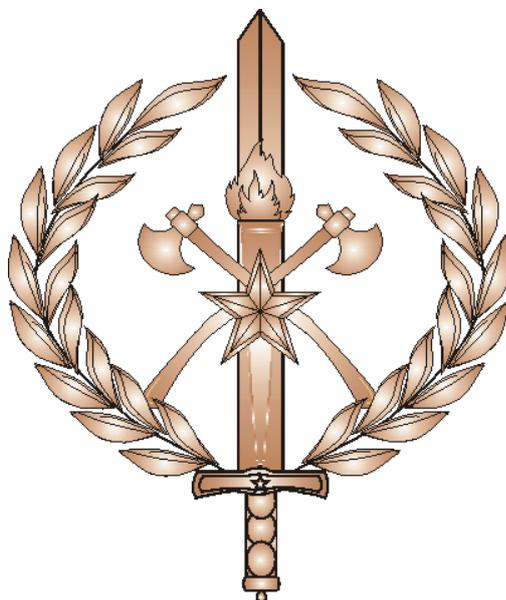


**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
DEPARTAMENTO DE ENSINO, PESQUISA, CIÊNCIA E TECNOLOGIA
DIRETORIA DE ENSINO
CENTRO DE ESTUDOS DE POLÍTICA, ESTRATÉGIA E DOCTRINA
CURSO DE ALTOS ESTUDOS PARA OFICIAIS**

Ten Cel. QOBM/C.Dent. **CAMILA REZENDE DE FREITAS FONSECA**



**ÓRTESES, PRÓTESES, MATERIAIS ESPECIAIS E DE SÍNTESE:
ANÁLISE E CONTROLE NO CBMDF**

BRASÍLIA
2021

Ten Cel. QOBM/C.Dent. **CAMILA** REZENDE DE FREITAS FONSECA

ÓRTESES, PRÓTESES, MATERIAIS ESPECIAIS E DE SÍNTESE: ANÁLISE E CONTROLE NO CBMDF

Trabalho monográfico apresentado ao Centro de Estudos de Política, Estratégia e Doutrina como requisito para conclusão do Curso de Altos Estudos para Oficiais Combatentes, Complementares e de Saúde do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal.

Orientadora: Ten-Cel. QOBM/Méd. **MARIANA** SIRIMARCO FERNANDES

BRASÍLIA
2021

Ten- Cel. QOBM/C.Dent. **CAMILA REZENDE DE FREITAS FONSECA**

**ÓRTESES, PRÓTESES, MATERIAIS ESPECIAIS E DE SÍNTESE: ANÁLISE E
CONTROLE NO CBMDF**

Monografia apresentada ao Centro de Estudos de Política, Estratégia e Doutrina como requisito para conclusão do Curso de Altos Estudos para Oficiais Combatentes, Complementares e de Saúde do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal.

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

DENILSON DA SILVA MARQUES – Ten-Cel. QOBM/Comb.
Presidente

CLAYSON AUGUSTO MARQUES FERNANDES – Ten-Cel. QOBM/Comb.
Membro

ZILTA DIAZ PENNA MARINHO – Ten-Cel. QOBM/Comb.
Membro

MARIANA SIRIMARCO FERNANDES – Ten-Cel. QOBM/Méd.
Orientadora

Dedico esta, bem como as minhas demais conquistas, a Deus, aos meus amados pais Fausta e Manoel, aos meus filhos Ana Clara e João Paulo e ao meu marido Roberto, meus maiores incentivadores nesta vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, pela força e coragem durante toda esta longa caminhada.

Agradeço, amorosamente, aos meus pais, a quem devo tudo. Desde cedo, iluminaram meu futuro com a luz mais brilhante que poderiam encontrar: o estudo.

Agradeço às minhas irmãs Ana Carolina e Fernanda, por me incentivarem sempre que aparecem novos desafios.

Agradeço, especialmente, aos meus filhos Ana Clara e João Paulo, que com tão tenra idade superaram com êxito a minha ausência durante os dias dedicados a este estudo. Gratidão eterna a todos que tornaram minha ausência mais tranquila para eles. Amo vocês!

Agradeço ao meu marido Carlos Roberto, incansável companheiro de vida, de ideias e de estudo. Sou grata a Deus por ter colocado você em minha vida. Obrigada pelo apoio de sempre!

Agradeço a todos os instrutores e colegas do CBMDF, pela experiência única de conhecer a rotina de cada um de vocês. Sempre me lembrarei das lições compartilhadas durante esses meses!

Agradeço à minha orientadora Ten-Cel Mariana que, mesmo envolvida em suas ocupações profissionais, se disponibilizou a me guiar no desenvolvimento deste trabalho. Obrigada pela oportunidade e parceria!

Agradeço aos meus colegas da SUAUD, pelo empenho em prestar esclarecimentos para subsidiar os estudos referentes a este trabalho. É muito gratificante poder trabalhar em um ambiente como o nosso!

Agradeço, especialmente, ao Comandante do CEPED, Ten-Cel Pedroso, que se empenhou para o sucesso do Curso de Altos Estudos para Oficiais.

Agradeço à instrutora de metodologia científica da pesquisa, professora Zilta, por compartilhar seus conhecimentos e colaborar para a realização deste trabalho de forma clara e objetiva.

“Não é sobre chegar no topo do mundo e
saber que venceu.

É sobre escalar e sentir que o caminho te
fortaleceu”.

Ana Vilela

RESUMO

Até o ano de 2012, inexistia no Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal uma seção específica para auxiliar a auditoria médica, no que tange à utilização de órteses, próteses, materiais especiais e de síntese (OPMEs) em cirurgias de militares e seus dependentes. Este trabalho objetivou mostrar como o cenário de análise e controle de OPMEs evoluiu dentro da Corporação, por meio de pesquisa descritiva. O custo relacionado a esses materiais já representou cerca de 27% dos gastos anuais da Diretoria de Saúde do CBMDF com a rede credenciada, o que evidencia a importância de um controle adequado. Os dados financeiros apresentados neste trabalho foram extraídos de planilhas e banco de dados alimentados com informações sobre: i) o custo inicial das solicitações feitas por médicos assistentes; e ii) os pagamentos efetuados após negociação direta com os fornecedores. A comparação entre esses valores permite concluir que o combate ao sobrepreço e a possíveis abusos na utilização de OPMEs está sendo eficaz, evitando o desperdício de verbas públicas. O trabalho propõe, ainda, melhorias a serem futuramente consideradas pela DISAU.

Palavras-chave: Auditoria Médica. Gastos Públicos. Materiais Especiais. OPMEs. Órteses. Próteses.

ABSTRACT

Until 2012, there was no specific section in CBMDF to support medical audit with regards to the use of orthotics, prostheses, special materials and synthesis materials (OPMEs) in surgeries of the military and their dependents. This work aims to show how the scenario of analysis and control of OPMEs evolved within the Corporation, through descriptive research. The cost related to these materials has already represented about 27% of the annual expenses of the CBMDF Health Board with the accredited companies, which highlights their importance of adequate control. The financial data presented in this work were extracted from spread sheets and databases fed with information on: i) the initial costs requested by assistant physicians; and (ii) payments made after direct negotiation with suppliers. The comparison between these values allows us to conclude that the fight against overpricing and possible abuses in the use of OPMEs is being effective, avoiding the waste of public funds. The work also proposes improvements to be considered in the future by DISAU.

