UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

RAQUEL SILVA BICALHO ZUNTA

O GERENCIAMENTO DE CUSTOS RELATIVOS ÀS GLOSAS
TÉCNICAS DE UM CENTRO CIRÚRGICO: UM ESTUDO DE CASO

SÃO PAULO

2016

RAQUEL SILVA BICALHO ZUNTA

O GERENCIAMENTO DE CUSTOS RELATIVOS ÀS GLOSAS
TÉCNICAS DE UM CENTRO CIRÚRGICO: UM ESTUDO DE CASO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Fernandes Costa Lima

SÃO PAULO

2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Zunta, Raquel Silva Bicalho

O gerenciamento de custos relativos às glosas técnicas de um centro cirúrgico: um estudo de caso / Raquel Silva Bicalho Zunta. São Paulo, 2016.

119 p.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Fernandes Costa Lima

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem

1. Centro cirúrgico hospitalar. 2. Auditoria. 3. Documentação. 3. Faturamento. 4. Educação em saúde I. Título.

Nome: Raquel Silva Bicalho Zunta

Título: O gerenciamento de custos relativos às glosas técnicas de um centro cirúrgico: um estudo de caso.

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção de título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora:

Nome:	Instituição:
-------	--------------

Julgamento:	Assinatura:
-------------	-------------

Nome:	Instituição:
-------	--------------

Julgamento:	Assinatura:
-------------	-------------

Nome:	Instituição:
-------	--------------

Julgamento:	Assinatura:
-------------	-------------

Nome:	Instituição:
-------	--------------

Julgamento:	Assinatura:
-------------	-------------

Nome:	Instituição:
-------	--------------

Julgamento:	Assinatura:
-------------	-------------

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Hermínio e Ivanir, pelo amor incondicional e incentivo;

Ao meu esposo Gilberto, pelo amor, paciência, apoio e incentivo em todos os momentos, principalmente nas horas em que mais precisei.

AGRADECIMENTOS

*Primeiramente à **Deus**, que renovou minhas forças à cada dia... Tudo posso, Naquele que me fortalece.... À Ele toda a honra e toda à glória.*

***Ao Gilberto...** meu esposo amado, namorado, amigo, companheiro de todas as horas, sem ele eu não teria conseguido, me ajudou, me apoiou, chorou comigo, riu comigo e me aguentou em todos os momentos bons e ruins, doou grande parte de suas horas para me ajudar, sua paciência e amor não tem preço.*

***Ao Guilherme...** meu filho amado ... “quando é que você vai acabar seu estudo mamãe para a gente poder passear”... “você só fica neste computador...” agradeço pela compreensão, paciência...e amor à mim dedicados.*

***Ao meu querido pai Hermínio e à minha querida mãe Ivanir** pelo amor, incentivo e apoio em todos os momentos.*

***Ao meu orientador Antônio,** pela paciência, pelo carinho, pelo aprendizado, pela competência, por acreditar em mim e pela dedicação como mestre, aprendi muito com você.*

***Às minhas amigas da Educação Continuada Jaqueline, Carol, Érika e Maria Alice,** meu muito obrigada por sempre me apoiarem, me incentivarem.*

***À Nazaré** por ter me ajudado tanto com as informações que foram necessárias para a construção deste estudo, meu muito obrigado.*

***À Ana Gabriela,** Supervisora do Recurso de glosas do hospital, pelo apoio, paciência e dedicação sempre que precisei.*

***À Lucimeire,** supervisora do Serviço de Auditoria do hospital, obrigada pelo seu tempo precioso, pelo seu apoio sempre que precisei.*

À Adriana Castanho, gerente de enfermagem, da unidade Itaim, pelo apoio, pelo carinho e incentivo.

À Maria do Carmo, Supervisora do CC, meu agradecimento pelo apoio;

À Liamar do Serviço de Arquivo Médico do hospital, que foi um anjo em minha vida...obrigada por cada palavra.

Ao senhor Carlos da Papi's...por ter me oferecido a vaga para estacionar o carro durante todos os meus dias de coleta de dados, sua gentileza sempre será lembrada.

Agradeço à todos, que de uma forma direta, ou indireta, torceram por mim, acreditaram em mim e oraram por mim!!!!

MEU MUITO OBRIGADO!!!!

“Não temas, porque eu sou contigo; não te assombres, porque eu sou teu Deus; eu te fortaleço, e te ajudo, e te sustento com a destra da minha justiça”. ISAÍAS 41:10

Zunta RSB. O gerenciamento de custos relativos às glosas técnicas de um centro cirúrgico: um estudo de caso [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Introdução: A ocorrência de glosas nas contas hospitalares impacta no adequado faturamento assistencial, especialmente em unidades de maior faturamento como o Centro Cirúrgico (CC), requerendo estratégias para sua minimização. **Objetivos:** mapear, descrever e validar o processo de auditoria e faturamento de contas em um hospital geral, de grande porte, privado; calcular a percentagem das glosas técnicas geradas por profissionais de enfermagem e médicos anestesiistas no CC; verificar qual(is) item(ns) foi(ou foram) mais glosado(s) por grupo contábil; identificar as facilidades e dificuldades relativas ao registro de materiais, medicamentos, equipamentos, gases, taxas e ao lançamento de débitos e propor uma ação educativa, com foco no faturamento assistencial, direcionada aos profissionais da equipe cirúrgica do CC. **Método:** Trata-se de pesquisa quantitativa, exploratória, descritiva, retrospectiva, documental, na modalidade de estudo de caso único. Foram realizadas visitas aos Setores de Auditoria Interna e de Recurso de Glosas visando o mapeamento dos processos desenvolvidos, os dados obtidos foram documentados descritivamente e ilustrados na forma de fluxogramas. Concomitantemente foram coletados dados de 383 prontuários de pacientes atendidos no CC, relativos a três meses típicos, para o cálculo e a análise das glosas técnicas. Na sequência, realizou-se o recrutamento de integrantes da equipe de colaboradores do CC, por amostragem não probabilística, que responderam a um questionário para identificação das facilidades e dificuldades quanto ao registro da assistência prestada e obtenção de subsídios para proposição de ação educativa. **Resultados:** Os processos de auditoria e faturamento e de recurso de glosas, vigentes na instituição, foram mapeados e validados por especialistas da área de auditoria de contas hospitalares internos e externos ao hospital. O faturamento relativo ao atendimento dos 383 pacientes totalizou R\$5.623.968,17 (100%), sendo R\$164.892,29 (2,93%) referentes às glosas técnicas, 2,01% relacionado à categoria “profissionais de enfermagem” e 0,92% a categoria “médico anestesiista”. O valor médio glosado correspondeu a R\$ 430,53 (DP= R\$ 573,07) e a percentagem média de valor glosado a 3,56% (DP=4,55). Os itens do grupo contábil “materiais” foram os mais glosados (67,7%) seguidos pelos grupos contábeis “medicamentos” (13,2%),

“equipamentos” (8,1%), “gases” (4,2%) e “taxas” (6,8%). Quanto aos itens glosados com maior impacto no grupo contábil “materiais” destacou-se o “avental descartável” (12,7%); no grupo “medicamentos” o item “solução” (38,7%); no grupo “equipamentos” o item “capnógrafo” (31,3%); no grupo “gases” o item “oxigênio” (75,9%) e no grupo “taxas” o item “antisepsia” (44,1%). A maior porcentagem de itens glosados no grupo contábil “materiais”, 74,0%, foi gerada pela categoria “profissionais de enfermagem” sendo superior a porcentagem da categoria “médico anestesista” (38,4%). Nos grupos contábeis “medicamentos”, “equipamentos” e “gases” a categoria “médico anestesista” apresentou mais itens glosados em comparação a categoria “profissionais de enfermagem”: 35,9% e 8,2%, 18% e 6,0% e 7,8% e 3,5%, respectivamente. A categoria “profissionais de enfermagem” foi responsável por 82,15% dos itens glosados e a categoria “médicos anestesistas” por 17,85% que, por sua vez, apresentou a maior porcentagem de itens glosados por paciente (1,83%) comparada à categoria “profissionais de enfermagem” (0,81%). A maioria dos enfermeiros e dos auxiliares/técnicos respondeu saber o que era faturamento assistencial e conhecer sua atuação neste processo; a totalidade dos médicos anestesistas respondeu desconhecer o que era faturamento assistencial. Para melhorar o processo de faturamento da assistência as propostas dos médicos anestesistas centraram-se na “realização da conferência da Ficha de Anestesia ao final do ato cirúrgico” e “aprimoramento deste impresso”. Entre as propostas dos enfermeiros destacaram-se a “informatização da documentação” e o registro dos materiais, usados durante o procedimento cirúrgico, por meio de “leitura ótica”. Além dessas sugestões auxiliares/técnicos de enfermagem indicaram o uso de um impresso gerado pela farmácia do hospital contendo os materiais disponíveis na sala cirúrgica, sendo registradas apenas as quantidades utilizadas. O conhecimento das dificuldades e facilidades no processo de documentação da assistência prestada, evidenciadas por componentes da equipe cirúrgica, subsidiou a proposição de uma ação educativa, com ênfase no processo de faturamento assistencial, a fim de diminuir a ocorrência de glosas técnicas nas contas hospitalares do CC. **Conclusão:** Os resultados obtidos favorecerão a busca de alternativas que permitam a diminuição da ocorrência de glosas técnicas e, conseqüentemente, melhoria do processo de faturamento assistencial no CC. Entretanto, os profissionais precisam estar sensibilizados e comprometidos com a adequação da documentação da assistência prestada, compreendendo que a inadequação dos seus registros

incorrerá em perdas financeiras para a organização de saúde que podem atingi-los direta ou indiretamente.

Descritores: Centro cirúrgico hospitalar, Auditoria. Documentação, Faturamento.

Zunta RSB. Cost Management of technical glosses in a surgery unit: case study [thesis] São Paulo: Nursing School, Universidade de São Paulo

ABSTRACT

Introduction: The occurrence of glosses in hospital bills is a problem to obtain a satisfactory healthcare income, especially in higher revenue units as the Surgical Center (SC) requiring strategies to minimize it. **Objectives:** to map, describe and validate the audit process and billing accounts in a large, general, and private hospital; calculate the percentage of technical glosses generated by nurses and anesthesiologists in the SC; verify which was (were) the more glossed item (s) generated by the accounting group; identify the positive aspects and difficulties related to the registration of materials, drugs, equipment, gas, taxes, debit posting and also to propose an educational activity focusing on healthcare income for the SC team of professionals. **Method:** This is a quantitative, exploratory and descriptive, retrospective, documentary study, single case study mode. Visits to the Internal Audit Sector and Glosses Resources were performed to map the processes and data were described, documented and illustrated in flowcharts. Concomitantly, data collected from medical records of 383 patients treated at SC, were related to three typical months to calculate and analyze technical glosses. Further, members of the SC team were enrolled at a nonprobability sampling. They answered a questionnaire to identify the positive aspects and difficulties regarding the register of healthcare service and grants obtained for the proposed educational activities. **Results:** The audit and healthcare income processes, the gloss resource existing in the institution have been mapped and validated by audit specialists in the area of internal and external hospital bills. The profits related to care of 383 patients amounted to R \$ 5,623,968.17 (100%), of which R \$ 164,892.29 (2.93%) for technical glosses, 2.01% related to the category "nursing professionals" and 0.92% for the category "anesthesiologist." The mean glossed value corresponded to R \$ 430.53 (SD = R \$ 573.07) and the mean percentage of glossed value to 3.56% (SD = 4.55). The items of the accounting group "materials" were the most glossed (67.7%) followed by accounting group "drugs" (13.2%), "equipment" (8.1%), "gas" (4.2%) and "fees" (6.8%). As for glossed items with a great impact on the accounting group "material", the "disposable apron" (12.7%) was pointed out; in the group "drugs" the item "solution" (38.7%); the group "equipment" item "capnography" (31.3%); in the group

"gas" the item "oxygen" (75.9%) and in the group "fees" item "antisepsis" (44.1%). The highest percentage of glossed items in the accounting group "material", 74.0% was generated by the category "nursing professionals" being higher than the percentage of the category "anesthesiologist" (38.4%). In the accounting groups "drugs", "equipment" and "gas" the category "anesthesiologist" presented more glossed items when compared to the category "nursing professionals": 35.9% and 8.2%, 18% and 6.0 % and 7.8% and 3.5%, respectively. The category "nursing professionals" accounted for 82.15% of glossed items and the category "anesthesiologists" by 17.85% which, in turn, had the highest percentage of glossed items per patient (1.83%) when compared to the category "nursing professionals" (0.81%). Most of nurses and assistants / technicians comprehended what healthcare income was and they understand their role in this process; all the anesthesiologists said they had no knowledge of the healthcare income. To improve this process the anesthesiologists' proposals focused on to "implement an Anesthesia Record Form at the end of each surgery procedure "and" to develop this form." Among the proposals of the nurses it was highlighted the "computerized clinical documentation system" and registration of the materials used during the surgical procedure through "optical scanning". In addition to these suggestions, nursing assistants / technicians indicated the use of a printed material, created by the hospital pharmacy containing the materials available in the operating room in which only the number of materials used must be reported. The knowledge of the difficulties and positive aspects in the healthcare documentation process mentioned by the components of the surgical team, subsidized the proposition of an educational activity, with emphasis on healthcare income process to reduce the occurrence of technical glosses in hospital bills in the SC. **Conclusion:** The results will favor the search for alternatives to reduce the occurrence of technical glosses and consequently, improving the healthcare income process on the SC. However, professionals need to be aware and committed to the adequacy of the healthcare documentation considering that inadequacy of its records will bring financial losses to the health organization and affect them direct or indirectly.

Keywords: hospital surgical center, audit, documentation, billing

LISTA DE SIGLAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CO - Centro Obstétrico
CC - Centro Cirúrgico
HCE - Hospital Campo de Estudo
JCI - *Joint Commition Internacional*
ONA - Organização Nacional de Acreditação
MS - Ministério da Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
OPS - Operadoras de Plano de Saúde
SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico
SRA - Sala de Recuperação Anestésica
SO - Sala de Operação
SOBECC - Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização
SUS - Sistema Único de Saúde
UTI - Unidade de Terapia Intensiva
EEUSP - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
DP - Desvio Padrão
GEE - Equações de Estimação Generalizadas
NF - Nota Fiscal
OPME - Órteses, Próteses e Materiais Especiais
SEC - Serviço de Educação Continuada
RG - Recurso de Glosa
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
FA - Ficha de Anestesia
IESS - Instituto de Estudo de Saúde Suplementar
CFM - Conselho Federal de Medicina
PIP - Prática Interprofissional

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Perspectiva do modelo mental do decisor - Geração de Relatórios.....	23
Figura 2 - Fluxograma do processo de Auditoria e Faturamento do HCE. São Paulo-SP, Brasil, 2016.....	50
Figura 3 - Fluxograma do processo de Faturamento das contas não submetidas a pré-análise no HCE. São Paulo-SP, Brasil, 2016.....	51
Figura 4 - Fluxograma do processo de Recurso de Glosas do HCE. São Paulo-SP, Brasil, 2016.	53
Figura 5 - Instrumento para avaliação de conhecimento pré e pós-ação educativa. São Paulo-SP, Brasil, 2016.....	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes que originaram as contas hospitalares de acordo com o sexo, OPS e especialidade cirúrgica, relativa ao período de outubro a dezembro de 2014. São Paulo-SP, Brasil, 2016.....	55
Tabela 2 - Distribuição do valor total, valor glosado, porcentagem de valor glosado e quantidade de itens glosados por conta hospitalar, relativa ao período de outubro a dezembro de 2014. São Paulo-SP, Brasil, 2016	56
Tabela 3 - Distribuição das porcentagens de valor glosado segundo a OPS e especialidade cirúrgica, relativa ao período de outubro a dezembro de 2014. São Paulo-SP, Brasil, 2016	57
Tabela 4 - Distribuição dos itens glosados, por grupo contábil, segundo a categoria profissional que gerou a glosa, relativa ao período de outubro a dezembro de 2014. São Paulo-SP, Brasil, 2016.....	58
Tabela 5 - Distribuição da porcentagem dos itens glosados segundo a categoria profissional, relativa ao período de outubro a dezembro de 2014. São Paulo-SP, Brasil, 2016	58
Tabela 6 - Distribuição das estimativas do modelo GEE para porcentagem dos itens glosados segundo a categoria profissional, relativa ao período de outubro a dezembro de 2014. São Paulo-SP, Brasil, 2016.....	59
Tabela 7 - Distribuição da porcentagem dos itens glosados segundo o grupo contábil, relativa ao período de outubro a dezembro de 2014. São Paulo-SP, Brasil, 2016	59
Tabela 8 - Distribuição das estimativas do modelo GEE para porcentagem dos itens glosados segundo o grupo contábil, relativa ao período de outubro a dezembro de 2014. São Paulo-SP, Brasil, 2016.....	60
Tabela 9 - Distribuição dos itens glosados segundo o grupo contábil, relativa ao período de outubro a dezembro de 2014. São Paulo-SP, Brasil, 2016	60
Tabela 10 - Distribuição dos itens glosados por grupo contábil, segundo a OPS, relativa ao período de outubro a dezembro de 2014. São Paulo-SP, Brasil, 2016	63
Tabela 11 - Distribuição do valor da glosa técnica e participação no total da glosa e no valor total de internação segundo a categoria profissional e o grupo contábil, relativa ao período de outubro a dezembro de 2014. São Paulo-SP, Brasil, 2016	63
Tabela 12 - Distribuição dos médicos anestesistas segundo faixa etária, sexo, tempo de formado e tempo de atuação no HCE, relativa a janeiro de 2015. São Paulo-SP, Brasil, 2016	65
Tabela 13 - Distribuição das respostas dos médicos anestesistas quanto ao seu próximo passo após o preparo e administração dos medicamentos, relativa a janeiro de 2015. São Paulo-SP, Brasil, 2016.....	66
Tabela 14 - Distribuição dos enfermeiros segundo faixa etária, sexo, tempo de formado e tempo de atuação no HCE, relativa a janeiro de 2015. São Paulo-SP, Brasil, 2016.....	68
Tabela 15 - Distribuição dos auxiliares/técnicos de enfermagem segundo faixa etária, sexo, tempo de formado e tempo de atuação no HCE, relativa a janeiro de 2015. São Paulo-SP, Brasil, 2016.....	69

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Protocolo para a realização do estudo de caso único sobre o gerenciamento de glosas técnicas no CC do HCE. São Paulo-SP, Brasil, 2016.	40
Quadro 2 - Distribuição das respostas dos médicos anestesistas em relação à fundamentação da indicação de uso da manta térmica, relativa a janeiro de 2015. São Paulo-SP, Brasil, 2016.....	66
Quadro 3 - Distribuição das respostas dos médicos anestesistas quanto aos motivos de não correspondência dos registros de oxigênio na Ficha de Anestesia com os do Boletim de Sala de Centro Cirúrgico, relativa a janeiro de 2015. São Paulo-SP, Brasil, 2016	67
Quadro 4 - Distribuição das respostas dos médicos anestesistas em relação às propostas/sugestões de melhoria do processo de faturamento assistencial, relativa a janeiro de 2015. São Paulo-SP, Brasil, 2016	67
Quadro 5 - Distribuição das respostas dos enfermeiros em relação aos motivos de nem todos os materiais estarem registrados no impresso Registro de enfermagem no transoperatório, relativa a janeiro de 2015. São Paulo-SP, Brasil, 2016.....	70
Quadro 6 - Distribuição das respostas dos auxiliares/técnicos em relação aos motivos de nem todos os materiais estarem registrados no impresso Registro de enfermagem no transoperatório, relativa a janeiro de 2015. São Paulo-SP, Brasil, 2016	71
Quadro 7 - Distribuição das respostas dos enfermeiros em relação às propostas/sugestões de melhoria do processo de faturamento assistencial, relativa a janeiro de 2015. São Paulo-SP, Brasil, 2016	72
Quadro 8 - Distribuição das respostas dos auxiliares/técnicos de enfermagem, em relação às propostas/sugestões de melhoria do processo de faturamento assistencial, relativa a janeiro de 2015. São Paulo-SP, Brasil, 2016	73
Quadro 9 - Planejamento da proposta de ação educativa, com foco no faturamento assistencial, direcionada aos profissionais da equipe cirúrgica que compõe o quadro de pessoal do CC do HCE. São Paulo-SP, Brasil, 2016.....	74

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	19
1.1 A GESTÃO DE CUSTOS, O FATURAMENTO HOSPITALAR E O PROCESSO DE AUDITORIA DE CONTAS.....	21
1.2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	28
2. OBJETIVOS	35
3. MÉTODO.....	37
3.1 TIPO DE ESTUDO	37
3.2 LOCAL DO ESTUDO	37
3.3 AMOSTRA	38
3.3.1 Critério De Inclusão	39
3.4 COLETA DE DADOS	39
3.4.1 Protocolo Para Realização Do Estudo De Caso Único Sobre O Gerenciamento De Glosas Técnicas No CC Do HCE.....	39
3.4.2 Procedimentos Para Coleta De Dados	42
3.4.3 Análise Estatística Dos Dados	45
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	46
4. RESULTADOS	48
4.1 O PROCESSO DE AUDITORIA E FATURAMENTO DO HCE.....	48
4.1.2 O Processo De Recursos De Glosas Do HCE	52
4.2 CÁLCULO E ANÁLISE DAS GLOSAS TÉCNICAS DO CC DO HCE	54
4.2.1 - Cálculo Da Porcentagem De Glosa Por Paciente (Seção I)	54
4.2.2 - Cálculo Da Porcentagem De Glosa Por Itens (Seção II)	57
4.2.3 - Cálculo Da Porcentagem De Glosa Por Fonte Da Glosa E Grupo Contábil (Seção III)	63
4.3 IDENTIFICAÇÃO DAS FACILIDADES E DIFICULDADES RELATIVAS AO REGISTRO DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS E AO LANÇAMENTO DE DÉBITOS NO CC DO HCE	64
4.3.1 Categoria “Médico Anestesista”	64
4.3.2 Categoria “Profissionais De Enfermagem”	67
4.4 PROPOSIÇÃO DE AÇÃO EDUCATIVA COM FOCO NO FATURAMENTO ASSISTENCIAL	73
5. DISCUSSÃO	80
6. CONCLUSÃO	100
7. REFERÊNCIAS	104
8. APÊNDICES.....	113

1. Introdução

1. INTRODUÇÃO

No Brasil as dificuldades crescentes de financiamento do setor saúde e o elevado custo dos serviços tem ocasionado, cada vez mais, preocupação entre os financiadores, autoridades, prestadores e usuários. Nas empresas de saúde os negócios estão mais competitivos e os lucros mais difíceis de serem alcançados. Então, esse cenário desafiador requer de todos os que delas fazem parte maior dedicação e empenho para auxiliar na redução de desperdícios, diminuição de supérfluos e controle das atividades financeiras¹.

Com a incorporação de novas e dispendiosas tecnologias os gerentes dos hospitais, públicos e privados, estão buscando estratégias de controle e de gerenciamento de seus custos visando à contenção de gastos, sem prejuízos à qualidade dos serviços prestados, no sentido de garantir a sua viabilidade².

Para assegurar a própria sobrevivência as organizações hospitalares têm sido pressionadas a reestruturarem suas políticas de gestão. Por isso, a ênfase crescente em relação ao gerenciamento de custos, como elemento estratégico fundamental, visto que os seus gastos têm aumentado frente a recursos financeiros mais escassos³.

Na administração financeira hospitalar, pública e privada, o faturamento é uma função de extrema relevância, pois traduz em moeda corrente todas as operações de prestação de serviços assistenciais em saúde. Logo, a gestão de custos nos contextos hospitalares compreende benefícios que excedem as necessidades relacionadas ao ciclo da contabilidade de custos que se encerra na aplicação do custo dos produtos ou serviços com a finalidade de preparação de demonstrações contábeis, definidas pela legislação. Dessa forma, é que as evasões de receitas operacionais, no faturamento, podem estar relacionadas a fatores como: não cobrança dos materiais e medicamentos utilizados; não cobrança dos serviços de apoio diagnóstico; não cumprimento dos prazos de entrega do faturamento; não recebimento dos serviços prestados ocasionado por glosas e tabelas desatualizadas de procedimentos⁴.

Diante dessa conjuntura a auditoria de contas tem sido uma importante estratégia de gestão dos hospitais e de outros serviços de saúde⁵. Considerada

Raquel Silva Bicalho Zunta

necessária para a qualidade do serviço, além de contribuir para a redução do desperdício de materiais e de medicamentos, a auditoria de contas hospitalares possibilita o recebimento do valor da assistência prestada, por meio dos registros realizados em prontuários, evitando-se a ocorrência de glosa⁶.

A glosa constitui-se em uma situação geradora de dúvida quanto às normas e práticas adotadas pela instituição de saúde e consiste no cancelamento, parcial ou total, do pagamento por ser considerado pelo auditor do plano de saúde como ilegal ou indevido⁷.

As glosas podem ser divididas em administrativas ou técnicas. São definidas como glosas administrativas aquelas provenientes de falhas operacionais no momento da cobrança, como exemplos, ausência ou preenchimento inadequado de guias de autorizações de procedimentos médicos realizados, valores cobrados fora da tabela contratual, digitações errôneas de materiais e medicamentos. As glosas técnicas são decorrentes de falta de argumentação da equipe de enfermagem ou médica, como exemplos, ausência de checagem de materiais e medicamentos (com o devido horário de realização), ausência da identificação profissional na checagem do medicamento, falta de registro de enfermagem em relação aos procedimentos realizados, falta de prescrição médica ou de enfermagem para os procedimentos executados pela enfermagem e anotações feitas a lápis⁸.

