo modelo de faturamento *fee-for-service*, os valores praticados para os mesmos tipos de procedimento variam amplamente entre diferentes prestadores e pagadores. O desempenho não é levado em conta, os custos reais raramente o são e os valores ficam condicionados aos poderes de barganha. Remunera-se a quantidade, não a qualidade; reinternações decorrentes de evoluções clínicas ou erros médicos são novamente remuneradas.⁽⁴⁻⁶⁾

Portanto o que está se propondo é uma alternativa de pagamento ao modelo atual. Um faturamento por pacote de serviços, baseado em análise de custos e criação de protocolos padronizados. Esse estudo segue a metodologia desenvolvida por Porther e Kaplan, chamado *Bundled Service*,^(4,5) ou pacotes de serviços. O primeiro passo para se propor melhorias nas tabelas de faturamento no estudo aqui realizado, foi conhecer os custos do hospital. A análise econômica de custos é ferramenta essencial para se alcançar esse objetivo.^(4,5)

Bertó e Beulke⁽⁷⁾ entendem que o pacote por serviços possibilita a padronização de atendimentos, permitindo que se estime o prazo de internação, quais medicações lhes serão aplicadas e a bateria de exames a qual serão submetidos. Além disso, a presença do prontuário eletrônico e, na sequência, a formatação de protocolos facilitam a tarefa de avaliação de custos por pacotes de serviços.⁽⁷⁾

Para se levantar custos, ter sistema de dados e informações organizadas são fatores essenciais. De acordo com Conover,⁽⁸⁾ comparado com outras indústrias, a assistência médica em saúde está inundada de dados: nós temos muito mais informações e

transações, insumos, preços, e até mesmo os resultados para os cuidados de saúde do que outras áreas. E ainda assim, essa quantidade de dados é muitas vezes subutilizada, insuficiente para satisfazer os gestores, analistas políticos, ou críticos externos.⁽⁸⁾

O estudo foi realizado em um hospital materno-infantil do Distrito Federal, referência na assistência à mulher e ao recém-nascido, particularmente na gestação de alto risco, prematuridade extrema e malformações congênitas. Trata-se de um hospital público, habilitado para prestar os serviços de SADT- Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia, Ambulatorial e Hospitalar. Possui 310 leitos, sendo 173 leitos de Enfermaria, 45 leitos de Pronto Socorro, 92 leitos de UTI (8 UTI Materna, 16 UTI Pediátrica e 68 leitos UTI Neonatal). Dados de produção fornecidas pelo Núcleo de Estatística do Hospital registraram que no ano de 2016 foram realizadas 74.815 consultas ambulatoriais, 17.251 internações e 3.975 partos. O Núcleo de Controle e Gestão de Custos do hospital foi implementado por meio da Portaria SES/DF nº. 288 de 25/10/2013 e a Portaria SES/DF nº79 de 29/04/2015 em seu art. 2º designou a Subsecretaria de Planejamento da SES/DF como responsável pela implantação da gestão de custos no Distrito Federal.

As informações de custos foram fornecidas pelo Núcleo de Gestão de Custos do referido hospital. A base para se preparar toda a nova proposta de faturamento utilizou os dados no período de 2014 a 2016 e foi o arcabouço para se preparar propostas de pacotes de serviços. Portanto, o objetivo desse estudo é propor uma nova proposta de faturamento alternativo ao modelo *fee-for-service*: de pagamento por procedimento para pagamento por pacote de serviços, utilizando como exemplo o serviço de parto.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, documental, baseada em dados secundários, com abordagem quantitativa, realizado em três etapas: 1 - levantamento de custos hospitalares; 2 - seleção dos protocolos de atendimento; 3 - elaboração de

pacotes de serviço. Por ser a pesquisa baseada em dados secundários e por não envolver pesquisa com seres humanos ou análise de prontuários médicos, não houve necessidade de aprovação pelo CEP-Comitê de ética em pesquisa. Somente obteve-se a autorização dos gestores da área e da unidade.

PRIMEIRA ETAPA: Levantamento de Custos hospitalares: consistiu em levantar as despesas de todo o hospital e seus centros de custos. O levantamento e tratamento dos dados de custos considerou o método do custeio total por absorção, método esse aplicado pelo Ministério da Saúde para se calcular os custos envolvidos dos serviços e ações em saúde, com objetivo de fazer uso eficiente dos recursos. De acordo com a metodologia desenvolvida pelo Ministério da Saúde para o Programa Nacional de Gestão de Custos- PNGC,⁽⁹⁾ o modelo de custeio escolhido – custeio por absorção - de forma simples e sucinta, é o mais utilizado pelas instituições de saúde, e proporcionam indicadores e informação de extrema importância para a gestão de seus custos. O sistema de custeio por absorção faz apropriação integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) aos produtos/serviços finais. Esse método de Custeio controla o custo e o desempenho da entidade e dos centros de custos (áreas de atividades específicas), podendo comparar os custos estimados, com os valores orçados. Isto indicará, de uma forma geral, quando os custos da instituição excederão os valores orçados.