Keywords: Medical Audit. Orthotics. Prostheses. Public Spending. Special Materials.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Organograma	25
Figura 2- Exemplo de gráfico de Pareto	40
Figura 3 – Número de cirurgias vasculares de 2014 a 2017	48
Figura 4- Cotação de monitorização nervosa intraoperatória em 2015.	56
Figura 5-Cotação de monitorização nervosa intraoperatória em 2019.....	57
Figura 6– Cotação de material para ureterolitotripsia em 2018.....	58
Figura 7- Cotação de material para ureterolitotripsia em 2020.....	58
Figura 8- E-mail mostrando a dificuldade proporcionada pelas diferentes nomenclaturas utilizadas	60
Figura 9-Gráfico do número de cirurgias realizadas em 2019 com uso de OPMEs, por especialidade	61
Figura 10- Gráfico dos gastos com OPME sem 2019, por especialidade	62
Figura 11- E-mail demonstrando a prática ilegal da taxa de comercialização	64
Figura 12- E-mail demonstrando a prática ilegal da taxa de comercialização	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Diferença entre os valores iniciais e os valores efetivamente autorizados para aquisição de OPMEs no ano de 2013 (valores em Reais).....	45
Tabela 2 - Número de procedimentos de 2013 a 2020	45
Tabela 3 - Diferença entre os valores iniciais e os valores efetivamente autorizados para aquisição de OPMEs no ano de 2014 (valores em Reais).....	46
Tabela 4 - Diferença entre os valores iniciais e os valores efetivamente autorizados para aquisição de OPMEs no ano de 2015 (valores em Reais).	48
Tabela 5 - Verba destinada ao credenciamento em saúde do CBMDF de 2013 a 2020	48
Tabela 6 - Diferença entre os valores iniciais e os valores efetivamente autorizados para aquisição de OPMEs no ano de 2016 (valores em Reais).	49
Tabela 7 - Diferença entre os valores iniciais e os valores efetivamente autorizados para aquisição de OPMEs no ano de 2017 (valores em Reais).	50
Tabela 8 - Diferença entre os valores iniciais e os valores efetivamente autorizados para aquisição de OPMEs no ano de 2018 (valores em Reais).	51
Tabela 9 - Diferença entre os valores iniciais e os valores efetivamente autorizados para aquisição de OPMEs no ano de 2019 (valores em Reais).	52
Tabela 10 - Diferença entre os valores iniciais e os valores efetivamente autorizados para aquisição de OPMEs no ano de 2020 (valores em Reais).	53
Tabela 11 - Comparação entre os valores destinados ao credenciamento e os gastos com OPMEs nos anos de 2013 a 2020.....	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANAHP	Associação Nacional de Hospitais Privados
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAEO	Curso de Altos Estudos para Oficiais
Cap	Capitão
CBMDF	Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal
CEABM	Centro de Assistência ao Bombeiro Militar
CECAF	Centro de Capacitação Física
CECAN	Coordenação de Administração de Contratos
CGDF	Controladoria Geral do Distrito Federal
COFIN	Coordenação de Orçamento e Finanças
CPMED	Centro de Perícias Médicas
DERHU	Departamento de Recursos Humanos
DIGEP	Diretoria de Gestão de Pessoal
DINAP	Diretoria de Inativos e Pensionistas
DISAU	Diretoria de Saúde
DITIC	Diretoria de Tecnologia da Informação e Comunicação
FCDF	Fundo Constitucional do Distrito Federal
FS-CBMDF	Fundo de Saúde do Corpo de Bombeiros do Distrito Federal
GDF	Governo do Distrito Federal
TEM	Medicina Baseada em Evidências
OPME	Órtese, Prótese, Materiais Especiais e de Síntese
PARF	Plano de Aplicação de Recursos Financeiros
PMDF	Polícia Militar do Distrito Federal
PODON	Policlínica Odontológica
POMED	Policlínica Médica
SANCO	Subseção de Análise e Controle de OPMEs
SEAUD	Seção de Auditoria em Serviços de Saúde
SECOP	Seção de Controle e Planejamento Orçamentário
SIAFI	Sistema Integrado de Administração Financeira

SUAUD	Subseção de Auditoria em Serviços de Saúde
TCDFT	Tribunal de Contas do Distrito Federal e Territórios
Ten-Cel	Tenente Coronel

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
1.1. Definição do problema	17
1.2. Justificativa.....	17
1.3. Objetivos	18
1.3.1. Objetivo geral.....	18
1.3.2. Objetivos específicos.....	18
1.4. Questões norteadoras.....	19
1.5. Definição de termos	19
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	20
2.1. Direito à saúde	20
2.2. Política de coparticipação na saúde do CBMDF	21
2.2.1. A saúde no CBMDF.....	23
2.3. A auditoria em saúde	25
2.4. Definição e regulamentação de OPMEs	27
2.5. Credenciamentos na área de saúde	29
2.6. Fatores que aumentam o uso de OPMEs na saúde	33
2.7. Dificuldades na negociação de OPMEs	34
3. METODOLOGIA	40
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
6. RECOMENDAÇÕES.....	67
REFERÊNCIAS.....	69
APÊNDICES.....	78
APÊNDICE A – Entrevista com o Cap. Bruno Aragão (Subseção de Análise e Controle de OPMEs – SANCO no CBMDF)	79

APÊNDICE B- Entrevista com o Cel. Carlos Eduardo Queiroz, Diretor de Assistência à Saúde da PMDF	84
APÊNDICE C - Modelo de relatório a ser entregue anualmente pela SANCO à DISAU	86
ANEXOS	91
ANEXO A – Tabelas de numeração e controle de cirurgias emergenciais e eletivas dos anos de 2013 a 2020.....	92
ANEXO B- Banco de dados da SANCO.....	93

1. INTRODUÇÃO

Em 2020, o Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF) conta com um efetivo de mais de cinco mil e quinhentos militares da ativa (CBMDF, 2020a). Segundo dados obtidos diretamente com a Diretoria de Gestão de Pessoal (DIGEP) e a Diretoria de Inativos e Pensionistas (DINAP), têm-se o total de 29.512 vidas administradas pela Diretoria de Saúde (DISAU), somados os militares ativos e inativos, seus pensionistas e dependentes.

A DISAU é responsável pelo orçamento, planejamento, execução e controle das políticas de saúde da Corporação. De acordo com o Plano de Aplicação de Recursos Financeiros (PARF) 2020, seu orçamento total é de cerca de 72 milhões de reais (CBMDF, 2019). Os recursos advêm do Fundo Constitucional do Distrito Federal (FCDF) e do Fundo de Saúde (FS-CBMDF) com política de coparticipação. O percentual desta coparticipação, em caráter obrigatório, varia de acordo com o grupo familiar, ou seja, o grau de parentesco com o titular no qual o beneficiário do sistema se enquadra (BRASIL, 2002a).

A crescente elevação dos custos na saúde trouxe a necessidade de capacitação e realização de estudos, voltados para a racionalização no processo de alocação orçamentária, o equilíbrio entre custos e recursos financeiros e a otimização de resultados (FRANCISCO; CASTILHO, 2002). Requer, ademais, a adoção de estratégias de controle cada vez maiores, inclusive para garantir a viabilidade das instituições de saúde (LOURENCO; CASTILHO, 2006).

Em particular, o custo anual com a aquisição de órteses, próteses e materiais especiais (OPMEs) tem aumentado substancialmente, podendo representar até 80% (oitenta por cento) de uma conta hospitalar (ABRAIDI, 2018). Em boa parte, tal elevação se deve ao incremento de novas tecnologias, o que Silva *et al* (1993) demonstram tratar-se de um fenômeno universal, e não apenas brasileiro. Isto é, apesar dos notáveis ganhos de eficácia que proporciona, a evolução tecnológica contribui de maneira significativa para aumentar os custos de atendimento.

Anteriormente, o controle dos recursos gastos com OPMEs no âmbito do CBMDF era de responsabilidade da Auditoria Médica. Em 2012, com a expansão da demanda relativa ao serviço de saúde da Corporação, percebeu-se a necessidade de dedicar uma seção específica, com a alocação de pessoal capacitado. Tal decisão permitiu não só um controle mais rigoroso, mas também uma análise mais criteriosa dos valores propostos e efetivamente pagos pela instituição (BOTTA, 2012).

1.1. Definição do problema

Gastos excessivos na aquisição de OPMEs têm onerado indevidamente o orçamento da Corporação e comprometido a capacidade de atendimento da demanda crescente. Esta situação tem sido agravada pelo envelhecimento da população, pelo aumento da expectativa de vida e por crises inesperadas, como a pandemia causada pelo novo coronavírus. Diante desses desafios, o foco é elevar a eficiência na gestão, por meio de práticas perenes e sustentáveis.

Diante disso, vem a seguinte questão: Como aprimorar a análise e controle de OPMEs dentro do CBMDF, com vistas a coibir práticas abusivas e reduzir os gastos em saúde, sem impactar a qualidade da assistência prestada ao paciente?

1.2. Justificativa

As OPMEs são insumos utilizados em intervenções médicas e odontológicas, tanto preventivas como terapêuticas. Apesar de proporcionarem avanços na qualidade de vida das pessoas, seu alto custo impacta substancialmente o orçamento do CBMDF, já chegaram a representar cerca de 27% dos gastos anuais da DISAU com credenciamento. Resta evidente, portanto, a importância do controle adequado dos recursos investidos no pagamento das OPMEs utilizadas nos procedimentos dos usuários do sistema de saúde da Corporação.

Neste contexto, o processo de auditoria deve ser ponderado, sempre avaliando a questão do custo do material empregado, mas priorizando o

atendimento célere e de qualidade ao paciente. Deve buscar, assim, o equilíbrio entre a assistência prestada e a sustentabilidade financeira, conforme determina o objetivo 9 do Plano Estratégico 2017/2024 do CBMDF: cuja descrição consiste “em priorizar a saúde e a qualidade de vida dos profissionais da corporação”.

A partir de 2012, a Auditoria Médica do CBMDF passou a contar com o apoio de uma seção específica para a análise e controle de OPMEs utilizados em procedimentos cirúrgicos de militares e seus dependentes. Tal decisão gerencial melhorou a gestão financeira, acarretando a economia de aproximadamente 2 milhões de reais anuais.

Entretanto, há ainda elementos a aprimorar nessa seara. A grande diversidade de termos utilizados no mercado por fabricantes, distribuidores, hospitais e operadoras de saúde para se referirem ao mesmo produto favorece a fraude, ao permitir diferentes precificações para materiais iguais. Ademais, os preços cobrados pelos materiais cirúrgicos de alto custo são recorrentemente incompatíveis com aqueles usualmente verificados no mercado.

Ainda se constata deficiências também no âmbito administrativo. Os editais de credenciamento são, muitas vezes, redigidos de forma vaga ou imprecisa, criando lacunas que são indevidamente exploradas e comprometem a margem de negociação (CBMDF, 2018, NASCECME, 2016).

Acrescenta-se a esse fator, o crescente aumento do número de usuários utilizando o sistema de saúde, aliado à ocorrência de imprevistos como a pandemia de COVID-19 em 2020, impacta diretamente o exercício financeiro (BRASIL, 2020; BRASIL, 2010b).