Ressalta-se que a prática de glosar itens do faturamento das contas hospitalares tem sido significativa para o orçamento das organizações de saúde⁹. As incidências de glosas ainda são altas¹⁰ e ocasionam o não pagamento das faturas relativas aos serviços e procedimentos realizados, por parte das fontes pagadoras, quer seja o Sistema Único de Saúde - SUS e/ou as Seguradoras de Saúde, gerando, conseqüentemente, prejuízos financeiros às organizações hospitalares que deixam de receber a adequada remuneração pelos serviços prestados¹¹.

Dentre as unidades hospitalares o Centro Cirúrgico (CC) representa um dos maiores faturamentos¹¹. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) define o CC como uma unidade complexa¹² em decorrência de suas características específicas, da intensa rotatividade de procedimentos realizados e da presença de pessoal especializado, que precisa prestar assistência com excelência de qualidade, máxima produtividade e baixos custos¹³.

Concorda-se que os profissionais responsáveis por gerenciar as unidades hospitalares precisam desenvolver conhecimentos que os auxilie nas tomadas de

Raquel Silva Bicalho Zunta

decisão e alocação de recursos, que são geradores de custos². Assim considera-se essencial à apropriação de tais conhecimentos para aqueles que atuam em CC devido o impacto econômico dessa unidade no faturamento.

Evidentemente, no que diz respeito à gestão de custos, existem contrastes entre os hospitais privados, que visam o lucro, e os públicos e filantrópicos, cuja lógica baseia-se no provimento de um serviço público de alta relevância social, de forma eficiente e efetiva, de acordo com os princípios do SUS. Contudo, em todos eles a capacitação dos profissionais de saúde, envolvidos em diferentes processos assistenciais, em relação à temática constitui fator relevante para o sucesso do trabalho¹⁴.

Portanto, é necessário favorecer oportunidades de qualificação dos gestores, sejam estes médicos, enfermeiros ou administradores, como articuladores dos diferentes fatores que influenciam as atividades desenvolvidas nas organizações hospitalares¹⁵.

Considera-se de vital importância que seja, também, oportunizada aos profissionais da equipe de saúde que não ocupem posições gerenciais, a obtenção de conhecimentos que favoreça a sua capacitação, ao conduzir diferentes processos de trabalho, contribuir para o alcance de resultados que concorram para o equilíbrio financeiro das organizações que integram.

Nessa direção, afirma-se a necessidade de alertar, continuamente, os profissionais de saúde sobre as consequências das glosas, identificando os seus principais motivos e implementando planos de ação para a resolução dos mesmos¹⁶.

1.1 A GESTÃO DE CUSTOS, O FATURAMENTO HOSPITALAR E O PROCESSO DE AUDITORIA DE CONTAS.

Os cenários econômicos e financeiros sofrem constantes mudanças decorrentes de crises internacionais e avanços tecnológicos, levando as empresas à perda de mercado, diminuição das margens de lucro, aumento da exigência quanto à qualidade dos produtos, da concorrência e do mercado consumidor. Tais situações contribuíram para que as empresas comesçassem a mensurar, analisar e gerenciar os seus custos a fim de alcançarem melhores condições de obter vantagem competitiva¹⁷.

Raquel Silva Bicalho Zunta

Nesse ambiente dinâmico, as instituições hospitalares passaram a ser gerenciadas como empresas complexas, almejando maior competitividade no mercado e usando modernas técnicas de gestão¹⁸.

Beuren e Schlindwein¹⁹ também reconhecem a complexidade dos ambientes hospitalares decorrente da multidisciplinaridade de profissionais e da divergência de objetivos, tais como, os dos gestores em obter equilíbrio econômico-financeiro a partir da recuperação dos custos e maximização da receita, das equipes assistenciais em realizar a melhor assistência possível independente do custo a ela relacionado; dos acionistas de instituições particulares na maximização do lucro.

Gastos hospitalares crescentes aliados a escassez de recursos financeiros motivam a gestão de custos, instrumento gerencial fundamental para o controle dos recursos que propicia aos administradores encontrar caminhos estratégicos mais efetivos e promove oportunidades de verificar as atividades que são mais lucrativas, analisar seu custo e sua viabilidade econômica³.

Os prestadores de serviços de saúde, pressionados pelas fontes pagadoras, buscam ajustes para garantir a factibilidade de suas ações, utilizando melhor seus recursos, especialmente em decorrência do grau de variância e complexidade assistencial e do incremento tecnológico. Deste modo, a gestão de custo torna-se estratégia de grande relevância²⁰.

Esta evidente o mérito da gestão de custos na área da saúde, todavia os gastos devem ser contidos sem prejuízos à qualidade dos serviços prestados. Para isso, é indispensável o envolvimento e a contribuição da área administrativa articulada com os gerentes das diferentes unidades hospitalares, com seu conhecimento específico, na criação, implementação e controle²¹.

Segundo o Ministério da Saúde (MS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)²² a gestão de custos disponibiliza informações que apoiarão os gestores no processo de tomada de decisões e solução de problemas e embasarão os processos gerenciais internos, como planejamento e controle dos serviços prestados.

Estas informações devem ser disseminadas a todos os níveis da organização (estratégico, tático ou operacional), bem como avaliadas pelos gestores responsáveis de cada centro de custo, conforme sua realidade e perfil, proporcionando melhores condições de planejamento, controle e decisão visando maior eficiência e eficácia dos resultados. Os relatórios devem contemplar macro

Raquel Silva Bicalho Zunta

informações, repassadas ao corpo diretivo da instituição, e micro informações, oriundas de refinamentos sucessivos que nortearão a decisão estratégica da direção da organização de saúde e decisões de caráter gerencial e operacional nos seus setores, e seguir o modelo mental do decisor²³, conforme mostra a Figura 1.

Figura 1 - Perspectiva do modelo mental do decisor - Geração de Relatórios

Fonte: Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde, 2013.

No que tange ao faturamento hospitalar os resultados serão apresentados de acordo com a forma de gestão, bem como quanto ao modelo de remuneração de produtividade no contexto do hospital. Cada atendimento prestado nas unidades de internação; CC; Unidade de Terapia Intensiva (UTI); ambulatório; serviço de diagnóstico, entre outros serviços, ocasionará custos geradores de receita⁴.

Em uma instituição de saúde as unidades em que são atribuídas as receitas provenientes pela venda de serviços são consideradas como centros de lucro. Utilizam o modelo de remuneração por serviços prestados e, geralmente, segregam suas receitas pelas unidades em que os serviços foram prestados como, exemplo, o CC que gera receitas pelas vendas de taxas de sala, uso de equipamentos, materiais cirúrgicos, consumo de gases medicinais²⁴.

O faturamento é uma maneira dos gestores e da administração hospitalar, conhecerem a rentabilidade dos serviços e poderem gerir seus custos, qualidade e receitas. Por intermédio dele todas as operações de prestação de serviços, consumo de materiais e medicamentos, originarão a conta hospitalar e se transformarão em moeda corrente. O processo tem início quando o paciente é admitido no hospital originando diversos procedimentos de atendimento às suas necessidades de saúde,

Raquel Silva Bicalho Zunta

minuciosamente documentados pela equipe multiprofissional em seu prontuário. A captura adequada destes dados gerará a cobrança, à vista disso deve haver fluidez destas informações para facilitar o fechamento da fatura. Destarte, o registro das atividades realizadas, nos prontuários, representa um instrumento vital à gestão da instituição de saúde⁴.

Estudo desenvolvido em uma UTI de um hospital privado, de grande porte, verificou o faturamento gerado pelos procedimentos realizados por profissionais de enfermagem e a percentagem do mesmo em relação ao seu faturamento total por paciente (R\$ 8.918,30). No período estudado os procedimentos realizados pela enfermagem foram responsáveis por 15,1% do faturamento total da UTI, em média, 11,3% (R\$ 1.230,33) oriundo do faturamento da prescrição de enfermagem e 3,8% (R\$ 508,57) da prescrição médica, foi demonstrada a importância dos registros adequados e o seu impacto no faturamento²⁵.

Com o intuito de minimizar as perdas financeiras, que comprometem o faturamento hospitalar, muitos hospitais realizam uma pré-análise na auditoria das contas hospitalares. Como mostra o estudo feito por Guerrer²⁶ onde foram feitas pré-análises em 2.613 contas hospitalares, pela equipe de auditores do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, no período de janeiro a dezembro de 2011. Constatou-se que durante a pré-análise das contas, as enfermeiras auditoras incluíram R\$1.877.168,64 e excluíram R\$ 1.155.351,36 e os médicos auditores incluíram R\$ 563.927,46 e excluíram R\$ 657.190,19; reavendo R\$ 628.554,55 no faturamento hospitalar. O excesso de ajustes evidenciou a falha e a falta de registros da equipe de saúde e apontou a importância da equipe de auditoria para o êxito do processo de faturamento hospitalar.

O registro escasso e/ou inadequado no prontuário do paciente compromete a qualidade da assistência prestada, oferece riscos à segurança do paciente e dos profissionais e ocasiona, inclusive, ônus financeiro à instituição. A auditoria é primordial para detectar esses problemas e possibilita, por meio de relatórios de avaliação, a orientação para a equipe e instituição quanto ao registro apropriado das ações desenvolvidas e o suporte ético-legal frente aos Conselhos, Associações de Classe e a Justiça²⁷.

Atualmente um grande número de hospitais privados investe na auditoria e os gestores hospitalares têm buscado profissionais capacitados, com adequada visão

Raquel Silva Bicalho Zunta

econômico/contábil, de forma a operacionalizá-la e incorporá-la à rotina com o propósito de avaliar os aspectos qualitativos da assistência ao paciente, os processos internos e as contas hospitalares²⁸.

Na área da saúde a auditoria pode ser desenvolvida por diferentes profissionais, como exemplo, médicos e enfermeiros. Tanto a auditoria médica como a auditoria de enfermagem dispõe de áreas específicas de atuação, sendo o papel do auditor definido conforme as características do serviço em saúde. Ambas compartilham os objetivos de garantir a qualidade no atendimento ao cliente, evitar desperdícios e auxiliar no controle de custos⁵.

Segundo Motta⁸ as modalidades de auditoria em enfermagem podem ser definidas em: Pré-auditoria ou Auditoria prospectiva (que se refere à avaliação dos procedimentos médicos antes de sua realização), Auditoria concorrente ou pró-ativa (relativa à análise e avaliação ligada ao tratamento ou procedimento com o paciente ainda internado) e Auditoria de contas médico-hospitalares (inerente ao exame e avaliação dos procedimentos médicos realizados, pós-alta hospitalar do paciente, em prontuário e conta hospitalar).

Autores afirmam que a auditoria de cuidados, ao mensurar a qualidade da assistência de enfermagem por meio dos registros em prontuário, e a auditoria de custos, confrontando as informações recebidas com as contidas no prontuário, controlando o faturamento enviado às Operadoras de Plano de Saúde (OPS), propiciam o processo educativo, pois não apenas apontam os responsáveis pelas falhas/inconsistências, mas indicam alternativas preventivas e corretivas²⁹.

Concorda-se que as informações obtidas por intermédio da auditoria da qualidade da assistência e da auditoria de custos precisam ser potencialmente utilizadas em uma perspectiva educativa, e não punitiva, visando resultados que poderão ser mais eficazes. Quanto mais focalizadas forem as ações educativas, de acordo com a realidade dos profissionais em seus contextos específicos, mais convergirão para minimizar as inconsistências encontradas durante esses processos, diminuirão a necessidade de investimento em ações corretivas, reduzirão o retrabalho e, conseqüentemente, impactarão positivamente no faturamento.

A falha nos registros de materiais e medicamentos utilizados, tanto pela equipe de enfermagem quanto médica, gera prejuízos financeiros à instituição de saúde e constitui-se em um dos focos de atenção dos auditores, cujo serviço integra

Raquel Silva Bicalho Zunta

o controle administrativo-financeiro das organizações³⁰. Salienta-se que os registros além de serem utilizados para fins de auditoria, externa ou interna, subsidiarão a obtenção de dados estatísticos e a análise do faturamento institucional³¹ constituindo importante fonte de informações.

Ao investigar as glosas ocorridas em um hospital privado da capital de São Paulo, por intermédio da análise de 218 contas relativas aos meses de abril e maio de 2012, estudo encontrou 921 itens glosados nos recursos analisados, perfazendo um valor total de R\$ 173.603,36. Noventa e um por cento dos recursos referiam-se a glosas administrativas e 9% a glosas técnicas. Em relação aos valores recursados apontou que 22% foram acatados e demonstrou que 75% das glosas poderiam ter sido evitadas uma vez que a maioria dos motivos tinha relação com a falta de legibilidade das anotações dos profissionais de saúde, além de outras falhas das áreas administrativas e da fonte pagadora¹⁶.

Como integrantes da equipe de saúde, os médicos e os profissionais de enfermagem, a cada avaliação do paciente, têm que registrar, no prontuário, as informações inerentes e indispensáveis ao processo do cuidar, de forma clara, legível, objetiva, completa, com data, hora, assinatura e número do seu registro profissional^{32, 33}.

Os profissionais de enfermagem atuam ininterruptamente nos diferentes serviços hospitalares e a adequada documentação de suas ações assistenciais, nos instrumentos que compõem o prontuário do paciente, representa grande contribuição para o faturamento.

Por isso, destaca-se que os registros de enfermagem são fonte de informação para o processo de auditoria, estabelecem a comunicação entre a equipe de enfermagem e a equipe multiprofissional envolvidas nos cuidados aos usuários; subsidiam a elaboração do plano assistencial; propiciam avaliar a qualidade dos serviços prestados; representam documento legal para o usuário e para instituição e são, também, fonte de informações para o ensino e a pesquisa³⁴.

Elemento crucial deste processo, o prontuário do paciente é definido pela ANVISA como um documento único, composto por um conjunto de informações, sinais e imagens, gerados a partir de acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente, de caráter legal, sigiloso e científico, que proporciona a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência²².

Raquel Silva Bicalho Zunta

Reitera-se que os auditores precisam, para o ajuste das contas hospitalares, dos registros adequados a fim de comprovar e justificar o consumo de materiais e medicamentos pela equipe de saúde na assistência ao paciente. Portanto, esta equipe deve estar consciente do seu papel na prestação de assistência e, em especial, que a fidedignidade dos seus registros reflete a qualidade das ações desenvolvidas e coopera com o retorno financeiro à instituição³⁵.

Importante lembrar a possibilidade da auditoria, diante de falhas ou inconsistências nos registros, ser uma importante estratégia de caráter educacional, não punitivo, que fornece elementos para o planejamento de programas de treinamentos junto à equipe de saúde favorecendo a capacitação dos profissionais para detectar problemas e serem parceiros na procura de soluções³⁶.

Pesquisa conduzida em um CC, de um hospital privado, que apresentava índice de divergências, ou seja, falta de anotação ou anotação incompleta referente aos procedimentos realizados, de 38,5%, mostrou que após treinamento, com foco no faturamento assistencial destinado a 100% dos colaboradores, houve redução de 15,5% nas divergências de registro. Verificou-se, desse modo, a eficácia do treinamento, pois houve redução nas glosas de contas hospitalares e, conseqüente, melhora no faturamento¹¹.

No Reino Unido estudo demonstrou que o emprego da auditoria dos registros de enfermagem, no Hospital *Sheffield Teaching Hospitals NHS Foundation Trust*, melhorou a qualidade da documentação, concorrendo para o atendimento seguro e eficaz aos pacientes. Por dois anos consecutivos constatou-se a melhoria dos dados auditados e os resultados obtidos suscitaram recomendações e planos de ação que incrementaram a qualidade dos registros. O sucesso desse programa de auditoria em curso foi atribuído à participação e motivação dos envolvidos e ao apoio dos enfermeiros gestores³⁷.

Constata-se que quando há a possibilidade de os profissionais participarem, opinarem e contribuírem com propostas de melhorias em seus locais de trabalho, as situações de conflituosas são melhores evidenciadas e gerenciadas visto que os mesmos se sentem comprometidos com as ações e decisões acordadas.

Frente ao apresentado, concorda-se que os profissionais de saúde não podem se eximir da responsabilidade ética, legal, jurídica e comunicativa da documentação das ações desenvolvidas e que investimentos para a realização de atividades educativas sistematizadas, com foco na melhoria dos registros,

Raquel Silva Bicalho Zunta

contribuiriam significativamente para minimizar as divergências entre o prontuário clínico e a conta hospitalar do paciente²⁶.

Ademais, a capacitação dos profissionais envolvidos com a gestão de custos é fator determinante para o êxito do trabalho realizado nas complexas instituições hospitalares. Por conseguinte, o envolvimento de forma integrada de médicos, enfermeiros, administradores, gerentes e diretores representa um dos mais importantes requisitos que possibilitarão além da obtenção de informações, confiáveis e corretas, sobre os custos, o controle dos mesmos¹⁴.

Nesta perspectiva, faz-se necessária uma mudança cultural dos profissionais de saúde, uma vez que não estão acostumados a prestar contas das ações desenvolvidas, bem como uma postura diferenciada dos gestores, em relação ao gerenciamento de custo³.

1.2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

O CC é caracterizado como um “conjunto de áreas e instalações que permitem efetuar procedimentos anestésicos-cirúrgicos nas melhores condições de segurança para o paciente e conforto para a equipe que o assiste”³⁸.

Tal unidade é considerada uma organização complexa, em virtude de sua tecnologia, procedimentos e assistência especializada^{12, 39}.

A equipe que atua no CC é composta, basicamente, por médicos (anestesiologistas e cirurgiões), profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares), instrumentadores cirúrgicos, auxiliares administrativos e equipe de limpeza/higiene⁴⁰.

A sala de operação (SO), segundo recomendações da Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC)⁴¹, entidade de classe reconhecida nacional e internacionalmente, deve ser montada por profissional de enfermagem direcionado pelo enfermeiro e conter, também, os impressos pertinentes, como ficha de anestesia, folha de débito ou gasto, ficha de descrição cirúrgica, requisição de exames laboratoriais e anatomopatológicos, entre outros.

É atribuição do enfermeiro, registrar no período transoperatório, que abrange o momento em que o paciente é recebido no CC até a sua saída da SO, e no

Raquel Silva Bicalho Zunta

intraoperatório, compreendendo do início ao término do procedimento anestésico, todos os cuidados de enfermagem prestados ao paciente, bem como realizar a prescrição do pós-operatório imediato ao final do procedimento. Compete ao auxiliar/técnico de enfermagem o preenchimento adequado dos impressos integrantes do prontuário do paciente e preconizados pela instituição⁴⁰.

No que se refere às anotações, feitas pela equipe de enfermagem, no período transoperatório, recomenda-se, o registro de materiais e equipamentos, em impresso próprio segundo a necessidade de cada instituição. Sendo este registro primordial ao controle para fins de cobrança e reposição⁴².

Como mencionado anteriormente, a documentação adequada em prontuário, da assistência prestada ao paciente, respalda ética e legalmente o profissional e a instituição de saúde responsável pelo cuidado. Todavia quando ela é escassa e/ou inadequada compromete a qualidade e a continuidade da assistência e acarreta prejuízos à instituição²⁷. Portanto, todos os procedimentos e ações da equipe de enfermagem e médica devem estar prescritos, as anotações devem ser precisas, claras, objetivas e completas contribuindo para assegurar, inclusive, o recebimento da assistência prestada, evitando as glosas de itens componentes das contas hospitalares⁸.

Num contexto geral todas as características, supracitadas, também são encontradas no CC do Hospital onde se realizou o presente estudo. Trata-se de um Hospital geral, de grande porte, privado, da cidade de São Paulo, certificado pela Organização Nacional de Acreditação - ONA nível 3 e acreditado pela *Joint Commition Internacional* (JCI), considerada o mais elevado padrão no atendimento médico global, no ano de 2014.

Integra uma rede hospitalar em constante atualização, com tecnologia avançada e, para manter sua tradição de atendimento humanizado e de alta qualidade, dispõe de 418 leitos destinados ao atendimento de pacientes particulares e provenientes de OPS, tendo convênio com mais de 60 empresas e planos de assistência médica.

A infraestrutura do Hospital Campo de Estudo (HCE) compreende unidades de internação de Clínica Médico-Cirúrgica, que atendem variadas especialidades; Maternidade com Berçário setorial, contribuindo para o alojamento conjunto e estimulando o processo da amamentação, Pronto Socorro, CC, Centro Obstétrico (CO) e UTI Adulto e Neonatal.

Raquel Silva Bicalho Zunta

Possui um Setor de Auditoria Interna, que realiza a pré-análise de, em média, 3.000 contas por mês com o intuito de minimizar as perdas financeiras e contribuir com o faturamento Institucional. Para tanto, conta com uma equipe composta por 11 enfermeiras auditoras, uma enfermeira supervisora, oito auxiliares administrativos e um mensageiro/aprendiz.

Em 2014 o CC realizou cerca de 1.200 cirurgias ao mês das especialidades: cardíaca, neurologia, ortopedia, ginecologia, urologia, vascular, otorrinolaringologia e plástica.

Ao ser admitido um paciente no CC são impressas etiquetas, contendo nome, data de internação, OPS, número do prontuário e um código de barras, para a identificação dos impressos utilizados, bem como a realização de requisições de materiais e medicamentos na farmácia satélite.

A solicitação de materiais e medicamentos, por um membro da equipe cirúrgica é lançada, automaticamente por meio da leitura ótica do código de barras, para a conta do paciente em um sistema eletrônico denominado Tasy. Portanto, aquilo que foi usado na assistência ao paciente deve estar contemplado nos impressos constantes do seu prontuário físico e os demais itens não utilizados devolvidos à farmácia para serem estornados.

No CC os profissionais de enfermagem da SO e da Sala de recuperação anestésica (SRA) estão orientados a registrar os procedimentos, medicamentos, equipamentos e materiais nos respectivos impressos e lançar os débitos, pertinentes no “Boletim de Sala do Centro Cirúrgico” e no “Registro de Cobrança no Transoperatório”. Os dados do “Boletim de Sala do Centro Cirúrgico” serão lançados por um faturista, dentro do CC, no sistema Tasy.

As informações dos registros médicos e de enfermagem e os dados do sistema Tasy subsidiarão o faturamento da conta hospitalar do paciente.

Os médicos cirurgiões fazem os registros na folha de evolução da cirurgia e os médicos anestesistas na ficha de anestesia. Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem documentam suas anotações na folha de transoperatório. Na SRA os registros são realizados mediante prescrição e evolução médica e de enfermagem.

Os profissionais de enfermagem do CC, contratados pelo HCE, são denominados colaboradores. Os médicos cirurgiões fazem parte do corpo clínico do Hospital e são cadastrados para poderem operar no CC, mas não são contratados e, por isso, são considerados prestadores de serviço. Em relação aos médicos

Raquel Silva Bicalho Zunta

anestesistas existem tanto os colaboradores, que compõem a equipe da Instituição, como os integrantes da equipe do médico cirurgião, que representam a grande maioria.

A pesquisadora deste estudo atuou no processo de faturamento assistencial do HCE fazendo a interface entre o CC e o Setor de Auditoria e conviveu, cotidianamente, com a auditoria de prontuários que apresentavam anotações e lançamentos inadequados, ou indevidos, contribuindo para a ocorrência de glosas de itens das contas do CC que comprometiam o adequado faturamento hospitalar.

À época, as enfermeiras auditoras separavam alguns desses prontuários e estes eram encaminhados pela pesquisadora aos profissionais do CC para que os mesmos verificassem o impacto financeiro dos registros inadequados, apresentando-lhes as contas e os prontuários, como estratégia educativa e preventiva de recorrência de documentação imprópria.

Durante oito anos, desenvolvendo atividades junto ao faturamento assistencial, foi possível constatar a ausência de dados estatísticos que evidenciassem a parcela de contribuição de cada profissional, colaborador ou prestador de serviços, para a ocorrência dessas glosas, bem como quais seriam os principais motivos. Isso por que era inviável separar todos os prontuários que continham alguma divergência, para tal avaliação e devido ao grande número de prontuários que precisavam ser auditados e faturados conforme cronograma que deveria ser cumprido junto às OPS. No entanto, a impressão que se tinha era de que os profissionais de enfermagem fossem os responsáveis, em maior frequência, para a glosa de itens das contas hospitalares.

Autores evidenciam que os hospitais apresentam dificuldades para identificar os serviços glosados e seus respectivos valores e, na maioria das vezes, não conseguem recuperar estes valores, comprometendo o faturamento que seria decorrente do recebimento por procedimentos e serviços realizados⁹.

A fim de recuperar essas perdas econômicas, os valores glosados pelas OPS podem ser recursados através do “recurso de glosas”¹⁶. Como o HCE integra uma rede hospitalar o recurso de glosas é corporativo, ou seja, são avaliados e gerenciados os recursos de todas as unidades hospitalares, componentes da rede, por OPS e não por paciente. Conforme experiência do HCE o retorno favorável o desfavorável aos recursos pode ocorrer entre três e seis meses.

Raquel Silva Bicalho Zunta

Segundo a percepção da Supervisora do Setor de Auditoria do HCE, apesar de não ser possível quantificar a ocorrência das glosas administrativas, por paciente, na realidade Institucional as glosas técnicas, relativas a um mês típico de atendimento do CC, correspondem em média a 65%.

Mesmo que os colaboradores tenham o conhecimento de que todos os procedimentos devem ser registrados, pois sem o mesmo perdem o respaldo ético, legal e financeiro, bem como a instituição, ainda assim, tal situação ocorre. Portanto investigar os motivos que levam a essas ocorrências é primordial para a saúde financeira da instituição e cria subsídios para ações corretivas e, principalmente, preventivas.