Foram coletadas as despesas do hospital, mensalmente, por meio do controle de notas fiscais, relatórios de execução de contratos de executores, sistemas informatizados de pessoal e de material, além de informações de contratos. A produção das áreas (o que produz cada centro de custo) foi pelo Núcleo de Estatística do hospital. O PNGC⁽⁹⁾ separa as despesas em quatro grandes grupos, a saber:

- **Despesa de Pessoal:**⁽⁹⁾ retirados do sistema informatizado de pessoal - itens que estão diretamente relacionados à folha de pagamento, isso é, salários e encargos, provisão de férias, 13º salário, horas extras, encargo patronal, etc, por centro de custos, sem rateios. Portanto trata-se de custos diretos.
- **Despesa de Consumo:**⁽⁹⁾ retirados do sistema informatizado de material – itens consumidos

por centro de custos, classificados em: artigos de expedientes, tecidos e vestuários, materiais para manutenção e conservação, gases medicinais, materiais radiológicos, materiais laboratoriais, artigos de higiene e limpeza, combustível e lubrificante, material médico-cirúrgico, instrumentais, produtos químicos etc. mensalmente, sem rateios. Portanto trata-se de custos diretos.

- **Despesa de serviços terceirizados:**⁽⁹⁾ corresponde à compra de serviços específicos não desenvolvidos pelos funcionários da instituição, em um período determinado, tais como vigilância e segurança, higienização e limpeza, laboratório, clínicas e outros serviços. Seu pagamento ocorre mediante a apresentação de nota fiscal, recibos etc. Necessário fazer rateios, por se tratar de custos indiretos.
- **Despesas Gerais:**⁽⁹⁾ outras despesas de custeio, tais como: água, taxas de serviços públicos, energia elétrica, seguros, telefone, despesas financeiras (juros de mora, taxas bancárias) etc. Necessário fazer rateios, por se tratar de custos indiretos.

Considerando os quatro grandes grupos de custos, foi possível chegar ao custo médio total do Hospital Materno Infantil, referente aos anos de 2014 a 2016, que podem ser visualizados na Tabela 1 a seguir (Tabela 1).

Importante destacar que 80% do custo total do hospital público é com Pessoal já acrescido de todos os encargos, 6% de Material de Consumo, 13% de Serviços Terceirizados e 1% de Despesas Gerais. Após o levantamento das despesas totais do hospital foi possível calcular quanto custa o produto gerado por cada centro de custo: o valor de custo da consulta, o valor da diária da internação na enfermaria, a diária de internação na UTI, etc. Dessa forma, a partir do cálculo dos custos dos centros de custos, chegou-se ao custo do Centro Obstétrico, local onde se aplica o serviço de parto. O hospital estudado tem um custo médio mensal aproximado de R\$ 22,5 milhões e o centro de custo do Centro Obstétrico total representa aproximadamente 12% desse valor total. Esses dados podem ser visualizados na tabela 2.

O custo de um parto normal de risco habitual no referido hospital analisado está em média de

Tabela 1. Custo Médio Mensal do Hospital Materno Infantil

Custo médio mensal Hospital Materno Infantil – 2014 a 2016				
Item de custo	Valor médio mensal 2014	Valor médio mensal 2015	Valor médio mensal 2016	Média mensal
Custos Diretos				
Pessoal	R\$17.678.191,03	R\$ 18.257.335,57	R\$18.185.669,95	R\$18.040.398,85
Material de Consumo	R\$ 1.967.692,60	R\$ 1.293.758,34	R\$ 1.129.771,60	R\$ 1.463.740,85
Custos Indiretos				
Serviços de Terceiros	R\$ 2.702.103,83	R\$ 2.665.402,81	R\$ 2.830.178,29	R\$ 2.732.561,64
Despesas Gerais	R\$ 252.819,86	R\$ 306.235,09	R\$ 343.188,56	R\$ 300.747,84
Total Geral	R\$22.600.807,32	R\$22.522.731,81	R\$22.488.808,39	R\$22.537.449,17

Tabela 2. Custo do Centro Obstétrico do Hospital

Custo médio mensal do Centro Obstétrico Hospital- 2014 a 2016				
Item de custo	Valor médio mensal 2014	Valor médio mensal 2015	Valor médio mensal 2016	Média mensal
1- Pessoal	R\$1.471.661,88	R\$1.764.916,52	R\$1.627.355,17	R\$1.621.311,19
2-Material de Consumo	R\$ 70.263,83	R\$ 48.519,86	R\$ 51.254,50	R\$ 56.679,40
3-Serviços de Terceiros	R\$ 184.878,76	R\$ 167.949,62	R\$ 177.484,20	R\$ 176.770,86
4-Despesas Gerais	R\$ 21.677,58	R\$ 21.955,44	R\$ 24.651,24	R\$ 22.761,42
Total Custo Diretos= (1+2)	R\$1.541.925,71	R\$1.813.436,38	R\$1.678.609,67	R\$1.677.990,59
Total Custos Indiretos = (3+4)	R\$ 206.556,34	R\$ 189.905,06	R\$ 202.135,44	R\$ 199.532,28
Rateios Recebidos	R\$1.254.157,88	R\$ 886.902,33	R\$ 907.125,74	R\$1.016.061,98
5 - Custo Total = (Custos Diretos + Indiretos+ Rateios)	R\$3.002.639,92	R\$2.890.243,78	R\$2.787.870,84	R\$2.893.584,85
6- Produção (quantidade de partos)	441	320	331	364
7- Custo Médio Parto Normal= (5/6)	R\$6.808,71	R\$ 9.032,01	R\$ 8.500,59	R\$ 8.113,77
8- Custo Médio Parto Cirúrgico (7 + cirurgia porte 2)	R\$ 9.690,09	R\$ 11.913,39	R\$ 11.381,97	R\$ 10.995,15

R\$ 8.113,77. O valor do parto cirúrgico corresponde ao valor do parto, acrescido do porte 2 de uma cirurgia no referido hospital (acrescentado das despesas cirúrgicas), que é de R\$ 2.881,38. Dessa forma, caso a gestante precise fazer um parto cirúrgico, o custo médio por parto cirúrgico será de **R\$ 10.995,15**. É importante destacar que, no campo da produção, quanto mais se produz, menor é o custo do produto e vice-versa. A partir desses valores se elaborou pacotes de serviços, considerando os protocolos envolvidos.