A auditoria nesse setor, além de auxiliar financeiramente, mune os gestores de dados para executar ações de gerenciamento de recursos com excelência e viabilizar, assim, um atendimento célere e de qualidade sempre que houver necessidade.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo geral

Analisar o processo auditoria de OPMEs no CBMDF.

1.3.2. Objetivos específicos

- Pesquisar a implementação da Subseção de Análise e Controle de OPMEs (SANCO) no CBMDF;
- Analisar as práticas utilizadas ao longo dos anos de existência da Subseção de Análise e Controle de OPMEs (SANCO) no CBMDF, para gerar economia;
- Identificar as dificuldades na negociação de OPMEs dentro do CBMDF; e
- Propor melhorias na auditoria de OPMEs no CBMDF.

1.4. Questões norteadoras

Como se iniciou a análise e controle de OPMEs no CBMDF?

Quais são as práticas ao longo dos anos pela SANCO para gerar economia de gastos públicos?

Quais são as dificuldades na negociação de OPMEs dentro do CBMDF?

Quais melhorias na atividade da SANCO podem trazer benefícios à auditoria de OPMEs no CBMDF?

1.5. Definição de termos

FUNDO DE SAÚDE - é a concentração de recursos financeiros provenientes principalmente das contribuições e indenizações, destinada a complementar as dotações orçamentárias para a assistência médico-hospitalar, médico-domiciliar, odontológica, psicológica e social dos seus beneficiários (BRASIL, 2006a).

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Direito à saúde

A saúde e a doença estão intimamente relacionadas com as condições em que as pessoas vivem e se relacionam. Assim, a responsabilidade pela manutenção da saúde e pelo controle sanitário é tanto do poder público quanto do indivíduo (LIMA; ERDMAN, 2006, BRASIL, 1988, DISTRITO FEDERAL, 1993).

Nesse contexto, a saúde deve ser entendida como um direito fundamental, abrangendo não apenas o tratamento de doenças, mas também a promoção da qualidade de vida e a intervenção nos fatores de risco (BRASIL, 1988, DISTRITO FEDERAL, 1993).

A Constituição Federal de 1988, em seu art. 196, garante a saúde como direito de todos e dever do Estado, de modo que o acesso universal e igualitário deve ser assegurado a todos os indivíduos, sem distinção. O princípio constitucional foi espelhado na Lei Orgânica do Distrito Federal, em seu art. 204, que destaca a relevância pública das ações e serviços de saúde.

Aprovado pela Lei Federal nº 7.479/1986, o Estatuto do CBMDF prevê, em seu art. 51, inciso IV, alínea “e”, que o bombeiro militar tem direito à assistência médico-odontológica para si e seus dependentes. Além disso, a Lei Federal nº 10.486/2002 cita, em seu art. 28, inciso III, a indenização pela assistência médico-odontológica como desconto obrigatório do militar. E o art. 32 dessa última lei determina, ainda, que tal assistência seja realizada por intermédio de organizações do serviço de saúde da Corporação.

Dessa forma, são direitos dos bombeiros militares, nas condições ou limitações impostas na legislação e regulamentação específica ou peculiar, as atividades relacionadas com a prevenção, conservação ou recuperação da saúde. Tal conjunto abrange os serviços profissionais médicos, farmacêuticos e odontológicos, bem como o fornecimento, a aplicação de meios e os cuidados e demais atos médicos e paramédicos necessários (BRASIL, 1986).

São considerados dependentes do bombeiro militar, de acordo com a Lei Federal nº 7.479/1986:

- i) a esposa;
- ii) o filho menor de 21 (vinte e um) anos ou inválido ou interdito;
- iii) a filha solteira, desde que não perceba remuneração;
- iv) o filho estudante, menor de 24 (vinte e quatro) anos;
- v) a mãe viúva, desde que não perceba remuneração;
- vi) o enteado, o filho adotivo e o tutelado, a viúva do bombeiro militar, enquanto permanecer nesta situação;
- vii) a ex-esposa com direito à pensão alimentícia estabelecida por sentença transitada em julgado, enquanto não contrair novo matrimônio (BRASIL, 1986).

São considerados, ainda, dependentes do bombeiro militar, desde que vivam sob a sua dependência econômica, sob o mesmo teto e quando expressamente declarados na Organização do Corpo de Bombeiros competente:

- i) a filha, a enteada e a tutelada, nas condições de viúvas, separadas judicialmente ou divorciadas, desde que não recebam remuneração;
- ii) a mãe solteira, a madrasta viúva, a sogra viúva ou solteira, bem assim separadas judicialmente ou divorciadas, desde que, em qualquer dessas situações, não recebam remuneração;
- iii) os avós e os pais, quando inválidos ou interditos, e respectivos cônjuges, estes, desde que não recebam remuneração;
- iv) o pai maior de 60 (sessenta) anos e seu cônjuge, desde que não recebam remuneração;
- v) o irmão, o cunhado e o sobrinho, quando menores ou interditos, sem outro arrimo;
- vi) a irmã, a cunhada e a sobrinha, solteiras, viúvas, separadas judicialmente ou divorciadas, desde que não recebam remuneração;
- vii) o neto, órfão, menor inválido ou interdito; a pessoa que viva, no mínimo há 5 (cinco) anos, sob sua exclusiva dependência econômica, comprovada mediante justificação judicial;
- viii) a companheira, desde que viva em sua companhia, há mais de 5 (cinco) anos, comprovado por justificação judicial;
- ix) o menor que esteja sob sua guarda, sustento e responsabilidade, mediante autorização judicial (BRASIL, 1986).

2.2. Política de coparticipação na saúde do CBMDF

A assistência médico-hospitalar, médico-domiciliar, odontológica, psicológica e social ao militar e seus dependentes é prestada por intermédio de organizações do serviço de saúde da Corporação, com recursos consignados em seu orçamento. A complementação de tais recursos prove de contribuições e indenizações, destinadas à constituição de um Fundo de Saúde (BRASIL, 2002b, BRASIL, 2006a).

O Fundo de Saúde do CBMDF tem a execução orçamentária realizada no Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI) do Governo do Distrito Federal (GDF). Na forma da Lei Federal nº 10.486/2002 e da Lei Federal nº 11.134/2005, bem como o estabelecido no Decreto nº 26.876/2006, o Fundo tem como finalidade custear as despesas referentes a atendimentos médicos e odontológicos dos militares ativos, inativos, pensionistas e seus dependentes, de forma a complementar os recursos oriundos do Fundo Constitucional do Distrito Federal, que também possuem tal destinação.

Com os recursos conjuntos, busca-se o atendimento médico-hospitalar e ambulatorial por meio de contratações e credenciamentos de clínicas, hospitais, aquisições de materiais médicos diversos, bem como, a contratação e aquisição dos demais bens e serviços que se fizerem necessários (BRASIL, 2002b).

A contribuição do militar é descontada obrigatoriamente da sua remuneração, assim como a indenização pela prestação de assistência médico-hospitalar aos dependentes por intermédio de organização militar (BRASIL, 2002b).

Para os efeitos dessa assistência, a Lei Federal nº 11.134/2005 considera dependentes do militar de 1º grupo:

- i) o cônjuge, companheiro ou companheira reconhecido judicialmente;
- ii) os filhos (as) ou enteados (as) até 21 (vinte e um) anos de idade ou até 24 (vinte e quatro) anos de idade, se estudantes universitários, ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- iii) a pessoa sob guarda ou tutela judicial até 21 (vinte e um) anos de idade ou até 24 (vinte e quatro) anos de idade, se estudante universitário, ou, se inválido, enquanto durar a invalidez (BRASIL, 2005).

De 2º grupo, os pais com comprovada dependência econômica do militar, desde que reconhecidos como dependentes pela Corporação. E de 3º grupo, os que constarem na condição de dependentes do militar enquanto preencherem as condições estabelecidas em Estatuto (BRASIL, 2005).

O percentual dessa coparticipação varia de acordo com esses grupos familiares, ou seja, o grau de parentesco com o titular no qual o beneficiário do sistema se enquadra. Tais percentuais são definidos pela Lei Federal nº 10.486/2002, em seu art. 33, §4º:

§4º A indenização pela prestação de assistência médico-hospitalar aos dependentes de que trata o caput deste artigo, não poderá ser superior, conforme regulamentação do Comandante-Geral de cada Corporação:

- a) a 20% (vinte por cento) do valor da despesa para os dependentes do 1º grupo;
- b) a 40% (quarenta por cento) do valor da despesa para os dependentes do 2º grupo;
- c) a 60% (sessenta por cento) do valor da despesa para os dependentes do 3º grupo;
- d) ao valor máximo de apenas uma remuneração ou proventos do posto ou da graduação do militar, considerada a despesa total anual, para todas as situações deste parágrafo (BRASIL, 2002a).

2.2.1. A saúde no CBMDF

O Sistema de Saúde da Corporação é o conjunto de órgãos, instituições e pessoas físicas, prestadores de serviços de saúde aos bombeiros militares, seus dependentes e pensionistas, compreendendo as organizações do CBMDF, entidades públicas ou particulares, profissionais de saúde autônomos ou aqueles conveniados, contratados, ou credenciados pela Corporação (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2010b).

