



Cobertura do custo dos procedimentos de enfermagem ambulatoriais pelo Sistema Único de Saúde: análise percentual*

Coverage for the cost of outpatient nursing procedures by the Unified Health System: a percentage analysis

Cobertura del costo de los procedimientos ambulatorios de enfermería por el Sistema Único de Salud: análisis porcentual

Como citar este artigo:

Sportello EF, Castilho V, Lima AFC. Coverage for the cost of outpatient nursing procedures by the Unified Health System: a percentage analysis. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e03692. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019026803692>

-  Elisabete Finzch Sportello¹
-  Valéria Castilho²
-  Antônio Fernandes Costa Lima²

* Extraído da tese: “Cobertura do custo dos procedimentos de enfermagem pelo Sistema Único de Saúde no ambulatório de um hospital Universitário”, Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2019.

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Orientação Profissional, São Paulo, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To analyze the percentage of the coverage of transfers from the Brazilian Unified Health System regarding nursing procedures conducted in the Outpatient facility of a University Hospital. **Method:** Quantitative, exploratory, descriptive case study. The sample for calculating the mean total direct costs was composed of non-participant observations of 656 procedures. The obtained costs were compared to transfers from the Unified Health System by multiplying the amount of procedures agreed upon by the unit cost in the Unified Table of Procedures in 2016 and 2017. **Results:** The Unified Health System transferred a percentage corresponding to 11.13% of the actual cost in 2016 and to 16.02% in 2017. In these two years, transfer values covered only a mean of 13.4%, resulting in a percentage difference in revenue significantly smaller than the actual cost. **Conclusion:** The higher the productivity of the performed procedures, the higher was the hospital deficit and, consequently, the higher were the costs not covered by the Unified Health System.

DESCRIPTORS

Ambulatory Care; Nursing Care; Costs and Cost Analysis; Cost Control; Health Care Costs; Unified Health System.

Autor correspondente:

Elisabete Finzch Sportello
Rua Dr Rafael Correia, 91, Apto 22
CEP 05043050 – São Paulo, SP, Brasil
betefs@usp.br

Recebido: 03/09/2019
Aprovado: 22/09/2020

INTRODUÇÃO

O sistema de financiamento é um dos principais problemas enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo este o seu ponto frágil. A instabilidade do orçamento da União destinado à saúde coloca em risco o nosso sistema de saúde, comprometendo a prestação de serviços de qualidade, com acesso universal e atendimento integral⁽¹⁻⁴⁾.

No Brasil, os hospitais públicos constituem instituições chave no sistema de saúde, consumindo cerca de 70% dos gastos públicos. Os repasses federais vêm diminuindo ao longo dos anos, agravando a crise financeira das instituições de saúde ligadas ao SUS⁽⁵⁻⁶⁾.

Salienta-se a política de faturamento hospitalar vigente, via produção por procedimentos. A Reforma Sanitária batalhou para inová-los por critérios de perfis epidemiológicos, buscando coerência com as necessidades de saúde por regiões. Conquistou-se a alteração no financiamento da atenção básica, ou seja, os repasses per capita populacional, perante os princípios da integralidade e equidade do SUS⁽⁷⁾. A realidade hoje é a persistência desse sistema de faturamento por procedimentos na atenção hospitalar, reconhecendo-se esse viés mercantil herdado da relação exacerbada de contratos e convênios de serviços com iniciativa privada e o estado, via Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)⁽⁸⁾.

A partir da década de 1990, os hospitais universitários (HUs) passaram a integrar a rede hospitalar do SUS por meio de contratos mediados pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Esses contratos na atenção secundária e terciária permaneceram com o faturamento por procedimentos, gerando e ampliando os problemas de financiamento.

A contratualização é utilizada para a formalização da relação entre o gestor público de saúde e os hospitais integrantes do SUS, sob sua gestão, por meio de instrumento formal – *contrato* –, sendo o meio pelo qual é realizado o repasse financeiro às organizações de saúde pelos procedimentos hospitalares realizados, cujos valores constam na Tabela Unificada de Procedimentos do SUS^(6,9).

Os hospitais das universidades estaduais têm desempenhado papel relevante no atendimento aos usuários do SUS. Entretanto, a crise financeira do País cumulada com políticas de financiamento e manutenção dos HUs pelas universidades se agravou nos últimos anos, acarretando prejuízos importantes para a oferta de serviços de saúde à população. Assim, em 2018 a Universidade de São Paulo (USP) arcou com 92,24% do orçamento do HU-USP e a SES repassou somente 7,76% do orçamento utilizado para a complementação do custeio⁽¹⁰⁾.

Atualmente os HUs são avaliados e certificados como Hospitais de Ensino (HE) e a contratualização via tabela unificada de procedimentos do SUS não garante as especificidades e particularidades dessas instituições, que têm papel não apenas no cumprimento de metas físicas e de qualidade, mas são também essenciais para o ensino, pesquisa, assistência inovadora e de excelência.

Discutir o financiamento de um Hospital Universitário (HU) público – principalmente pautado na excelência

da enfermagem –, precursor do Sistema de Assistência de Enfermagem e cuja trajetória se baseia na integração docente-assistencial, é praticamente um legado profissional, integrando-se ao cenário como responsabilidade histórica, mesmo diante da contradição produtivista.

Dessa forma, é notável que a legislação sobre o financiamento dos HUs pela gestão do SUS é ampla, porém ineficiente para atingir os objetivos e necessidades dessas instituições.