SEGUNDA ETAPA – seleção dos Protocolos de atendimento: consistiu em escolher protocolos a serem seguidos no serviço de parto. O caminho da paciente foi dividido em três modalidades: paciente com gestação de risco habitual, paciente com gestação de alto risco e paciente com gestação de risco extremo. De acordo com Nota Técnica feita pelo Governo de Minas Gerais e pela Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais - SOGIMIG,⁽¹⁰⁾ a estratificação da população perinatal por estratos de riscos é elemento central da organização da rede de atenção à saúde da mulher e criança, possibilitando atenção diferenciada segundo às necessidades de saúde, ou seja, a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa.

Segundo o Ministério da Saúde,⁽¹¹⁾ a gestação de alto risco é aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada. A partir de alguns fatores, pode-se prever se a paciente será classificada como de Risco habitual ou de alto risco.⁽¹¹⁾ Quanto à prevalência, estima-se que 85% das gestantes sejam de risco habitual e de médio risco; 11,2%, de alto risco; e 3,8%, de muito alto risco (incluindo 0,7% de malformação).

O Manual Técnico de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde⁽¹¹⁾ apresenta os marcadores e fatores de risco gestacionais presentes anteriormente à gestação, bem como situações que podem ocorrer durante a gravidez – início ao final, conforme o grau de risco, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC.⁽¹²⁾ A referida Comissão tem como atribuição, dentre outras, constituir ou alterar Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.⁽¹²⁾ O Protocolo de Diretrizes de Atenção à Gestante foi elaborado por um grupo multidisciplinar, composto por médicos obstetras, médicos de família, clínicos gerais, médico neonatologista, médico anestesiologista e enfermeiras obstétricas, convidados pela

CONITEC e pela Coordenação Geral da Saúde da Mulher (CGSM) do Ministério da Saúde. Visou orientar os profissionais de saúde e os gestores, nos âmbitos público ou privado, sobre importantes questões relacionadas às vias de parto, suas indicações e condutas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis.⁽¹²⁾

Dessa forma, o primeiro protocolo escolhido foi o de marcadores e fatores de risco gestacionais presentes anteriormente à gestação, bem como situações que podem ocorrer durante a gravidez – início ao final, conforme classificação feita pelo Ministério da Saúde e da Conitec:^(11,12)

- Existência de Pré-Natal;
- Características individuais e condições sociodemográficas favoráveis/desfavoráveis;
- História reprodutiva anterior;
- Pré-natal adequado para identificação do risco obstétrico;
- Consultas realizadas de acordo com o cronograma;
- Condições clínicas preexistentes;
- Doença obstétrica na gravidez atual;
- Intercorrências Clínicas;
- Fatores relacionados à gravidez atual.

A escolha do segundo protocolo levou em consideração os indicadores – *QALY* - *quality-adjusted life-year*. De acordo com Vergel e Sculpher⁽¹³⁾ países como Reino Unido, Austrália, Canadá, Países Baixos e países escandinavos fazem análises além do custo-benefício. A metodologia utilizada por eles é o custo- utilidade, pela qual se mensura o desfecho em saúde usando o indicador *QALY* - *quality-adjusted life-year*.⁽¹³⁾

Por esse método se analisam os custos estimados do investimento em saúde, comparado com os meios que está se utilizando atualmente e se vale a pena fazer esse investimento ou não. Tal metodologia foi desenvolvida de acordo com Ferreira⁽¹⁴⁾ na década de 70, como uma forma de analisar os ganhos em saúde e suas alterações tanto em qualidade de vida ganhos, como em tempos de vida ganhos (mortalidade). O *QALY* (“*Quality-Adjusted Life Years*” ou Anos de Vida Qualitativamente Ajustados) é um indicador de como evoluiu um estado de saúde de uma pessoa, analisando 5 dimensões, em 3 níveis, segundo Phillips e Thompson⁽¹⁵⁾ conforme abaixo:

- Mobilidade;
- Dor/desconforto;
- Cuidados Pessoais;
- Ansiedade/depressão;
- Atividades habituais (trabalhar, estudar, tarefas domésticas, lazer e atividades).

Um ano de perfeita saúde para o *QALY* gera o indicador 1. A morte é considerada equivalente ao indicador 0. Contudo, de acordo com Phillips e Thompson⁽¹⁵⁾ alguns estados de saúde podem ser considerados piores que a morte, logo é considerado indicador negativo (-1).

Quando associado com Custos, esse indicador permite analisar não só a qualidade e efetividade de uma intervenção, comparada com outra, como também os custos da intervenção – se alto ou baixo, por *QALY*. Ou seja, o *QALY* tem com base dois componentes – quantidade e qualidade de vida.⁽¹³⁻¹⁵⁾

Ainda dentro da segunda etapa de protocolos, considerou-se os indicadores e possíveis gatilhos indicados pela Segurança do Paciente. Em 1999 foi publicado um relatório intitulado *To Err is Human: Building a Safer Health System*, onde foi apresentado ao mundo os principais erros associados aos cuidados em saúde. Para Wachter,⁽¹⁶⁾ os eventos adversos em saúde se dividem em evitáveis e não evitáveis. Wachter⁽¹⁶⁾ cita que a definição do termo foi feita pelo *Institute for Healthcare Improvement (IHI)* onde definiram “lesão corporal não intencional resultante de ou promovida por cuidados médicos (incluindo a ausência de tratamento médico indicado), que exige um acompanhamento adicional, tratamento ou hospitalização, ou que resulta em óbitos”. Com base no mesmo estudo feito pelo *Institute for Healthcare Improvement-IHI* foram definidos possíveis gatilhos que possam sugerir desfecho gerados por eventos adversos, conforme abaixo:⁽¹⁶⁾

- Módulo de Gatilhos na Assistência;
- Módulo de Gatilhos de Medicamentos;
- Módulo de Gatilhos Cirúrgicos;
- Módulo de Gatilhos em Cuidados Intensivos;
- Módulo de Gatilhos Perinatais;
- Módulo de Gatilhos na Emergência;

Segundo Wachter⁽¹⁶⁾ o maior impacto dos erros associados aos cuidados em saúde e dos eventos adversos recai sobre os pacientes e seus entes queridos.