Nesse prisma, constata-se que o HCE teria um faturamento mais eficaz, primordial para o adequado equilíbrio financeiro, se não fosse o número de glosas existentes. Portanto, a identificação das categorias profissionais que mais contribuem com essas perdas financeiras, a verificação dos motivos das glosas e a avaliação dos grupos contábeis (materiais, medicamentos, equipamentos, gases e taxas) mais glosados poderia fundamentar a proposição de ações educativas e preventivas que contribuíssem com a gestão de custos.

O acúmulo de conhecimento, nos contextos da educação e da saúde, tem influenciado a organização do trabalho, requerendo dos profissionais de saúde a aquisição de novas habilidades e competências. Assim, a educação permanente assume o desafio de estimular o desenvolvimento, pessoal e profissional, dos trabalhadores que estão inseridos em um contexto de responsabilidades e necessidades de atualização contínua⁴³.

Partindo do pressuposto que os hospitais são empresas complexas, concorda-se que o diferencial competitivo empresarial possa estar relacionado, também, ao investimento em programas de capacitação direcionado aos seus talentos internos⁴⁴.

Ressalta-se que a realização de programas de treinamento e desenvolvimento, ao favorecer o aprimoramento e incremento de competências relacionadas a um perfil profissional cada vez mais complexo e abrangente, tornou-se ferramenta essencial para a sobrevivência e manutenção da concorrência mercadológica das organizações⁴⁵.

À vista disso, os treinamentos e capacitações podem ser considerados como pontos de partida para um processo educativo mais amplo, vinculados ao

Raquel Silva Bicalho Zunta

desenvolvimento integrativo dos sujeitos, utilizado os pressupostos de pensar e refletir sobre as relações estabelecidas entre o saber e o fazer⁴⁶.

Nessa perspectiva, a educação tem sido um instrumento essencial que possibilita ocasionar transformações sociais e educacionais repercutindo nos modos de produzir, nos diferentes campos do saber e de produção de bens e de serviços⁴³.

Questões de Pesquisa:

- Quais seriam as percentagens e os motivos de glosas técnicas relativas a cada categoria profissional da equipe cirúrgica do CC do HCE?

- A identificação das facilidades e dificuldades, referidas pelos profissionais do CC do HCE, relativas ao registro de materiais, medicamentos, equipamentos, gases e taxas e ao lançamento de débitos subsidiaria a proposição de uma ação educativa com foco no faturamento assistencial?

2. Objetivos

2. OBJETIVOS

- Mapear, descrever e validar o processo de auditoria e faturamento de contas em um hospital geral, de grande porte, privado;
- Calcular a percentagem das glosas técnicas geradas por profissionais de enfermagem e médicos anestesistas atuantes no CC, de um hospital geral, de grande porte, privado;
- Verificar qual(is) item(ns) foi(ram) mais glosado(s) por grupo contábil (materiais, medicamentos, equipamentos, gases e taxas) de acordo com o período estudado;
- Identificar, na perspectiva de profissionais de enfermagem e médicos anestesistas, atuantes no CC, as facilidades e dificuldades relativas ao registro de materiais, medicamentos, equipamentos, gases, taxas e ao lançamento de débitos;
- Propor uma ação educativa com foco no faturamento assistencial direcionada aos profissionais da equipe cirúrgica que compõe o quadro de colaboradores do CC.

3. Método

3. MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Pesquisa quantitativa, exploratória-descritiva, retrospectiva, documental, na modalidade de estudo de caso único, envolvendo os prontuários e as contas dos pacientes internados por convênios, em um CC, de um Hospital geral, de grande porte, privado, localizado na zona sul da cidade de São Paulo.

Estudos exploratório-descritivos têm por objetivo descrever, com exatidão, os fatos e fenômenos de determinada realidade, como exemplo, o estudo de um caso para qual são realizadas análises empíricas e teóricas⁴⁷.

A pesquisa documental caracteriza-se pela fonte de coleta de dados estar restrita a documentos, constituindo o que se denomina de fontes primárias, podendo ocorrer a compilação dos dados no momento em que o fato ou fenômeno ocorre, ou depois⁴⁷.

Escolheu-se a modalidade de estudo de caso único pelo fato dele propiciar a investigação de um fenômeno contemporâneo, em profundidade, em seu contexto de vida real, representar uma investigação empírica e compreender um método abrangente, com a lógica do planejamento, da coleta e da análise de dados⁴⁸.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O CC do HCE foi certificado pela Sociedade Internacional de Cirurgia Bariátrica, em 2012, com o Selo de Excelência em referência de cirurgias bariátricas. Desde fevereiro de 2014, dispõe de um sistema eletrônico denominado Tasy, que contém dados relativos à entrada, seguimento e saída do paciente, contribuindo para a gestão integrada da assistência ao gerar informações para subsidiar o faturamento da conta hospitalar.

De acordo com a supervisora do CC, dados do sistema informatizado do Hospital, indicam que o movimento cirúrgico relativo ao ano de 2014 correspondeu, em média, a 281 do aparelho digestivo, 263 de ginecologia, 183 de ortopedia, 135

Raquel Silva Bicalho Zunta

de plástica, 120 de urologia, 113 de angiologia e 109 de otorrinolaringologia totalizando 1200 cirurgias/mês.

É composto por 18 salas cirúrgicas, 19 leitos de recuperação anestésica, uma sala de equipamentos, uma sala de arsenal, um vestiário feminino e um masculino destinado aos auxiliares e técnicos de enfermagem, um vestiário feminino para enfermeiras e médicas, um vestiário masculino para os enfermeiros e médicos, uma sala de repouso médico, uma sala de conforto médico, sala de enfermagem (supervisora/encarregada), um posto de enfermagem, espaço para recepção e entrega da chave e roupa cirúrgica, uma sala de anátomo-patológico, uma farmácia satélite (que distribui todo o material e medicamento necessário para os procedimentos cirúrgicos), uma sala de órteses, próteses e materiais especiais (OPME), duas salas de depósito de materiais de limpeza, uma sala para os anestesistas, uma sala de resíduos e uma sala de expurgo.

A equipe cirúrgica compreende 10 enfermeiros distribuídos da seguinte forma: três enfermeiros das 7h-13h; um das 16h-22h; um das 13h-19h; um enfermeiro folguista; um no noturno par e um no noturno ímpar, contando com a encarregada das 6h-15h e a supervisora das 7h-17h e 81 auxiliares/técnicas(os) de enfermagem, sendo 31 no período da manhã, 30 à tarde e 10 em cada noturno.

Também atuam no CC médicos anestesistas e médicos cirurgiões, bem como auxiliares de anestesia e os colaboradores da farmácia satélite, além do pessoal da hotelaria (limpeza), 01 tecnólogo de equipamentos e uma escriturária.

3.3 AMOSTRA

A partir da média de 1.200 cirurgias/mês que originam 900 contas sujas/mês, ou seja, 75% da população de 1200 prontuários, considerando o período relativo a três meses típicos, foram adotados os seguintes critérios estatísticos para a obtenção do tamanho da amostra:

1. Intervalo de confiança de 95% ($z=1,96$);
2. Erro estatístico 5% ($e = 0,05$);
3. Proporção amostral de 50% ($p=0,5$)
4. O tamanho da amostra n foi obtido pela seguinte equação:

Raquel Silva Bicalho Zunta

$$n = \frac{z^2[p \times (1 - p)]}{e^2}$$

Substituindo-se os valores dos critérios adotados na equação obteve-se o valor do tamanho da amostra:

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,5^2}{0,05^2} = \frac{0,96}{0,0025} = 384 \text{ amostras}$$

Como são geradas aproximadamente 900 contas sujas/mês optou-se por tomar ao acaso as 384 amostras, de um total aproximado de 2.700 contas sujas, ou seja, 128 amostras por mês.

3.3.1 Critério de inclusão

- Prontuários faturados dos pacientes que receberem alta hospitalar no período estudado e que contenham a conta suja, isto é, com alterações efetuadas durante a negociação entre os auditores internos e externos resultando em glosas técnicas e, conseqüentemente, perdas financeiras para o HCE.

3.4 COLETA DE DADOS

3.4.1 Protocolo para realização do estudo de caso único sobre o gerenciamento de glosas técnicas no CC do HCE

Com o propósito de aumentar a confiabilidade do estudo de caso e direcionar a consecução da coleta de dados construiu-se um protocolo (Quadro 1), baseado em Yin⁴⁸, descrevendo as etapas da pesquisa, seus objetivos e as respectivas atividades.

Quadro 1 - Protocolo para a realização do estudo de caso único sobre o gerenciamento de glosas técnicas no CC do HCE. São Paulo-SP, Brasil, 2016.

(continua)

Etapa: Coleta de dados	
Objetivo	Atividade
<p>Identificar o processo de auditoria e faturamento do HCE;</p> <p>Viabilizar a coleta de dados necessários à identificação das percentagens das glosas técnicas geradas pela equipe cirúrgica, por categoria profissional, (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e médico anestesista) relativas ao período estudado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Obter a autorização dos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e do HCE para iniciar os procedimentos de coleta dos dados; - Realizar agendamento de visitas ao Setor de Auditoria Interna do HCE para observação não participante do processo de auditoria e faturamento; - Mapear, descrever e validar o processo de auditoria e faturamento junto ao Setor de Auditoria Interna e Enfermeira da Educação Continuada Operacional; - Validar o processo mapeado junto a especialistas da área de auditoria de contas hospitalares; - Construir planilha eletrônica, no programa <i>Microsoft Excel®</i>, para transposição dos dados contidos nas contas hospitalares e nos prontuários dos pacientes que integrarem a amostra; - Transpor os dados contidos nos impressos: Registro de Enfermagem no Trans-operatório, ficha de anestesia e Registro de Cobrança no Transoperatório, dos prontuários dos pacientes que integrarem a amostra para a planilha impressa; - Transpor os dados contidos nas contas sujas dos prontuários dos pacientes que integrarem a amostra para a planilha impressa. - Transpor os dados capturados por meio da planilha impressa à planilha eletrônica.

(continuação)

Etapa: Análise dos dados	
Objetivo	Atividade
Identificar os tipos de glosas técnicas geradas, por categoria profissional, verificar os itens glosados por grupo contábil.	<ul style="list-style-type: none"> - Separar as glosas técnicas por categoria “profissionais de enfermagem” (enfermeiros, técnicos e auxiliares) e “médico anestesista”; - Agrupar as glosas técnicas de acordo com o grupo contábil; - Verificar qual grupo contábil ocasionou mais glosas.
Objetivo	Atividade
- Analisar os dados contidos na planilha eletrônica integrada.	<ul style="list-style-type: none"> - Providenciar tratamento estatístico dos dados; - Analisar descritivamente as variáveis categóricas (frequências absolutas, as frequências relativas, os intervalos de confiança e moda); - Analisar descritivamente as variáveis contínuas (valor médio, desvio-padrão, intervalos de confiança, mediana, moda, valores mínimos e máximos); - Demonstrar as variáveis categóricas por meio de tabelas e gráficos; - Discutir os dados na perspectiva da glosa hospitalar e do gerenciamento estratégico de custos em Unidade de CC.
Objetivo	Atividade
<ul style="list-style-type: none"> - Identificar, junto aos colaboradores do CC, as facilidades e dificuldades relativas ao registro de procedimentos, materiais, medicamentos, equipamentos, gases e taxas e ao lançamento de débitos; - Propor uma ação educativa com foco no faturamento hospitalar junto a equipe cirúrgica de colaboradores do CC. 	<ul style="list-style-type: none"> - Propor uma ação educativa junto à equipe cirúrgica de colaboradores do CC (profissionais de enfermagem e médicos anestesiologistas), com enfoque no faturamento assistencial, pautado em estudos da literatura, conceitos de cobrança adotados pelo HCE e nas recomendações de registro dos procedimentos realizados com o paciente; - Discutir e validar a ação educativa proposta junto aos enfermeiros do Serviço de Educação Continuada (SEC), Setor de Auditoria Interna do HCE e Enfermeira da Educação Continuada Operacional.

(continuação)

Etapa: Conclusão	
Objetivo	Atividade
- Apresentar no HCE e CC as conclusões em relação às glosas geradas pela equipe cirúrgica, por categoria profissional, bem como a intervenção educativa proposta.	- Realizar a síntese dos resultados obtidos; - Propor melhorias no processo de faturamento das contas hospitalares do CC, a partir dos resultados obtidos.

Fonte: Adaptado de Jericó⁴⁹

(conclusão)

3.4.2 Procedimentos para coleta de dados

Após a aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e do HCE foram realizadas três visitas aos Setores de Auditoria Interna e de Recurso de Glosas visando o mapeamento dos processos de auditoria e faturamento e recurso de glosas.

Os dados obtidos foram documentados descritivamente, ilustrados na forma de três Fluxogramas e validados pela Enfermeira Supervisora do Setor de Auditoria Interna, Enfermeira da Educação Continuada Operacional e Enfermeira Supervisora do Setor de Recurso de Glosas.

A Enfermeira Supervisora do Setor de Auditoria Interna possuía dez anos de formada, era pós-graduada em Auditoria de Serviços de Saúde e atuava há sete anos no HCE; a Enfermeira da Educação Continuada Operacional, responsável pela interlocução entre o Setor de Auditoria Interna e a equipe cirúrgica do CC, possuía 22 anos de formada, era Mestre em Enfermagem e atuava há mais de 06 anos no processo de faturamento da assistência no HCE e a Enfermeira Supervisora do Setor de Recurso de Glosas possuía cinco anos de formada e cinco anos de experiência na área de auditoria, era pós-graduada em Auditoria de Serviços de Saúde, possuía *Master Business Administration* em gestão empresarial, e estava há três anos no HCE.

Posteriormente, foi realizada uma oficina, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), com duração de duas horas, para validação da descrição dos processos mapeados e dos fluxogramas, na qual participaram três

Raquel Silva Bicalho Zunta

enfermeiras especialistas, da área de auditoria de contas hospitalares, externas ao HCE. O tempo de formada destas enfermeiras variou entre 14 e 27 anos, com média de 19 anos (DP=7 anos). Quanto ao tempo de experiência em auditoria de contas hospitalares houve variação de cinco a 26 anos, com tempo médio de 12,66 anos (DP= 11,59 anos). As enfermeiras auditoras receberam, previamente, todo o material de análise e todas as suas observações e proposições foram discutidas, em profundidade, durante a condução da oficina, e incorporadas após consenso do grupo.

Concomitantemente, iniciou-se, em novembro de 2014, a coleta de dados nos prontuários e nas contas hospitalares arquivadas junto a estes, referentes aos pacientes atendidos no CC do HCE. Para tanto, solicitou-se ao Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico (SAME) uma relação dos pacientes que tiveram alta, contendo os números dos prontuários com as contas faturadas, relativa ao período de outubro a dezembro de 2014.

Por intermédio desta lista foram separados, aleatoriamente, 384 prontuários que possuíam a “conta suja”, ou seja, que foram auditados e geraram glosas técnicas. Nesses prontuários estavam arquivados os impressos utilizados pela equipe cirúrgica do CC, tais como, ficha de anestesia (preenchida pelo médico anestesista), registro de enfermagem no transoperatório (preenchido por enfermeiros, técnicos e auxiliares), registro de cobrança no transoperatório (preenchido por enfermeiros, técnicos e auxiliares), registro da sala de Recuperação Anestésica/Anestesiologista (preenchida pelo médico anestesista) e registro da sala de Recuperação Anestésica/Enfermagem (preenchido por enfermeiros, técnicos e auxiliares). Esses impressos foram confrontados com as respectivas contas hospitalares que continham todos os itens relativos aos pacientes durante seu atendimento no CC, segundo grupos contábeis específicos: materiais, medicamentos, equipamentos, gases e taxas.

Para possibilitar a captura dos dados nos 384 prontuários e respectivas contas hospitalares dos pacientes que integraram a amostra elaborou-se uma planilha eletrônica (APÊNDICE I), no programa *Microsoft Excel®*, constando quatro colunas (A-D):

- Coluna A - descrição do item glosado por grupo contábil: materiais, medicamentos, equipamentos, gases e taxas.
- Coluna B - especificação do valor total relativo aos itens glosados.

Raquel Silva Bicalho Zunta

- Coluna C - Especificação dos membros da equipe cirúrgica relacionados à glosa: letra “MA” para Médico Anestesista e “ENF” para equipe de enfermagem.
- Coluna D - Causa(s) /motivo(s) da ocorrência de glosas técnicas.

Finalizada a coleta de dados, em janeiro de 2015, realizou-se, na sequência, o recrutamento de integrantes da equipe de colaboradores do CC, utilizando-se o método de amostragem não probabilística denominado bola-de-neve⁽⁵⁰⁾, com vistas à identificação das facilidades e dificuldades quanto ao registro de procedimentos, medicamentos, materiais, equipamentos, gases, taxas e ao lançamento de débitos.

De acordo com esse método selecionam-se algumas pessoas para compor uma amostra e que, preferencialmente, conheçam muitos componentes da população alvo e, portanto, poderão indicar outras pessoas de seu relacionamento para também integrar a amostra. Essas pessoas podem ser recrutadas de diferentes maneiras. Em uma delas os próprios pesquisadores efetuam esse recrutamento, por meio de agentes que atuam em um dado campo, com conhecimento aprofundado e trânsito em uma dada comunidade. Esse procedimento é repetido algumas vezes, até que a população fique saturada⁵⁰.

Assim, foi solicitado ao médico anestesista, responsável pela equipe de anestesistas colaboradores do CC, com cinco anos de atuação no HCE, a indicação de outros médicos anestesistas, bem como à enfermeira supervisora do CC, com 16 anos de atuação no HCE, para indicar outras enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem para integrarem esta etapa da pesquisa.

A participação dos profissionais indicados consistiu em responder a um questionário (APÊNDICE II e III) visando identificar as facilidades e as dificuldades relativas ao registro de materiais, medicamentos, equipamentos, gases e taxas e ao lançamento de débitos. O questionário, contendo questões abertas e fechadas, foi formulado com base na identificação das percentagens das glosas técnicas geradas pela equipe cirúrgica na amostra de prontuários analisados. Reitera-se que não foram inclusos os médicos cirurgiões, por constituírem um corpo clínico aberto, com quase 40.000 médicos cadastrados.

A partir dos resultados obtidos, por meio do método bola-de-neve, foi proposta, em pareceria com enfermeiras do Serviço de Educação Continuada, do Setor de Auditoria Interna e Enfermeira da Educação Continuada Operacional, uma

Raquel Silva Bicalho Zunta

intervenção educativa para a equipe cirúrgica de colaboradores do CC, com enfoque no faturamento assistencial.

3.4.3 Análise estatística dos dados

Inicialmente os dados foram analisados descritivamente. Para as variáveis de natureza categórica foram apresentadas frequências absolutas e relativas e para as variáveis de natureza numérica, medidas-resumo: médias, desvios padrão (DP), quartis, mínimos (min) e máximos (máx).

As associações entre variáveis categóricas foram verificadas empregando-se o teste de Qui-Quadrado. Em se verificando diferenças na distribuição, foi utilizado o resíduo ajustado padronizado para identificar as diferenças locais - caselas com valores absolutos acima de 1,96 indicam evidências de associações (locais) entre as categorias relativas a essas caselas.

As porcentagens de glosas no total do valor da internação foram avaliadas tanto em nível de pacientes como no de itens. Em nível de pacientes, foram comparadas as médias das porcentagens de glosas por convênio ou especialidade cirúrgica - características únicas de cada paciente. Já em nível de itens, foram realizadas as comparações por categoria profissional e grupo contábil (característica do item).

As comparações de médias das porcentagens de glosas, por convênio ou especialidade cirúrgica, foram realizadas com o uso do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis devido à violação da suposição de normalidade dos dados, verificada utilizando-se o teste de Kolmogorov-Smirnov. Uma vez detectada as diferenças de médias no teste de Kruskal-Wallis, a identificação das diferenças foi realizada via comparações múltiplas de Dunn-Bonferroni⁵¹, mantendo-se o nível de significância global.

A avaliação das porcentagens de glosa dos itens (variável dependente) por categoria profissional ou grupo contábil foi realizada utilizando-se modelos de Equações de Estimação Generalizadas (GEE) que consiste numa generalização de modelos lineares generalizados⁵². Estes modelos permitem acomodar uma possível dependência entre as observações relativas a um mesmo indivíduo.

Raquel Silva Bicalho Zunta

Para todos os testes estatísticos foram adotados um nível de significância de 5%.

Os modelos GEE foram estimados utilizando-se o STATA 12. Para as demais análises empregou-se o software estatístico SPSS 20.0.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Conforme, anteriormente, mencionado o projeto de pesquisa recebeu a aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da EEUSP, Instituição proponente, sob o nº 801.824 e do HCE, Instituição coparticipante, conforme parecer nº 822.825.

Iniciou-se a coleta de dados para a composição da amostragem bola-de-neve mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE IV). Para assegurar a manutenção do anonimato dos participantes os mesmos foram identificados de forma codificada (Médico Anestesista - MA: MA1, MA2; Enfermeira - Enf: Enf1, Enf2; Técnico de Enfermagem - TE: TE1, TE2 e Auxiliar de Enfermagem - AE: AE1, AE2, consecutivamente).

4. Resultados

4. RESULTADOS

Os processos de auditoria e faturamento e de recurso de glosas, mapeados e validados, assim como o cálculo e análise das glosas técnicas do CC do HCE serão apresentados a seguir.

4.1 O PROCESSO DE AUDITORIA E FATURAMENTO DO HCE

A Unidade de Internação, para a qual o paciente foi encaminhado após atendimento no CC, é responsável pelo lançamento das informações referentes à alta hospitalar no sistema eletrônico Tasy. O prontuário do paciente é organizado e encaminhado ao SAME que, por sua vez, o envia ao Setor de Pré-Faturamento.

O Setor da Administração é notificado da alta hospitalar, por intermédio do sistema Tasy, e encaminha o respectivo prontuário financeiro (envelope onde estão contidas todas as guias de solicitação de internação, os documentos administrativos do Hospital e o contrato do paciente) para Setor de Pré-Faturamento.

No Setor de Pré-Faturamento o prontuário do paciente é confrontado com o prontuário financeiro. Estando todas as documentações corretas, ambos podem ser encaminhados ao Setor de Auditoria Interna, como ocorre com a maioria das OPS, ou subsidiar a emissão de nota fiscal (NF) que será encaminhada diretamente a quatro OPS cujos prontuários não são submetidos a pré-análise por questões contratuais.

Na ocorrência de alguma pendência em relação aos documentos contidos nos prontuários são realizadas ações distintas: no caso das contas que serão pré-analisadas o prontuário financeiro é retido e o prontuário do paciente encaminhado para o Setor de Auditoria Interna e, em se tratando de OPS cujas contas não serão auditadas internamente o próprio Setor de Pré-Faturamento assume a responsabilidade de efetuar as adequações necessárias para a emissão da NF.

Depois de ser analisado no Setor de Auditoria Interna o prontuário do paciente é devolvido ao Setor de Pré-Faturamento onde é unificado com o prontuário financeiro. Então, ambos são encaminhados ao Setor de Coordenação de

Raquel Silva Bicalho Zunta

Guias, onde se solicitarão os documentos que estavam faltando do prontuário financeiro. Após rigorosa conferência os dois prontuários são novamente encaminhados para o Setor de Auditoria Interna.

A enfermeira auditora, após ter realizado a análise técnica do prontuário do paciente, na etapa anterior, imprime a conta hospitalar para confrontá-los. Caso constate a necessidade efetua os devidos ajustes na conta, via sistema Tasy, imprimindo-a novamente. Então, encaminha o prontuário do paciente, a conta hospitalar e o prontuário financeiro para a auditoria da OPS (auditoria externa).

Quando há conformidade entre a auditoria interna e externa a OPS devolve toda essa documentação ao Setor de Auditoria Interna e, de lá, são encaminhados para o Setor de Faturamento onde se emitirá uma NF, encaminhada à OPS, para a cobrança e faturamento dos serviços prestados.

Sendo detectada não conformidade no processo de auditoria externa a OPS realiza a negociação com a enfermeira do Setor de Auditoria Interna. Após negociação entre as partes serão realizados os devidos ajustes e a conta hospitalar será encaminhada à OPS e os documentos enviados ao Setor de Faturamento para a emissão da NF, cobrança e faturamento.

No que diz respeito as quatro OPS com contas não auditadas internamente no HCE, após a adequação da documentação pelo Setor de Pré-Faturamento, o Faturamento emite e encaminha um espelho da conta em formato eletrônico, denominado demonstrativo XML, à OPS para a cobrança dos serviços prestados.

Os fluxogramas do processo de auditoria e faturamento e do processo de faturamento das OPS com contas hospitalares não submetidas à pré-análise podem ser visualizados nas Figuras 2 e 3:

Figura 2 - Fluxograma do processo de Auditoria e Faturamento do HCE. São Paulo-SP, Brasil, 2016.

Figura 3 - Fluxograma do processo de Faturamento das contas não submetidas à pré-análise no HCE. São Paulo-SP, Brasil, 2016.

4.1.2 O PROCESSO DE RECURSOS DE GLOSAS DO HCE

O Setor de Faturamento gera o demonstrativo XML que será encaminhado à OPS. Quando está previsto, em contrato, a NF já é encaminhada junto com este demonstrativo. Nestes casos, após análise da OPS, havendo concordância, será efetuado o pagamento. Quando houver discordância será gerado o XML em glosa dos itens considerados indevidos e este demonstrativo será encaminhado ao Setor de Recurso de Glosa (RG). Após análise no RG, havendo concordância entre as partes, poderá ou não ocorrer o recebimento do valor total cobrado. O RG utilizará esta informação para compor o indicador de glosas do HCE, o valor acordado será autorizado pela OPS e ocorrerá o pagamento.