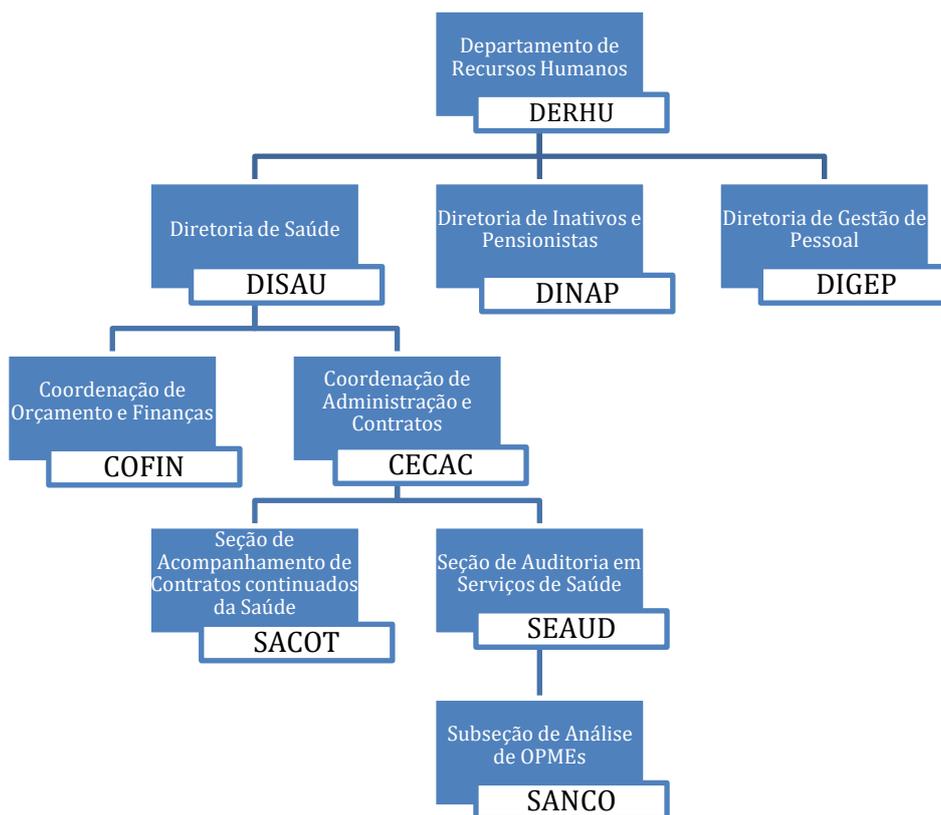
Vinculada ao Departamento de Recursos Humanos (DERHU), a Diretoria de Saúde (DISAU) tem por atribuições: a ordenação de despesas, o gerenciamento e fiscalização do sistema de saúde da Corporação, o acompanhamento dos serviços prestados pelas empresas credenciadas na área de saúde e o repasse anual ao Estado Maior Geral das informações de natureza orçamentária, financeira e contábil, para a alimentação dos relatórios de prestações de contas do Distrito Federal e da União. (CBMDF, 2020b).

São órgãos de apoio subordinados à DISAU: a Policlínica Médica (POMED); a Policlínica Odontológica (PODON); o Centro de Perícias Médicas (CPMED); o Centro de Assistência Bombeiro Militar (CEABM) e o Centro de Capacitação Física (CECAF). (CBMDF, 2020b). Apesar de contar com um corpo clínico eficiente e capacitado, a grande demanda não pode ser suprida pelos profissionais da POMED, da PODON e do CEABM. Sendo necessária a utilização da rede credenciada para dar suporte aos usuários. Dadas essas limitações, em termos de profissionais, equipamentos ou complexidade e a necessidade de assistência integral à saúde, a rede credenciada presta os serviços hospitalares eletivos, urgência e emergência, cirurgias diversas,

internações, exames de imagem, clínicos, ressonâncias, oncologia, tratamentos psiquiátricos e de dependência química, entre outros (CGDF, 2018; CBMDF, 2011; CBMDF, 2018).

De acordo com o Regimento Interno do CBMDF, a DISAU possui em sua estrutura duas coordenações: de Orçamento e Finanças- COFIN e de Administração de Contratos - CECAN. Subordinada à CECAN, está a Seção de Auditoria em Serviços de Saúde (SEAUD), que possui entre suas atribuições: auditar faturas e notas fiscais oriundas de atendimento aos usuários do Sistema de Saúde do CBMDF; realizar análise técnica das autorizações para procedimentos cirúrgicos e exames de alto custo; e solicitar cotações de OPMEs aos hospitais credenciados (CBMDF, 2020b).

Figura 1- Organograma



Fonte: A autora, baseada no Regimento Interno do CBMDF.

Essa última tarefa está a cargo da Subseção de Análise e Controle de OPMEs (SANCO), que analisa as solicitações de procedimentos relativos a esses insumos, principalmente os de alto custo e controla os preços, buscando

a melhor relação custo-benefício, aplicando as instruções vigentes em todas as cotações demandadas pelos prestadores de serviços de saúde; e mantendo arquivo organizado e atualizado de todas as solicitações, cotações e aquisições para consultas futuras (CBMDF, 2020b).

2.3. A auditoria em saúde

De ascendência latina (*auditore*), o vocábulo auditor significa “aquele que ouve; ouvinte”. Há registros bastante antigos de atividades de auditoria, principalmente na área contábil, que remontam a 4500 a.C., mas não é possível precisar sua origem e o momento exato em que se consagrou (HOUAISS; VILLAR, 2001).

O termo auditoria foi usado inicialmente pelos ingleses para rotular a tecnologia contábil da revisão (*auditing*), com o significado de “fazer balanço”, mas hoje possui sentido mais abrangente (SÁ, 2002).

Existem diferentes conceituações para auditoria, variando conforme o autor e de acordo com sua finalidade. Para Holmes (1956), trata-se do exame de demonstrações e registros administrativos. Na perspectiva de Sá (2002), o auditor observa a exatidão, a integridade e a autenticidade de tais documentos.

Já Chiavenato (2006) a define como um sistema de revisão de controle para informar a administração sobre a eficiência e a eficácia dos programas em desenvolvimento. Neste contexto, sua função não é somente indicar os problemas e as falhas, mas também apontar sugestões e soluções. Tal posição se coaduna com o entendimento do Tribunal de Contas do Distrito Federal, que destaca sua função educadora, e não apenas fiscalizadora e punitiva (TCDFT, 2016).

Enquanto ferramenta de gestão, a auditoria visa à construção e a consolidação da organização, ajudando a eliminar desperdícios, simplificar tarefas e transmitir informações seguras sobre o desenvolvimento das atividades executadas. Reduz, portanto, a ocorrência de fraudes e erros fortuitos, como má aquisição de equipamentos e insumos, falhas de seleção e treinamento de pessoal, erros em sistemas e pagamentos indevidos, que geram perdas ou

danos por vezes irreversíveis (PORTAL DE CONTABILIDADE, 2009; BRASIL, 2001).

Na área da saúde, foi idealizada inicialmente no Reino Unido, por profissionais médicos que buscavam proporcionar um atendimento de melhor qualidade, chamando a atenção para as deficiências na prestação de cuidados, na tentativa de frear a prática ineficiente e ineficaz (JOHNSTON et al., 2001).

E essa busca pela qualidade nos serviços de saúde tornou-se uma tendência mundial, dada a percepção de sua importância para a sustentabilidade do sistema e bem-estar de seus usuários (POLIZER; D'INNOCENZO, 2006).

Neste contexto, a auditoria em saúde pode ser conceituada como a avaliação sistemática da qualidade da assistência prestada ao paciente (PAIM; CICONELLI, 2007), o que inclui a mensuração dos custos das instituições (CAVEIÃO, 2013). Pode ser realizada internamente por hospitais, clínicas, ambulatórios e *home care*, ou por agentes externos como operadoras de planos e seguros de saúde (MEDEIROS, 2008).

Tem como objetivo maior, promover a qualidade do serviço em saúde e reduzir custos financeiros através da análise dos prontuários e verificação da compatibilidade entre procedimentos realizados e os itens que compõem a conta hospitalar cobrada, garantido um pagamento justo mediante a cobrança adequada (SOUZA; FONSECA, 2005). Visa, ainda:

- i) manter o equilíbrio do sistema, possibilitando o direito à saúde para todos;
- ii) fazer cumprir os preceitos legais estabelecidos pela legislação nacional, de acordo com os princípios éticos e a defesa do consumidor;
- iii) revisar, avaliar e apresentar subsídios visando o aperfeiçoamento de procedimentos administrativos, controles internos, normas, regulamentos e relações contratuais;
- iv) promover o andamento justo, adequado e harmonioso dos serviços de saúde;
- v) avaliar o desempenho dos profissionais de saúde com relação aos aspectos éticos, técnicos e administrativos, com qualidade, eficiência e eficácia das ações de proteção e atenção à saúde;
- vi) promover o processo educativo, objetivando a melhoria da qualidade do atendimento, a um custo compatível com os recursos financeiros disponíveis e pelo justo valor do serviço prestado;
- vii) participar de credenciamento/contratação de serviços e profissionais;
- viii) fazer respeitar o estabelecido em contrato entre as partes envolvidas (HOUAISS; VILLAR, 2001; BRASIL, 2016; MEDEIROS, 2008).

Portanto, a auditoria permite que a instituição de saúde realize um diagnóstico objetivo acerca do desempenho de seus processos, incluindo as atividades de cuidado direto ao paciente e aquelas de natureza administrativa (MANZO; BRITTO; CORREA, 2012). Ademais, diante de um mercado caracterizado por acirrada concorrência, colabora para a redução de custos sem comprometer a assistência, garantindo a qualidade dos serviços prestados a valores acessíveis (NEPOMUCENO; KURCGANT, 2008).