Logo, o gerenciamento de custos é imprescindível para as instituições de saúde, especialmente as que dependem do repasse do SUS, pois, quando não há controle, os serviços serão pactuados de maneira ineficaz. Tal gerenciamento deve ser específico para cada setor e grande parte do resultado positivo deve ser reinvestido na própria instituição, consequência das assertivas em várias ações gerenciais que visam o acompanhamento, revisão contínua dos contratos estabelecidos e maximização dos recursos⁽⁵⁾.

A apuração dos custos dos procedimentos e a sua comparação com os valores do repasse financeiro do SUS têm como foco auxiliar os gestores hospitalares na negociação e readequação das contratualizações⁽¹¹⁻¹²⁾.

Vários estudos que compararam o valor do repasse pelo SUS frente ao alto custo dos procedimentos também identificaram o problema real do subfinanciamento dos hospitais públicos em que a cobertura desses valores está aquém dos valores reais. Esse déficit orçamentário, associado ao aumento dos usuários que dependem exclusivamente desse sistema, amplia a crise e provoca má qualidade assistencial à população^(5,11-13).

A falta de recursos financeiros compromete a limitada estrutura física, humana e operacional disponível, bem como a qualidade dos serviços prestados. Diante disso, o gerenciamento de custos almeja garantir a prestação contínua de serviços de saúde de qualidade a um menor preço, sem riscos para profissionais e pacientes, contribuindo com o equilíbrio financeiro dessas instituições. Nessa perspectiva, considerando que a equipe de enfermagem é responsável pela realização de grande parte dos procedimentos, os enfermeiros são fundamentais para gerenciar os custos assistenciais visando a adequação dos recursos humanos, físicos e materiais, aumentando a qualidade da assistência prestada e a acessibilidade aos pacientes/usuários⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Frente ao exposto, este estudo objetivou analisar o percentual de cobertura do repasse do SUS relativo aos procedimentos de enfermagem realizados no Ambulatório de um HU do município de São Paulo, o qual não possui um sistema de custeio para subsidiar a formulação de estratégias, tal como um planejamento orçamentário visando o acompanhamento da relação entre o custo e a receita dos serviços de saúde prestados.

MÉTODO

TIPO DO ESTUDO

Trata-se de pesquisa quantitativa, exploratório-descritiva, do tipo estudo de caso único.

POPULAÇÃO

A população constituiu-se dos procedimentos de enfermagem, entre múltiplas atividades realizados no Ambulatório de um HU do município de São Paulo, no período de janeiro/2016 a dezembro/2017, conformada por: consulta de enfermagem (CE); administração de medicamentos (por vias intramuscular - IM, subcutânea - SC, oral - VO, sublingual - SL, instilação ocular, inalação, punção venosa para administração de medicamentos e soluções - EV), bota de Unna (BU); curativos pequeno (P), médio (M) e grande (G); retirada de pontos; cateterismo vesical de demora (CVD), cateterismo vesical de alívio (CVA); troca de sonda de cistostomia (CTT); inserção de sonda para nutrição enteral (SNE); troca do tubo de gastrostomia (GTT), troca da bolsa de colostomia, glicemia capilar e aferição de Pressão Arterial (PA) e Frequência Cardíaca (FC).

COLETA DE DADOS

Inicialmente, a coleta de dados foi realizada por meio de consulta aos relatórios mensais gerenciais do Ambulatório do HU, bem como aos valores obtidos do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos (SIGTAP) do SUS.

A amostra por conveniência não probabilística para subsidiar o custo médio total direto (CMTD) correspondeu às oportunidades de observações não participantes de 656 procedimentos, entre novembro/2017 e julho/2018.

CÁLCULO DO CMTD

O CMTD foi calculado multiplicando-se o tempo (cronometrado) despendido pelas enfermeiras e técnicos/auxiliares de enfermagem (TE/AE) pelo custo unitário da mão de obra direta (MOD) somando-se ao custo dos materiais e soluções⁽¹⁶⁾. Calculou-se o repasse do SUS multiplicando-se a quantidade de procedimentos pactuados pelo custo unitário repassado constante na Tabela do SIGTAP⁽⁹⁾.

O custo unitário da MOD por minuto, baseado nos salários médios, por categoria profissional, considerando a carga de 144 horas/mês, correspondeu a R\$ 2,25 para a categoria enfermeira e a R\$ 1,27 para a categoria TE/AE. Para o cálculo do custo dos materiais e soluções, utilizou-se a média do preço unitário pago pelo HU nas últimas três aquisições.

Os custos aferidos a partir da amostra dos procedimentos observados foram multiplicados pelo número de procedimentos realizados em 2016 e 2017 e comparados com os valores repassados pelo SUS. As variáveis contínuas foram descritas por estatísticas de posição (média) e de escala (desvio padrão - DP), além da construção e análise dos intervalos de confiança de 95% para as médias.

ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EEUSP como instituição proponente, no parecer consubstanciado número 2.157.170, e pelo CEP do HU, como instituição colaboradora, no parecer consubstanciado número 2.181.231. Ambas as aprovações ocorreram no

ano de 2017, em conformidade com a Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁷⁾.

RESULTADOS

Em 2016 e 2017, 29.500 (100%) pacientes foram submetidos a 84.046 procedimentos de enfermagem realizados no Ambulatório do HU. Houve a prevalência de pacientes do sexo feminino (58,6%); provenientes da comunidade universitária (55,0%); com idade média de 48,1 (DP=25,3) anos; cujos diagnósticos mais frequentes foram os do capítulo XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (9.802-33,2%); IX - Doenças do aparelho circulatório (4.371-14,8%); XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (2.786-9,4%) e IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (2.75-9,3%).