Em relação as quatro OPS com contas não auditadas no HCE, ou seja, sem emissão de NF, o Setor de Faturamento enviará o demonstrativo XML e a documentação pertinente. Estando a OPS de acordo, autorizará o pagamento devolvendo a documentação para o Faturamento, para a emissão de NF e recebimento do valor apresentado. A OPS não concordando gerará o XML em glosa dos itens considerados indevidos e este demonstrativo será encaminhado ao RG, que necessitará realizar a análise técnica do prontuário do paciente, confrontando-o com os dados do demonstrativo, e, se preciso for, poderá solicitar relatórios médicos complementares.

Após essa análise, o RG negociará com a OPS e, havendo concordância entre as partes, o valor acordado, sem a geração de glosas, será encaminhado para o Faturamento para a emissão de NF e ocorrerá o pagamento. Nos casos de discordância, o RG utilizará esta informação para compor o indicador de glosas do HCE, e o valor acordado será autorizado pela OPS e encaminhado ao Faturamento para a emissão de NF e recebimento. Não havendo consenso, entre o RG e a OPS, a negociação será transferida para os responsáveis do Setor de Comercial, de ambas, que darão continuidade as tratativas até o alcance de um acordo.

O fluxograma do processo de Recurso de Glosas do HCE pode ser visualizado na Figura 4:

Figura 4 - Fluxograma do processo de Recurso de Glosas do HCE. São Paulo-SP, Brasil, 2016.

4.2 CÁLCULO E ANÁLISE DAS GLOSAS TÉCNICAS DO CC DO HCE

Foram coletados dados de 384 prontuários de pacientes atendidos no CC do HCE, no período de outubro a dezembro de 2014. No entanto, durante o tratamento estatístico foram excluídos os dados de um prontuário, conforme decisão estatística.

Inicialmente foi realizada a análise das glosas a nível desagregado, individual em termos de média, envolvendo o cálculo da porcentagem de glosa por paciente (seção I) e por itens (seção II), para comparações por fonte da glosa (categoria profissional), grupo contábil ou especialidade cirúrgica. Posteriormente, para evidenciar o impacto da geração da glosa por categoria profissional ou grupo contábil (seção III), foi realizada a análise a nível agregado.

4.2.1 - Cálculo da porcentagem de glosa por paciente (seção I)

As idades dos 383 pacientes que originaram as contas hospitalares variaram de um a 85 anos, com média de 40,89 (DP=15,75) e mediana de 38 anos. Observa-se na Tabela 1 que a maioria (61,9%) dos pacientes era do sexo feminino; 20,6% eram provenientes da OPS “A”, 15,9% da OPS “B” e 11,7% da OPS “C”; destacaram-se as cirurgias nas especialidades de gastrologia (18,5%), ortopedia (18,3%). Nas análises posteriores as OPS “K a T” estarão agregadas em uma categoria denominada “Demais OPS” devido ao pequeno número de ocorrências, variando de 1 a 9, em relação ao n de 383 pacientes. Seguindo a mesma lógica as especialidades cirúrgicas “Neurologia” (1%), “Oftalmologia” (0,5%), “Cardiologia” (0,3%) e “Bucomaxilo” (0,3%) estarão agrupadas na categoria “demais especialidades” por sua pequena representatividade.

Raquel Silva Bicalho Zunta

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes que originaram as contas hospitalares de acordo com o sexo, OPS e especialidade cirúrgica, relativa ao período de outubro a dezembro de 2014. São Paulo-SP, Brasil, 2016.

Variáveis	N	%
Sexo	383	100,0
Feminino	237	61,9
Masculino	146	38,1
OPS	383	100,0
A	79	20,6
B	61	15,9
C	45	11,7
D	31	8,1
E	29	7,6
F	21	5,5
G	26	6,8
H	18	4,7
I	15	3,9
J	12	3,1
K	9	2,3
L	7	1,8
M	6	1,6
N	5	1,3
O	5	1,3
P	4	1,0
Q	4	1,0
R	3	0,8
S	2	0,5
T	1	0,3
Especialidade cirúrgica	383	100,0
Gastrologia	71	18,5
Ortopedia	70	18,3
Otorrinolaringologista	67	17,5
Ginecologia e Obstetrícia	63	16,4
Urologia	46	12,0
Plástica	34	8,9
Vascular	24	6,3
Neurologia	4	1,0
Cardiologia	1	0,3
Oftalmologia	2	0,5
Bucomaxilo	1	0,3

De acordo com a Tabela 2, o valor total médio por conta hospitalar/paciente foi de R\$ 14.683,99 (DP= R\$ 13.447,62), tendo variado de R\$ 2.638,74 a R\$ 105.567,27, com mediana de R\$11.315,96. Houve variação do valor glosado entre R\$1,06 e R\$ 4.280,69, com média de R\$ 430,53 (DP= R\$ 573,07). Observa-se que a porcentagem de valor glosado variou de 0,003% a 28,55%, com média de 3,56% (DP=4,55) e que a quantidade média de itens glosados foi de 3,58 (DP=3,13), variando de 1,00 a 22,00 itens por conta hospitalar/paciente.

Tabela 2 - Distribuição do valor total, valor glosado, porcentagem de valor glosado e quantidade de itens glosados por conta hospitalar, relativa ao período de outubro a dezembro de 2014. São Paulo-SP, Brasil, 2016.

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mín	Máx	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	N
Valor Total	14.683,99	13.447,62	2.638,74	105.567,27	7.412,65	11.315,96	16.563,97	383
Valor glosado	430,53	573,07	1,06	4.280,69	81,91	192,64	546,96	383
Valor glosado (%)	3,56	4,55	0,00	28,55	0,74	1,81	4,50	383
Itens glosados	3,58	3,13	1,00	22,00	1,00	3,00	5,00	383

Considerando que o CC, campo de estudo, possui uma média de 1.200 cirurgias/mês, extrapolando o valor médio glosado, por conta hospitalar, para um mês, estima-se que o HCE teria um valor médio total de glosas correspondente a R\$ 387.477,00 relativos a esta unidade.

Conforme mostra a Tabela 3, verificaram-se diferenças significativas das porcentagens de valor glosado, usando o teste de Kruskal-Wallis, por OPS ($p < 0,001$) e especialidade cirúrgica ($p = 0,003$), quando comparadas com o referencial de $p = 0,050$. Como não houve uma distribuição para normalidade das variáveis OPS ($p < 0,001$) e especialidade cirúrgica ($p = 0,003$) empregou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov. Segundo comparações múltiplas do teste de Dunn-Bonferroni, (A) e (B) apresentam médias distintas. Dessa forma, evidenciou-se que as OPS “D”^(A) e “F”^(A) são estatisticamente similares apresentando as maiores médias de porcentagens de valor glosado (acima de 6%) e superiores as OPS “A”^(B), “B”^(B), “C”^(B) e “G”^(B) que são similares entre si (pouco mais de 2,28%). As porcentagens das OPS “E”, “H”, “I” e “J” variaram tanto que não foi possível afirmar se elas seriam similares ao grupo (A) ou ao grupo (B). Também não foi possível verificar diferenças entre as demais OPS.

Ainda na Tabela 3, verificaram-se diferenças das porcentagens de valor glosado entre as especialidades cirúrgicas “Urologia” (1,92%), com a menor porcentagem, e “Plástica” (4,94%), com a maior porcentagem, não sendo possível verificar diferenças entre as demais especialidades. Observa-se que porcentagem da especialidade cirúrgica “Ortopedia” é parecida com a da “Urologia”, mas a variabilidade das porcentagens de valor glosado foi muito grande (mínimo de 0,00% e máximo de 8,61%). O mesmo acontece com a porcentagem da “Otorrinolaringologia” que é parecida com o da “Plástica”, mas com variabilidade também muito grande (mínimo de 0,05% e máximo de 28,55%).

Raquel Silva Bicalho Zunta

Tabela 3 - Distribuição das porcentagens de valor glosado segundo a OPS e especialidade cirúrgica, relativa ao período de outubro a dezembro de 2014. São Paulo-SP, Brasil, 2016.

Variáveis	Média	DP	Mín	Máx	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	n	p
OPS	3,56	4,55	0,00	28,55	0,74	1,81	4,50	383	<0,001
A	2,92 ^(B)	4,18	0,03	23,43	0,49	1,06	3,42	79	
B	2,28 ^(B)	2,23	0,05	9,05	0,54	1,58	3,45	61	
C	3,00 ^(B)	4,60	0,05	18,16	0,23	1,12	3,13	45	
D	7,21 ^(A)	5,67	0,08	18,57	1,80	6,50	12,46	31	
E	3,35	4,24	0,00	18,22	0,41	1,93	3,70	29	
F	6,25 ^(A)	6,45	0,56	28,55	1,78	4,86	8,75	21	
G	2,29 ^(B)	2,72	0,05	12,65	0,69	1,29	3,02	26	
H	2,09	1,46	0,08	5,56	0,74	1,97	2,78	18	
I	4,11	4,23	0,60	13,80	1,35	1,83	6,01	15	
J	4,58	4,09	0,46	14,62	1,56	3,60	7,36	12	
Demais OPS	4,18	5,87	0,11	25,64	1,05	1,99	4,98	46	
Especialidade cirúrgica	3,56	4,55	0,00	28,55	0,74	1,81	4,50	383	0,003
Gastrologia	3,93	5,17	0,06	25,64	0,74	1,80	4,50	71	
Ortopedia	1,93	1,81	0,00	8,61	0,66	1,52	2,43	70	
Otorrinolaringologia	4,81	5,95	0,05	28,55	0,60	1,98	6,83	67	
Ginecologia e Obstetrícia	4,12	4,63	0,03	18,22	0,79	1,94	6,75	63	
Urologia	1,92 ^(B)	2,49	0,04	13,57	0,50	1,05	2,46	46	
Plástica	4,94 ^(A)	5,31	0,08	24,29	1,57	3,43	6,70	34	
Vascular	3,74	3,71	0,11	14,76	1,44	1,98	5,59	24	
Demais especialidades	2,59	4,09	0,19	12,48	0,37	1,04	2,48	8	

4.2.2 - CÁLCULO DA PORCENTAGEM DE GLOSA POR ITENS (SEÇÃO II)

A partir dos 383 prontuários, objetos de estudo, evidenciou-se um total de 1.373 itens glosados sendo a categoria “profissionais de enfermagem” a que gerou a maioria das glosas (82,15%) e os itens do grupo contábil “materiais” os mais glosados (67,7%).

Demonstra-se, na Tabela 4, que as porcentagens de itens glosados dos grupos contábeis “materiais” e “taxas”, geradas pelos “profissionais de enfermagem” (74,0% e 8,2%), foram superiores as dos médicos anestesiistas (38,4% e 0,0%), indicando, por meio do teste do Qui-Quadrado, associação altamente significativa entre grupo o contábil e a categoria profissional ($p < 0,001$). Por outro lado, as glosas dos itens nos demais grupos contábeis foram geradas em maior frequência pelos “médicos anestesiistas”: “medicamentos” (35,9%), “equipamentos” (18,0%) e “gases” (7,8%). Destaca-se que a porcentagem da geração de itens glosados no grupo contábil “equipamentos”, pela categoria “médico anestesiista”, foi três vezes maior do

Raquel Silva Bicalho Zunta

que a gerada pela categoria “profissionais de enfermagem”, especialmente pelo uso de manta térmica sem justificativa, e no grupo “gases” a porcentagem da geração de itens glosados da referida categoria foi o dobro ao da categoria “profissionais de enfermagem”.

No grupo contábil “taxas” só ocorreram itens glosados gerados pelos profissionais de enfermagem (93 - 8,2%) decorrentes da não realização, em SO, do registro de taxa de sala, antissepsia e curativo no impresso de Boletim de cobrança.

Tabela 4 - Distribuição dos itens glosados, por grupo contábil, segundo a categoria profissional que gerou a glosa, relativa ao período de outubro a dezembro de 2014. São Paulo-SP, Brasil, 2016.

Variáveis	Categoria				Total	
	Profissionais de Enfermagem		Médico Anestesista			
	n	%	n	%	n	%
Grupo Contábil	1.128	100,0%	245	100,0%	1.373	100,0%
Materiais	835	74,0%	94	38,4%	929	67,7%
Medicamentos	93	8,2%	88	35,9%	181	13,2%
Equipamentos	68	6,0%	44	18,0%	112	8,1%
Gases	39	3,5%	19	7,8%	58	4,2%
Taxas	93	8,2%	0	0,0%	93	6,8%

Na Tabela 5 evidencia-se que, considerando as duas categorias profissionais, a porcentagem média de item glosado correspondeu a 0,99% (DP=1,72). Constatase que, em números absolutos, a quantidade de itens glosados relacionados à categoria “profissionais de enfermagem” (1.128) é 4,6 vezes maior que a quantidade da categoria “médico anestesista” (245), contudo a porcentagem de item glosado da categoria “médicos anestesistas” (1,83%) é 2,25 vezes maior que a da categoria “profissionais de enfermagem” (0,81%).

Tabela 5 - Distribuição da porcentagem dos itens glosados segundo a categoria profissional, relativa ao período de outubro a dezembro de 2014. São Paulo-SP, Brasil, 2016.

Variáveis	Média	DP	Mín	Máx	1° Quartil	Mediana	3° Quartil	n
Ambas as categorias	0,99	1,72	0,00	14,69	0,10	0,41	1,15	1.373
Profissionais de Enfermagem	0,81	1,33	0,00	14,34	0,09	0,38	1,03	1.128
Médico Anestesista	1,83	2,77	0,01	14,69	0,15	0,73	1,94	245
Diferença entre as categorias	1,02	0,18						

Por intermédio do modelo GEE, Tabela 6, ao estimar-se a média de porcentagem de itens glosados pelas duas categorias, ou seja, ter sido recalculada a

Raquel Silva Bicalho Zunta

estimativa obtendo-se o erro padrão (DP da estimativa), encontrou-se a diferença entre a categoria “médico anestesista” e “profissionais de enfermagem” de 0,98 ($p < 0,001$). Portanto, a estimativa da média de porcentagem de itens glosados pela categoria “médico anestesista” é superior a da categoria “profissionais de enfermagem”.

Tabela 6 - Distribuição das estimativas do modelo GEE para porcentagem dos itens glosados segundo a categoria profissional, relativa ao período de outubro a dezembro de 2014. São Paulo-SP, Brasil, 2016.

Variáveis	Estimativa de média de porcentagem	Erro Padrão	p
Categoria			
Profissionais de Enfermagem	0,84	0,06	<0,001
Médico Anestesista	1,81	0,11	<0,001

Verifica-se, na Tabela 7, que o grupo contábil “equipamentos” foi o que apresentou a porcentagem mais alta de itens glosados (1,57% - DP=0,90), especialmente por contemplar o uso da manta térmica, item de custo elevado (em média R\$1.100,00) e que teve um alto impacto nos resultados obtidos.

Tabela 7 - Distribuição da porcentagem dos itens glosados segundo o grupo contábil, relativa ao período de outubro a dezembro de 2014. São Paulo-SP, Brasil, 2016.

Variáveis	Média	DP	Mín	Máx	1° Quartil	Mediana	3° Quartil	n
Grupo Contábil	0,99	1,72	0,00	14,69	0,10	0,41	1,15	1.373
Materiais	1,05	1,89	0,00	14,69	0,11	0,42	1,08	929
Medicamentos	0,86	1,66	0,01	14,34	0,06	0,15	1,14	181
Equipamentos	1,57	0,90	0,15	4,92	0,98	1,48	1,93	112
Gases	0,34	0,26	0,03	1,22	0,17	0,26	0,50	58
Taxas	0,40	0,72	0,01	4,04	0,07	0,14	0,29	93

Na Tabela 8 demonstra-se a estimativa da diferença da média de porcentagem de itens glosados entre os grupos contábeis empregando-se, também, o modelo GEE. Observa-se que a estimativa do grupo contábil “equipamento” (1,49%) foi superior a dos grupos “materiais” (1,09%) e “medicamentos” (0,89%) que, por sua vez, foram superiores ao do grupo contábil “taxas” (0,42%). A estimativa de média de porcentagem dos itens glosados do grupo “gases” não foi estatisticamente significativa ($p=0,137$).

Raquel Silva Bicalho Zunta

Tabela 8 - Distribuição das estimativas do modelo GEE para porcentagem dos itens glosados segundo o grupo contábil, relativa ao período de outubro a dezembro de 2014. São Paulo-SP, Brasil, 2016.

Variáveis	Estimativa de média de porcentagem	Erro Padrão	p
Grupo Contábil			
Materiais	1,09 ^(B)	0,06	<0,001
Medicamentos	0,89 ^(B)	0,13	<0,001
Equipamentos	1,49 ^(A)	0,16	<0,001
Gases	0,33	0,22	0,137
Taxas	0,42 ^(C)	0,18	0,016

De acordo com a Tabela 9 dentre os 1373 itens glosados a maioria (67,7%) relacionou-se ao grupo contábil “materiais”, com destaque para os itens “avental descartável” (118 unidades glosadas - 12,7%) e “compressa” (66 unidades glosadas - 7%). No grupo contábil “medicamentos” 38,7% das glosas decorreram do item “solução”, especificamente relativo aos soros infundidos pela categoria “médico anestesista” durante os procedimentos cirúrgicos; no grupo “equipamentos” 31,3% das glosas foram referentes ao item “capnógrafo”, 24,1% ao “colchão / manta térmica” e 21,4 ao “aspirador”; no grupo “gases” 75,9% das glosas referiram-se ao item “oxigênio” e no grupo “taxas” o item “antisepsia” foi o mais expressivo com 44,1% das glosas.

Tabela 9 - Distribuição dos itens glosados segundo o grupo contábil, relativa ao período de outubro a dezembro de 2014. São Paulo-SP, Brasil, 2016.

(continua)		
Variáveis	n	%
Materiais	929	100,0
Avental descartável	118	12,7
Compressa	65	7,0
Fio cirúrgico	58	6,2
Conector sistema fechado	56	6,0
Cateter	48	5,2
Equipo	41	4,4
Máscara	41	4,4
Propé	35	3,8
Manta térmica descartável	30	3,2
Turbante descartável	30	3,2
Sondas	29	3,1
Campo cirúrgico	28	3,0
Luva	27	2,9
Coletor de eliminações	26	2,8
Agulhas	24	2,6
Película	21	2,3
Sensor para monitorar parâmetros vitais	19	2,0
Gaze estéril	18	1,9

Raquel Silva Bicalho Zunta

(continuação)		
Variáveis	n	%
Extensor	15	1,6
Extensão para aspirar	14	1,5
Dispositivo para fixação	13	1,4
Bisturi descartável	12	1,3
Cânula de guedel	12	1,3
Protetor de equipo / seringa	12	1,3
Reservatório para água	12	1,3
Ataduras	9	1,0
Malha ortopédica	9	1,0
Clips médio / grande	8	0,9
Eletrodo descartável	8	0,9
Esponja para hemostasia	8	0,9
Tubo extensor	8	0,9
Filtro umidificador	7	0,8
Faixa <i>smarch</i>	6	0,6
Fio guia para entubação	5	0,5
Seringa	4	0,4
Sistema aspiração traqueal	4	0,4
Capa protetora para câmera	3	0,3
Cortador de bico para soro	3	0,3
Dreno	3	0,3
Micronebulizador	3	0,3
Óculos de proteção	3	0,3
Perneira	3	0,3
Placa descartável	3	0,3
Trocater	3	0,3
Acessório para transferência	2	0,2
Bandeja raqui sem agulha	2	0,2
Bota impermeável	2	0,2
Camisola mais turbante	2	0,2
Circuito respiratório para anestesia	2	0,2
Lâmina para tricotomia	2	0,2
Tela para coberturas	2	0,2
Adesivo tópico	1	0,1
Algodão hidrófilo	1	0,1
Aparelho tricotomia descartável	1	0,1
Aplicador clips	1	0,1
Bandagem elástica coban	1	0,1
Bolsa para ostomia	1	0,1
Caneta marca pele	1	0,1
Comadre	1	0,1
Lixa de bisturi descartável	1	0,1
Palito de madeira	1	0,1
Sutura de pele	1	0,1
Medicamentos	181	100,0
Solução	70	38,7
Clorexidina alcoólico	18	9,9
Anestésico local	17	9,4
Ansentron	10	5,5
Rocurônio	10	5,5
Propofol	7	3,9
Sevoflurano	6	3,3
Adrenalina	4	2,2
Bupivacaína	3	1,7

Raquel Silva Bicalho Zunta

(continuação)		
Variáveis	n	%
Dexametasona	3	1,7
Fentanila	3	1,7
Flumazenil	3	1,7
Ranitidina	3	1,7
Bacitracina pomada	2	1,1
Cefazolina	2	1,1
Cisatracúrio	2	1,1
Cloridrato de oximetazolina	2	1,1
Clortamina	2	1,1
Dipirona	2	1,1
Azul de metileno	2	1,1
Ceftriaxona	1	0,6
Cortisona	1	0,6
Dimenidrinato	1	0,6
Efedrina	1	0,6
Enoxaparina	1	0,6
Pantoprazol	1	0,6
Remifentanila	1	0,6
Sorbitol laxante	1	0,6
Tintura benjoin	1	0,6
Equipamentos	112	100,0
Capnógrafo	35	31,3
Colchão / manta térmica (compressor)	27	24,1
Aspirador	24	21,4
Bisturi eletrônico	6	5,4
Bomba de infusão	6	5,4
Óculos de proteção	5	4,5
Luz fria	4	3,6
Video endoscópio	3	2,7
Fibra ótica	1	0,9
Perfurador ósseo	1	0,9
Gases	58	100,0
Oxigênio	44	75,9
Gas carbônico	12	20,7
Protóxido de azoto	2	3,4
Taxas	93	100,0
Taxa de antisepsia	41	44,1
Taxa de curativo CC	33	35,5
Taxa de sala cirúrgica	10	10,8
Taxa de sala de RPA	6	6,5
Taxa de tricotomia em sala	3	3,2

(conclusão)

Conforme mostra a Tabela 10, as distribuições dos itens glosados, por grupo contábil, não foram homogêneas segundo a OPS. Dessa forma, nota-se que a OPS “G” apresentou a maior porcentagem de glosas do grupo “materiais” (82,7%) e a OPS “C” a menor (37,9%) em relação às demais. Por outro lado, a OPS “C” teve a maior porcentagem de glosas relacionadas aos grupos “medicamentos” (21,1%) e “gases” (11,6%); com relação à glosa do grupo “equipamentos”, destacam-se as

Raquel Silva Bicalho Zunta

OPS “A” (14,6%) e “C” (20,0%); a OPS “B” apresentou a maior porcentagem de glosas no grupo “taxas” (10,9%). A OPS “D” foi com maior porcentagem de glosas (195 itens) seguida da OPS “B” (174 itens) e “A” (170 itens).

Tabela 10 - Distribuição dos itens glosados por grupo contábil, segundo a OPS, relativa ao período de outubro a dezembro de 2014. São Paulo-SP, Brasil, 2016.

Variáveis	Grupo Contábil										Total	
	Materiais		Medicamentos		Equipamentos		Gases		Taxas			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
OPS	929	67,7%	181	13,2%	112	8,2%	58	4,2%	93	6,8%	1.373	100,0%
A	120	70,2%	13	7,6%	25	14,6%	4	2,3%	9	5,3%	171	100,0%
B	112	64,4%	30	17,2%	10	5,7%	3	1,7%	19	10,9%	174	100,0%
C	36	37,9%	20	21,1%	19	20,0%	11	11,6%	9	9,5%	95	100,0%
D	138	70,8%	23	11,8%	14	7,2%	7	3,6%	13	6,7%	195	100,0%
E	67	67,0%	10	10,0%	5	5,0%	8	8,0%	10	10,0%	100	100,0%
F	89	63,6%	18	12,9%	14	10,0%	7	5,0%	12	8,6%	140	100,0%
G	67	82,7%	8	9,9%	2	2,5%	1	1,2%	3	3,7%	81	100,0%
H	55	75,3%	9	12,3%	2	2,7%	1	1,4%	6	8,2%	73	100,0%
I	57	72,2%	9	11,4%	6	7,6%	6	7,6%	1	1,3%	79	100,0%
J	40	72,7%	10	18,2%	5	9,1%	0	0,0%	0	0,0%	55	100,0%
Demais OPS	148	70,5%	31	14,8%	10	4,8%	10	4,8%	11	5,2%	210	100,0%

4.2.3 - Cálculo da porcentagem de glosa por fonte da glosa e grupo contábil (seção III)

O valor total relativo ao atendimento dos 383 pacientes no CC do HCE, considerando o período de três meses típicos, correspondeu a R\$ 5.623.968,17. Deste valor, R\$164.892,41 (2,93%) foram referentes às glosas técnicas, sendo 2,01% relativos à categoria “profissionais de enfermagem” e 0,92% a categoria “médico anestesiologistas” (Tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição do valor da glosa técnica e participação no total da glosa e no valor total de internação segundo a categoria profissional e o grupo contábil, relativa ao período de outubro a dezembro de 2014. São Paulo-SP, Brasil, 2016.