2.4. Definição e regulamentação de OPMEs

As OPMEs são os insumos necessários às intervenções médicas ou odontológicas, utilizados nas práticas preventivas ou terapêuticas.

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órtese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido e; prótese, qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido (ANS, 2017a).

A definição de material especial, pela diversidade e complexidade, encontra uma relação mais lógica com a definição de biomaterial. Para Soares (2005, p.1) a noção clássica concebe o biomaterial como:

“[...] parte de um sistema que trata, aumenta ou substitua qualquer tecido, órgão ou função do corpo. E [...] biomateriais são materiais (sintéticos ou naturais; sólidos ou, às vezes, líquidos) utilizados em dispositivos médicos ou em contato com sistemas biológicos”. (Soares, 2005, p.1)

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), um considerável segmento dos materiais de uso em saúde seria enquadrado como biomaterial, tais como: próteses, lentes, enxertos, *stents*, cateteres, tubos de circulação extracorpórea e arcabouços (*scaffolds*) empregados na Engenharia de Tecidos, entre outros. Material de síntese, por outro lado, refere-se a uma gama de materiais utilizados na redução de fraturas e reposicionamento ósseos, em diversas técnicas de osteossíntese. De acordo com as subdivisões de osteossíntese interna ou externa, os materiais mais comumente utilizados para

esse fim são placas, parafusos, cerclagens, fios de Kirschner, hastes intramedulares e os fixadores externos (SOARES, 2005, p.1).

Portanto, percebe-se que as OPMEs englobam uma diversidade de produtos em grande parte de alta tecnologia e com valor elevado o que, somado à ampla gama de atores e interesses envolvidos, dificulta seu controle e análise. Frequentes são os conflitos entre pacientes, profissionais de saúde, fabricantes e fornecedores de insumos e hospitais, o que reforça a necessidade de uma regulamentação mais efetiva para a utilização de tais insumos (KALAF, 2013).

O controle da fabricação e comercialização de dispositivos médicos é realizado desde a década de 1970, com base na Lei Federal nº 5.991/1973 e na Lei Federal nº 6.360/1976 (BRASIL, 1973; BRASIL, 1976). A partir de então, nenhum produto sujeito à vigilância sanitária, inclusive os importados, podem ser industrializados, expostos à venda ou entregue ao consumo antes de registrado no Ministério da Saúde (BRASIL, 2015; COREN-BA, 2015).

A partir de sua criação em 1999, a ANVISA é responsável pela avaliação e monitoramento do uso desse tipo de produto no Brasil, o que inclui materiais como OPMEs. Tal competência engloba o controle sanitário não só da produção e comercialização, mas também dos ambientes, processos, insumos e tecnologias a eles relacionados (BRASIL, 1999).

Isto é, OPMEs somente podem ser utilizadas a partir de seu registro perante a ANVISA. Além disso, a empresa fornecedora deverá ser fabricante ou distribuidor habilitado para comercialização no país, sendo obrigação da contratada fornecer o número do registro do produto (CBMDF, 2018).

2.5. Credenciamentos na área de saúde

Apesar de sua importância para o bem-estar dos militares e seus dependentes, é forçoso reconhecer que as Policlínicas do CBMDF são incapazes de atender completamente a volumosa e crescente demanda, dadas suas limitações de pessoal e orçamento. Faz-se necessária, portanto, a contratação de estabelecimentos de saúde para a realização de cirurgias de emergência e procedimentos eletivos diversos, principalmente os mais

complexos. Também é requerida a contratação de consultas ambulatoriais e procedimentos diagnósticos especializados (CBMDF, 2018). Neste contexto, o credenciamento permite a aproximação dos serviços ofertados aos usuários, uma vez que descentraliza a oferta por meio da contratação de empresas em regiões além do Plano Piloto.

No âmbito do CBMDF, uma comissão permanente estipula as regras para o credenciamento de entidades e profissionais de saúde e para o uso de OPMEs. Atualmente, os serviços prestados por hospitais e clínicas particulares são regidos pelo edital de credenciamento nº 001/2018-CBMDF (CBMDF, 2018), e consomem parte expressiva do orçamento da DISAU (CGDF, 2018).

Em conformidade com a Resolução Normativa nº 428/2017-ANS, o Edital de Credenciamento de 2018 estabelece que os procedimentos que utilizem OPMEs devem ser executados por profissionais de saúde habilitados para sua realização, conforme legislação específica de cada conselho profissional. Nos códigos de ética dos Conselhos Federais de Medicina e de Odontologia constam, ainda, vedações de obtenção de vantagens em virtude da atividade profissional e previsões de critérios norteadores da relação dos profissionais de saúde com os fornecedores de OPMEs (BRASIL, 2009; BRASIL, 2012a).

Ocorre que o sistema tem sido desafiado pelo ingresso expressivo de militares e dependentes nos últimos anos, aliado ao visível envelhecimento da tropa (CBMDF, 2014). Assim, antecipando-se a uma eventual insuficiência de recursos, a DISAU estabeleceu, em 2012, método de controle onde qualquer autorização de procedimento a ser realizado na rede credenciada deve ter a anuência de profissional de saúde do CBMDF em atendimento nas unidades da Corporação (CBMDF, 2018). Tal decisão visa à plena utilização das unidades de saúde e ao bloqueio de gastos com procedimentos desnecessários.

2.5.1. Formas de utilização de OPMEs

No sistema de saúde do CBMDF, há duas formas possíveis de utilização de OPMEs na rede credenciada: em procedimentos emergenciais e eletivos (BOTTA, 2012).

Nos casos eletivos, a assistência se inicia com o pedido médico de exames ou condutas necessárias ao tratamento dos pacientes. As solicitações podem ter caráter diagnóstico ou terapêutico e, se possível, devem ser concluídas nas dependências da POMED ou da PODON. Entretanto, quando a demanda ou o nível de complexidade dos procedimentos indicados for superior à capacidade de atendimento, é possível o encaminhamento dos pacientes para a rede credenciada externa (BOTTA, 2012; CBMDF, 2014). Dessa forma, comprovada documentalmente a incapacidade de atendimento pelas policlínicas, o beneficiário pode, na posse de um relatório médico, dar entrada na solicitação do procedimento para autorização de execução em instituição credenciada, com custos cobertos diretamente pelo CBMDF ou posterior ressarcimento (BOTTA, 2012; CBMDF, 2014).

Independentemente de envolver procedimento com ou sem OPMEs, as solicitações devem ser analisadas pela SEAUD. Além disso, devem conter o correspondente código TUSS (Terminologia Unificada de Saúde Suplementar) e material discriminado, sendo vedada a indicação de marca e/ou empresa (CBMDF, 2014).

Durante a análise do pedido de cirurgia, a equipe técnica da DISAU avalia a adequação do procedimento sugerido, a pertinência do material solicitado e o número de dias de internação indicados como necessários. O prazo para conclusão da análise e liberação da respectiva guia de autorização é de 30 (trinta) dias, a contar da data de protocolo na Subseção de Apreçamento (SUAPE). Como a cotação de OPMEs depende de informação da empresa fornecedora do ramo, quando necessário este prazo poderá ser estendido. (CBMDF, 2014).

O médico ou cirurgião-dentista auditor deve seguir o princípio da Medicina Baseada em Evidências (MBE). Concebida nas universidades a partir da década de 70 e adotada nos principais centros médicos do mundo, tal modelo prevê a adoção do tratamento mais adequado para cada caso, a partir de comprovação científica. Isto é, a opinião do especialista é relevante, porém a decisão acerca do tratamento a ser realizado deve considerar também estudos e informações

técnicas atualizadas, publicados pelas entidades científicas pertinentes (CBMDF, 2014).

O trâmite para a autorização do uso de OPMEs deve obedecer às disposições da Lei Federal nº 8.666/1993, que institui normas para licitações e contratos da Administração Pública. Por exemplo, são exigidas cartas de exclusividade e comprovante de prática de preço de mercado, para produtos de um único fabricante ou com apenas um distribuidor no Distrito Federal. Ademais, a aquisição de produtos e serviços deve ser balizada por pesquisa no mercado e apresentação de propostas com itens similares (CBMDF, 2018; CBMDF, 2012; BRASIL, 1993).

Ao decidirem pela realização de cirurgia com OPMEs, os profissionais de saúde e os hospitais credenciados assumem e atestam que os materiais deferidos pela SEAUD são suficientes e adequados para a correta realização do procedimento, e que não comprometerão a saúde do paciente. Dessa forma, responsabilizam-se integralmente e unilateralmente por todos os atos e fatos decorrentes da intervenção (CBMDF, 2014).

O controle da utilização dos materiais de alto custo é de responsabilidade dos profissionais de saúde que realizarão o procedimento. As etiquetas de rastreabilidade devem ser anexadas ao prontuário, com registros das informações do material utilizado na descrição cirúrgica, na folha de consumo de materiais, na saída de sala e no prontuário do paciente. Contudo, não deve ser empregado material danificado ou com a embalagem violada, cabendo ao profissional de saúde responsável pelo procedimento elaborar um termo circunstanciado para justificativa (BRASIL, 2015a, BRASIL, 2015b, BRASIL, 2015c).