No período de novembro/2017 a julho/2018, foram observados 14 profissionais de enfermagem (seis enfermeiras e oito TE/AE) na execução dos procedimentos objeto de custeio. A idade média desses profissionais correspondeu a 52,86 (DP=9,05) anos, com tempo médio de atuação no HU de 26 (DP=8,05) anos, tempo médio de atuação no Ambulatório de 16,43 (DP=8,34) anos e tempo médio de escolaridade de 15,82 (DP=3,11) anos. O tempo médio de escolaridade das enfermeiras foi de 18,00 (DP=2,45) anos; todas possuíam uma ou mais especializações (três em saúde coletiva/pública, uma em cuidados paliativos, uma em docência em enfermagem, uma em gerontologia, uma em pediatria e duas em obstetrícia); uma delas possuía mestrado na área de ensino em enfermagem. O tempo médio de escolaridade dos TE/AE foi de 13,63 (DP=2,06) anos. Uma das técnicas possuía curso superior em enfermagem.

Observou-se que o nível salarial dos profissionais de enfermagem é diferenciado, impactando diretamente no cálculo do valor médio dos procedimentos. Assim, a MOD foi de R\$ 2,25 para enfermeiras e R\$ 1,27 para técnicos de enfermagem, devido ao perfil dos profissionais discutido acima.

Em relação aos procedimentos de enfermagem realizados no Ambulatório e pactuados pelo HU para 2016, o SUS reembolsou R\$ 76.884,12 quando deveria, na realidade, ter reembolsado R\$ 568.884,56 conforme indica a Tabela 1.

Na Tabela 2, demonstra-se que o custo real aferido dos procedimentos de enfermagem não pactuados, realizados em 2016, correspondeu a R\$ 122.193,69.

Observa-se, na Tabela 3, que os valores reembolsados ao HU pelo SUS para os procedimentos de enfermagem pactuados em 2017 foram de R\$ 96.100,11. Contudo, o custo real foi de R\$ 485.693,91, representando uma diferença de R\$ 389.593,80.

Quanto ao custo real dos procedimentos não pactuados em 2017, o valor equivaleu a R\$ 114.304,85 (Tabela 4).

Na Tabela 5, demonstra-se que, nos anos de 2016 e 2017, a percentagem média dos valores reembolsados (procedimentos de enfermagem pactuados) equivaleu a 13,4% em relação aos custos aferidos dos procedimentos de enfermagem realizados (incluindo os não pactuados) (86,6%).

Tabela 1 – Distribuição dos procedimentos de enfermagem pactuados quanto ao valor unitário da tabela SIGTAP*, quantidades pactuadas e realizadas por ano, valores reembolsados pelo SUS, valores do CMTD**/DP*** dos procedimentos, custos reais no ano de 2016 e diferença entre o custo real e o reembolsado – São Paulo, SP, Brasil, 2019.

Variáveis	Valor unitário SIGTAP*	Quantidade pactuada	Valor reembolso	Valor CMTD** / DP***	Quantidade realizada	Custo real	Diferença entre custo real e reembolso
Consultas de Nível superior (exceto médico) - Enfermagem	6,30	10.489	66.080,70	30,48 (26,77)	10.489	319.704,72	253.624,02
Curativo Grau II (Médio)	32,40	-	-	25,09 (9,80)	388	9.734,92	9.734,92
Curativo Grau II (Grande)	32,40	24	777,60	56,91 (24,35)	355	20.203,05	19.425,45
Curativo Grau II (Bota de Unna)	32,40	-	-	120,7 (17,19)	669	80.748,30	80.748,50
Intramuscular	0,63	3.745	2.359,35	6,15 (1,52)	3.745	23.031,75	20.672,40
Subcutânea	0,63	58	36,54	4,46 (1,05)	58	258,68	222,14
Sublingual	0,63	-	-	3,35 (0,99)	0	0	0
Via oral	0,63	3.548	2.235,24	3,38 (1,29)	3.548	11.992,24	9.757,00
Instilação ocular	0,63	1.858	1.170,54	4,45 (2,11)	1.858	8.268,10	7.097,56
Endovenosa	0,63	6.705	4.224,15	14,16 (5,37)	6.705	94.942,80	90.718,65
Total	-----	-----	76.884,12	-----	2.7815	568.884,56	492.000,44

Legendas: *SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde; **CMTD - Custo Médio Total Direto; ***DP - Desvio Padrão.

Tabela 2 – Distribuição dos procedimentos de enfermagem não pactuados quanto ao valor unitário da tabela SIGTAP*, quantidades realizadas por ano, valores reembolsados pelo SUS, valores do CMTD**/DP*** dos procedimentos, custos reais no ano de 2016 e diferença entre o custo real e o reembolsado – São Paulo, SP, Brasil, 2019.

Variáveis	Valor unitário SIGTAP*	Valor reembolso	Valor CMTD** / DP***	Quantidade realizada	Custo Real	Diferença entre custo Real e reembolso
Curativo Grau I (Pequeno)	0,00	0,00	13,76 (3,88)	1.825	25.112,00	25.112,00
Inserção de Sonda nasoenteral	28,00	0,00	83,27 (19,17)	32	2.664,64	2.664,64
Inalação	0,00	0,00	4,82 (1,81)	539	2.597,98	2.597,98
Glicemia Capilar	0,00	0,00	6,42 (1,83)	187	1.200,54	1.200,54
Retirada de pontos	0,00	0,00	14,91 (6,40)	2.150	32.056,50	32.056,50
Cateterismo vesical de alívio	0,00	0,00	27,12 (1,93)	114	3.091,68	3.091,68
Cateterismo vesical de demora	0,00	0,00	57,65 (8,94)	328	18.909,20	18.909,20
Troca de sonda de cistostomia	0,00	0,00	69,45 (18,47)	19	1.319,55	1.319,55
Troca do tubo de gastrostomia	NT	0,00	108,74 (19,49)	59	6.415,66	6.415,66
Troca de bolsa de colostomia	0,00	0,00	53,65 (19,47)	0		
Aferição de pressão arterial e frequência cardíaca	0,00	0,00	2,86 (0,64)	10.079	28.825,94	28.825,94
Total	-----	0,00	-----	15.332	122.193,69	122.193,69

Legendas: *SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde; **CMTD - Custo Médio Total Direto; ***DP - Desvio Padrão

Tabela 3 – Distribuição dos procedimentos de enfermagem pactuados quanto ao valor unitário da tabela SIGTAP*, quantidades pactuadas e realizadas por ano, valores reembolsados pelo SUS, valores do CMTD**/DP*** dos procedimentos, custos reais no ano de 2017 e diferença entre o custo real e o reembolsado – São Paulo, SP, Brasil, 2019.