(continua)

Variáveis	Valor da Glosa (R\$)	Participação no total da glosa (%)	Participação no valor total de internação* (%)	n
Total	164.892,41	100,00%	2,93%	1.373
Profissionais de Enfermagem	113.332,41	68,73%	2,01%	1.128
Materiais	83.396,69	50,58%	1,48%	835
Medicamentos	11.408,43	6,92%	0,20%	93
Equipamentos	11.449,65	6,94%	0,20%	68
Gases	1.413,23	0,86%	0,03%	39
Taxas	5.664,41	3,44%	0,10%	93

Raquel Silva Bicalho Zunta

(continuação)

Variáveis	Valor da Glosa (R\$)	Participação no total da glosa (%)	Participação no valor total de internação* (%)	n
Médico Anestesiista	51.560	31,27%	0,92%	245
Materiais	37.647	22,83%	0,67%	94
Medicamentos	5.529	3,35%	0,10%	88
Equipamentos	7.769	4,71%	0,14%	44
Gases	615	0,37%	0,01%	19
Taxas	-	-	-	-

*Valor Total de internação referente ao período de três meses R\$ 5.623.968,17

(conclusão)

4.3 IDENTIFICAÇÃO DAS FACILIDADES E DIFICULDADES RELATIVAS AO REGISTRO DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS E AO LANÇAMENTO DE DÉBITOS NO CC DO HCE

Participaram, desta etapa do estudo, 13 médicos anestesistas, indicados pelo responsável pela equipe de médicos anestesistas colaboradores do CC, oito enfermeiros e 18 técnicos/auxiliares, indicados pela enfermeira supervisora do CC.

As respostas destes profissionais ao questionário (APÊNDICE II e III) para identificar as facilidades e as dificuldades relativas ao registro de materiais, medicamentos, equipamentos, gases e taxas e ao lançamento de débitos serão apresentados segundo a categoria profissional.

4.3.1 Categoria “médico anestesista”

Verifica-se na Tabela 12 o predomínio de médicos anestesistas na faixa etária de 26 a 31 anos (46,2%); a grande maioria do sexo masculino (92,3%), com tempo de formado em menos de 5 anos (38,5%) e tempo de atuação no HCE em menos de 05 anos (53,9%).

Tabela 12 - Distribuição dos médicos anestesistas segundo faixa etária, sexo, tempo de formado e tempo de atuação no HCE, relativa a janeiro de 2015. São Paulo-SP, Brasil, 2016.

Variáveis	n	%
Faixa etária	13	100,0
26 a 31 anos	06	46,2
32 a 37 anos	03	23,0
38 a 43 anos	02	15,4
44 a 49 anos	00	0,0
50 a 55 anos	00	0,0
56 a 61 anos	01	7,7
62 ou mais anos	01	7,7
Sexo	13	100,0
Masculino	02	92,3
Feminino	01	7,7
Tempo de formado	13	100,0
Menos de 05 anos	05	38,5
06 a 10 anos	03	23,0
11 a 15 anos	02	15,4
16 a 20 anos	01	7,7
21 a 25 anos	00	0,0
26 ou mais anos	02	15,4
Tempo de atuação no HCE	13	100,0
Menos de 05 anos	07	53,9
06 a 10 anos	03	23,0
11 a 15 anos	01	7,7
16 a 20 anos	00	0,0
21 a 25 anos	00	0,0
26 ou mais anos	02	15,4

Todos os médicos anestesistas (13 - 100%) responderam não saber o que é faturamento assistencial, destes cinco alegaram não participar de tal atividade. Entretanto, de acordo com a maioria (61,5%), registrar os procedimentos na Ficha de Anestesia (FA) era uma forma de participar do faturamento.

Sete médicos anestesistas informaram ter recebido treinamento de como preencher a FA, três relataram ter sido orientados por outro médico anestesista e os demais ter aprendido sozinho (7,7%); ter adquirido este conhecimento ao preencher uma FA semelhante durante a residência (7,7%) e ter sido orientado pelo gestor (7,7%).

Segundo a Tabela 13, a maioria dos respondentes (69,2%), após o preparo e administração de medicamentos durante o procedimento anestésico, procede o registro na FA.

Raquel Silva Bicalho Zunta

Tabela 13 - Distribuição das respostas dos médicos anestesistas quanto ao seu próximo passo após o preparo e administração dos medicamentos, relativa a janeiro de 2015. São Paulo-SP, Brasil, 2016.

Respostas	n	%
Registro na FA logo após administração	09	69,2
Registro na FA somente após a finalização do ato anestésico	02	15,4
Registro na FA ao final do procedimento cirúrgico	02	15,4
Total	13	100,0

Em relação aos medicamentos que não foram utilizados todos responderam deixar os psicotrópicos na respectiva caixa, denominada “psico box”, devolvê-la à farmácia e manter os medicamentos não controlados na SO.

Quanto à indicação e ao uso da manta térmica descartável durante o ato cirúrgico 92,3% dos médicos anestesistas responderam ter recebido treinamento relativo ao protocolo vigente no HCE. Todavia, reitera-se que no grupo contábil “materiais” a manta térmica descartável foi o item que contribuiu com 3,2% das glosas e no grupo “equipamentos” o compressor da manta térmica com 24,1% do total das glosas. No que diz respeito à fundamentação da indicação do uso da manta térmica, Quadro 2, destacaram-se as respostas pacientes com tremores (69,23%), pacientes com hipotermia (69,23%) e tempo de cirurgia maior ou igual a duas horas (69,23%).

Quadro 2 - Distribuição das respostas dos médicos anestesistas em relação à fundamentação da indicação de uso da manta térmica, relativa a janeiro de 2015. São Paulo-SP, Brasil, 2016.

Respostas	Quantidade
Paciente com tremores	09
Paciente com hipotermia	09
Tempo de cirurgia maior ou igual a duas horas	09
Idade do paciente maior ou igual a 60 anos	06
Se temperatura menor ou igual 36 °C	04
Neonatos e crianças abaixo de 06 anos	04

Ao serem questionados sobre os motivos de não registrarem a temperatura do paciente em uso de manta térmica na FA, 76,9% relataram ser por esquecimento e por falta de termômetro à disposição na SO, os demais alegaram sempre realizarem o registro.

Raquel Silva Bicalho Zunta

Na percepção dos médicos anestesistas a falta de atenção durante o registro é principal motivo do uso de oxigênio na SO não corresponder ao documentado na FA (Quadro 3).

Quadro 3 - Distribuição das respostas dos médicos anestesistas quanto aos motivos de não correspondência dos registros de oxigênio na Ficha de Anestesia com os do Boletim de Sala de Centro Cirúrgico, relativa a janeiro de 2015. São Paulo-SP, Brasil, 2016.

Respostas	Quantidade
Falta de atenção durante o registro da FA	11
Falta de comunicação com o circulante de sala operatória	03
Circulante comete erro de anotação no Boletim de Sala de Centro Cirúrgico	01

Quanto aos materiais que não foram utilizados todos os médicos anestesistas responderam mantê-los na SO para posterior devolução à farmácia.

As propostas dos médicos anestesistas para melhorar o processo de faturamento da assistência, a partir de sua prática clínica e experiência profissional, são detalhadas no Quadro 4. A maioria das respostas focalizou-se na realização da conferência da FA ao final do ato cirúrgico (pelo profissional, pelo profissional em parceria com o circulante de SO ou outra pessoa não especificada destinada para esta atividade) e aprimoramento do impresso.

Quadro 4 - Distribuição das respostas dos médicos anestesistas em relação às propostas/sugestões de melhoria do processo de faturamento assistencial, relativa a janeiro de 2015. São Paulo-SP, Brasil, 2016.

Respostas	Quantidade
Conferência da FA ao final do ato cirúrgico	07
Conferência das informações comuns constantes da FA com o circulante de SO ao final do procedimento	05
Que houvesse alguém para conferir todo o registro nos documentos utilizados para o faturamento assistencial no CC	05
Aprimoramento da FA (autocarbonada, aumento dos espaços)	05
Devolutiva e reorientação sobre os motivos das glosas	04
Desvincular a cobrança da FA	03

4.3.2 Categoria “profissionais de enfermagem”

Observa-se na Tabela 14 que a maioria (50%) dos enfermeiros está na faixa etária entre 32 a 37 anos; 75% são do sexo feminino; com tempo de formado de

Raquel Silva Bicalho Zunta

menos de 5 anos (37,5%) e de 06 a 10 anos (37,5%) e tempo de atuação no HCE de menos de 5 anos (37,5%).

Tabela 14 - Distribuição dos enfermeiros segundo faixa etária, sexo, tempo de formado e tempo de atuação no HCE, relativa a janeiro de 2015. São Paulo-SP, Brasil, 2016.

Características	n	%
Faixa etária	08	100,0
26 a 31 anos	02	25,0
32 a 37 anos	04	50,0
38 a 43 anos	01	12,5
44 a 49 anos	00	0,0
50 a 55 anos	00	0,0
56 a 61 anos	00	0,0
62 ou mais anos	01	12,5
Sexo	08	100,0
Masculino	02	25,0
Feminino	06	75,0
Tempo de formado	08	100,0
Menos de 05 anos	03	37,5
06 a 10 anos	03	37,5
11 a 15 anos	01	12,5
16 a 20 anos	00	0,0
21 a 25 anos	00	0,0
26 ou mais anos	01	12,5
Tempo de atuação no HCE	08	100,0
Menos de 05 anos	07	85,5
06 a 10 anos	00	0,0
11 a 15 anos	00	0,0
16 a 20 anos	01	12,5
21 a 25 anos	00	0,0
26 ou mais anos	00	0,0

Segundo a Tabela 15 44,4% dos auxiliares/técnicos de enfermagem estavam na faixa etária entre 32 a 37 anos; 77,8% são do sexo feminino; predominou o tempo de formado no grupo de 11 a 15 anos (44,4%) e no grupo com 16 a 20 anos (27,8%) e a maioria (44,4%) apresentou tempo de atuação na instituição de menos de seis a dez anos.

Tabela 15 - Distribuição dos auxiliares/técnicos de enfermagem segundo faixa etária, sexo, tempo de formado e tempo de atuação no HCE, relativa a janeiro de 2015. São Paulo-SP, Brasil, 2016.

Características	n	%
Faixa etária	18	100,0
26 a 31 anos	00	0,0
32 a 37 anos	08	44,4
38 a 43 anos	02	11,1
44 a 49 anos	02	11,1
50 a 55 anos	05	27,8
56 a 61 anos	01	5,6
Sexo	18	100,0
Masculino	04	22,2
Feminino	14	77,8
Tempo de formado	18	100,0
Menos de 05 anos	01	5,6
06 a 10 anos	00	0,0
11 a 15 anos	08	44,4
16 a 20 anos	05	27,8
21 a 25 anos	02	11,1
26 ou mais anos	02	11,1
Tempo de atuação no HCE	18	100,0
Menos de 05 anos	02	11,2
06 a 10 anos	08	44,4
11 a 15 anos	03	16,6
16 a 20 anos	03	16,6
21 a 25 anos	01	5,6
26 ou mais anos	01	5,6

A maioria (7 - 87,5%) dos enfermeiros afirmou saber o que é faturamento assistencial e responderam possuir a atribuição de: supervisionar os registros e cobranças (06 respostas); conferir Boletim de Sala de Centro Cirúrgico (02 respostas) e devolver corretamente o material não utilizado à farmácia e/ou à sala de consignados (órteses, próteses e materiais especiais) (01 resposta). Quinze (83,4%) técnicos/auxiliares também referiram saber o que é faturamento assistencial e em relação ao seu papel no faturamento responderam que era realizar, adequadamente, a documentação nos impressos utilizados no CC (17 respostas e não saber qual era este papel (1 resposta).

Seis enfermeiros (75%) informaram ter recebido treinamento/orientação de como preencher o impresso “Registro de enfermagem no transoperatório”, os demais alegaram ter aprendido com colegas do próprio CC. A maioria (87,5%) considera suficiente o tempo disponível para o preenchimento deste impresso. Um

Raquel Silva Bicalho Zunta

enfermeiro ponderou que o tempo é pouco suficiente visto que as cirurgias de pequeno porte são muito rápidas, durando em média dez minutos.

Todos os auxiliares/técnicos relataram ter recebido treinamento/orientação do preenchimento do “Registro de enfermagem no transoperatório” e 66,66% consideram o tempo disponível para o preenchimento como suficiente. Os seis auxiliares/técnicos que responderam ser pouco suficiente o tempo para o preenchimento referiram que a documentação depende muito do tempo da cirurgia, ficando mais difícil nos casos de cirurgias de curta duração, nas quais os pacientes permanecem na SO de 10 a 15 minutos em média.

A maioria dos enfermeiros (87,5%) respondeu registrar todos os materiais consumidos durante o procedimento cirúrgico; um único enfermeiro respondeu não registrá-los, adequadamente, devido à necessidade de dividir sua atenção entre auxiliar os médicos cirurgião e anestesista e prestar assistência ao paciente. Os motivos apontados pelos enfermeiros para a ocorrência da ausência dos registros completos no “Registro de enfermagem no transoperatório” estão demonstrados no Quadro 5.

Quadro 5 - Distribuição das respostas dos enfermeiros em relação aos motivos de nem todos os materiais estarem registrados no impresso Registro de enfermagem no transoperatório, relativa a janeiro de 2015. São Paulo-SP, Brasil, 2016.

Respostas	Quantidade
Esquecimento	06
Falta de atenção	06
Muitas atividades demandadas, simultaneamente, por médico cirurgião/anestesista e relacionadas ao paciente	03
Desconhecimento da importância dos registros e do impacto da sua ausência e/ou inadequação para o hospital	03
Falta de comprometimento dos colaboradores	03
Utilização do celular pelo circulante de SO	03
Realização de muitos procedimentos cirúrgicos de curta duração (10 a 15 minutos)	03
Falhas na passagem de plantão	03
Falta de praticidade do impresso	02

A totalidade dos auxiliares/técnicos afirmou registrar todos os materiais consumidos durante o procedimento cirúrgico. No Quadro 6 são apresentados os motivos, na percepção destes profissionais, de não ocorrer a documentação adequada do consumo de materiais durante o ato cirúrgico.

Raquel Silva Bicalho Zunta

Quadro 6 - Distribuição das respostas dos auxiliares/técnicos em relação aos motivos de nem todos os materiais estarem registrados no impresso Registro de enfermagem no transoperatório, relativa a janeiro de 2015. São Paulo-SP, Brasil, 2016.

Respostas	Quantidade
Falta de atenção	14
Alta demanda de trabalho	11
Esquecimento	09
Permanência do paciente na SO, após o ato cirúrgico, sendo necessária a montagem da mesma para a próxima cirurgia	08
Complexidade e/ou intercorrências durante o ato cirúrgico	05
Abertura de material por outro profissional, que não seja da equipe de enfermagem, quando ausente temporariamente da SO, sem a comunicação verbal ou registro correspondente	05
Realização de muitos procedimentos cirúrgicos de curta duração (10 a 15 minutos)	05

Sete enfermeiros (87,5%) referiram ter recebido treinamento/orientação de como preencher o impresso “Registro de cobrança no transoperatório” e consideram suficiente o tempo disponível para o seu preenchimento adequado. O enfermeiro que alegou não ter sido orientado/treinado, afirmou ter aprendido a realizar o preenchimento sozinho, executando esta documentação e observando outros colegas. Segundo este enfermeiro o tempo de preenchimento é pouco suficiente por depender muito do tempo de duração do procedimento cirúrgico. A maioria (94,4%) dos auxiliares/técnicos respondeu, igualmente, ter sido treinada/orientada em relação ao preenchimento deste o impresso; 50% referiu considerar suficiente o tempo cirúrgico para o preenchimento, os outros 50% consideraram o tempo pouco suficiente novamente pelo tempo de duração de cirurgias de pequeno porte.

Em relação ao questionamento dos médicos utilizarem o avental integrante do kit cirúrgico a maioria dos enfermeiros (87,5%) e dos auxiliares/técnicos (83,4%) respondeu negativamente ressaltando que os médicos não utilizavam este avental porque o mesmo aumentava a sensação de calor.

A maioria dos enfermeiros (87,5%) e auxiliares/técnicos (94,4%) responderam ter sido treinados, pelas enfermeiras do Serviço de Educação Continuada, como cobrar a taxa de antisepsia. Um enfermeiro e um auxiliar/técnico alegaram ter aprendido sozinhos, no dia-a-dia do CC.

Quanto ao “Boletim de sala de Centro Cirúrgico”, impresso que subsidia a cobrança de equipamentos, procedimentos, gases e taxas, todos os enfermeiros e auxiliares/técnicos informaram ter recebido treinamento formal de como preenchê-lo;

Raquel Silva Bicalho Zunta

todos os profissionais afirmaram proceder a cobrança da taxa de kit uniforme (máscara, gorro e propé) considerando todos os envolvidos no procedimento cirúrgico.

No que diz respeito aos materiais que estão na SO e não foram usados durante o procedimento, 100% dos profissionais de enfermagem (enfermeiros e auxiliares/técnicos) responderam que os devolvem de acordo com a procedência, ou seja, à farmácia, à sala de consignados (órteses, próteses e materiais especiais), ao arsenal (materiais permanentes, tais como, tesoura coaguladora laparoscópica-ultracision, fio guia hidrofílico - uro, agulha de veres 120 mm - endoscópica, carga para grampeador dourada, trocater 10/12 mm e trocater 10/11 mm).

Em relação ao controle e documentação dos fios cirúrgicos, usados durante o procedimento, todos os profissionais responderam colocá-los dentro do envelope (de papel pardo, padronizado pelo HCE). Auxiliares/Técnicos relataram que muitas equipes levam os fios cirúrgicos embora, e como eles se ausentam da SO para atender a solicitações médicas, pode ocorrer das instrumentadoras abrirem as embalagens e desprezá-las.

As propostas dos profissionais de enfermagem para melhorar o processo de faturamento da assistência são apresentadas nos Quadros 7 (enfermeiros) e 8 (auxiliares/técnicos).

No Quadro 7 verifica-se que a maioria das propostas dos enfermeiros diz respeito a informatização da documentação de forma que os materiais usados durante o procedimento cirúrgico fossem registrados online por meio de leitura ótica.

Quadro 7 - Distribuição das respostas dos enfermeiros em relação às propostas/sugestões de melhoria do processo de faturamento assistencial, relativa a janeiro de 2015. São Paulo-SP, Brasil, 2016.

Respostas	Quantidade
Documentação totalmente informatizada	06
Registro do consumo dos materiais utilizados na sala cirúrgica por meio de leitura ótica	06
Supervisionar o preenchimento dos impressos	03
Realização de auditoria "in loco"	03
Unificar os impressos de Registro de enfermagem no transoperatório e Registro de cobrança no transoperatório	02
Presença de um colaborador volante nos corredores	02
Devolutiva e reorientação sobre os motivos de glosas	02

Raquel Silva Bicalho Zunta

Como indica o Quadro 8 dentre as sugestões dos auxiliares/técnicos destacam-se a realização de treinamentos relativos ao faturamento assistencial, o aprimoramento da passagem de plantão, informatização da documentação e registro online, por intermédio de leitura ótica, dos materiais usados durante o procedimento cirúrgico e presença de um colaborador volante no CC.

Quadro 8 - Distribuição das respostas dos auxiliares/técnicos de enfermagem, em relação às propostas/sugestões de melhoria do processo de faturamento assistencial, relativa a janeiro de 2015. São Paulo-SP, Brasil, 2016.

Respostas	Quantidade
Realização de treinamentos relacionados ao faturamento assistencial	13
Aprimorar a passagem de plantão	09
Registro do consumo dos materiais utilizados na sala cirúrgica por meio de leitura ótica	09
Presença de um colaborador volante nos corredores do CC	08
Documentação totalmente informatizada	08
Impresso gerado na farmácia com todos os materiais dispensados com espaço para registro das quantidades utilizadas	03
Propiciar a participação dos circulantes de SO na implantação de mudanças do processo de faturamento assistencial (modificação de impressos, propostas de treinamentos)	02

4.4 PROPOSIÇÃO DE AÇÃO EDUCATIVA COM FOCO NO FATURAMENTO ASSISTENCIAL

Com vistas à proposição de uma ação educativa exequível e que contribuísse com a melhoria do faturamento assistencial no CC, foram compartilhados com enfermeiras do Serviço de Educação Continuada, do Setor de Auditoria Interna e da Educação Continuada Operacional do HCE, os principais resultados relacionados às glosas técnicas, ocorridas nas contas hospitalares analisadas, e a síntese das respostas de médicos anestesistas, enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem ao questionário para identificar as facilidades e as dificuldades relativas ao registro de materiais, medicamentos, equipamentos, gases e taxas e ao lançamento de débitos.

A partir deste conhecimento, foi desenvolvida, em parceria com estas enfermeiras, uma proposta de ação educativa (Quadro 9), com ênfase no processo de faturamento assistencial, objetivando diminuir a ocorrência de glosas técnicas nas contas hospitalares do CC. Com essa finalidade, foram realizados dois

Raquel Silva Bicalho Zunta

encontros presenciais, no próprio HCE, e momentos de intercâmbio de informações, por meios eletrônicos.

Quadro 9 - Planejamento da proposta de ação educativa, com foco no faturamento assistencial, direcionada aos profissionais da equipe cirúrgica que compõe o quadro de pessoal do CC do HCE. São Paulo-SP, Brasil, 2016.

(continua)

<p>Problema identificado:</p> <p>Ocorrência de glosas técnicas, que comprometem o faturamento hospitalar do HCE, decorrentes de anotações e lançamentos inadequados, ou indevidos, nos instrumentos dos prontuários de pacientes atendidos no CC</p>
<p>Características do problema:</p> <p>A partir de uma amostra de 383 prontuários, evidenciou-se um total de 1.373 itens glosados, com quantidade média de 3,58 itens glosados, por conta hospitalar, sendo os itens do grupo contábil “materiais” os mais glosados (67,7%) pelas OPS</p>
<p>Público alvo: Médicos Anestesiistas; Enfermeiros e Auxiliares/Técnicos de Enfermagem</p> <p>Instrutor(a): Enfermeira do Serviço de Educação Continuada.</p>
<p>Objetivo Geral:</p> <p>Diminuir a ocorrência de glosas técnicas nas contas hospitalares do CC do HCE</p>
<p>Avaliação:</p> <p>Aplicação de um instrumento (Figura 4) para avaliação do conhecimento dos participantes antes e depois da realização da ação educativa</p>

(continuação)

Objetivos Específicos	Ações ou Conteúdos	Estratégias e Recursos
Discutir o papel de diferentes profissionais de saúde no processo de faturamento assistencial	<ul style="list-style-type: none"> - Resgatar o papel dos profissionais de saúde no faturamento assistencial; - Promover reflexões sobre a responsabilidade ético-legal desses profissionais em relação ao registro da assistência prestada; - Propiciar a análise de contas hospitalares com registros inadequados e/ou indevidos 	<ul style="list-style-type: none"> - Oficina para averiguar o conhecimento prévio dos participantes sobre faturamento assistencial; - Agrupamento dos participantes em duplas e fornecimento de uma conta hospitalar fictícia para simulação de auditoria interna; - Síntese dos resultados encontrados na análise das contas hospitalares fictícias
Discutir o diagnóstico relativo à ocorrência de glosas técnicas no CC	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar o diagnóstico situacional das glosas técnicas ocorridas no CC do HCE em três meses típicos de funcionamento; - Discorrer sobre a importância do faturamento assistencial para as organizações hospitalares; - Definir/caracterizar os tipos de glosas e o seu impacto no faturamento hospitalar 	<ul style="list-style-type: none"> - Exposição dialogada mediada por recursos audiovisuais; - Apresentação de exemplos de contas hospitalares, não identificadas, com itens de diferentes grupos contábeis glosados e considerações sobre suas consequências para o processo de faturamento
Propor estratégias para evitar/reduzir a ocorrência de glosas no CC	<ul style="list-style-type: none"> - Levantar propostas para melhoria do processo de faturamento assistencial 	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese dos principais aspectos evidenciados por meio da ação educativa; - Documentar as propostas de melhoria.

Adaptado de Messias⁵³ e Zinn⁵⁴

A enfermeira do Serviço de Educação Continuada, baseada em experiências de treinamentos realizados ao longo de cinco anos no HCE, propôs que a duração da ação educativa fosse estabelecida em até uma hora. Acordou-se que esta

Raquel Silva Bicalho Zunta

enfermeira assumiria o papel de instrutora por ser a responsável pela realização de treinamentos relativos ao faturamento assistencial na instituição.

A sala de treinamentos do Serviço de Educação Continuada, com capacidade para 20 pessoas, foi escolhida como local de execução da ação educativa. Uma vez que todos os médicos respondentes ao questionário explicitaram desconhecer o que era faturamento assistencial, decidiu-se por realizar a ação educativa em separado dos profissionais de enfermagem. Por outro lado, estipulou-se a participação de enfermeiros e auxiliares/técnicos conjuntamente considerando que a maioria destes profissionais respondeu conhecer o que era faturamento assistencial definindo seu papel neste processo. Assim, apesar do conteúdo programático da ação educativa ser o mesmo previu-se que talvez houvesse a necessidade de uma abordagem conceitual do processo de faturamento assistencial para o grupo de médicos anestesistas e para o grupo de profissionais de enfermagem um resgate do conhecimento prévio relativo à temática. Além disso, reconheceu-se que algumas peculiaridades das diferentes atribuições no processo de faturamento assistencial precisariam ser reforçadas com base nos conceitos de cobrança adotados pelo HCE e nas recomendações de registro dos procedimentos, nos diferentes instrumentos do CC, realizados com o paciente.

O conteúdo programático da proposta de ação educativa abrangerá: "O papel dos profissionais de saúde no faturamento assistencial"; "Responsabilidade ético-legal dos profissionais de saúde em relação ao registro da assistência prestada"; "Apresentação do diagnóstico situacional das glosas técnicas ocorridas no CC do HCE"; "O processo de faturamento assistencial no contexto das organizações hospitalares"; "Classificação das glosas" e "propostas de melhoria do faturamento assistencial do CC". Ressalta-se que a ênfase, ou aprofundamento, em um determinado conteúdo dependerá do conhecimento prévio e das necessidades evidenciadas pelos participantes.

A avaliação dos participantes será conduzida por meio da aplicação de um teste (Figura 5) pré-treinamento e repetição do mesmo teste pós-treinamento com posterior devolutiva dos resultados aos participantes.