Para Watcher,⁽¹⁶⁾ no sistema *fee-for-service* parte do problema é que provedores de cuidado e instituições são geralmente compensados pelo cuidado inseguro, proporcionando pouco incentivo financeiro para fazer investimentos necessários para sistemas mais seguros.

TERCEIRA ETAPA: elaboração dos pacotes de serviço: para se chegar ao valor dos pacotes, consideraram-se, primeiramente, as condições clínicas que se encontra a gestante (fatores de risco). Posteriormente, se calculou o valor do parto (seja ele normal ou cirúrgico) somado ao custo da internação da gestante, seja na enfermaria, no setor de alto risco (onde se tem mais equipes dedicadas, equipamento e maior monitorização da paciente) e/ou UTI. Considerou-se nessa análise o tempo médio de internação em cada setor, baseado no tempo médio de internação fornecido pelo Núcleo de Estatística do hospital.

A síntese do cálculo do pacote pode ser visualizada na equação abaixo:

$$\text{Custo do parto} + \text{Custo da internação} = \text{Custo Total do pacote}$$

Importante destacar que todos as demais despesas envolvidas (atendimento ambulatorial, exames, alimentação, materiais médico-hospitalares etc), já estão incluídos nas despesas abaixo envolvidas, seja diretamente ou indiretamente. Com informações do perfil da paciente e dados de custos, conforme o tipo de parto a ser realizado, será possível formar os pacotes. Importante destacar que a instituição pode ter um perfil pré-definido da paciente, caso ela faça o acompanhamento pré-natal na mesma instituição que irá realizar o parto e tenha os dados cadastrados em prontuário eletrônico. Isso já facilitaria a classificação da mesma.

Resultados

Segue abaixo um perfil aproximado das pacientes classificadas conforme grau de risco apresentado, indicador *QALY* e segurança do paciente. Importante destacar que os fatores de riscos definidos são am-

plos. Aqui apresentamos uma versão resumida que pode ser vista no quadro 1.

Quadro 1. Pacote 1 – Pacote Custo de risco habitual

Fatores de Risco – Paciente de Risco Habitual – Pacote 1
Idade entre 16 e 34 anos
Gravidez planejada ou desejada
Ausência de intercorrências clínicas e/ou obstétricas na gravidez anterior e/ ou na atual
Início de Pré-Natal até a 12ª semana de gestação
Ter realizado os exames preconizados no atendimento pré-natal:
Até 28ª semana –mensalmente
Da 28ª até a 36ª semana–quinzenalmente
Da 36ª até a 41ª semana –semanalmente
Intervalo entre as consultas: o total de consultas deverá ser de, no mínimo, 6 (seis), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro
Cuidados com a saúde bucal
Nenhum problema para caminhar
Pouca dor ou desconforto
Nenhum problema com cuidados pessoais
Baixa ansiedade ou depressão
Poucos problemas na realização de atividades costumeiras

Pacote 1 – Risco habitual: enquadra-se nesse pacote as gestantes que **não** apresentarem alguma das condições clínicas essenciais relacionadas aos pacotes de alto risco e risco extremo. Isso significa que elas só serão enquadradas nas condições clínicas que caracterizam o risco habitual.

O caminho da paciente de risco habitual pode ter dois desfechos prováveis, conforme explicado abaixo:

a) Custo da gestante de risco habitual com parto normal: nesse possível desfecho, soma-se, além do custo do parto normal, mais o custo da internação no alojamento conjunto. De acordo com informações do Núcleo de Estatística do Hospital, a paciente de risco habitual permanece por volta de até 2 (dois) dias internada na unidade de Alojamento Conjunto- Alcon, enfermaria onde a mãe e o filho se recuperam do trabalho de parto realizado. Ver cálculos na tabela 3.

Dessa forma, o custo médio total do parto normal mais a internação será de **R\$ 9.652,63** (nove mil, seiscentos e cinquenta e dois reais e sessenta e três centavos). A paciente desse desfecho permanece, em média, 02 dias no hospital.

b) Custo da gestante de risco habitual com parto cirúrgico: nesse possível desfecho, soma-se, além do custo do parto cirúrgico, mais o custo da internação no alojamento conjunto. De acordo com

Tabela 3. Custo da gestante de risco habitual – parto normal

Pacote 1: Custo de paciente gestante de risco habitual – parto normal				
Item de custo	Valor médio mensal 2014	Valor médio mensal 2015	Valor médio mensal 2016	Média mensal
Custo Médio Parto Normal	R\$6.808,71	R\$ 9.032,01	R\$ 8.500,59	R\$ 8.113,77
Custo Médio Internação Enfermaria (2 dias)	R\$ 932,05	R\$ 2.110,33	R\$ 1.574,20	R\$ 1.538,86
Custo médio total parto normal de risco habitual	R\$ 7.740,76	R\$ 11.142,34	R\$ 10.074,79	R\$ 9.652,63