Variáveis	Valor unitário SIGTAP*	Quantidade pactuada	Valor reembolso	Valor CMTD** / DP***	Quantidade realizada	Custo Real	Diferença entre custo Real e reembolso
Consultas de Nível superior (exceto médico)-Enfermagem	6,30	7.651	48.201,30	30,48 (26,77)	7.651	233.202,48	185.001,18

continua...

...continuação

Variáveis	Valor unitário SIGTAP*	Quantidade pactuada	Valor reembolso	Valor CMTD** / DP***	Quantidade realizada	Custo Real	Diferença entre custo Real e reembolso
Curativo Grau II (Médio)	32,40	604	19.569,60	25,09 (9,80)	604	15.154,36	-4.415,24
Curativo Grau II (Grande)	32,40	625	20.250,00	56,91 (24,35)	625	35.568,75	15.318,75
Curativo Grau II (Bota de Unna)	32,40	602	19.504,80	120,7 (17,19)	602	72.661,40	53.156,60
Intramuscular	0,63	3.458	2.178,54	6,15 (1,52)	3.458	21.266,70	19.088,16
Subcutânea	0,63	70	44,10	4,46 (1,05)	70	312,20	268,10
Sublingual	0,63	503	316,89	3,35 (0,99)	503	1.685,05	1.368,16
Via oral	0,63	2.128	1.340,64	3,38 (1,29)	2.128	7.192,64	5.852,00
Instilação ocular	0,63	1.285	809,55	4,45 (2,11)	1.285	5.718,25	4.908,70
Endovenosa	0,63	6.563	4.134,69	14,16 (5,37)	6.563	92.932,08	88.797,39
Total	-----	-----	96.100,11	-----	23.489	485.693,91	389.593,80

Legendas: *SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde; **CMTD - Custo Médio Total Direto; ***DP - Desvio Padrão

Tabela 4 – Distribuição dos procedimentos de enfermagem não pactuados quanto ao valor unitário da tabela SIGTAP *, quantidades realizadas por ano, valores reembolsados pelo SUS, valores do CMTD** / DP *** dos procedimentos, custos reais no ano de 2017 e diferença entre o custo real e o reembolsado – São Paulo, SP, Brasil, 2019.

Variáveis	Valor unitário SIGTAP*	Valor reembolso R\$/ano	Valor CMTD** / DP***	Quantidade realizada/ano	Custo Real R\$/ano	Diferença entre custo Real e reembolso
Curativo Grau I (Pequeno)	0,00	0,00	13,76 (3,88)	1.033	14.214,08	14.214,08
Inserção de Sonda nasointestinal	28,00	0,00	83,27 (19,17)	24	1.998,48	1.998,48
Inalação	0,00	0,00	4,82 (1,81)	350	1.687,00	1.687,00
Glicemia Capilar	0,00	0,00	6,42 (1,83)	212	1.361,04	1.361,04
Retirada de pontos	0,00	0,00	14,91 (6,40)	2.066	30.804,06	30.804,06
Cateterismo vesical de alívio	0,00	0,00	27,12 (1,93)	41	1.111,92	1.111,92
Cateterismo vesical de demora	0,00	0,00	57,65 (8,94)	259	14.931,35	14.931,35
Troca de sonda de cistostomia	0,00	0,00	69,45 (18,47)	34	2.361,30	2.361,30
Troca do tubo de gastrostomia	NT	0,00	108,74 (19,49)	52	5.654,48	5.654,48
Troca de bolsa de colostomia	0,00	0,00	53,65 (19,47)	40	2.146,00	2.146,00
Aferição de pressão arterial e frequência cardíaca	0,00	0,00	2,86 (0,64)	13.299	38.035,14	38.035,14
Total	0,00	0,00	-----	17.410	114.304,85	114.304,85

Legendas: *SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde; **CMTD - Custo Médio Total Direto; ***DP - Desvio Padrão

Tabela 5 – Distribuição dos valores reembolsados dos procedimentos de enfermagem nos anos de 2016 e 2017, custo real e diferença de reembolso – São Paulo, SP, Brasil, 2019.

Ano	Valor Reembolso	%	Custo Real	%	Diferença reembolso	%
2016	76.884,12	11,13	691.078,25	100	614.194,13	88,87
2017	96.100,11	16,02	599.998,76	100	503.898,65	83,98
Total	172.984,23	13,40	1.291.077,01	100	1.118.092,78	86,60

DISCUSSÃO

A pesquisa verificou o percentual de cobertura do repasse do SUS relativo aos custos dos procedimentos de enfermagem realizados no Ambulatório e calculou a diferença entre o custo efetivo e o valor reembolsado. Para tanto, foram analisados os CMTDs dos procedimentos realizados, ou seja, os pactuados e os não pactuados com a SES.