Raquel Silva Bicalho Zunta

Figura 5 - Instrumento para avaliação de conhecimento pré e pós-ação educativa. São Paulo-SP, Brasil, 2016.

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTO PRÉ E PÓS-TREINAMENTO

1. O faturamento assistencial é muito importante para a administração financeira hospitalar. Consiste na obtenção de dados do prontuário do paciente para a cobrança dos serviços de saúde prestados. Nessa direção, quais as atividades que você realiza para contribuir com o êxito do faturamento assistencial no CC?

2. Você sabe o que é glosa e quais são as consequências da sua ocorrência para o faturamento assistencial no CC?

3. No faturamento assistencial existem diferentes grupos contábeis: materiais, medicamentos, equipamentos, taxas e gases. Você tem conhecimento sobre qual grupo contábil mais contribui para perdas de faturamento assistencial no CC?

4. A partir da sua prática clínica e experiência profissional qual/quais seria/seriam a/as sua/suas proposta/propostas para melhorar o processo de faturamento da assistencial no CC?

Raquel Silva Bicalho Zunta

Ao final da ação educativa as enfermeiras do Serviço de Educação Continuada, do Setor de Auditoria Interna e da Educação Continuada Operacional poderão agrupar e sistematizar as propostas de melhoria do processo de faturamento assistencial para favorecer a sua viabilização, quando forem de sua governabilidade, ou encaminhá-las aos órgãos/instâncias superiores do HCE para apreciação e providências.

5. Discussão

5. DISCUSSÃO

Há 25 anos o HCE vem investindo na auditoria de contas hospitalares, por meio da pré-análise dos prontuários, com o objetivo de minimizar as perdas financeiras e obter um faturamento mais adequado. Para tanto, conta com uma equipe de enfermeiros auditores e de recurso de glosas que tem desenvolvido atividades específicas e complementares nos processos de auditoria e faturamento e de recurso de glosas.

O mapeamento e descrição destes processos, devidamente validados por especialistas com ampla experiência na área de auditoria de contas hospitalares, tiveram como propósito contribuir com o HCE na melhoria da gestão, organização e controle das atividades realizadas. Nessa direção, o mapeamento de processos destaca-se como uma importante ferramenta para o gerenciamento por processos, sendo fundamental sua utilização em qualquer tipo de organização⁵⁵.

Concorda-se que os processos organizacionais precisam estar bem definidos, descritos, formalmente registrados, contudo por vezes não o são. Comumente são alterados sem a devida atualização da documentação correspondente então, nem sempre as organizações tem o pleno conhecimento, de fato, dos seus processos. Portanto, o mapeamento de processos, além de ferramenta gerencial, é também um mecanismo eficiente e eficaz por ser capaz de revelar os processos organizacionais⁵⁶.

A partir do mapeamento, descrição e validação dos processos de auditoria e faturamento e de recurso de glosas conferiu-se maior visibilidade ao trabalho desenvolvido pelos enfermeiros auditores internos do HCE. Tal visibilidade pode ser útil para a análise dos fluxos internos das contas hospitalares, revisão, aprimoramento e melhoria contínua das atividades a fim de agregar maior agilidade e resolutividade aos processos; para padronizar os procedimentos desenvolvidos e, conseqüentemente, evitar/minimizar a ocorrência de falhas e para subsidiar a elaboração de indicadores gerenciais, pois uma vez que estes processos estão descritos e acessíveis contribuem para que os profissionais otimizem o tempo despendido e obtenham melhores resultados.

Raquel Silva Bicalho Zunta

Estudo⁵⁷ que mapeou, descreveu e validou o processo de formação de contas em um hospital público universitário, de nível terciário, especializado em cardiologia e pneumologia, evidenciou que os resultados obtidos permitiram a proposição de estratégias a fim de minimizar o tempo de apresentação das contas às OPS, além de conferir visibilidade à dinâmica do processo, considerado fundamental para o equilíbrio econômico-financeiro do hospital. Os autores explicitaram a importância de partilhar o conhecimento obtido, tornando-o domínio público e acessível, uma vez que outras organizações de saúde poderiam utilizar as informações geradas para incrementar o seu faturamento e diminuir as divergências entre o prontuário do paciente e a conta hospitalar⁵⁷.

Berlitz⁵⁸ estudou uma iniciativa de mapeamento e redesenho de 37 processos técnicos e de apoio em um laboratório clínico de grande porte na qual cada processo foi sequencialmente analisado e redesenhado e um plano de ação foi gerado para a implementação de cada novo processo. Dentre os resultados encontrados, após a implementação dos novos processos redesenhados, o autor destacou um aumento de mais de 30% na produtividade do pessoal técnico.

Constata-se que é fundamental iniciar o redesenho dos processos a partir da responsabilidade de cada um, dos possíveis limites e interfaces das atividades, avaliando quem são os clientes, fornecedores e seus desempenhos, quais atividades agregam valor e geram retrabalho e, então, introduzir as melhorias no desempenho dos processos analisados. Cabe ressaltar a necessidade de compreender que não se trata apenas de controlar os resultados, mas também de desenvolver, entre os colaboradores, a percepção de que os processos se inter-relacionam, sendo preciso ouvir, favorecer a capacitação e a integração das pessoas envolvidas⁵⁹.

Compreende-se que o aprimoramento dos processos de trabalho não pode prescindir do compromisso e da participação efetiva das pessoas diretamente envolvidas, individual ou coletivamente, caso contrário pode haver o comprometimento da melhoria contínua da qualidade das atividades desempenhadas no contexto organizacional. Por isso, acredita-se que a explicitação dos motivos que originaram as glosas técnicas no CC do HCE, de como se deu a participação das diferentes categorias profissionais da equipe cirúrgica e de quais foram os itens mais glosados contribuirá para a formulação de soluções viáveis que

Raquel Silva Bicalho Zunta

impactem, favoravelmente, no faturamento da unidade e, por consequência, nos resultados financeiros do hospital.

Na análise realizada, para se identificar as divergências relativas às glosas técnicas no CC, caracterizou-se o perfil dos 383 pacientes que originaram as contas hospitalares, que compuseram a amostra do presente estudo, os quais apresentaram uma média de idade de 40,89 (DP=15,75) anos, sendo a maioria do sexo feminino (61,9%), com destaque para as especialidades cirúrgicas: gastrologia (18,5%), ortopedia (18,3%), otorrinolaringologia (17,5%), ginecologia e obstetrícia (16,4%) e urologia (12,0%) e com predomínio de três OPS (“A” - 20,6%, “B” - 15,9% e C - 11,7%). Para Cintra et al.⁶⁰ o conhecimento das características demográficas, sociais e clínicas dos pacientes permitem, às organizações hospitalares, um maior controle e avaliação do seu faturamento, tornando-o mais previsível, pois os pacientes podem ser agrupados conforme as semelhanças e características”, minimizando falhas e fraudes⁶¹.

Destaca-se que no HCE o faturamento do CC, relativo à amostra analisada, esteve vinculado a 20 OPS concentrando-se nas três primeiras, conforme descrito anteriormente, resultados semelhantes aos encontrados nos estudos de Zunta²⁵ (três operadoras - 50,3%), Teixeira⁶² (três operadoras - 1,4%) e Guerrer²⁶ (quatro operadoras - 62,9%). Tal realidade retrata uma estratégia comum aos hospitais em dividir seu faturamento entre várias OPS para não se tornar dependente financeiramente de um número limitado de OPS e poder aumentar as possibilidades de negociação relativas aos acordos comerciais e contratuais.

De acordo com a Tabela 2, o valor total médio por conta hospitalar/paciente foi de R\$ 14.683,99, tendo variado de R\$ 2.638,74 a R\$ 105.567,27. Houve variação do valor glosado entre R\$1,06 e R\$ 4.280,69, com média de R\$ 430,53. Observa-se que a porcentagem de valor glosado variou de 0,003% a 28,55% e que a quantidade média de itens glosados foi de 3,58, variando de 1,00 a 22,00 itens por conta hospitalar/paciente. Considerando que o CC gera aproximadamente 900 contas sujas/mês, extrapolando o valor médio glosado (R\$ 430,53), por conta hospitalar, para um mês e um ano, estima-se que o HCE teria um valor médio total de glosas correspondente a R\$ 387.477,00 e R\$ 4.649.724,00, respectivamente, relativos a esta unidade. Tais valores são expressivos, principalmente quanto ao seu impacto nos resultados financeiros, o que reitera a pertinência da existência de um indicador

Raquel Silva Bicalho Zunta

de glosas para gerenciar, com maior propriedade, as perdas financeiras da instituição.

Os resultados, deste estudo, revelaram um indicador de glosas, no CC do HCE, em torno de 3,56%. Poucos hospitais divulgam seu indicador de glosas como foi evidenciado em um estudo realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, antes e depois da implantação do Serviço de Auditoria de Contas Médicas, que mostrou o impacto altamente favorável da realização da pré-análise dos prontuários do pacientes na redução, de 43,93% para 9,49%, do indicador da ocorrência de glosas¹⁰.

Em um outro hospital, privado, de médio porte, na zona Sul da cidade de São Paulo, com uma média de 700 internações mensais e 150 cirurgias/mês, foram analisadas 218 contas hospitalares entre os meses de abril e maio. Nos recursos analisados, relativos a 921 itens glosados, o valor total foi de R\$ 173.603,36, sendo 91% referentes às glosas administrativas e 9% às glosas técnicas. Em referência as glosas técnicas obteve-se o indicador de 5,01% em abril e 14,20% em maio. Quanto ao grupo contábil “materiais” a porcentagem da glosa evidenciada foi na ordem de 64,28% (abril) e 73,55% (maio) e no grupo “medicamentos” 15,67% e 10,72%, respectivamente. Os autores concluíram que falhas das áreas assistencial (registros incompletos da assistência prestada ao paciente), administrativa (cobranças incompletas, não seguimento da tabela contratual) e da fonte pagadora (falhas no momento da análise da conta do prestador) ainda constituíam motivos de glosa e para a obtenção de sucesso seria necessário que o gestor sensibilizasse os colaboradores sobre as consequências financeiras que as glosas acarretam¹⁶.

Outro estudo realizado, em um hospital privado, nos meses de janeiro a março, fundamentado nos relatórios emitidos pelas OPS e na aplicação de um questionário aos colaboradores do setor de faturamento de contas hospitalares, demonstrou um indicador de glosas em torno de 10%, sendo o grupo contábil “materiais” (65%) o que mais impactou nas glosas, seguido do grupo contábil “medicamentos” (35%). As autoras concluíram que as glosas poderiam ser reduzidas caso os profissionais de saúde adotassem protocolos assistenciais, contribuindo para a utilização racional de material e medicamentos e, consequentemente, para a redução de custos⁶³.

Raquel Silva Bicalho Zunta

Neste estudo, evidenciou-se um total de 1.373 itens glosados, sendo o grupo contábil “materiais” o mais impactante (67,7%), seguido pelos grupos contábeis “medicamentos” (13,2%), “equipamentos” (8,1%), “gases” (4,2%) e “taxas” (6,8%).

Autores^{64,65} já indicavam, há décadas atrás, que os medicamentos e materiais, necessários à prestação de assistência à saúde, constituíam os recursos que mais elevavam os gastos hospitalares. Estudo recente, publicado em 2013, pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), ao analisar a evolução do gasto com internações entre os anos de 2005 e 2010, para um plano de saúde, com abrangência no estado de São Paulo, considerando diárias e taxas hospitalares, honorários médicos, materiais e medicamentos, indicou que os principais responsáveis pelo aumento dos custos foram os materiais e medicamentos que corresponderam a 57,7% das despesas hospitalares⁶⁶.

As organizações de saúde têm se preocupado com o gerenciamento de recursos materiais cuja demanda tem aumentado devido aos avanços tecnológicos que impulsionam, constantemente, a complexidade assistencial. Se por um lado as organizações de saúde privadas, sujeitas as regras do mercado, precisam gerenciar tais recursos com preços competitivos, por outro lado as organizações de saúde públicas, com seus orçamentos restritos, precisam de maior controle do consumo e dos custos para não privar os profissionais e os pacientes do material necessário à prestação da assistência de qualidade⁶⁷. Nas instituições privadas o gerenciamento dos recursos materiais, bem como o seu adequado faturamento, são imprescindíveis no intuito de se minimizar as perdas financeiras, contribuindo para o recebimento do valor justo dos itens que foram utilizados na prestação de assistência ao paciente. Ressalta-se que nas instituições de saúde, públicas e privadas, a coerência na utilização de recursos limitados é crucial para o gerenciamento dos custos, exigindo, inclusive, gestores qualificados para o alcance da eficiência financeira⁶⁸.

Nos grupos contábeis “materiais” e “medicamentos”, devido ao grande número de itens glosados, optou-se por evidenciar os cinco mais importantes destacando-se aventais descartáveis (12,7%), compressa (7,0%), fio cirúrgico (6,2%) conector sistema fechado (6,0%) e cateter (5,2%) no grupo “materiais” e soluções (38,7%), cloexidina alcoólica (9,9%), anestésico local (9,4%), ansentron (5,5%) e rocurônio (5,5%) no grupo “medicamentos”.

Raquel Silva Bicalho Zunta

Nos grupos contábeis “equipamentos”, “taxas” e “gases” foram elencados os três itens de maior representatividade sendo capnógrafos (31,3%), colchão/manta térmica (compressor) (24,1%) e aspirador (21,4%) no primeiro; antissepsia (44,1%), curativo CC (35,5%) e a sala de cirurgia (10,8%) no segundo e oxigênio (75,9%), gás carbônico (20,7%) e protoxido de azoto (3,4%) no terceiro grupo contábil.

Em consonância com os resultados obtidos, encontrou-se um estudo que investigou os fatores intervenientes nas glosas ocorridas em um hospital de ensino, em 85 recursos de glosas, junto a duas OPS. Foram glosados 17.324 itens, representando R\$ 31.856,52, com maior expressividade dos grupos contábeis “materiais”, “medicamentos” e “taxas”. O grupo contábil “material” correspondeu ao maior quantitativo de glosas (86,1%) sendo compressas de gases (65,9%), luvas cirúrgicas (9,4%) e material de infusão (5,4%) os itens de maior representatividade. Na sequência, o grupo contábil “medicamentos” (11,6%) cujos itens com maior número de recursos foram soluções para diluição de medicamentos (84,7%), solução de clorexidine (8,2%) e medicamento dimeticona (1,9%). No grupo contábil “taxas” (0,5%), as bombas de infusão foram os itens mais glosados (11,5%). Observou-se, também, que as justificativas dos recursos dos materiais (89,2%) e dos medicamentos (30,6%) estavam embasadas apenas nas anotações e checagem de enfermagem. As autoras demonstraram que as anotações realizadas pela equipe de enfermagem forneceram informações suficientes e contribuíram, contundentemente, para um alto percentual de recuperação dos itens glosados⁹.

Pesquisa⁷ realizada no serviço de urologia de um hospital privado, de médio porte, no estado do Rio de Janeiro, verificou o impacto das anotações de enfermagem nas glosas hospitalares, nos meses de outubro e novembro. Dentre 215 internações e 926 consultas ambulatoriais foram glosados 125 atendimentos, totalizando 4380 itens, tendo sido considerados os grupos contábeis “medicamentos” (53,16%), “taxas e aluguéis” (24,36%) e “materiais” (22,47%). No grupo contábil “medicamentos”, maxcef (47,12%), levaquim (31,61%) e fortaz (23,79%) foram os itens mais glosados; no grupo “taxas e aluguéis” destacaram-se os itens oxigênio (79,51%), curativo (41,40%) e nebulização (26,44%) e no grupo “materiais” compressas cirúrgicas (44,55%), luvas de procedimentos (38,7%), cateteres jelco (29,22%) e equipos micro gotas (23,02%). Os autores destacaram que as falhas ocorridas por falta dos registros das anotações de enfermagem,

Raquel Silva Bicalho Zunta

prescrições médicas e de enfermagem e checagens, elevaram as glosas e as despesas da instituição, contudo as anotações de enfermagem contribuíram de forma incisiva para um alto índice de recuperação dos itens glosados⁷. Rodrigues, Perroca, Jericó⁹, também reiteram, em seu estudo, o impacto benéfico das anotações de enfermagem para reduzir a ocorrência de glosas hospitalares:

A temática glosa relacionada às anotações de enfermagem também foi evidenciada em outra pesquisa⁶⁹ desenvolvida no Setor de Faturamento de uma Instituição de saúde filantrópica, de médio porte, com 92 leitos, sendo 60% dos atendimentos destinados ao SUS e 40% divididos entre 31 OPS. Foram coletados dados em 60 prontuários visando analisar as inconformidades e no item “classificação dos registros quanto à forma”, no 1º dia internação, foram analisados os registros de enfermagem, sendo 48,3% considerados parcialmente adequados, 1,7% inadequados e 50% adequados. No 2º dia de internação foram considerados apenas 36,7% dos registros como adequados e os demais não estavam completos (inadequado - 6,7%, parcialmente adequado - 53,3% e não se aplica - 3,3%). Concluiu-se que os indicadores responsáveis pelo maior número de glosas estavam relacionados às inconsistências das anotações de enfermagem.

Os profissionais da equipe de enfermagem (auxiliar, técnico e enfermeiro) permanecem com o paciente nas 24 horas, ininterruptamente⁷⁰ assim realizam um quantitativo significativo de procedimentos que deveriam ser registrados em sua totalidade³³, todavia frequentemente muitos registros são realizados de forma incompleta e, por isso, contribuem para o aumento da ocorrência de glosas nas contas hospitalares de instituições privadas. Então, deve haver um maior controle destes registros em relação aos insumos utilizados, principalmente nas instituições, cuja maioria ou totalidade dos clientes é proveniente de OPS que pagarão somente os itens evidenciados em prontuário. As perdas financeiras relacionadas a glosas de medicamentos e materiais, principais fontes de lucratividade dos hospitais privados, decorrentes de registros inadequados nos prontuários, são crescentes e os profissionais de enfermagem podem realizar um trabalho proativo em relação a este aspecto cooperando com os resultados econômicos da instituição⁶³.

Apesar da categoria dos profissionais de enfermagem ficar em evidência, pelos motivos anteriormente mencionados, ressalta-se que os demais profissionais de saúde, envolvidos na prestação de serviços, também devem assumir o

Raquel Silva Bicalho Zunta

compromisso e a responsabilidade de registrá-los, adequadamente, no prontuário do paciente, pois as perdas financeiras originadas pelas glosas são decorrentes de falhas nos registros ou registros inadequados de todos os profissionais. Reitera-se que as OPS efetuarão o pagamento ao hospital de todos os itens cobrados, na conta hospitalar, mediante a correta documentação no prontuário do paciente, pois, caso contrário, a perda financeira ocorrerá em menor ou em maior grau. Nessa perspectiva, Santos⁶⁶ afirma que como os custos com os insumos hospitalares, relacionados a materiais e medicamentos, aumentam muito, as perdas financeiras dos hospitais tendem a seguir a mesma proporção.

No presente estudo, as porcentagens de itens glosados do grupo contábil “materiais”, geradas pelos profissionais de enfermagem (74,0%), foram superiores às dos médicos anestesiologistas (38,4%). No questionário aplicado, a maioria dos enfermeiros (87,5%) respondeu registrar todos os materiais consumidos durante o procedimento cirúrgico e ponderaram que os motivos de isso não acontecer, efetivamente, na prática, poderia estar relacionado, principalmente, ao esquecimento (06 respostas) e falta de atenção (06 respostas). Todos os auxiliares/técnicos responderam que registram os materiais consumidos, entretanto, quando questionados sobre os motivos de nem todos os materiais estarem, de fato, registrados, as três respostas, principais, foram falta de atenção (14), alta demanda de trabalho (11) e esquecimento (9). As respostas dos auxiliares/técnicos podem estar associadas a questões estruturais e a dinâmica dos processos de trabalhos desenvolvidos no CC do HCE, portanto merecem maior atenção.

Autores afirmam que a falta de infraestrutura adequada, associada à demanda crescente por serviços de saúde, contribuem para o não cumprimento de alguns quesitos inerentes aos padrões de qualidade almejados para as anotações de enfermagem⁷¹. Duarte, Ferreira⁷² destacam a importância do CC possuir instalações físicas, tecnologias e equipamentos adequados; bem como a presença de uma equipe multiprofissional habilitada, treinada e competente. Tais condições poderiam contribuir para a completude e fidedignidade das anotações de enfermagem e, conseqüentemente, minimizar a ocorrência de glosas ou subsidiar as instituições de saúde que poderão reaver uma porcentagem significativa do custo total glosado pelos de planos de saúde⁹.

Raquel Silva Bicalho Zunta

No grupo contábil medicamentos observou-se uma inversão: os médicos anestesistas apresentaram mais itens glosados (35,9%) do que os profissionais de enfermagem (8,2%). Dentre os médicos anestesistas 69,2% responderam que registram os medicamentos logo após a administração no paciente, porém foi obtido um índice de glosa de 35,9% sendo o item “soluções” o que mais impactante (38,7%). Este resultado pode ser indicativo de que a documentação dos medicamentos na FA, durante o procedimento anestésico, não tem, de fato, ocorrido. Vale ressaltar que segundo a Resolução CFM Nº 1.931/200 do Conselho Federal de Medicina (CFM) é de responsabilidade do médico a elaboração da prescrição e receita de medicamento³². Por sua vez os profissionais de enfermagem terão contato com os medicamentos utilizados na SRA onde, por meio da prescrição médica irão realizar os procedimentos prescritos. De acordo com o código de Ética dos Profissionais de Enfermagem³³, art. 25, é de responsabilidade e dever, desses profissionais, registrar no prontuário do paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo do cuidar, ou seja, é de responsabilidade da equipe de enfermagem checar a prescrição médica. Considerando a pertinência da anotação de enfermagem reitera-se que ela, quando realizada adequadamente, contribui com informações para a equipe multiprofissional, serve como instrumento de auditoria e fornece subsídios para evitar as glosas hospitalares²⁹.

No grupo contábil “equipamentos” a porcentagem de glosa gerada pelos médicos anestesistas (18%) foi três vezes maior que a gerada pelos profissionais de enfermagem (6,0%). Isso aconteceu, principalmente, pelo registro inadequado de uso da manta térmica (equipamento de alto custo), pois a orientação é que os parâmetros de temperatura do paciente estejam registrados na FA, todavia, não estavam, contribuindo, assim, para o impacto deste item na porcentagem de glosa deste grupo contábil (24,1%). Há um protocolo, elaborado pelos médicos anestesistas do HCE e acordado com as OPS, utilizado para guiar as condutas dos médicos anestesistas no uso da manta térmica e subsidiar a auditoria externa. Segundo este protocolo, deve estar registrado, na FA, a temperatura do paciente nos casos em que a manta térmica foi instalada (procedimentos acima de 120 minutos, temperatura menor ou igual a 36°C) e nos casos em que foi instalada mesmo sem hipotermia (neonatos e crianças abaixo de 06 anos ou idosos - acima de 60 anos) fundamentando assim, a cobrança feita por meio da conta hospitalar.

Raquel Silva Bicalho Zunta

Este resultado vem ao encontro das respostas da maioria dos médicos anestesiologistas (76,9%) que relatou não registrar a temperatura por esquecimento e por falta de termômetro à disposição na SO, ou seja, o termômetro tem que ser solicitado ao circulante de sala. Outro equipamento que contribuiu muito para a glosa deste grupo foi o capnógrafo (31,3%) por não haver o registro de uso na FA.

Quanto ao grupo contábil “gases” a porcentagem da glosa gerada pelos profissionais de enfermagem (3,5%) também foi menor que a dos médicos anestesiologistas (7,8%), porcentagem esta que decorreu, principalmente, do registro inadequado do oxigênio (75,9%) na FA, pois deveria estar em formato de uma linha contínua no gráfico, sinalizando todo o período em que o paciente esteve com oxigênio durante o procedimento cirúrgico, sendo atribuição do médico anestesiologista tal registro³². Este resultado vem ao encontro das respostas da maioria dos médicos anestesiologistas (85%) que referiu falta de atenção durante o registro do oxigênio. A porcentagem de glosa relativa à utilização de gás carbônico foi de 20,7%, sendo institucionalizado que o seu consumo, pelo médico cirurgião, principalmente durante as cirurgias de videolaparoscopia, deve ser documentado pelos profissionais de enfermagem no Boletim de Sala do CC para subsidiar a cobrança. Então, para que não ocorra a glosa deste item é imprescindível haver uma coerência de informações entre o tempo cirúrgico registrado e a cobrança realizada sendo muito importante a adequada comunicação entre os membros da equipe cirúrgica. Para Zoehler, Lima⁷³ a comunicação é necessária para garantir a continuidade do cuidado entre as várias equipes envolvidas na assistência ao cliente.

A maioria dos enfermeiros (87,5%) e auxiliares/técnicos (94,4%) responderam ter recebido treinamento, pelas enfermeiras do Serviço de Educação Continuada, de como cobrar a taxa de antissepsia. Todavia, no grupo contábil “taxas” o item “antissepsia” foi o mais expressivo com 44,1% das glosas. Este resultado pode estar associado às três principais respostas destes profissionais quanto aos motivos de não registro adequado de materiais: falta de atenção - auxiliares/técnicos de enfermagem (14) e enfermeiros (06); alta demanda de trabalho - auxiliares/técnicos de enfermagem (11) e enfermeiros (03) e esquecimento - auxiliares/técnicos de enfermagem (9) e enfermeiros (06). Três enfermeiros (37,5%) responderam que, uma possível causa de falhas no registro seria o desconhecimento da importância da documentação e do impacto da sua ausência e/ou inadequação para o HCE.