Tabela 4. Custo da gestante de risco habitual – parto cirúrgico

Pacote 1: Custo de paciente gestante de risco habitual – parto cirúrgico				
Item de custo	Valor médio mensal 2014	Valor médio mensal 2015	Valor médio mensal 2016	Média mensal
Custo Médio Parto Cirúrgico	R\$ 9.690,09	R\$ 11.913,39	R\$ 11.381,97	R\$ 10.995,15
Custo Médio Internação Enfermaria (2 dias)	R\$ 932,05	R\$ 2.110,33	R\$ 1.574,20	R\$ 1.538,86
Custo médio total- parto cirúrgico de risco habitual	R\$ 10.622,14	R\$ 14.023,72	R\$ 12.956,17	R\$ 12.534,01

informações do Núcleo de Estatística do Hospital, a paciente de risco habitual permanece por volta de até 2 (dois) dias internada no Alojamento Conjunto – enfermaria. Visualizar dados do custo na tabela 4.

Dessa forma, o custo médio total do parto cirúrgico mais a internação será de **R\$12.534,01** (doze mil, quinhentos e trinta e quatro reais e um centavo). A paciente desse desfecho permanece, em média, 02 dias no hospital.

Pacote 2 – Alto risco: enquadra-se nesse pacote a paciente que apresentar condições clínicas em

peelo menos uma das seguintes áreas: Cardiovascular, Respiratório, Hematológica, Endócrina, Infeciosa, Imune, Renal, Neurológica, Gastrointestinal, Psiquiátrica, Complicações Prévia ou problemas na gravidez atual, que estão listadas no quadro 2.

O caminho da paciente de alto risco pode ter dois desfechos prováveis, conforme explicado abaixo:

a) Custo da gestante de alto risco com parto normal: nesse possível desfecho, soma-se o custo da internação na unidade de alto risco, mais o

Quadro 2. Pacote 2 – Pacientes de alto risco

Fatores de Risco – Alto Risco – Pacote 2	
Idade maior que 35 anos	Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite
Nuliparidade e grande multiparidade	Teste positivo para <i>Clostridium difficile</i> em Amostra de Fezes
Apresentação Pélvica	Morte perinatal explicada e inexplicada
Gestação múltipla	Diabetes gestacional
Alguns problemas para caminhar	Hipertensão arterial
Apresenta moderada dor ou desconforto	Pneumopatias
Algum problema para tomar banho ou se vestir sozinho	Nefropatias
Moderada ansiedade ou depressão	Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias)
Alguns problemas para realizar as atividades costumeiras	Hemopatias
Consulta com especialista	Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.)
Tempo na emergência maior que 6 Horas	Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar
Dependência de drogas lícitas ou ilícitas	Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras)
Parto pré-termo anterior	Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma)
Esterilidade/infertilidade	Neoplasias
Cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores)	Pré-eclâmpsia e eclâmpsia
Cardiopatias	Amniorrexe prematura
Alterações genéticas maternas	Hemorragias da gestação
Hanseníase	Insuficiência istmo-cervical
Tuberculose	Aloimunização
Desnutrição materna severa	Óbito fetal
Ausência de Controle de Pré-Natal	Polidrâmnio ou oligodrâmnio (qtidade líquido amniótico)
Abortamento habitual	Malformações fetais ou arritmia fetal
Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local)	Placenta Prévia Centro total ou centro parcial
Exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos.	Acretismo placentário - gestante com cesariana prévia
Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico	Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual
Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada	Queda de Paciente
Gemelaridade	Diagnóstico de Pneumonia

Tabela 5. Custo da gestante de alto risco – parto normal

Pacote 2: Custo de paciente gestante de alto risco- parto normal				
Item de custo	Valor médio mensal 2014	Valor médio mensal 2015	Valor médio mensal 2016	Média mensal
Custo Médio Internação Alto Risco (5 dias)	R\$ 4.581,50	R\$ 4.970,35	R\$ 8.520,10	R\$ 6.023,98
Custo Médio Parto Normal	R\$6.808,71	R\$ 9.032,01	R\$ 8.500,59	R\$ 8.113,77
Custo Médio Internação Enfermária (2 dias)	R\$ 932,05	R\$ 2.110,33	R\$ 1.574,20	R\$ 1.538,86
Custo médio total -parto normal de Alto Risco	R\$ 12.322,26	R\$ 16.112,69	R\$ 18.594,89	R\$ 15.676,61

Tabela 6. Custo da gestante de alto risco – parto cirúrgico

Pacote 2: Custo de paciente gestante de alto risco – parto cirúrgico				
Item de custo	Valor médio mensal 2014	Valor médio mensal 2015	Valor médio mensal 2016	Média mensal
Custo médio Internação Alto Risco (5 dias)	R\$ 4.581,50	R\$ 4.970,35	R\$ 8.520,10	R\$ 6.023,98
Custo Médio Parto Cirúrgico	R\$ 9.690,09	R\$ 11.913,39	R\$ 11.381,97	R\$ 10.995,15
Custo Médio Internação enfermária (2 dias)	R\$ 932,05	R\$ 2.110,33	R\$ 1.574,20	R\$ 1.538,86
Custo médio total parto cirúrgico de alto risco	R\$15.203,64	R\$18.994,07	R\$21.476,27	R\$18.557,99