Foi constatado que o SUS deveria ter reembolsado, em 2016, o montante de R\$ 691.078,25, sendo R\$ 568.884,56 referentes aos procedimentos pactuados e R\$ 122.193,68 aos não pactuados. Entretanto, foi efetuado o reembolso de apenas R\$ 76.884,12, com o déficit no repasse de R\$ 614.194,13. Já em 2017, deveria ter reembolsado R\$ 599.998,76, sendo R\$ 485.693,91 para os procedimentos pactuados e

R\$ 114.304,85 para os não pactuados. No entanto, o SUS reembolsou somente o valor de R\$ 96.100,11, com déficit de R\$ 503.898,65.

A percentagem de cobertura pelo SUS para os procedimentos de enfermagem realizados foi de 11,13% em 2016 e de 16,02% em 2017, sendo insuficiente para cobrir os valores gastos pelo hospital. Nesses dois anos, o déficit financeiro gerado foi de R\$ 1.118.092,78 (86,60% do custo aferido).

É necessário que os valores da Tabela Unificada do SUS sejam atualizados num valor próximo aos custos aferidos dos procedimentos hospitalares que têm valor agregado, que se estabeleça o valor de repasse para os procedimentos que constam da referida Tabela – porém, sem valor correspondente – e que os procedimentos realizados pelo hospital e ainda não pactuados sejam incluídos no contrato com a SES.

Além disso, mostrou-se que os procedimentos curativo pequeno (grau I), retirada de pontos, CVA, CVD, troca de sonda de CTT, troca de tubo de GTT, troca de bolsa de colostomia, inserção de SNE, inalação, glicemia capilar e aferição de PA e FC foram realizados, gerando custos para o HU, mas que não estavam pactuados, ou, apesar de constarem da Tabela SIGTAP e serem realizados no HU, não apresentam valores de repasse estabelecidos.

Verificou-se que o CDM referente ao consumo de materiais e/ou soluções prevaleceu na composição do CMDT dos procedimentos BU, inserção de SNE e troca do tubo de GTT.

O CDM com a MOD de enfermeiras e TE/AE foi a variável que mais impactou na composição do CMDT dos procedimentos retirada de pontos, curativos, troca de bolsa de colostomia, glicemia capilar, administração de medicamentos: IM, VO, SL, SC, inalação, instilação ocular, EV, aferição de PA e FC, CVD, CVA, troca de sonda de CTT e CE, sendo a execução dos quatro últimos procedimentos privativa dos enfermeiros.

Em estudo realizado em um HE (Hospital Escola) público sobre o custo de procedimentos realizados pela equipe de enfermagem, foi observado que, na composição do CMDT, o custo dos insumos foi superior ao da MOD dos profissionais⁽¹⁸⁾. Tais resultados divergem dos apresentados nesta pesquisa, na qual prevaleceu o custo da MOD na maioria dos procedimentos.

Em um estudo de 2012 sobre o custo direto da instalação, manutenção e desligamento por enfermeiras da bomba de analgesia controlada pelo paciente em um HE, observou-se que o CMDT do procedimento foi de R\$ 223,40, com impacto significativo dos materiais e as soluções na sua composição. Vale ressaltar que esse procedimento de enfermagem também não está contemplado na tabela do SIGTAP, não tendo repasse financeiro proveniente do SUS e acarretando, dessa forma, déficits orçamentários à instituição⁽¹⁹⁾.

Os gastos com recursos humanos e materiais são responsáveis por um aumento dos custos hospitalares públicos e privados, variando de 35% a 45% do orçamento total e podendo aumentar conforme a ineficiência dos sistemas de gerenciamento de materiais, sendo que apenas estes podem consumir de 23% a 30% desse orçamento⁽²⁰⁾.

Ressalta-se que os custos individualizados dos procedimentos são a base da gestão financeira das unidades de saúde

e sem a dimensão orçamentária é impossível qualquer tentativa de melhoria no processo de negociação com a SES⁽¹¹⁾.

Estudo realizado em um hospital público de Belo Horizonte concluiu que a receita do SUS é insuficiente para cobrir os custos de seus procedimentos, tendo coberto apenas 30% dos custos efetivos⁽²¹⁾.

Em Porto Alegre, estudo conduzido em um hospital conveniado ao SUS, ao analisar os fatores que impactam nos custos reais dos procedimentos associados ao acidente vascular cerebral, verificou que o déficit de repasse do SUS para cobrir esses custos foi de 33% do valor real gasto pela instituição. Concluiu que o modelo atual de faturamento dos serviços prestados ao convênio SUS, baseado em remuneração por procedimento, e os valores da tabela SIGTAP do SUS estão defasados em relação aos custos reais⁽²²⁾.

As dificuldades referentes ao tratamento de pacientes devido ao subfinanciamento, que compromete a acessibilidade, podem ser constatadas também no tratamento de pessoas portadoras de feridas crônicas como as lesões por pressão, úlceras vasculogênicas e complicações da Diabetes Mellitus (DM), atendidas em ambulatórios e serviços públicos⁽²³⁾.

Verificou-se em estudo sobre procedimento de amputação de membro por lesões ocasionadas por DM que o repasse do SUS foi 3,6 vezes menor que os custos despendidos pelo hospital para realizar as amputações. A preocupação com os custos crescentes no setor Saúde obriga os hospitais públicos a lançarem mão de todas as ferramentas gerenciais e administrativas disponíveis, buscando o equilíbrio econômico e a manutenção dos serviços de saúde em favor da população, com o máximo de eficiência possível⁽¹³⁾.

Estudo sobre a implementação de um sistema de gerenciamento de custos nas Santas Casas de Misericórdia de São Paulo constatou que as receitas cobriram apenas 30% dos custos efetivos dos procedimentos realizados⁽²⁴⁾.