Raquel Silva Bicalho Zunta

Frente aos resultados apresentados concorda-se com a necessidade de investimentos contínuos em ações educativas com vistas à orientação da importância das anotações de enfermagem, tanto no contexto das glosas hospitalares, quanto na valorização da atuação profissional⁷⁴. Contudo, reconhece-se que tais ações educativas precisam ser ampliadas a todos os profissionais da equipe de saúde para minimizar/evitar as perdas financeiras decorrentes de falhas ou da ausência de documentação relativa à prestação de serviços de saúde.

O valor total relativo ao atendimento dos 383 pacientes no CC do HCE, considerando o período de três meses típicos, correspondeu a R\$ 5.623.968,17. Deste valor, R\$164.892,41 (2,93%) foram referentes às glosas técnicas, sendo 2,01% (113.332,41) relativos à categoria “profissionais de enfermagem” e 0,92% (51.559,88) a categoria “médicos anestesistas”. Ao se analisar a quantidade total de itens glosados (1.373 - 100%), verifica-se que a categoria “profissionais de enfermagem” foi responsável por 82,15% e a categoria “médicos anestesistas” foi responsável por 17,85%. Entretanto, constatou-se que a categoria “médicos anestesistas” apresentou a maior porcentagem de itens glosados por paciente (1,83%) em relação à categoria “profissionais de enfermagem” (0,81%), ou seja, gerou 2,25 vezes mais itens glosados por conta. Há que se levar em consideração que como os médicos anestesistas manipulam materiais, medicamentos, equipamentos e gases de alto custo este número é expressivo em moeda corrente, embora não o seja em quantidade de itens por conta hospitalar, e tem um impacto financeiro relevante nas contas hospitalares.

Como anteriormente mencionado, os profissionais de enfermagem estão em contato ininterrupto com os pacientes⁷⁰, por conseguinte, realizam mais procedimentos durante o período de internação, geram mais anotações no prontuário do paciente e, conseqüentemente, podem incorrer em mais falhas e ou inadequações na documentação. Todavia, destaca-se que a anotação de enfermagem deve ser conduzida de forma a expressar, claramente, o cuidado prestado, pois é considerada uma fonte de informações importante para assegurar o recebimento do valor relativo aos recursos consumidos na assistência prestada, evitando, assim, as glosas⁶. Reitera-se que, independentemente da categoria profissional, todos os profissionais de saúde devem registrar os procedimentos realizados no prontuário do paciente, que deve conter informações diárias, de

Raquel Silva Bicalho Zunta

âmbito multiprofissional, que retratem os atendimentos prestados desde a sua internação até a alta hospitalar⁷⁵.

A equipe multiprofissional deve registrar a assistência prestada no prontuário do paciente e muito provavelmente todos os profissionais, durante a sua formação, devam ter sido orientados e alertados no que tange a importância dele ser fidedigno, bem como das consequências quando for inadequado. Então, independente do tempo de formado, ou da faixa etária dos participantes do presente estudo havia a expectativa de que todos tivessem o conhecimento da importância e da imprescindibilidade da adequação dos seus registros, refletindo o seu compromisso ético e legal com a profissão.

Em relação à categoria “médico anestesista”, verificou-se que os participantes constituíram um grupo de profissionais jovens, a maioria (53,9%) com menor tempo de atuação no HCE. Foi evidenciado, por meio das respostas ao questionário aplicado, que a totalidade dos médicos não teve treinamento formal, ao serem admitidos na instituição, quanto à importância da documentação fidedigna no prontuário do paciente e a sua relação com as glosas advindas de lacunas no registro da assistência. Por serem profissionais atuantes há pouco tempo na instituição poderia se justificar o fato de não tenham tido treinamentos sobre o faturamento assistencial e o seu papel neste processo, mesmo porque não há um SEC, formalizado, para atender as necessidades de treinamento desta categoria profissional, diferentemente do que ocorre com os profissionais que integram o Departamento de Enfermagem.

No que diz respeito à categoria “profissionais de enfermagem”, também se observou que o grupo foi composto por profissionais jovens (26 a 43 anos), sendo os enfermeiros com menor tempo de atuação no HCE e os auxiliares/técnicos os profissionais com maior tempo. O perfil dos profissionais de enfermagem vai ao encontro dos resultados de uma pesquisa, desenvolvida na América Latina pelo Conselho Federal de Enfermagem, na qual é relatado que no Brasil a força de trabalho é, em sua maioria (63,23%) jovem, ou seja, profissionais de enfermagem que estão no ápice da vida produtiva e reprodutiva, sendo considerada a faixa etária de 26 a 45 anos⁷⁶.

A maioria dos profissionais de enfermagem respondeu saber o que era faturamento assistencial demonstrando conhecimento quanto ao seu papel neste

Raquel Silva Bicalho Zunta

processo. Todavia, a totalidade dos médicos anestesistas referiu desconhecer o que era faturamento assistencial e a maioria relatou que registrar os procedimentos na FA era uma forma de participar do processo.

Tendo em vista que todo cuidado prestado ao paciente deve estar prescrito, checado, anotado e cobrado, para que possa ser adequadamente faturado, e que os profissionais de saúde constituem elementos importantes para o êxito do faturamento¹¹, os resultados obtidos neste estudo indicam o pouco conhecimento relativo ao faturamento assistencial dos representantes da categoria “medico anestesista”. Este conhecimento parcial, bem como o desconhecimento, contribui para a maior ocorrência de divergências, no momento da auditoria de contas hospitalares, gerando glosas que aumentam as perdas financeiras da instituição.

Revisão sistemática relativa ao período de 2000 a 2010, abrangendo uma amostra de 77 publicações, demonstrou que foram identificados, por meio de auditoria, problemas com a documentação de enfermagem, especialmente relacionados a lacunas encontradas (falta de documentação sobre os aspectos psicológicos e sociais do cuidado, sobre as etapas do processo de enfermagem e sobre a assistência prestada ao paciente). Os autores concluíram que deveria ser dada maior atenção à concordância entre a documentação de enfermagem e a prestação de cuidados e salientaram que, apesar da documentação de enfermagem ter percorrido um longo caminho de avanços, ainda apresenta deficiências que precisam ser corrigidas⁷⁷.

Dentre as propostas dos enfermeiros para melhorar o processo de faturamento assistencial destacaram-se a “informatização da documentação” e o registro dos materiais, usados durante o procedimento cirúrgico, por meio de “leitura ótica”. Estas sugestões, também, foram indicadas pelos auxiliares/técnicos de enfermagem, além do uso de um impresso, gerado pela farmácia, no qual já estivessem contemplados os materiais que estão na sala cirúrgica, sendo registradas apenas as quantidades utilizadas, nos espaços em branco, destinados a este fim. Tais melhorias poderiam contribuir para dinamizar e reduzir o tempo destinado à documentação liberando-os para focar sua atenção na assistência à equipe cirúrgica e ao paciente. Poderiam, inclusive, favorecer o aprimoramento dos resultados da assistência prestada, em termos quantitativos e qualitativos, gerando

Raquel Silva Bicalho Zunta

maior satisfação da equipe cirúrgica e sintonizando a perspectiva de um resultado financeiro cada vez mais positivo.

Vale destacar que auxiliares/técnicos de enfermagem, geralmente, são responsáveis por operacionalizar grande parte da documentação durante o procedimento cirúrgico. Chama a atenção que a maioria dos participantes deste estudo está na faixa etária entre 38 e 61, aspecto que precisará ser considerado, caso se vislumbre a possibilidade de incorporação da informatização da documentação, tendo em vista as dificuldades em assimilar e incorporar as novas tecnologias. Embora estes profissionais já manipulem alguns equipamentos complexos, na sua prática clínica, quando surgem dúvidas ou são adquiridos equipamentos novos, há a disponibilidade de um técnico (profissional com formação técnica na área de equipamentos hospitalares, responsável por gerenciar os equipamentos e dar suporte à equipe cirúrgica), no CC do HCE, para assessorá-los em suas dúvidas e dificuldades. Então, seria necessário avaliar a viabilidade da introdução da informatização da documentação, pois geraria custos para o hospital adquirir e implantar a nova tecnologia e, também, demandaria investimentos continuados para favorecer a capacitação dos usuários.

A adoção de sistemas de informação inovadores requer cautela visto que pode ocasionar um posicionamento de rejeição por parte dos usuários por não fazer parte da atividade-fim dos seus processos de trabalho⁷⁸. Entretanto, o emprego de sistemas eletrônicos tem se constituído em uma realidade brasileira, evidenciada nos últimos anos, exigindo profissionais de saúde preparados para acompanhar essas mudanças que permitam alcançar resultados positivos, tanto para os processos de trabalho como para a saúde das pessoas assistidas⁷⁹.

Assim, especificamente em relação ao CC, percebe-se que a qualidade dos processos e dos serviços está relacionada ao bom desempenho, como resultado articulado entre instalações físicas, tecnologias e equipamentos adequados, operados por mão de obra habilitada, devidamente treinada e competente⁷².

Ainda no que tange a documentação da assistência prestada no CC, a maioria dos enfermeiros (87,5%) e dos auxiliares/técnicos (66,66%) considerou suficiente o tempo disponível para o preenchimento do impresso “Registro de enfermagem no transoperatório”; 69,2% dos médicos anestesistas relataram registrar, os medicamentos utilizados, logo após a administração, na FA, os demais

Raquel Silva Bicalho Zunta

responderam registrar somente após a finalização do ato anestésico (15,4%) e ao final do procedimento cirúrgico (15,4%). Embora os profissionais de enfermagem afirmem ser suficiente o tempo para a realização dos registros relacionados aos procedimentos realizados, e os médicos anestesistas relatem registrar toda medicação (em diferentes momentos) que administram, ainda são encontradas muitas inadequações nos registros, resultando, como anteriormente mencionado, em perdas financeiras para o hospital.

Retomando as sugestões de melhoria no processo de faturamento assistencial nove auxiliares/técnicos citaram o “aprimoramento da passagem de plantão”; cinco médicos anestesistas a “conferência das informações comuns constantes da FA com o circulante de SO ao final do procedimento”. Quanto aos motivos de não correspondência dos registros de oxigênio na FA com os do Boletim de Sala de Centro Cirúrgico três médicos anestesistas declararam a “falta de comunicação com o circulante de sala operatória”.

Sabe-se que a passagem de plantão é considerada um momento fundamental para assegurar a continuidade, com qualidade, à assistência de enfermagem e contribuir para adequar as anotações de enfermagem⁸⁰. Portanto, as informações escritas e verbais devem ser fidedignas para, de fato, garantir a continuidade da assistência⁸¹.

Estudo⁶⁰, partindo da premissa que as organizações devem estar preparadas para suportar o crescente volume das informações, apresentando estruturas flexíveis para favorecer a tomada de decisão em tempo hábil e para adaptar-se rapidamente às mudanças no atendimento das necessidades da população, estruturou um modelo de relatório, a ser utilizado em hospitais universitários, para subsidiar a tomada de decisão assertiva e objetiva. Nesta direção, indicou que a informação de qualidade não é importante apenas no momento da passagem de plantão visto que a qualidade e a rapidez no intercâmbio de informações e de conhecimentos figuram como aspectos essenciais para o sucesso das organizações.

Silva, Campos⁸² sugerem, por meio de revisão da literatura, a capacitação da equipe multidisciplinar na intenção de minimizar os problemas relacionados à passagem de plantão para que os registros, sobre a assistência prestada ao paciente e os resultados dela advindos, sejam fidedignos. Afirmam que o sucesso da passagem de plantão depende de um trabalho em equipe bem articulado, e

Raquel Silva Bicalho Zunta

propõem que a passagem de plantão seja multidisciplinar, bem como seja um momento de educação e reflexão, visando reavaliar condutas e contribuindo para um melhor desenvolvimento do trabalho. Frente ao exposto, está posto que o HCE precise investir, continuamente, em programas de capacitação e sensibilização destinados tanto aos médicos anestesiologistas quanto aos profissionais da equipe de enfermagem, envolvidos nos processos assistenciais, com vistas à melhoria contínua do processo de faturamento assistencial.

Estudo que categorizou os motivos das glosas nas contas hospitalares, em unidades de convênios, por intermédio da análise de 432 anotações de enfermagem em 144 prontuários, de pacientes internados, em três unidades de convênio, de um hospital universitário, sugeriu estratégias para adequar as anotações de enfermagem. Dentre elas, está a implementação de ações de educação continuada no cotidiano da equipe de enfermagem, como forma de crescimento e aperfeiçoamento, realizado de forma individual, ou coletiva, validando, ou reformulando, valores e práticas; bem como orientação para a realização de anotações objetivas e criteriosas contribuindo para garantir menores perdas financeiras, além de ser um requisito válido para a defesa legal no ponto de vista jurídico⁸⁰.

É responsabilidade dos profissionais de enfermagem registrar no prontuário do paciente, de forma fidedigna, todas as informações inerentes ao cuidado prestado, seja em suporte tradicional (papel) ou eletrônico. Os registros, no prontuário do paciente, constituem a finalização do processo do cuidar e permitem o planejamento da assistência, aumenta a visibilidade da profissão, são subsídios para a auditoria de enfermagem e servem de defesa ou incriminação dos profissionais de saúde⁸¹. Destarte, investimentos em educação continuada, para valorização da atuação profissional e orientação da importância das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares, são imprescindíveis⁷⁴.

Apesar de buscas continuadas a literatura não se encontrou estudos que abordassem aspectos relacionados à documentação de outras categorias profissionais de saúde, que não os de enfermagem, indicando a necessidade do desenvolvimento de estudos que permitam a verticalização do conhecimento relativo a esta temática.

Embora a maioria dos estudos traga no seu bojo a problemática da equipe de enfermagem, enfatizando ações educativas, reafirma-se a necessidade de ações com

Raquel Silva Bicalho Zunta

esta intencionalidade também para os outros profissionais da equipe de saúde. Nota-se a pertinência do investimento em ações educativas partindo-se dos resultados deste estudo que demonstrou que como os médicos anestesistas contribuíram com quase o dobro de itens glosados, por conta hospitalar, em relação aos profissionais de enfermagem.

As instituições de saúde devem almejar a competência técnico-científica e investir na atualização constante do capital humano, sendo preciso intensificar as ações educativas que promovam, também, reflexão e mudança de comportamento, buscando a qualidade no desempenho dos profissionais de saúde⁸³.

Quando os profissionais compreenderem, se comprometerem e assumirem seu papel no processo de faturamento assistencial as divergências ou inadequações nos registros serão evitadas/reduzidas, diminuindo as glosas de itens constantes das contas hospitalares e favorecendo o êxito deste processo.

Neste sentido, reafirma-se a pertinência dos profissionais de saúde registrar adequadamente os procedimentos realizados visto que tal ação, além de constituir sua responsabilidade ética e legal^{32,33}, melhora os resultados econômicos das instituições nas quais atuam. Para que isso ocorra eles precisam estar sensibilizados em relação ao fato da documentação inadequada incorrer em perdas financeiras para a organização de saúde cujas consequências econômicas podem atingi-los direta ou indiretamente.

Houve duas sugestões de enfermeiros e quatro de médicos anestesistas relativas à devolutiva quanto aos motivos de glosa de itens das contas hospitalares revelando um aspecto a ser trabalhado pelo SEC. Advoga-se a favor do *feedback* como uma valiosa estratégia para motivar o colaborador a manter adequados níveis de atuação, quando estiver no caminho certo e, quando não estiver, para reorientá-lo ou redirecioná-lo como proceder, da melhor forma, para alcançar o desempenho profissional esperado. Considerando que o CC é uma das unidades hospitalares que representa um dos maiores faturamentos do hospital¹¹ e por tratar-se de uma unidade de alta complexidade¹² esse tipo de ação educativa deveria constituir uma dimensão a ser abordada periodicamente pelo SEC, logo após a realização do diagnóstico situacional sobre os motivos de glosas.

Revisão sistemática⁸⁴, abordando o efeito do *feedback* sobre o comportamento de profissionais de saúde, ao analisar 140 artigos, mostrou que

Raquel Silva Bicalho Zunta

após a avaliação do desempenho profissional de médicos, enfermeiros e farmacêuticos realizava-se o *feedback* individualmente objetivando motivar o colaborador a manter o que era considerado como um bom desempenho e que frequentemente eram realizados investimentos em treinamentos. De acordo com os resultados obtidos o *feedback* pode ser mais eficaz quando o profissional de saúde não está com um bom desempenho; quando a pessoa responsável pelo *feedback* é um supervisor ou colega; quando é sinalizado mais de uma vez; quando é feito verbalmente e por escrito e quando inclui o estabelecimento conjunto de uma meta clara e de um plano de ação. Conclui-se que o *feedback* pode ser usado para influenciar o desempenho profissional em diferentes áreas conduzindo a pequenas, mas potencialmente importantes, melhorias na prática profissional.

Após a identificação, na perspectiva de colaboradores do CC, sobre as facilidades e dificuldades referentes ao registro de procedimentos, materiais, medicamentos, equipamentos, gases e taxas e ao lançamento de débitos, e tendo em conta a relevância de investimentos para favorecer a capacitação dos profissionais da equipe cirúrgica, propôs-se uma ação educativa. A proposta da ação educativa foi desenvolvida visando promover aprendizagem significativa aos participantes por intermédio da aquisição de novos conhecimentos relativos ao processo de faturamento assistencial; favorecer o resgate de conhecimentos prévios sobre a temática e desencadear reflexões, individuais e coletivas, no sentido de estimulá-los a introduzir mudanças viáveis que possam contribuir com a diminuição da ocorrência de glosas técnicas nas contas hospitalares.

A princípio esta primeira ação educativa foi planejada para a abordagem dos profissionais de enfermagem separadamente da dos médicos anestesistas, contudo nas próximas ações acredita-se que será produtivo mesclar o grupo de participantes com representantes das diferentes categorias e com diferentes níveis de conhecimento sobre o faturamento assistencial, pois a documentação da assistência, prestada ao paciente no CC, compreende um conjunto de informações, algumas específicas de cada categoria e outras compartilhadas, que retratam a prática interprofissional (PIP).

De acordo com o *Canadian Interprofessional Health Collaborative - CIHC*⁽⁸⁵⁾, seis domínios de competências são essenciais para o êxito da PIP: comunicação interprofissional; cuidado centrado no paciente, cliente, família e comunidade;

Raquel Silva Bicalho Zunta

clarificação de papéis profissionais; dinâmica de funcionamento da equipe; resolução de conflitos interprofissionais e liderança colaborativa.

Assim, concorda-se que, em diferentes contextos de prestação de serviços de saúde, faz-se necessário a explicitação da PIP que reconhecidamente permite um possível deslocamento da reconhecida fragmentação para a articulação e a integração das ações de saúde; tende a aumentar a resolubilidade dos serviços e a qualidade da atenção à saúde, ampliar e melhorar a comunicação entre os profissionais e oportunizar o reconhecimento das contribuições específicas de cada área e de suas fronteiras sobrepostas⁽⁸⁶⁾.

Por fim, para que o HCE mantenha seu equilíbrio financeiro e competitividade, no segmento da saúde, reitera-se a necessidade de investimentos continuados em ações educativas direcionadas aos profissionais de saúde, envolvidos na documentação dos processos assistenciais, a fim de aprimorar esta PIP. Nesse prisma, o conhecimento dos grupos contábeis que mais geram glosas técnicas, os motivos e a participação, conforme cada categoria profissional, nas mesmas, bem como a identificação das facilidades e dificuldades relativas ao registro de materiais, medicamentos, equipamentos, gases e taxas e ao lançamento de débitos são aspectos que favorecerão a busca de alternativas que permitam a diminuição da ocorrência de glosas e, conseqüentemente, melhoria do processo de faturamento assistencial no CC. No entanto, os profissionais precisam estar sensibilizados e comprometidos com a adequação da documentação da assistência prestada compreendendo que a inadequação dos seus registros incorrerá em perdas financeiras para a organização de saúde que podem atingi-los direta ou indiretamente.

6. *Conclusão*

6. CONCLUSÃO

A partir do mapeamento, descrição e validação dos processos de auditoria e faturamento e de recurso de glosas vigentes no HCE; da análise de 383 contas hospitalares, relativas a um período de três meses típicos de atendimento no CC e da identificação, junto a médicos anestesistas, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem, das facilidades e dificuldades referentes ao registro de procedimentos, materiais, medicamentos, equipamentos, gases e taxas e ao lançamento de débitos, conclui-se que:

- ✓ O mapeamento, descrição e validação dos processos de auditoria e faturamento e de recurso de glosas por especialistas da área de auditoria de contas hospitalares, internos e externos ao HCE, propiciou maior visibilidade e legitimidade ao trabalho desenvolvido pelos enfermeiros auditores internos;
- ✓ O valor total relativo ao atendimento dos 383 pacientes no CC foi de R\$ 5.623.968,17 (100%), deste total R\$164.892,41 (2,93%) referiram-se às glosas técnicas, 2,01% relacionado à categoria “profissionais de enfermagem” e 0,92% a categoria “médico anestesista”;
- ✓ O valor total médio por conta hospitalar/paciente correspondeu a R\$ 14.683,99 (DP= R\$ 13.447,62), tendo variado de R\$ 2.638,74 a R\$ 105.567,27. Houve variação do valor glosado entre R\$1,06 e R\$ 4.280,69, com média de R\$ 430,53 (DP= R\$ 573,07). Extrapolando o valor médio glosado para 900 contas sujas ao mês e 10.800 contas sujas ao ano obtiveram-se os valores R\$ 387.477,00 e R\$ 4.649.724,00, respectivamente;
- ✓ A porcentagem de valor glosado variou de 0,003% a 28,55%, com média de 3,56% (DP=4,55) e a quantidade média de itens glosados foi de 3,58 (DP=3,13), variando de 1,00 a 22,00 itens por conta hospitalar/paciente;
- ✓ Foram glosados 1.373 itens sendo a categoria “profissionais de enfermagem” a que gerou a maioria das glosas (82,15%). Os itens do grupo contábil “materiais” foram os mais glosados (67,7%) seguidos pelos grupos contábeis “medicamentos” (13,2%), “equipamentos” (8,1%), “gases” (4,2%) e “taxas” (6,8%);

Raquel Silva Bicalho Zunta

- ✓ No que diz respeito aos itens glosados no grupo contábil “materiais” destacaram-se “avental descartável” (12,7%), “compressa” (7%) e “fio cirúrgico” (6,2%). No grupo contábil “medicamentos” 38,7% das glosas decorreram do item “solução”; no grupo “equipamentos” 31,3% das glosas foram referentes ao item “capnógrafo”, 24,1% ao “colchão/manta térmica” e 21,4 ao “aspirador”; no grupo “gases” 75,9% das glosas referiram-se ao item “oxigênio” e no grupo “taxas” o item “antisepsia” foi o mais expressivo com 44,1% das glosas;
- ✓ A maior porcentagem de itens glosados no grupo contábil “materiais”, 74,0%, foi gerada pela categoria “profissionais de enfermagem”, sendo superior à porcentagem da categoria “médico anestesista” (38,4%). Nos grupos contábeis “medicamentos”, “equipamentos” e “gases” a categoria “médico anestesista” apresentou mais itens glosados em comparação a categoria “profissionais de enfermagem”: 35,9% e 8,2%, 18% e 6,0% e 7,8% e 3,5%, respectivamente;
- ✓ A categoria “profissionais de enfermagem” foi responsável por 82,15% dos itens glosados e a categoria “médicos anestesistas” por 17,85% que, por sua vez, apresentou a maior porcentagem de itens glosados por paciente (1,83%) em relação à categoria “profissionais de enfermagem” (0,81%);
- ✓ Em relação à amostra de profissionais que responderam ao questionário visando identificar as facilidades e dificuldades referentes ao registro de procedimentos, materiais, medicamentos, equipamentos, gases e taxas e ao lançamento de débitos, a maioria dos enfermeiros e dos auxiliares/técnicos, responderam saber o que era faturamento assistencial e conhecer sua atuação neste processo; a totalidade dos médicos anestesistas respondeu desconhecer o que era faturamento assistencial.
- ✓ Para melhorar o processo de faturamento da assistência as propostas dos médicos anestesistas centraram-se na “realização da conferência da FA ao final do ato cirúrgico” (pelo profissional, pelo profissional em parceria com o circulante de SO ou outra pessoa não especificada destinada para esta atividade) e “aprimoramento do impresso”. Entre as propostas dos enfermeiros destacaram-se a “informatização da documentação” e o registro dos materiais, usados durante o procedimento cirúrgico, por meio de “leitura

Raquel Silva Bicalho Zunta

ótica”. Além das mesmas sugestões auxiliares/técnicos de enfermagem indicaram, adicionalmente, o uso de um impresso, gerado pela farmácia do HCE, no qual já estivessem contemplados os materiais que estão na sala cirúrgica, sendo registradas apenas as quantidades utilizadas, nos espaços em branco, destinados a este fim;

- ✓ O conhecimento das dificuldades e facilidades no processo de documentação da assistência prestada, evidenciadas por componentes da equipe cirúrgica, subsidiou a proposição de uma ação educativa, conjuntamente com enfermeiras do SEC, do Setor de Auditoria Interna e da Educação Continuada Operacional do HCE, com ênfase no processo de faturamento assistencial a fim de diminuir a ocorrência de glosas técnicas nas contas hospitalares do CC.