Quadro 3. Pacote 3 – Pacientes de risco extremo

Fatores de Risco – Risco Extremo – Pacote 3	
Síndrome hemorrágica ou hipertensiva	Elevação na Uréia ou na Creatinina Sérica Duas Vezes (2x) o Valor Basal
Evidência laboratorial de proteinúria	Administração de Vitamina K
Paciente confinada na cama	Reabordagem Cirúrgica
Extrema dor ou desconforto	Admissão em Unidade de Terapia Intensiva no Pós-Operatório
Incapaz de tomar banho ou se vestir sozinho	Intubação ou Reintubação ou uso de BiPAP na Recuperação Pós Anestésica
Extremamente ansioso ou depressivo	Elevação no Nível de Troponina Maior que 1,5 Nanograma/mL no Pós-Operatório
Incapaz de realizar atividades costumeiras	Ocorrência de Qualquer Complicação Operatória
Transfusão de Sangue ou uso de Hemocomponentes	Readmissão na Unidade de Terapia Intensiva
Acionamento de Código (azul, vermelho, amarelo,etc), Parada Cardíaca ou Respiratória, ou Acionamento do time de resposta rápida	Intubação/ Reintubação
Díalise Aguda	Uso de Terbutalina
Radiografia ou Ultrassonografia com doppler para avaliar embolismo ou Trombose Venosa Profunda	Laceração de 3º ou 4º Grau
Diminuição na Hemoglobina ou no Hematócrito de 25% ou maior	Contagem de Plaquetas Menor que 50.000
Infecção relacionada à Assistência a Saúde	Administração de Anestesia Geral
Glicemia Menor que 50 mg/dL	Readmissão na Emergência em 48 Horas após a alta

custo do parto normal, além do custo do retorno para a enfermária, para recuperação. De acordo com informações do Núcleo de Estatística do Hospital, a paciente de alto risco fica, em média, por 5 (cinco) dias internada na unidade, além de até 2 (dois) dias internada no Alojamento Conjunto – enfermária. Os custos desse pacote podem ser observados na tabela 5.

Dessa forma, o custo médio total do parto normal de alto risco mais a internação será de **R\$15.676,01** (quinze mil, seiscentos e setenta e seis reais e um centavo). A paciente desse desfecho permanece, em média, 07 dias internada no hospital.

b) Custo da gestante de alto risco com parto cirúrgico: nesse possível desfecho, soma-se o custo da internação na unidade de alto risco, mais o custo do parto cirúrgico, além do custo do retorno para a enfermária, para recuperação. De acordo com

informações do Núcleo de Estatística do Hospital, a paciente de alto risco permanece, em média, por 5 (cinco) dias internada na unidade, além de até 2 (dois) dias internada na unidade no Alojamento Conjunto – enfermária. Os dados sobre os custos desse pacote estão apresentados na tabela 6.

Dessa forma, o custo médio total do parto cirúrgico - de alto risco mais a internação será de **R\$18.557,99** (dezoito mil, quinhentos e cinquenta e sete reais e noventa e nove centavos). A paciente desse desfecho permanece, em média, 07 dias no hospital.

Pacote 3 – Risco extremo: enquadra-se nesse pacote a paciente que apresentar pelo menos **1 (um)** dos estágios informados abaixo no quadro 3.

O caminho da paciente de risco extremo pode ter dois desfechos prováveis, conforme explicado abaixo:

Tabela 7. Custo da gestante de risco extremo I

Pacote 3: Custo de paciente gestante de risco extremo tipo I				
Item de custo	Valor médio mensal 2014	Valor médio mensal 2015	Valor médio mensal 2016	Média mensal
Custo Médio Parto Cirúrgico	R\$ 9.690,09	R\$ 11.913,39	R\$ 11.381,97	R\$ 10.995,15
Custo Médio Internação UTI: (5dias)	R\$ 25.491,65	R\$ 32.271,65	R\$ 28.794,15	R\$ 28.852,48
Custo Médio Internação enfermaria (2 dias)	R\$ 932,05	R\$ 2.110,33	R\$ 1.574,20	R\$ 1.538,86
Custo médio total parto cirúrgico de risco extremo I	R\$ 36.113,79	R\$ 46.295,37	R\$ 41.750,32	R\$ 41.386,49

Tabela 8. Custo da gestante de risco extremo II

Pacote 3: Custo de paciente gestante de risco extremo tipo II				
Item de custo	Valor médio mensal 2014	Valor médio mensal 2015	Valor médio mensal 2016	Média mensal
Custo Médio Internação Alto Risco (5 dias)	R\$ 4.581,50	R\$ 4.970,35	R\$ 8.520,10	R\$ 6.023,98
Custo Médio Parto Cirúrgico	R\$ 9.690,09	R\$ 11.913,39	R\$ 11.381,97	R\$ 10.995,15
Custo Médio Internação UTI (5 dias)	R\$ 25.491,65	R\$ 32.271,65	R\$ 28.794,15	R\$ 28.852,48
Custo Médio Internação enfermaria (2 dias)	R\$ 932,05	R\$ 2.110,33	R\$ 1.574,20	R\$ 1.538,86
Custo médio total parto cirúrgico de risco extremo II.	R\$40.695,29	R\$51.265,72	R\$51.270,42	R\$ 47.743,81

a) **Custo da gestante de risco extremo, com parto cirúrgico e internação na UTI:** nesse possível desfecho, soma-se, além do custo do parto cirúrgico, mais o custo da internação da UTI Materna e o retorno para a enfermaria, para recuperação. De acordo com estudos da estatística do hospital, as gestantes de risco extremo ficam em torno de 5 (cinco) dias internada na UTI Materna mais a recuperação no Alcon, de, em média 2 (cinco) dias internada no Alojamento Conjunto – enfermaria. Na tabela 7 encontram-se os custos da gestante de risco extremo I.