Em 2016, estudo analisou a cobertura do custo da cirurgia de revascularização miocárdica pelo SUS em São Paulo. Obteve média do repasse correspondente a 48,66% do custo total médio, com um déficit de 51,34%, mostrando que o repasse cobriu menos da metade do custo total médio do procedimento. Indicou que a tendência das receitas, cada vez mais negativas, é causar sérios problemas financeiros às instituições, que diminuem o número de atendimentos para não acumular mais dívidas e prejuízos, causando danos na assistência aos pacientes. Tal estudo refere que a tendência é que essas instituições diminuam o número de atendimentos conveniados com o SUS para equacionar os déficits orçamentários e para isso negociar outros meios para a sustentabilidade financeira, como atendimentos particulares e de operadoras de planos de saúde⁽⁵⁾.

O subfinanciamento é uma das barreiras para o acesso igualitário e de qualidade dos pacientes a instituições com contratos com o SUS. Os hospitais estão enfrentando o desafio desse subfinanciamento em um cenário de crise política e financeira com reduzida capacidade de atuação do Estado, o que torna ainda mais desafiadoras as ações dos serviços de saúde, conforme premissas de um sistema único universal⁽²⁵⁾.

Fica claro que o modelo atual de faturamento dos serviços conveniados com o SUS, baseado em remuneração por

procedimentos e valores da tabela unificada, está defasado em relação aos custos reais das instituições⁽²²⁾.

As instituições de saúde necessitam desenvolver estudos relacionados aos custos dos procedimentos realizados, a fim de fundamentar a negociação e pleitear maiores repasses ao SUS, bem como sensibilizar os trabalhadores quanto ao uso racional dos recursos, especialmente os materiais. Nessa direção, salienta-se a importância do conhecimento da gestão de materiais de consumo hospitalares e evidencia-se a importância da análise dos processos assistenciais e dos custos associados para minimizar e/ou eliminar desperdícios⁽²⁶⁾.

Os valores dos custos dos procedimentos encontrados nesta pesquisa diferiram muito do valor encontrado na Tabela Unificada do SUS. Destaca-se que “a distância encontrada entre o custo do procedimento e o valor da referida tabela deve provocar nos gestores e pesquisadores reflexões e esforços na investigação para uma forma mais adequada de financiamento do sistema para o prestador SUS”⁽²⁷⁾.

Esse fato é criticado em diversas pesquisas sobre as formas de financiamento e o custo-efetividade dos procedimentos realizados nos serviços de saúde e remete a discussões sobre as crises financeiras, tanto em hospitais públicos quanto privados, nacionais e internacionais, que estão buscando novas formas de financiamento e qualidade, voltadas para as características epidemiológicas, econômicas, sociais e culturais de cada país e suas regiões⁽²⁷⁻³⁰⁾.

Outra questão a ser discutida e refletida criticamente em relação ao financiamento por procedimentos realizados pelo SUS é o funcionamento da hierarquização dos serviços de saúde. É necessário garantir que a população tenha acesso aos serviços adequados e no tempo certo para que seu processo de saúde-doença seja avaliado e acompanhado de forma ideal, evitando-se agravos e oferecendo-se os serviços de maneira adequada.

A responsabilização por prover serviços de saúde deve estar nos três níveis de atenção, ou seja, primária, secundária e terciária, e necessita ter forma de gestão, organização e planejamentos adequados. Consequentemente, deve haver organização dos fluxos dos pacientes, para que funcionem em harmonia e reflitam na assistência, conforme a necessidade de cada população, de forma eficaz, com melhora na resolutividade, sem prejuízos aos pacientes e às instituições ligadas ao sistema de saúde⁽⁸⁾.

A atenção primária à saúde é o início do atendimento, cujo principal objetivo é a prevenção de doenças, tratamento de agravos simples e o direcionamento de casos graves para outros níveis de complexidade. Cabe-lhe o dever de atender e resolver grande parte dos problemas de saúde da população, além de organizar o fluxo de serviços na rede de saúde, reservando o acesso aos níveis de atenção de maior complexidade para aqueles que realmente deles necessitam. Na atenção secundária, são realizados os procedimentos de média complexidade. Para serem atendidos nesse nível, os pacientes necessitam ser encaminhados pelos serviços de atenção básica⁽⁸⁾.

Os valores não reembolsáveis (R\$ 0,00) encontrados na Tabela 4, são referentes a alguns dos procedimentos que

deveriam ser realizados na atenção primária e não na atenção secundária.

A integração dos níveis de atenção constitui-se um desafio frente ao princípio da integralidade da atenção à saúde. O sistema de referência e contrarreferência não deu certo, pois papéis não respondem pela articulação de serviços. As vias de articulação e interfaces entre instituições podem ser melhoradas por meio de iniciativas humanas, apoiadas por tecnologias de informação.

Os valores referentes aos procedimentos aplicados na Tabela Unificada do SUS não levam em consideração a qualidade assistencial, reiterando o caráter de produção da área de enfermagem. Tais valores ficam subsumidos como no processo imaterial e interativo. Em suma, a mercantilização consumiu o sentido da humanização, determinando o rumo do cuidado.

As crises políticas e econômicas vivenciadas por anos em nosso País não podem abalar o sistema de saúde, nem tampouco os direitos de acesso universal e integral a este pela população. Para tal, é imperativo construir e monitorar os indicadores de saúde para garantir que quaisquer efeitos adversos sejam observados e evitados⁽³¹⁾.