7. Referências

7. REFERÊNCIAS

1. Schutz V, Siqueira BT de. A enfermagem e o custo com os materiais hospitalares: uma revisão bibliográfica. *Cogitare Enferm.* 2011; 16(1): 148-53.
2. Lourenço KG, Castilho V. Classificação ABC dos materiais: uma ferramenta gerencial de custos em enfermagem. *Rev Bras Enferm (Brasília)*. 2006; 59 (1): 52-5.
3. Oliveira WT de, Rodrigues AVD, Haddad M do CL, Vannuch MTO, Taldivo MA. Concepções de enfermeiros de um hospital universitário público sobre o relatório gerencial de custos. *Rev Esc Enferm USP(São Paulo)*. 2012; 46(5). [Citado 12 Mai 2014]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000500021>.
4. Mauriz C, Lobo F, Lima RR, Oliveira S, Medeiros G. Faturamento Hospitalar: um passo a mais. *Revista Inova ação*. [periódico na internet]. 2012 jan-jun [citado 15 mai 2014]; 1(1): 38-44. Disponível em: <http://www4.fsanet.com.br/revista/index.php/inovaacao/article/view/479>.
5. Paim CRP, Ciconeli RM, Auditoria da avaliação da qualidade dos serviços de saúde. *Revista de Administração em Saúde*. 2007; 9(36): 85-91.
6. Ito EE, Senes AM, Senes AM, Santos MAM, Gazzi O, Martins SAS. Manual de anotação de enfermagem. São Paulo: Atheneu; 2004. p 208.
7. Ferreira TS, Souza-Braga ALS. Auditoria de enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares. *Aquichan*. 2009; 9(1): 38-49.
8. Motta AL. Auditoria de enfermagem no processo de credenciamento. 1ª ed. São Paulo: Iátria; 2003. Cap. 7.
9. Rodrigues VA, Perroca MG, Jerico MC. Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem. *Arquivos de Ciências da Saúde*. 2004; 11(4): 210-4.
10. Guimarães CL, Holanda JB de, Moraes JRS, Caldas A de JM. Glosas hospitalares: estudo comparativo realizado antes e depois da implantação dos serviços de auditoria de contas médicas. *Rev do Hospital Universitário/UFMA*. 2008; 9(1): 46-51.
11. Zunta RSB, Cardoso MLAP, Lisboa MAPLP, Castilho V. Treinamento com foco no faturamento assistencial: uma inovação no serviço de educação continuada. *Mundo da Saúde (São Paulo)*. 2006; 30 (2): 250-5.

Raquel Silva Bicalho Zunta

12. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC nº50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília (DF); 2002.
13. Dib MFF, Silva AFS, Iwamoto VE. Indicadores em centro cirúrgico. In: Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão. Leão ER, Silva CPR, Alvarenga DC, Mendonça SHF, organizadoras. São Caetano do Sul, SP: Yendis; 2009. p. 263-79.
14. Arashiro LA. Gestão de custo hospitalar: estudo de casos no município de São Paulo. [dissertação]. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas; 2004.
15. Guptill J. Knowledge Management in Health Care. J Health Care Finance. 2005 apr; 31(3): 10-14. [citado em 23 mai 2014]. Disponível em: http://www.kmatwork.com/images/Journal_HC_Finance_article_4-05.pdf
16. Santos MP dos, Rosa CDP. Auditoria de contas hospitalares: análise dos principais motivos de glosas em uma instituição privada. Rev Fac Ciênc Méd (Sorocaba). 2013; 15(4): 125-32.
17. Voese SB, Mello RJG. Análise bibliométrica sobre gestão estratégica de custos no Congresso Brasileiro de Custos: Aplicação da lei de Lotka. Revista Capital Científico – Eletrônica (RCCe). 2013 jan-jun; 11(1).
18. Oliveira LR, Schilling MCL. Análise do serviço de enfermagem no processo de planejamento estratégico em hospital. Rev de Gestão- USP (São Paulo). 2011 abr-jun; 18(2): 225-243.
19. Beuren IM, Schlindwein NF. Uso do Custeio por Absorção e do Sistema RKW para gerar informações gerenciais: Um estudo de caso em hospital. ABCustos Associação Brasileira de Custos. 2008 mai-ago; 3(2): 24-46.
20. Jericó M de C, Castilho V. Gerenciamento de custos: aplicação do método de Custeio Baseado em Atividades em Centro de Material Esterilizado. Rev esc enferm USP (São Paulo). 2010; 44(3). [citado 10 Mai 2014]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300028>.
21. Souza AA, Guerra M, Lara CO, Gomide PLR, Pereira CM, Freitas D. Controle de gestão em organizações hospitalares. Rev Gestão- USP(São Paulo). 2009 jul-set; 16(3): 15-29.
22. Ministério da Saúde e Organização Pan Americana de Saúde. Introdução à gestão de custos em saúde. 2013: file:///G:/ARTIGOS_2014_1/introducao_gestao_custos_saude%20MS%20E%20OPAS%202013.pdf [citado 25 maio 2014] cap 9.

Raquel Silva Bicalho Zunta

23. Ministério da Saúde e Organização Pan Americana de Saúde. Introdução à gestão de custos em saúde. 2013: file:///G:/ARTIGOS_2014_1/introducao_gestao_custos_saude%20MS%20E%20OPAS%202013.pdf [citado 25 maio 2014] cap 11.
24. Matos AJ de. Gestão de custos hospitalares: técnicas, análise e tomada de decisão. São Paulo: STS; 2002. Cap.10.
25. Zunta, RSB, Castilho V. O faturamento gerado pelos procedimentos de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. Rev Latino-Am Enfermagem. 2011; 19(3): 573-80. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000300017>.
26. Guerrer GFF. Auditoria de contas em um hospital de Ensino especializado em cardiologia e Pneumologia: um estudo de caso. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2012.
27. Setz VG, D’Innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. Acta Paul. Enferm. 2009; 22(3): 313-7
28. Scarparo AF, Ferraz CA. Auditoria de enfermagem: identificando sua concepção e métodos. Rev Bras Enferm (Brasília). 2008 maio-jun; 61(3): 302-5.
29. D’Innocenzo M, coordenadora, Feldman LB, Fazenda NR dos R, Helito RAB, Ruthes RM. Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. São Paulo: Martinari; 2010.
30. Buzatti CV, Chianca TC. Auditoria em enfermagem: erros e custos envolvidos nas anotações. Rev. Nursing (Barueri). 2005; 90(8): 46-50.
31. Tanji S, Dahmer M, Oliveira SRM, Silva CMSLMD. A importância do registro no prontuário do paciente. Enfermagem atual. 2004; 24(4): 16-20.
32. Conselho Federal de Medicina (CFM), Resolução CFM Nº 1.931/2009, Cap. 10, Art. 87. [Citado em 10 abr 2014]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20665:codigo-de-etica-medica-res-19312009-capitulo-x-documentos-medicos&catid=9:codigo-de-etica-medica-atual&Itemid=122.
33. Conselho Regional de Enfermagem. [Citado em 10 abr 2014]. Disponível em: <http://www.coren-sp.gov.br/node/35326>.
34. Mira VL, Minami LF, Ferrari CRS, Ortiz DCF, Follador NN. Anotação de Enfermagem. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH. Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE): evolução e tendências. 5a ed. São Paulo: Ícone; 2012. 259-72.

Raquel Silva Bicalho Zunta

35. Novaga AP, Santos LAG, Fé MM, Almeida SR, Coutinho NPS. Avaliação dos registros dos prontuários dos pacientes que realizaram hemodiálise na clínica de nefrologia de um Hospital Universitário em São Luís. *Rev do Hospital Universitário/UFMA (Maranhão)*. 2008 jan-jun. 9(1): 9-12.
36. Souza V, Moura FL, Flores ML. Fatores determinantes e consequências de falhas registradas na assistência de enfermagem: um processo educativo. *Rev Min Enferm*. 2002; 6 (1/2): 30-4.
37. Griffiths P, Debbage S, Smith A. A comprehensive audit of nursing record keeping practice. *British Journal of nursing*. 2007; 16 (21): 1324-27.
38. Possari JF. Centro Cirúrgico: planejamento, organização e gestão. 4ª ed. São Paulo: Iátria; 2009.
39. Bedin E, Ribeiro LBM, Barreto RASS. Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. *Rev Eletrônica de Enfermagem*. [periódico na internet]. 2006 Dez [citado 18 mai 2014]; 7(1) [S.l.]: 118-27. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/846/1018>.
40. Práticas recomendadas SOBECC: centro de material e esterilização, centro cirúrgico, recuperação pós-anestésica. 6ª ed. rev. e atual. São Paulo: Manole; 2013. Cap. 2.
41. Práticas recomendadas SOBECC: centro de material e esterilização, centro cirúrgico, recuperação pós-anestésica. 6ª ed. rev. e atual. São Paulo: Manole; 2013. Cap. 6.
42. Práticas recomendadas SOBECC: centro de material e esterilização, centro cirúrgico, recuperação pós-anestésica. 6ª ed. rev. e atual. São Paulo: Manole; 2013. Cap. 5.
43. Caciquinho RCA, Sena RR. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enferm* [serial on the Internet]. 2006 Dec [cited 2014 June 12]; 14(6): 837-42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000600002>.
44. Mourão L, Martins J. Quem está motivado para aprender com as ações de treinamentos empresariais? *Paidéia-USP* 2010; 20: 187-96.
45. Meneses PPM, Abbad G. Proposta para Desenvolvimento de Modelos de Avaliação da Efetividade de Programas de Treinamento. *RAC-Eletrônica* 2009 jan-abr; 3(1): 105-22. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/rac-e>
46. Silva LAA, Bonacina DM, Andrade A, Oliveira TC. Desafios na construção de um projeto de educação permanente em saúde. *Rev Enferm UFSM* 2012 Set/Dez; 2(3): 496-506.

Raquel Silva Bicalho Zunta

47. Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de Pesquisa: planejamento execução de pesquisas, amostragem e técnicas de pesquisa, elaboração, análise interpretação de dados. 7ª Ed. 5ª reimpr. São Paulo: Atlas; 2011. 277p.
48. Yin RK. Estudo de caso: Planejamento e método. 4ª Ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.
49. Jericó MC. Aplicação do Custeio Baseado em Atividades em Centro de Material. [tese-doutorado]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2008.
50. Goodman L. Snowball sampling. Annals of Mathematical Statistics 1961; 32: 148-70.
51. Dunn OJ. Multiple comparisons using rank sums. Technometrics 1964; 6: 241-252.
52. Zeger SL, Liang KY. Longitudinal data analysis for discrete and continuous outcomes. Biometrics 1986; 42: 121-130.
53. Messias M. Construção coletiva de programas educativos: potencialidade para consecução da educação permanente em saúde [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.
54. Zinn, GR. Educação permanente em saúde: de diretriz política a uma prática possível. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.
55. Miyaashita, PT, Salomon VAP. Inovação Tecnológica e Propriedade Intelectual: Desafios da Engenharia de Produção na Consolidação do Brasil no Cenário Econômico Mundial Belo Horizonte, MG, Brasil, XXXI ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO 04 a 07 de outubro de 2011. pag 1-15 - http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2011_TN_STP_135_855_17627.pdf.
56. Braga PS da C 2010. Mapeamento dos processos de trabalho da área de contratos e transferência de tecnologia da GESTEC como ferramenta para a implantação de melhorias organizacionais. Dissertação. Rio de Janeiro, abril de 2010. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/2010>.
57. Guerrer GF, Castilho V, Lima AFC. Processo de formação de contas em um hospital de ensino especializado em cardiologia e pneumonia. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2014 jul/set;16(3):558-65. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i3.23487>.
58. Berlitz, F de A. Análise crítica de experiência com redesenho de processos em um laboratório clínico. J. Bras. Patol. Med. Lab. [Internet]. 2011 June [cited 2016 May 08] ; 47(3): 257-269. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167624442011000300009&lng=en <http://dx.doi.org/10.1590/S1676-24442011000300009>.

Raquel Silva Bicalho Zunta

59. Demarchi TM. Gestão por processos como ferramenta da qualidade em um hospital-maternidade público do município de São Paulo. RAS _ Vol. 14, No 54 – Jan-Mar,2012.
http://www.cqh.org.br/porta/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=267&p_nanexo=%2027.
60. Cintra RF, Vieira SFA, Hall RJ, Fernandes CR. A informação do setor de faturamento como suporte à tomada de decisão: um estudo de caso no Hospital Universitário da UFGD. Rev Ciênc saúde coletiva 2013 Out; 18(10). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013001000029&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
61. Levcovitz E, Pereira TRC. SHI/SUS (Sistema AIH): uma análise do sistema público de remuneração de internações hospitalares no Brasil 1983-1991. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1993. 83p. disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0281.pdf>.
62. Teixeira RVL. O retorno financeiro das atividades realizadas pela enfermagem em uma Unidade de terapia Intensiva. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2012.
63. Oliveira AS, Costa CR da, Arndt ABM. Glosa de materiais e medicamentos em um hospital privado na cidade de Brasília – DF. Rev Acta de Ciências e Saúde 2012 2(1): 1-12. Disponível em: <http://www.ls.edu.br/actacs/index.php/ACTA/article/view/39>
64. Vecina NG, Ferreira JWC. Administração de materiais para sistemas locais de saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Administração. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001. 117-58.
65. Castilho V, Leite MMJ. A administração de recursos materiais na enfermagem. In: Kurcgant P. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU; 1991. 73-88.
66. Santos GMM dos S. Materiais e Medicamentos: vetores de custo no setor de saúde suplementar. Série IEES- Instituto de Estudos de Saúde Suplementar 2013. 1-13. Disponível em: <http://www.iess.org.br/TDIESS00462013MatMed.pdf>.
67. Castilho V, Gonçalves VLM. Gerenciamento de Recursos materiais. In: Kurcgant P, Coordenadora. Gerenciamento em Enfermagem. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p.157-70.
68. Secoli SR, Padilha KG, Litvoc J. A análise de custo-efetividade da terapia analgésica utilizada na dor pós-operatória. Rev. Latino Am. Enferm. 2008; 16(1): 42-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692008000100007&script=sci_arttext&tlng=pt.
69. Godoi AP de, Machado C da S, Lins MA, Cruz MG da, Batista VM, Rosa BA. Auditoria de custo: análise comparativa das evidências de glosas em prontuário hospitalar. Rev Inst Ciênc Saúde 2008; 26(4): 403-8. Disponível em:

Raquel Silva Bicalho Zunta

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=577602&indexSearch=ID>.

70. Cunha AP, Orofino CLF, Costa AP, Donato Junior G. Serviço de enfermagem: um passo decisivo para a qualidade. *Rev Nursing* 2003; 60(6): 25-30. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=349675&indexSearch=ID>.

71. Matsuda LM, Silva DMPP, Évora YDM, Coimbra JAH. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? *Rev eletr de enferm.* 2006; 8(03): 415-421. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm.

72. Duarte IG, Ferreira DP. Uso de indicadores na gestão de um centro cirúrgico. *Rev Adm Saúde.* 2006 abr-jun. 8(31): 63-70.

73. Zoehler, KG, Lima, MADS. Opinião dos auxiliares de enfermagem sobre a passagem de plantão. *Rev Gaúcha de Enferm.* 2000; 21(2): 110-124.

74. Prado PR do P, Assis WAL de M e. A importância das anotações de enfermagem nas glosas hospitalares. *Rev Cuid Art.* 2011 jan-jun; 5(1): 62-68.

75. Riolino AN, Kliukas GBV. Relato de experiência de enfermeiras no campo de auditoria de prontuário – uma ação inovadora. *Rev Nursing* 2003; 65(6): 35-9.

76. O Cofen e a Enfermagem na América Latina - Ivete Santos Barreto, Cristina Krempel, Dorisdaia Carvalho de Humerez. *Enfermagem em Foco.* 2011; 2(4):251-254 <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/195/131>.

77. WANG N., HAILEY D. & YU P. (2011) WANG N., HAILEY D. & YU P. (2011) Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 67(9), 1858–1875. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/David_Hailey/publication/51019425_Quality_of_nursing_documentation_and_approaches_to_its_evaluation_a_mixedmethod_systematic_review/links/00b4951cceabd8433e000000.pdf.

78. Perez G, Zwicker R. Fatores determinantes da adoção de sistemas de informação na área de saúde: um estudo sobre o prontuário médico eletrônico. *RAM, Rev. Adm. Mackenzie (Online)*, São Paulo , 11(1), p. 174-200, Feb. 2010 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-69712010000100008&lng=en&nrm=iso. access on 10 May 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1678-69712010000100008>.

79. Gaidzinski RR, Cruz DALM, Pimenta CAM, Soares AVN, Lima AFC, Sancinetti TR, et al. Impacto da classificação do diagnóstico de enfermagem na prática clínica do enfermeiro. In: Gaidzinski RR, Soares AVN, Lima AFC, Gutierrez BAO, Cruz DALM, Rogenski NMB, et al. *Diagnóstico de enfermagem na prática clínica.* Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 354-68.

Raquel Silva Bicalho Zunta

80. Luz A, Martins AP, Dynewicz AM. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [serial on line] 2007 Mai-Ago; 9(2): 344-361. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a05.htm>.
81. Conselho Regional de Enfermagem. Por que as anotações de enfermagem são importantes? O uso do carimbo é obrigatório? 2012. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/por-que-as-anotacoes-de-enfermagem-sao-importantes-o-uso-do-carimbo-e-obrigatorio_15619.html.
82. Silva ÉE, Campos L de F. Passagem de plantão na enfermagem: revisão da literatura. *Cogitare Enferm* 2007 Out-Dez; 12(4):502-7.
83. Torres MM, Andrade D de A, Santos CB dos. Punção venosa periférica: avaliação de desempenho dos profissionais de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 maio-junho; 13(3):299-304. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae.
84. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, O'Brien MA, Johansen M, Grimshaw J, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and patient outcomes. *Cochrane Databases of Systematics Review* 2012, Issue 6. Art. No.:CD000259. DOI:10.1002/14651858.CD000259.pub3 Disponível em: http://www.cochrane.org/CD000259/EPOC_audit-and-feedback-effects-on-professional-practice-and-patient-outcomes.
85. Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). A National Interprofessional Competence Framework [Internet]. Vancouver: CIHC; 2010. Available from: http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf.
86. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2013 Aug; 47(4): 977-83. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029>.

8. *Apêndices*

8. APÊNDICES

APÊNDICE I INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Convênio: _____ Valor total da conta: _____ Data: ____/____/____

Cirurgia: () Cardio () Neuro () Vascular () Otorrino () Ortopedia () Gastro () Plástica () G.O. () _____

Sexo: () M () F Idade: _____

Descrição do item glosado por grupo contábil	Valor total glosado	Categoria profissional: “A”; “E”*	Característica da Glosa: “R”; “C”; “PM”; “PE”; “FA”**
MATERIAL			
MEDICAMENTO			
EQUIPAMENTOS			
TAXAS			
GASES			

*Identificação da categoria do profissional relacionado à glosa: letra “A” para médico anestesista e “E” para enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem;

**Característica da Glosa: “R” para registro (médicos e enfermagem); “C” para checagem; “PM” para prescrição médica; “PE” para prescrição de enfermagem e “FA” para ficha de anestesia.

*Raquel Silva Bicalho Zunta***APÊNDICE II****QUESTIONÁRIO PARA O MÉDICO ANESTESISTA**

MA: _____ Sexo: ____: Idade: _____ Data: ____/____/____

1. Qual o seu tempo de formado (a)?

- ☐ menos de 5 anos
- ☐ 6 a 10 anos
- ☐ 11 a 15 anos
- ☐ 16 a 20 anos
- ☐ 21 a 25 anos
- ☐ 26 ou mais

2. Qual o seu tempo de atuação nesta instituição?

- ☐ menos de 5 anos
- ☐ 6 a 10 anos
- ☐ 11 a 15 anos
- ☐ 16 a 20 anos
- ☐ 21 a 25 anos
- ☐ 26 ou mais

3. Você sabe o que é faturamento assistencial? () sim () não

4. Em sua opinião você possui algum papel no faturamento assistencial? Qual?

5. Você recebeu treinamento/orientação de como preencher a Ficha de Anestesia (FA)? () sim () não Conte-me como aprendeu?

6. Qual seu próximo passo após o preparo e administração do medicamento ao paciente?

7. O que você faz com os medicamentos que não foram utilizados para o paciente?

Raquel Silva Bicalho Zunta

-
-
-
-
8. Você foi treinado/orientado quanto ao protocolo de uso da manta térmica? () sim
() não. Como você fundamenta a indicação do uso da manta térmica?

9. Quais os motivos de você não registrar a temperatura do paciente em uso de manta térmica?

10. Na sua vivência qual/ quais é/são o/os motivo/motivos do uso de oxigênio na SO não corresponder ao registro contido na FA?

11. O que você faz com os materiais que não foram usados durante o procedimento cirúrgico?

12. A partir da sua prática clínica e experiência profissional qual/ quais seria/seriam a/as sua/suas proposta/propostas para melhorar o processo de faturamento da assistência?

*Raquel Silva Bicalho Zunta***APÊNDICE III****QUESTIONÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

ENF /TE /AE: _____ Sexo: ____: Idade: _____ Data: ____/____/____

1. Qual o seu tempo de formado (a)?

- ☐ menos de 5 anos
☐ 6 a 10 anos
☐ 11 a 15 anos
☐ 16 a 20 anos
☐ 21 a 25 anos
☐ 26 ou mais

2. Qual o seu tempo de atuação nesta instituição?

- ☐ menos de 5 anos
☐ 6 a 10 anos
☐ 11 a 15 anos
☐ 16 a 20 anos
☐ 21 a 25 anos
☐ 26 ou mais

3. Você sabe o que é faturamento assistencial? () sim () não

4. Em sua opinião você possui algum papel no faturamento assistencial? Qual?

5. Você recebeu treinamento/orientação de como preencher o “Registro de enfermagem no transoperatório”? () sim () não Caso contrário como aprendeu?

6. Na sua opinião o tempo cirúrgico para o registro no impresso do “Registro de enfermagem no transoperatório” é: () suficiente () pouco suficiente () insuficiente

7. Você registra todos os materiais que são usados durante o procedimento cirúrgico? () sim () não Justifique: _____

8. Considerando que todos os materiais usados durante o procedimento cirúrgico devem estar registrados no “Registro de enfermagem no transoperatório”, na sua opinião, por que muitos não o são?

Raquel Silva Bicalho Zunta

-
-
-
9. Você recebeu treinamento/orientação de como preencher o “Registro de cobrança no transoperatório”? () sim () não Caso contrário como aprendeu?

10. Na sua opinião o tempo cirúrgico para registro no “Registro de cobrança no transoperatório” é: () suficiente () pouco suficiente () insuficiente

11. Os médicos usam o avental que vem no kit cirúrgico? () sim () não Se não, quais os motivos?_____

12. Você recebeu treinamento/orientação para a cobrança de taxa de antissepsia? Qual?

13. Você recebeu treinamento/orientação de como preencher o Boletim de SO?
() sim () não Caso contrário como aprendeu?

14. O que você leva em consideração para a cobrança da taxa kit uniforme (máscara, gorro e propé) no Boletim de SO?

15. O que você faz com os materiais que estão na SO e não foram usados no procedimento cirúrgico?

16. Como você controla e documenta os fios cirúrgicos usados durante o procedimento cirúrgico?

Raquel Silva Bicalho Zunta

17. A partir da sua prática clínica e experiência profissional qual/quais seria/seriam a/as sua/suas proposta/propostas para melhorar o processo de faturamento da assistência?

Raquel Silva Bicalho Zunta

APÊNDICE IV

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Raquel Silva Bicalho Zunta, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Pretendo desenvolver a pesquisa “O gerenciamento de custos relativos às glosas técnicas em um Centro Cirúrgico: um estudo de caso”, sob a orientação do Prof. Dr Antônio Fernandes Costa Lima.

Para atingir os objetivos: “Identificar, na perspectiva de profissionais de enfermagem, médicos anestesiistas e médicos cirurgiões atuantes no Centro Cirúrgico (CC), as facilidades e dificuldades relativas ao registro de procedimentos, medicamentos, equipamentos e materiais e ao lançamento de débitos” e “Propor uma intervenção educativa com foco no faturamento assistencial direcionada aos profissionais da equipe cirúrgica que compõe o quadro de colaboradores do CC” gostaríamos de convidá-la(o) a participar respondendo a algumas questões relacionadas à temática em estudo.

Estima-se que você dispendará, em média, 20 minutos para responder as questões. Sua participação no estudo ocorrerá no local e horário que melhor lhe convier, não ocasionando alterações no desenvolvimento das suas atividades, e poderá ser interrompida, a qualquer momento, mediante sua solicitação, sem qualquer prejuízo de ordem pessoal ou acadêmico.

Asseguramos-lhe o anonimato e a garantia de que os resultados desta pesquisa serão utilizados e divulgados com finalidade única de contribuir para o conhecimento científico, sem qualquer ganho pessoal ou econômico para os pesquisadores.

Consideramos que os resultados obtidos poderão subsidiar a gerência do Hospital Campo de Estudo (HCE), bem como os profissionais atuantes no CC na condução de estratégias visando prevenir e evitar a ocorrência de glosas técnicas que comprometem o faturamento hospitalar.

Ressaltamos que o projeto de pesquisa foi aprovado pelas Comissões de Ética e Pesquisa da EEUSP e do HSL, não havendo ônus de qualquer natureza para o HSL na condução desta pesquisa.

Este Termo foi elaborado em duas vias, uma pertence a você e a outra será arquivada pelos pesquisadores.

Eu _____ fui suficientemente esclarecida(o) sobre a pesquisa e estou ciente dos seus objetivos e forma de condução. Assim, concordo em participar, voluntariamente.

São Paulo, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do
participante da pesquisa

Raquel Silva Bicalho Zunta
Av. Mofarrej, 154 - ap.73, Vila
Leopoldina, CEP: 05311-000
Fone: (11) 984707569
E-mail: rsbzunta@usp.br

Prof. Dr. Antônio F.C. Lima
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar,
419 Cerqueira César - São Paulo /
SP, CEP: 05403-000
Fone: (11) 3061-7551
E-mail: tonifer@usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Fone: 3061-7548. E-mail: edipesq@usp.br