Dessa forma, o custo médio total do parto cirúrgico de risco extremo, mais a internação será de **R\$ 41.386,49** (quarenta e um mil, trezentos e oitenta e seis reais e quarenta e nove centavos.) A paciente desse desfecho permanece, em média, 07 dias internada no hospital.

b) **Custo da gestante de risco extremo, com parto cirúrgico e internação na UTI:** nesse possível desfecho, soma-se o custo da internação na unidade de alto risco, para casos em que a paciente já estava internada no hospital aguardando seu parto, o custo do parto cirúrgico, além da internação na UTI para estabilização, mais o custo do retorno para a enfermaria, para recuperação. De acordo com informações do Núcleo de Estatística do Hospital, a paciente de alto risco permanece, em média, por 5 (cinco) dias internada na unidade, além de até 5 (cinco) dias internada na UTI Materna mais 2 (dois) dias internada no Alojamento Conjunto – enfermaria para recuperação. Os custos da gestante de risco extremo II podem ser visualizados na tabela 8.

Dessa forma, o custo médio total do parto cirúrgico de risco extremo, mais a internação será de **R\$ 47.743,81** (quarenta e sete mil, setecentos e quarenta e três reais e oitenta e um centavos). A paciente desse desfecho permanece, em média, 12 dias internada no hospital.

Após a classificação da paciente em um dos pacotes acima, será possível informar previamente para a paciente, provedores de planos de saúde e demais interessados, o grau de risco gestacional que a paciente foi classificada, bem como o valor previsto para se fazer o parto, independente de acontecer mais alguma complicação, dentro dos prazos médios estabelecidos.

Discussão

Por maior que seja o desafio de se propor uma nova tabela de faturamento hospitalar, entende-se que esse assunto é pauta premente e precisa ser estudado em todas as suas nuances. A busca pela transparência na área da saúde não permite mais esconder os reais custos atrás de uma tabela por procedimento. O modelo *fee-for service* precisa ser revisado. Novas propostas precisam ser colocadas à disposição de todos os *stakeholders* da área de saúde. Os custos aqui apresentados são reais e podem trazer luz para todos aqueles que têm dúvidas sobre esse assunto. Independentemente de ter sido feito aplicado a um único serviço, as mesmas técnicas podem ser replicadas em outras unidades de saúde públicas e privadas.

No referido estudo, ao adentrar uma unidade de saúde, a parturiente seria classificada conforme o grau de risco apresentado. Com isso, tanto a paciente quanto o serviço de saúde saberiam o custo estimado do seu atendimento. Isso diminuiria a quantidade de procedimentos registrados pela assistência, permitindo dedicar mais tempo na assistência ao paciente, seguindo protocolos de atendimento padronizados. A preocupação com a qualidade do atendimento será maior, pois o faturamento ocorrerá para aquele pacote definido. Situações extras provocados por falhas na segurança do paciente, por exemplo, não serão recompensadas.⁽²⁾ Esses fatores além de afetar a segurança do paciente, impactam diretamente no aumento do tempo de internação¹⁵ e podem impactar na classificação da paciente como alto risco ou risco extremo. Por isso a importância de se focar mais na qualidade do atendimento do que na quantidade de procedimentos.

O caso foi aplicado ao serviço de parto de um hospital público, mas pode ser replicado em qualquer instituição, seja pública ou privada, levando-se em consideração os seus custos e os indicadores de qualidade da unidade. Cabe ressaltar que o *case* apresentado não leva o lucro em consideração. Têm-se apenas os dados de custos. Caso seja aplicado por planos de saúde ou hospitais particulares, deve-se sempre levar em consideração as peculiaridades de cada instituição. Os valores variam para maior ou menor, conforme seja feita a gestão dos recursos.

Outra informação relevante a ser considerada é que no estudo aqui apresentado, não estão incluídos os cuidados com o bebê. Apenas com a mãe. Dessa maneira, há a necessidade de se complementar esses estudos com os custos do binômio – mãe e filho e ver o real impacto, caso seja estabelecido pacote de serviços. Como são centros de custos diferentes, entendemos a necessidade de se criar pacotes separados para cada um.

Importante reforçar que a mesma metodologia aplicada nesse estudo pode ser aplicada a outras instituições, mas, considerando dados e indicadores específicos da instituição e principalmente seus custos hospitalares. Protocolos padronizados são essenciais para diminuir custos e aumentar a qualidade do atendimento para o paciente. Isso garante uni-

formidade de ações e diminuição de desperdícios. Atuação multidisciplinar dos profissionais de saúde é fundamental.

Contudo, é necessário reconhecer que o modelo de faturamento proposto tem provocado controvérsias na literatura da área. Bichuetti e Ali Mere⁽⁶⁾ entendem que alterar simplesmente o modelo de remuneração sem a conscientização de que é necessário haver mudanças de atitude e de cultura assistencial e empresarial é buscar solução de curto prazo que arrastaria para o futuro as mesmas mazelas do sistema atual.

Bailey⁽¹⁷⁾ também reforça que por si só a assistência à saúde baseada em valor, como o modelo do *Bundled Service* não reduz gastos ou melhora resultados. Para o autor, a transição para essa abordagem implica infraestrutura adicional, custos com treinamento e a complexidade de prestar assistência à saúde em um ambiente que combina o *fee-for-service* com a remuneração baseada em valor. Além disso, para cumprir a promessa de melhorar a saúde e reduzir gastos, Bailey⁽¹⁷⁾ entende que essa metodologia precisa ser aprimorada por meio de uma abordagem estruturada voltada à eliminação de desperdício e implementada em conjunto com amplos esforços para lidar com fatores que ultrapassam os limites tradicionais da assistência à saúde.