A SANCO negocia as cotações dos materiais previamente autorizados pelo médico ou cirurgião-dentista auditor, com base nas informações contidas em banco de dados alimentado constantemente. Os preços e marcas de materiais são comparados entre os fornecedores, com vistas à aprovação da proposta mais vantajosa para o Estado, nos termos da legislação vigente. Exauridas as negociações, as cotações com os preços compatíveis retornam ao

médico ou cirurgião-dentista auditor, com despacho de aprovação, para a execução dos procedimentos (BOTTA, 2012; CBMDF, 2014; BRASIL, 1993).

No caso de cirurgias em caráter emergencial, a cotação enviada pelo hospital é de materiais já utilizados, o que não impede a análise da equipe médica e até mesmo possível glosa de material. A negociação será realizada com o fornecedor de material diretamente, sempre atentando aos valores de referência do banco de dados (CBMDF, 2014).

Cumprir destacar que, em função do tipo de procedimento, é muitas vezes exigida a realização de exame de imagem para a comprovação da efetiva utilização do material no ato cirúrgico, cujo resultado será anexado ao prontuário do paciente. Quando não for possível realizar tal exame, o cirurgião deverá registrar as justificativas no Boletim Cirúrgico (BRASIL, 2015b).

Percebe-se, portanto, que a SANCO desempenha papel de apoio fundamental para as decisões dos auditores, na medida em que procura promover a concorrência justa e saudável entre os fornecedores de OPMEs e, assim, a aprovação da melhor proposta para a Organização (BOTTA, 2012).

2.6. Fatores que aumentam o uso de OPMEs na saúde

Nos últimos anos, os sistemas de saúde vêm sendo impactados pelo incremento de novas tecnologias médicas, o aumento da solicitação de exames complementares e o envelhecimento da população, cada vez mais bem informada e exigente de seus direitos e necessidades. Soma-se a esses fatores a própria complexidade inerente ao setor, responsável por prevenir e promover a saúde, a partir da interação dos diferentes atores: população, corporações, gestores, dirigentes políticos, profissionais e segmentos empresariais. Assim, há uma tendência de desequilíbrio na equação de custos sobre as receitas (PAIM; CICONELLI, 2007; SCHUTZ, SIQUEIRA, 2011; BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

Freitas e Scheicher (2000) esclarecem que essa transformação demográfica é acompanhada por uma transição epidemiológica, que eleva a utilização de OPMEs no tratamento de morbidades. Isto é, os gastos públicos

com saúde são diretamente afetados pelos aumentos significativos de incidência de doenças crônicas degenerativas, as quais exigem tratamentos mais prolongados, sofisticados e complexos. Essa também é a realidade constatada no CBMDF que, a partir de final de 2014, flexibilizou as regras de inclusão de dependentes, permitindo ao militar incluir pais, avós e sogros, desde que satisfeitas às condições de dependência econômica estabelecidas pelos órgãos de controle externo (Controladoria do Governo do Distrito Federal - CGDF e Tribunal de Contas do Distrito Federal e Territórios - TCDF) (BRASIL, 2002b; CGDF, 2018).

O avanço tecnológico tem sido vertiginoso, sobretudo em especialidades como cirurgias ortopédicas e endovasculares. E a rapidez na disseminação de informações por via eletrônica faz com que o paciente queira, inclusive, participar da prescrição e definição da técnica a ser empregada na cirurgia, embora não detenha conhecimento suficiente para verificar sua confiabilidade. Nesse cenário, os profissionais de saúde solicitam, muitas vezes sem crítica, exames cada vez mais complexos e produtos e medicamentos sem utilidade claramente definida, encarecendo os tratamentos sem vantagens adicionais (OLIVEIRA, 2018; MOTTA, LEÃO, ZAGATTO, 2005).

Assim, o usuário acaba sendo induzido a associar maior qualidade ao produto mais caro ou importado e, ainda pior, a exigir o uso de determinada marca ou produto em troca de benefícios oferecidos por prestadores de serviços (POLIZER, D'INNOCENZO, 2006; MELO, VAITSMAN, 2008).

A repercussão de tais atitudes nas contas hospitalares é crescente (NARDINO, DALCUL, GIL, 2011). O custo total de uma operadora com internações representa entre 25 e 30% de todas as despesas com assistência médica, sendo que a maior parte destes valores se refere ao uso OPMEs de alto valor agregado. Portanto, a utilização desses materiais deve ser monitorada e controlada, tanto na sua liberação quanto na análise de custos não previstos (ASSIS, MIRALDO, 2015).

De fato, o paciente ou seu médico devem exigir o fornecimento dos materiais adequados para a finalidade da cirurgia, mas não podem demandar o

uso de marca ou produto específico, como tem sido comum na esfera judicial, gerando um aumento significativo de custos para as operadoras de saúde. Frise-se que, em função da grande variação verificada em um mercado tão especializado, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) se viu obrigada a regular a utilização desses insumos. Portanto, o ativismo judicial sem respaldo legal gera instabilidade e insegurança jurídica, comprometendo o equilíbrio do sistema e representando um fator a mais de estresse e custos sobre as operadoras de saúde (SANTANA, SILVA, 2009; ANS, 2017b).

É inegável a importância das tecnologias médicas para salvar e prolongar vidas, porém a racionalização de seu emprego é imperativa. Atualmente, a chamada “inflação médica” já é cerca de quatro vezes maior que nos outros setores da economia, o que é motivo de preocupação adicional sobre a sustentabilidade dos sistemas de saúde (FRANCISCO, CASTILHO, 2002).

2.7. Dificuldades na negociação de OPMEs

A assistência hospitalar prestada pelas instituições credenciadas ao CBMDF é amparada legalmente por um contrato firmado entre as partes, submetido às regras previstas em edital. Em 2011, a elaboração de tal edital de credenciamento procurou estabelecer maior controle na aquisição de OPMEs e em 2018, um novo edital vem sanar os problemas iniciais detectados (CBMDF, 2011; CBMDF, 2018).

O faturamento desses insumos ocorre apenas nos hospitais, isto é, não diretamente nas empresas fornecedoras. Essa situação torna o hospital um ente intermediário, com honorários médicos congelados por tabelas contratuais e as cirurgias de alta complexidade remuneradas por valores fixos. As chamadas taxas de comercialização de OPMEs funcionam, neste contexto, como alternativa para aumentar a receita dos estabelecimentos, já que possuem um alto custo operacional e estão sob o controle mercadológico. Assim, o descontrole nos preços de tais materiais gera efeito benéfico para os hospitais e demais empresas do segmento, uma vez que permitem a injeção de recursos extras. Essa prática, no entanto, é vedada expressamente no edital de credenciamento da Corporação (BOTTA, 2012; CBMDF, 2018).

Ademais, médicos e outros profissionais de saúde são assediados pelas distribuidoras de materiais e fabricantes, que estão dentro dos centros cirúrgicos dos hospitais, oferecendo materiais específicos sem, ao menos, comprovar sua eficácia para o paciente. Tal realidade induz alguns médicos não só a determinar a marca do material requisitado, como também a exigir o fornecedor do mesmo, a despeito da proibição de tal prática pelo Conselho Federal de Medicina (BRASIL, 2009).

Em janeiro de 2015, foi ao ar a reportagem que tratou da Máfia de OPMEs, divulgando um lado obscuro existente tanto na saúde pública quanto na suplementar, onde interesses econômicos se sobrepõem às questões técnicas e éticas. Diante desse cenário, diferentes ações têm sido implementadas pelos órgãos do Governo, operadoras de saúde, entidades de classe, poder judiciário e associações, para buscar a qualidade do atendimento e combateras fraudes (GRIZOTTI, 2015).

Uma dessas ações refere-se à busca da transparência de todos os processos que envolvem OPMEs, com foco na qualidade e redução de desperdícios. Dentro desta perspectiva, o comprometimento com a qualidade dos serviços prestados deve estar alinhado à utilização de recursos adequados, com custo viável para os pagadores, bem como ao envolvimento de equipes capacitadas (GRIZOTTI, 2015; ALENCAR, 2016).

Ao profissional, cabe indicar apenas as características do produto necessário ao procedimento, tais como tipo, material e dimensões, de modo que o interesse econômico não prevaleça sobre o benefício do paciente. Em conformidade com a Resolução Normativa- ANSN nº 424, de 26 de junho de 2017, o Edital de Credenciamento possibilita que o requisitante, caso necessário, justifique clinicamente a indicação de uma OPME e sugira três marcas que atendam às características especificadas, quando disponíveis dentre aquelas regularizadas pela ANVISA. Entretanto, veda a predileção por marca e ainda sujeita a análise do pedido médico à SEAUD (CBMDF, 2018).

Cumprir lembrar que a auditoria deve considerar não só o preço, mas a qualidade do material recomendado. Ou seja, deve avaliar o melhor custo-

benefício da OPME para o paciente e para a instituição, em face da limitação de recursos (NASCECME, 2016; FRANCISCO, CASTILHO, 2002).

Quando uma operadora de saúde se recusa a adquirir algum material de alto custo, mesmo que embasada tecnicamente, cria-se de imediato um problema para todos os protagonistas do sistema – paciente, médico, hospital, operadora e fornecedor. Não raro, esse descontentamento é levado ao judiciário que, inclusive por falta de subsídio técnico, acaba liberando o emprego de um determinado tratamento que pode causar a piora do quadro do paciente ou até mesmo a sua morte (BOTTA, 2012; BRASIL, 2009; BRASIL, 2012a).