CONCLUSÃO

A partir dos custos aferidos dos procedimentos de enfermagem realizados no Ambulatório do HU campo de estudo, o SUS deveria ter reembolsado, em 2016, o montante de R\$ 691.078,25, sendo R\$ 568.884,56 referentes aos procedimentos pactuados e R\$ 122.193,68 aos não pactuados. Porém, ocorreu o reembolso de apenas R\$ 76.884,12, com o déficit na cobertura de R\$ 614.194,13. Em 2017, deveria ter reembolsado R\$ 599.998,76, sendo R\$ 485.693,91 para os procedimentos pactuados e R\$ 114.304,85 para os não pactuados. No entanto, o SUS reembolsou somente o valor de R\$ 96.100,11, com déficit de R\$ 503.898,65.

A percentagem de cobertura dos procedimentos de enfermagem do SUS, de 11,13% em 2016 e de 16,02% em 2017, foi insuficiente para cobrir os valores gastos pelo HU. Nesses dois anos, o déficit financeiro gerado foi de R\$ 1.118.092,78 (86,60% do custo aferido). Esse déficit, a cada ano, gera maior dificuldade à universidade em manter e realizar investimentos em infraestrutura e em melhoria do parque tecnológico, pois apenas o custeio com os procedimentos onera o custo da universidade com o HU.

A percentagem de cobertura do SUS apresentou diferença significativamente inferior aos custos aferidos no presente estudo, indicando que, quanto maior a produtividade dos procedimentos de enfermagem realizados no Ambulatório, maior foi o déficit financeiro para o Hospital e, consequentemente, maiores os custos não cobertos pelo SUS e assumidos pela Universidade, as dificuldades para custeio, investimento e renovação de seu parque tecnológico e de infraestrutura, cada vez mais obsoletos e precários.

Os HEs, devido a seu papel na formação de profissionais qualificados e na produção de novas tecnologias em saúde com base em evidências científicas, não têm foco na produtividade, apesar do contrato com a SES ter esta especificidade.

A assistência à saúde não se restringe à produção de procedimentos, tendo ainda aspecto humano e integral.

Nesta pesquisa, ficaram demonstrados os custos reais dos procedimentos de enfermagem realizados no contexto político do HU, ou seja, com valores maiores impactados pelo custo da MOD qualificada e tempo despendido pela equipe de enfermagem, que em sua competência técnica assiste

os pacientes de forma integral, individualizada e humana, conforme a necessidade em saúde destes.

As pesquisas sobre a atual forma de financiamento do SUS por procedimentos nos HUs refletem críticas sobre a lógica do fazer mais (produção) com menos recurso financeiro. A assistência de enfermagem deve estar pautada no cuidado qualificado.

RESUMO

Objetivo: Analisar o percentual de cobertura do repasse do Sistema Único de Saúde relativo aos procedimentos de enfermagem realizados no Ambulatório de um Hospital Universitário. **Método:** Pesquisa quantitativa, exploratório-descritiva, do tipo estudo de caso. A amostra para o cálculo dos custos médios totais diretos constituiu-se da observação não participante de 656 procedimentos. Os custos obtidos foram comparados com o repasse do Sistema Único de Saúde multiplicando-se a quantidade de procedimentos pactuados pelo custo unitário da Tabela de Procedimentos Unificada nos anos de 2016 e 2017. **Resultados:** O Sistema Único de Saúde repassou percentagem correspondente a 11,13% do custo real em 2016 e a 16,02% em 2017. Nesses dois anos, os valores de repasse cobriram, em média, apenas 13,4%, resultando numa diferença percentual de receita significativamente inferior aos custos reais. **Conclusão:** Quanto maior a produtividade dos procedimentos realizados, maior foi o déficit para o Hospital e, conseqüentemente, maiores foram os custos não cobertos pelo Sistema Único de Saúde.

DESCRITORES

Assistência Ambulatorial; Cuidados de Enfermagem; Custos e Análise de Custo; Controle de Custos; Custos de Cuidados de Saúde; Sistema Único de Saúde.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el porcentaje de cobertura de las transferencias del Sistema Único de Salud relacionadas con los procedimientos de enfermería realizados en el Ambulatorio de un Hospital Universitario. **Método:** Investigación cuantitativa, exploratoria-descriptiva y de tipo estudio de caso. La muestra para el cálculo del total de los promedios de los costos directos consistió en la observación no participativa de 656 procedimientos. Los costos obtenidos se compararon con la transferencia del Sistema Único de Salud multiplicando el número de procedimientos acordados por el costo unitario en la Tabla Unificada de Procedimientos en los años 2016 y 2017. **Resultados:** El Sistema Único de Salud transmitió un porcentaje correspondiente al 11,13% del costo real en 2016 y al 16,02% en 2017. En esos dos años, los valores de transferencia abarcaron, en promedio, sólo el 13,4%, lo que dio lugar a una diferencia porcentual en los ingresos significativamente inferior a los costos reales. **Conclusión:** Cuanto mayor fue la productividad de los procedimientos realizados, mayor fue el déficit para el Hospital y, en consecuencia, mayores fueron los costos no cubiertos por el Sistema Único de Salud.

DESCRIPTORES

Atención Ambulatoria; Atención de Enfermería; Costos y Análisis de Costo; Control de Costos; Costos de la Atención em Salud; Sistema Único de Salud.