Conclusão

Foi possível se chegar a uma nova tabela de faturamento, associando custos hospitalares e protocolos específicos de atendimento para se formar pacotes de serviço. Com isso, além de um maior controle dos custos envolvidos nos tratamentos, essa mesma classificação poderá servir para fazer um planejamento das possibilidades terapêuticas que a paciente vai precisar para ser assistida, com enfoque na qualidade do atendimento. Ademais, essa proposta aplicada ao serviço público de saúde, oferece oportunidades para o Ministério da Saúde controlar melhor os custos de suas unidades por porte, por meio da aplicação de protocolos e unificar o padrão de atendimento nas unidades. E no setor privado, os planos de saúde poderiam melhor gerenciar o fatu-

ramento ressarcido aos hospitais, bem como controlar a qualidade do atendimento com aplicações de padrões a serem atingidos, por meio dos pacotes. O estudo defendido apresenta potencialidades, mas também pontos de melhoria. Destaca-se que, apesar de ter realizado o estudo de custos e elaboração de protocolos, não houve tempo hábil para aplicar o modelo de pacote de serviços na instituição, o que permitiria aperfeiçoar ainda mais os indicadores dos pacotes. Somente foram realizados testes em um protótipo, que permitiu classificar a paciente, conforme seu grau de risco gestacional, mas que requer aperfeiçoamentos para se tornar um sistema a ser implementado nos hospitais. Posto isso, acreditamos que esse novo modelo demanda estudos complementares e sugere-se que estudos futuros contemplem essas etapas de implementação e avaliação concreta da proposta. Mas, defendemos a sua viabilidade e implementação como uma alternativa real ao faturamento hoje existente. Ressalta-se, ainda assim, que esse estudo pode ser ampliado para os demais serviços de uma instituição de saúde e servir de inspiração para que outros estudiosos e gestores aplicarem em suas instituições.

Colaborações

Costa EPSR e Arrais AR contribuíram com a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Abramge. Sinamge. Sinog. Passando a régua. Visão Saúde. Ano II. Jan/Fev/Mar2017; nº03: 18-23.
2. Abramge. Sinamge. Sinog. Saúde em Foco. Cenário da Saúde. Ano II. Nº04. Dezembro de 2015 [citado 2017 Ago 22]. Disponível em http://abramge.com.br/portal/files/cenario-saude/cenario_da_saude_ed4.pdf.
3. Abramge. Sinamge. Sinog. Termômetro do Mercado. Cenário da Saúde. Ano II. Nº07. Janeiro de 2017. [citado 2017 Ago 22]. Disponível em http://abramge.com.br/portal/files/cenario-saude/cenario_da_saude_ed7.pdf.
4. Porter, M. E. Kaplan. R.S. Como pagar pelos serviços de saúde. Harv Bus Rev Brasil. 2016; 94(8):32-45.
5. Porter, M. Kaplan. R.S. A estratégia que irá corrigir os serviços de saúde. Harv Bus Rev Brasil. 2013; 91(8):32-49.
6. Bichuetti JL, Mere Jr. YA. Modelos de Remuneração na Saúde. Harv Bus Rev Brasil. 2016; 91(10):58-62.
7. Bertó DJ, Beulke R. Gestão de custos e resultados na Saúde: hospitais, clínicas laboratórios e congêneres. 5a ed. São Paulo: Saraiva; 2012.
8. Conover CJ. American Health Economy Illustrated. 1, Washington (D.C): Aei Press; 2012.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Introdução à gestão de custos em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
10. Minas Gerais (Estado). SES/MG. Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais – SOGIMIG. Nota Técnica Conjunta. Atenção à Saúde da Gestante: Novos Critérios para Estratificação de Risco e Acompanhamento da Gestante. Maio de 2013 [citado 2017 Nov 27]. Disponível em <http://www.conass.org.br/liacc/wp-content/uploads/2015/02/Oficina-3-Estratificacao-de-Risco-GESTANTE.pdf>.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestão de alto risco: manual técnico. 5a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Protocolo Conitec – Relatório de Recomendação [citado 2017 Nov 27]. Disponível em http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf.
13. Vergel YB, Sculpher MJ. Quality-adjusted life years. Pract Neurol 2008; 8(3):175-82.
14. Ferreira LN. Utilidades, QALYs e medição da qualidade de vida. Rev Port Saúde Pública. 2003; 3(volume temático):51-63.
15. Phillips C, Thompson G. What is a QALY? London: Hayward Medical Communications; 2001.
16. Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. [tradução: Caroline Buss, Camila Philbert Lajolo Schrotberger, André Anjos da Silva; revisão técnica: Guilherme Brauner Barcellos]. 2a ed. Porto Alegre: AMGH; 2013.
17. Bailey DJ. Por si só, a assistência à saúde baseada em valor não reduz gastos ou melhora resultados. Har Bus Rev Brasil [Internet. 2017. Ago [citado 2017 Dez 20]. Disponível em <http://hbrbr.uol.com.br/assistencia-saude-baseada-em-valor-nao-reduz-gastos-ou-melhora-resultados/>.
18. Distrito Federal. Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria SES/DF nº. 288 de 25/10/2013. Diário Oficial do Distrito Federal. 29/20/2013; n. 225, p. 7.
19. Distrito Federal. Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal Portaria SES/DF nº. 79 de 29/12/2015 e a Portaria SES/DF nº 74 de 29/04/2015. Diário Oficial do Distrito Federal. 30/04/2015; n. 83, p. 19.