Um fator importante que dificulta o controle de OPMEs é a falta de padronização das nomenclaturas, aliada à ausência de bancos de dados confiáveis (BRASIL, 2015b). A grande diversidade de termos utilizados favorece a fraude, possibilitando diferentes precificações para um mesmo produto. Tal conduta caracteriza infração sanitária, nos termos da Resolução de Diretoria Colegiada - RDCnº 185/2001 da ANVISA, que impede a comercialização de produtos com denominação diversa do registrado. Logo, é imprescindível cobrar o cumprimento dessa norma no mercado nacional de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; SOCIO, 2012).

A gestão e padronização das OPMEs em sistemas digitais facilitam e agilizam a avaliação dos profissionais para a liberação dos materiais adequados e com o melhor custo-benefício (BRASIL, 2015c; NASCECME, 2016). Tal registro digital favorece, ainda, a rastreabilidade dos produtos usados, bem como a avaliação e auditoria de despesas dos hospitais. A partir dos dados informados desde a aquisição, dispensação e utilização, os gestores podem avaliar eventuais desperdícios ou extravios, observando padrões e detectando falhas de logística, por exemplo (MANZO, BRITO, CORREA, 2012; SIQUEIRA, 2014). Outro aspecto primordial é o conhecimento aprofundado das legislações que regulamentam o setor, como a Lei Federal nº9.656/1998, que lista expressamente os procedimentos de cobertura obrigatória pelos planos de saúde. Porém, vale lembrar que existem normas específicas dos convênios, como o limite do número de procedimentos realizados em determinado período por um paciente (MARTINS, DAHINTEN, DAHINTEN, 2016; BRASIL, 1998).

Por conseguinte, revela-se crucial dotar as instituições de um sistema digital que aponte previamente essas normas, evitando situações inconvenientes para os pacientes e futuros problemas financeiros. A utilização de uma plataforma única para gerenciar todo o processo evitará glosas, otimizará os lucros e viabilizará um atendimento melhor e mais célere (NASCECME, 2016; WATANABE, KUBOTA, LIMA, 2009).

2.7.1. Estratégias para a auditoria de OPMEs

Enquanto instrumento de gestão, a auditoria deve subsidiar o planejamento das ações em saúde, propondo estratégias para as equipes atuarem de forma mais efetiva e eficiente na execução, gerenciamento e avaliação de gastos demandados (MEDEIROS, ANDRADE, 2007; SMOLNTZOV, 2015).

Oliveira (2018) e NasceCME (2016) citam algumas estratégias para o auditor atuar de forma mais assertiva no controle de OPMEs: verificar se os materiais solicitados são adequados ao procedimento a ser realizado, conferir se o plano do usuário tem direito à OPME requerida, verificar se o tratamento sugerido é compatível com o caso clínico do paciente, pesquisar se há produto similar nacional com o material importado, buscando sempre a melhor relação custo-benefício, conferir se o procedimento cirúrgico foi realizado com quantidade de material compatível com a autorização, certificar-se de que o fornecedor da OPME está devidamente cadastrado, e conferir a descrição cirúrgica, observando se está devidamente registrado no prontuário do paciente o uso dos materiais solicitados (embalagens, selos, etiquetas de rastreabilidade e registro da ANVISA). Caso haja qualquer falha, deve relatá-las formalmente e notificar os responsáveis.

Além disso, os mesmos autores ressaltam a importância, de manter sempre um bom relacionamento com os fornecedores e estabelecimentos de saúde, para promover um ambiente propício de negociação dos materiais solicitados. Da mesma forma, é fundamental manter uma equipe multidisciplinar dedicada à avaliação e controle das OPMEs, com vistas à diminuição dos custos e maximização dos benefícios ao paciente, substituindo, sempre que possível e,

insumos com valor elevado por outros equivalentes e mais baratos, sem comprometer a eficácia do tratamento (PINTO, MELO, 2010).

Diante desse cenário, as operadoras de saúde têm envidado esforços para regular as despesas com OPMEs de forma mais efetiva, especialmente por meio das seguintes abordagens: analisar a requisição do uso de OPMEs antes da internação e discutir com o médico solicitante alternativas menos onerosas, sem prejuízo ao paciente; remunerar cirurgias por pacote, com o custo de OPMEs incluso no valor; estabelecer protocolos de autorização baseados em guias já aprovadas; precificar os materiais previamente, negociando com o fornecedor; e convidar os pacientes a se submeterem a consultas de segunda opinião (SCARPARO, FERRAZ, 2008; ZANON, 2001).

Todas essas estratégias revelam um objetivo comum: o uso correto, seguro e confiável de OPMEs, alinhado à racionalização de despesas por parte dos sistemas de saúde, sem comprometer a qualidade da assistência. Neste contexto, todos os profissionais envolvidos devem estar conscientes de que a saúde humana não é uma mercadoria, de modo que as consequências de seu descaso podem ser irreversíveis (MALIK, SCHIESARI, 1998).

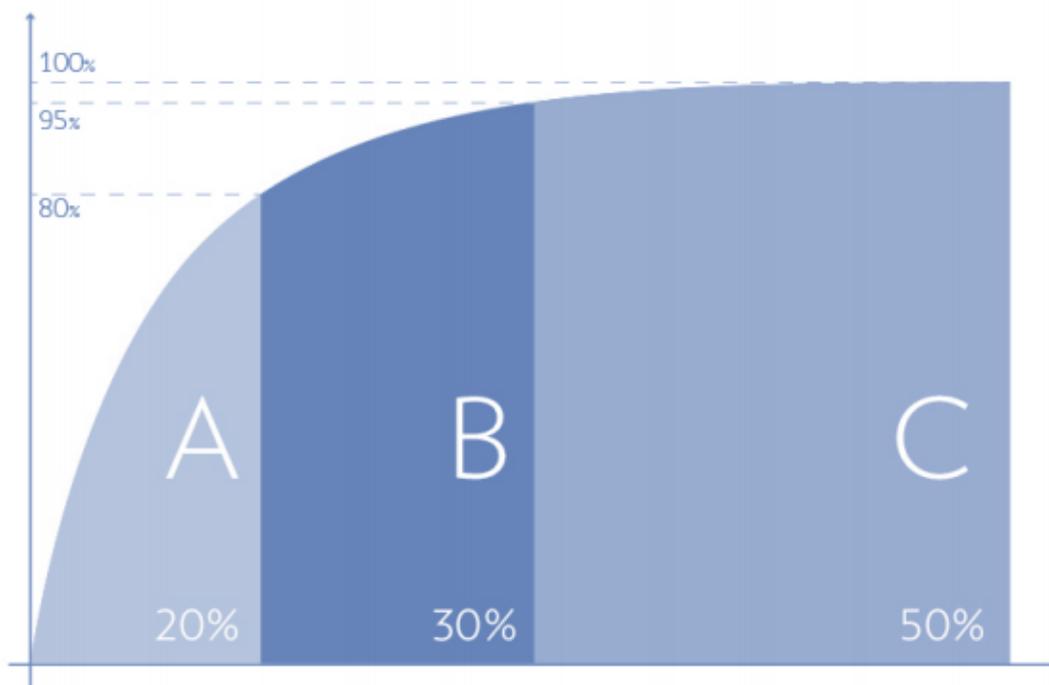
Algumas dessas medidas já são empregadas pelo sistema de saúde do CBMDF, notadamente aquelas relacionadas:

- i) à análise prévia à internação e requisição de uso de OPMEs nos casos eletivos;
- ii) às negociações de valores de materiais em todas as cirurgias;
- iii) ao impedimento de cobrança de taxas de comercialização via edital;
- iv) à negociação de materiais com diferentes fornecedores;
- v) à remuneração de cirurgias por pacotes;
- vi) ao estabelecimento de protocolos de autorização e precificação de materiais;
- vii) ao convite aos pacientes a se submeterem a consultas de segunda opinião, quando necessário (BOTTA, 2012; CBMDF, 2018).

Contudo, ainda é necessário estabelecer métodos mais precisos de identificação, em termos de custo, dos materiais e procedimentos mais representativos. Uma possibilidade viável é o gráfico de Pareto, também conhecido como curva ABC ou 80-20 (NASCECME, 2016).

Tal gráfico fundamenta-se nas teorias econômicas do italiano Vilfredo Pareto (NASCECME, 2016), que desenvolveu um modelo de classificação de informações, a fim de separar os itens de maior importância ou impacto, normalmente em menor número (figura 2). Sua elaboração recomenda a elaboração de relatório contendo o total de OPMEs utilizadas no intervalo de um ano, que poderá ser obtido junto ao setor financeiro ou de auditoria da organização, bem como: a descrição técnica do material; o fabricante; o registro perante a ANVISA; a quantidade consumida; o valor unitário; e o valor total. Além disso, é importante compilarem planilha tais dados, ordenados por colunas em sequência decrescente, identificando o valor pago por material e o montante total gasto para a aquisição de todas as OPMEs solicitadas.

Figura 2- Exemplo de gráfico de Pareto



Fonte: NASCECME, 2016.

Após esta ordenação, é possível identificar os materiais mais relevantes em termos de custo financeiro, aqueles representativos de 80% do valor total serem priorizados pela atenção governamental.