REFERÊNCIAS

- Zurita RCM, Zurita RM. Gastos ambulatoriais do SUS em serviços auditivos nas macrorregionais do estado Paraná. *Colloquium Vitae*. 2014;6(2):59-70. doi: 10.5747/cv.2014.v06.n2
- Brasil. Decreto Lei n. 7.508, de 28 de julho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2011 [citado 2018 set. 09]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2011/decreto-7508-28-junho-2011-610868-norma-pe.html>
- Brasil. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde [Internet]. Brasília; 2000 [citado 2018 set. 09]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm
- Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993 [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2018 set. 09]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm
- Silva GS, Colósimo FC, Sousa AG, Piotto RF, Castilho V. coronary artery bypass graft surgery cost coverage by the Brazilian Unified Health System (SUS). *Braz J Cardiovasc Surg*. 2017;32(4):253-9. doi: <http://dx.doi.org/10.21470/1678-9741-2016-0069>
- Lima SML, Rivera FJU. A contratualização nos hospitais de ensino no sistema único de saúde brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(9):2507-21. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000900031>
- Mendes A, Carnut L, Guerra LDS. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. 2018;42(spe1):224-43. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S115>
- Saldiva PHN, Veras M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. *Estudos Avançados*. 2018;32(92):47-61. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-4014.20180005>
- Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (SIGTAP, OPM) do SUS [Internet]. Brasília; 2018 [citado 2018 set. 09]. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>

10. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Hospital Universitário. Relatório analítico do balanço financeiro do Hospital Universitário da USP. São Paulo: HU; 2018.
11. Bittar E, Castilho V. The cost of transcatheter aortic valve implantation according to different access routes. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03246. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016050503246>
12. Hsiao J, Lima AFC. Custo direto da hemodiálise em unidade de terapia intensiva adulto. *Cogitare Enferm*. 2015;20(4):675-83. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i4.41782>
13. Silva RS, Haddad MCL, Rossaneis MA, Gois MFF. Análise financeira das internações de diabéticos submetidos à amputação de membros inferiores em hospital público. *Semina Cien Biol Saúde (Londrina)*. 2015;36(1 Supl.):81-8. doi: 10.5433/1679-0367.2014v35n2p81
14. Castilho V, Lima AFC, Fugulin FMT. Gerenciamento de custos nos serviços de Enfermagem. In: Kurcgant P, coordenadora. *Gerenciamento em enfermagem*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. p.170-83.
15. Oliveira DF. A implantação de um sistema de gestão de custos no hospital universitário pela EBSEPH: um estudo de caso com utilização do PMBOK. *Rev Adm Hosp Inov Saúde*. 2016;13(3):122-39. doi: <https://doi.org/10.21450/rahis.v13i3.3172>
16. Lima AFC. Direct costs of integrated procedures of conventional hemodialysis performed by nursing professionals. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2018;26:e2944. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1812.2944>
17. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2018 out. 10]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
18. Bel Homo RF, Lima AFC. Direct cost of maintenance of totally implanted central venous catheter patency. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2018;26:e3004. doi: 10.1590/1518-8345.2263.3004
19. Gouvêa AL, Lima AFC. Direct cost of connecting, maintaining and disconnecting patient-controlled analgesia pump. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(1):104-9. doi: 10.1590/S0080-623420140000100013
20. Gil RB, Chaves LDP, Laus AM. Gerenciamento de recursos materiais com enfoque na queixa técnica. *Rev Eletr Enf*. 2015;17(1):100-7. doi: 10.5216/ree.v17i1.27544
21. Souza AA, Xavier AG, Lima LCM, Guerra M. Análise de custos em hospitais: comparação dos custos de procedimentos de urologia e os valores repassados pelo Sistema Único de Saúde. *Rev ABCustos*. 2013;8(1):90-107 doi: <https://doi.org/10.47179/abcustos.v8i1.331>
22. Jesus CTE, Goularte JLL, Ramos TJF, Flores SAM. Apuração de custos da patologia acidente vascular cerebral em um hospital filantrópico. *Rev Audit Gov Contabil [Internet]*. 2015 [citado 2018 set. 09];3(8):33-46. Disponível em: <http://www.fucamp.edu.br/editora/index.php/ragc/article/view/618>
23. Bezerra SMG, Luz MHBA, Andrade EMLR, Araújo TME, Teles JBM, Caliri MHL. Prevalência, fatores associados e classificação de úlcera por pressão em pacientes com imobilidade prolongada assistidos na Estratégia Saúde da Família. *Estima [Internet]*. 2014 [citado 2018 jun. 15];12(3). Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/95>
24. Pires MBN, Oliveira R, Alcântara CCV, Abbas K. A relação entre a remuneração do Sistema Único de Saúde, os custos dos procedimentos hospitalares e o resultado: estudo nas Santas Casas de Misericórdia do Estado de São Paulo. *Rev Adm Hosp Inov Saúde*. 2017;14(3). doi: <https://doi.org/10.21450/rahis.v14i3.4286>
25. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O desafio da organização do sistema único de saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. *Saúde Soc*. 2017;26(2):329-35. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017168321>
26. Castro LC, Castilho V. The cost of waste of consumable materials in a surgical center. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2013;21(6):1228-34. doi: 10.1590/0104-1169.2920.2358
27. Entringer AP, Pinto MFT, Gomes MASM. Análise de custos da atenção hospitalar ao parto vaginal e à cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24(4):1527-36. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.06962017>
28. Oliveira RR, Melo EC, Novaes ES, Ferracioli PLRV, Mathias TAF. Factors associated to Caesarean delivery in public and private health care systems. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(5):733-40. doi: <https://doi.org/10.1590/s0080-623420160000600004>
29. Entringer AP, Pinto M, Dias MAB, Gomes MASM. Análise de custo-efetividade do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(5):e00022517. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00022517>
30. Massuda A, Hone T, Leles FAG, Castro CC, Atun R. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Global Health*. 2018;3:e000829. doi: 10.1136/bmjgh-2018-000829
31. Renmans D, Criel NHB, Meessen B. Performance-based financing: the same is different. *Health Policy Plan*. 2017;32(6):8608. doi: <https://doi.org/10.1093/heapol/czx030>

Apoio financeiro

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.