3. METODOLOGIA

Metodologia é a etapa do trabalho científico que apresenta a linha de raciocínio adotada ao longo do processo de pesquisa. Deve ser descrita de forma clara e detalhada, para elucidar os procedimentos seguidos durante a realização do estudo, conforme o objeto e os objetivos anteriormente definidos (SILVA; MENEZES, 2001).

A organização do trabalho é estabelecida segundo as peculiaridades de cada pesquisa. Assim, é necessária a apresentação de informações sobre o tipo de análise e coleta de dados para sua correta classificação.

Para Gil (2010), a pesquisa deve ser classificada com base em seus objetivos gerais, dividindo-se em três grandes grupos: exploratória, descritiva e explicativa. Assim, considerada a natureza dos objetivos, o presente trabalho será de natureza predominantemente exploratória e, em parte, descritiva. Descritiva porque visa descrever o processo de análise e controle de pagamento de OPMEs na auditoria médica do CBMDF, e exploratória por proporcionar maior familiaridade com o problema associado, em termos de possibilidades de fraude e desperdício de recursos públicos, com vistas a torná-lo explícito.

A pesquisadora avaliou a evolução do trabalho da Subseção de Análise e Controle de OPMEs no CBMDF (SANCO) ao longo dos seus últimos 8 anos de existência. Tendo identificado avanços e fragilidades na negociação junto a fornecedores, o estudo caracterizou-se, quanto à finalidade, como uma pesquisa aplicada, pois gerou conhecimento passível de aplicação em atividades cotidianas da SANCO, para a solução de problemas concretos diuturnos.

Buscaram-se informações em bibliografias especializadas que tratam sobre o processo de auditoria na aquisição de OPMEs, visando um melhor entendimento sobre o tema e a proposição de soluções aplicáveis. As maiores fontes de coleta de dados foram a literatura especializada, artigos científicos e disposições legais e normativas. Dessa maneira, seguindo a classificação apresentada por Gil (2010), pode-se caracterizar a presente pesquisa como bibliográfica e documental.

Vale destacar que tal levantamento bibliográfico não foi mera repetição do que já foi escrito sobre o tema, na medida em que propiciou o exame do assunto sob novo enfoque. A experiência acumulada pela própria autora em seus afazeres cotidianos possibilita conclusões inovadoras, que ajudam a explorar soluções para o problema formulado a partir de referências teóricas previamente formuladas (NEVES; DOMINGUES, 2007).

Quanto ao método de abordagem, trata-se de pesquisa dedutiva, que considera a razão como a única forma de chegar ao conhecimento verdadeiro, baseando-se em fatos comprovados pela literatura pesquisada. Por abordar dados e fazer uso de estatísticas verificáveis, deve ser classificado não só como qualitativo, mas também como quantitativo quanto à natureza das variáveis (GIL, 2010).

Foram analisados dados referentes às negociações realizadas desde 2012 pelo CBMDF, a fim de analisar a economia concretamente obtida pela SANCO no decorrer dos últimos anos. As tabelas são reais e os dados estão disponíveis na rede interna da DISAU, embora não possam ser anexadas a esse estudo devido à proteção ao sigilo das informações dos pacientes, prevista na Lei Federal nº 13.709/2018.

A escolha deste marco temporal decorre do marco de criação de uma subseção especializada para acompanhar e negociar os valores das OPMEs empregadas em cirurgias eletivas e emergenciais dos usuários de saúde do CBMDF.

Neste contexto, foram feitas entrevistas parcialmente estruturadas, com a prévia especificação dos dados que se pretendiam obter e posterior formulação de perguntas, conforme orientam Marconi e Lakatos (2003). Neste modelo, apesar de existirem pontos de interesse inicialmente estabelecidos pelo entrevistador, podem estes ser extrapolados ao longo do diálogo (GIL, 2010).

A primeira entrevista foi realizada com o Cap. QOBM/C.Dent. Bruno Aragão (Apêndice A), que trabalha na SANCO desde 2014, sendo assim o militar com maior experiência em negociação de OPMEs atualmente na Corporação. O objetivo foi entender como a SANCO atua, para obter seus expressivos

resultados em termos de economia e identificação de fragilidades na negociação de OPMEs dentro do CBMDF.

Em adição, por meio de roteiro parcialmente estruturado (Apêndice B), pesquisaram-se junto ao Diretor de Assistência à Saúde da PMDF, Cel.médico Carlos Eduardo Queiroz, os procedimentos e benefícios da auditoria de OPMEs naquela instituição.

Diante do exposto, a partir de dados levantados junto à DISAU e à Diretoria de Gestão de Pessoal (DIGEP), foram analisados processos recentes de aquisição de OPMEs dentro do CBMDF, com propostas relevantes de melhorias.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. O processo de criação da SANCO no âmbito do CBMDF e a análise de seus resultados

A partir de entrevista realizada com o Cap. QOBM/C.Dent. Bruno Aragão (apêndice A), procurou-se conhecer o processo de implementação da Subseção de Análise e Controle de OPMEs (SANCO) dentro do CBMDF. E a obtenção de planilhas elaboradas pela área permitiu mensurar a economia gerada nos anos de 2013 a 2020 (anexo A).

Antes da publicação da Portaria Interna de balizamento de preços e ampla pesquisa de mercado (Portaria nº 26, de 06 de junho de 2012), não havia um controle rígido da aquisição de OPMEs. Somente se exigia que o processamento seguisse as disposições da Lei Federal nº 8.666/1993, que institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e prevê a aquisição de produtos e serviços balizados por pesquisa no mercado e apresentação de propostas com itens similares (ARAGÃO, 2021, apêndice A).

Os pedidos eram encaminhados ao setor de auditoria médica, acompanhados de três propostas geralmente escolhidas pelo próprio médico ou pelo hospital, sendo aprovada a de menor valor. Tal sistemática acabava por favorecer a ocorrência de abusos, cometidos principalmente por empresas fornecedoras (ARAGÃO, 2021, apêndice A).

Por sua vez, os hospitais também apresentavam propostas superfaturadas, beneficiando-se da cobrança de percentual sobre o material autorizado. Conhecida como taxa de comercialização, possui caráter legal duvidoso e não encontra amparo no edital de credenciamento firmado entre o Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal e os hospitais conveniados (CBMDF, 2018).

Em maio de 2012, o Comando Geral determinou a instituição de grupo de estudo sobre a implantação de gestão financeira de OPMEs, com vistas a exercer um controle mais eficaz sobre os recursos alocados em sua aquisição (CBMDF, 2012a).

No mesmo ano, foi criada a SANCO, como um braço da auditoria médica. Composta inicialmente por apenas um profissional, tinha por atribuições levantar cotações, estabelecer um banco de dados com preços praticados pelas empresas fornecedoras e, assim, comparar as propostas com os valores praticados no mercado do Distrito Federal (ARAGÃO, 2021, apêndice A).

Percebe-se, portanto, uma clara mudança de postura do CBMDF, que passou a buscar diretamente as melhores opções existentes no mercado local em termos de custo-benefício. Instituiu-se, ademais, um modelo de negociação ativa com fornecedores, cientificando-os da necessidade de se adequarem às novas normas e, conseqüentemente, aos limites estabelecidos para a compra dos insumos (ARAGÃO, 2021, apêndice A).

No ano de 2013, já se podiam sentir os primeiros efeitos das medidas adotadas. Observou-se a economia de mais de R\$ 4,5 milhões, montante obtido a partir da diferença poupada a cada negociação entre a menor proposta recebida e o valor efetivamente autorizado. A tabela abaixo retrata essa expressiva variação no gasto total com a aquisição de OPMEs pelo CBMDF no referido ano.

Tabela 1- Diferença entre os valores iniciais e os valores efetivamente autorizados para aquisição de OPMEs no ano de 2013 (valores em Reais)

Tipo de procedimento	Valor inicial encaminhado	Valor final negociado	Diferença	Percentual economizado
Cirurgias eletivas	9.705.681,44	6.457.340,95	3.245.399,69	33,43%
Cirurgias de urgência	4.741.816,46	3.959.027,55	782.788,91	16,51%
Cirurgias odontológicas	655.724,80	182.755,92	472.968,88	72,13%
Totais	15.103.222,70	10.599.124,42	4.504.098,28	29,82%

Fonte: A autora, adaptado da planilha elaborada pela SANCO para controle de gastos.

No caso das cirurgias de urgência, cumpre destacar que a auditoria é retrospectiva, pois os insumos solicitados são utilizados antes da aprovação do valor (BOTTA, 2012). Deste modo, a margem de negociação junto ao fornecedor fica restrita ao enquadramento da proposta à média de preços verificada no banco de dados da SANCO (BOTTA, 2012; CBMDF, 2014). Isto explica o menor

percentual economizado nesse tipo de cirurgia (16,51%), embora não seja desprezível a diferença de mais de R\$ 782 mil.

No ano de 2014, verificou-se a necessidade de ampliação da equipe de análise e controle de OPMEs, em face do aumento de 10% no número de procedimentos a serem controlados, conforme explicitado na tabela 2 (CBMDF, 2014). Vale ressaltar que não foi possível mensurar a variação em 2013, porque são incompletos os dados de 2012, ano em que se iniciou a alimentação do banco de dados da SANCO.

Tabela 2 - Número de procedimentos de 2013 a 2020

Ano	Número de procedimentos	% de acréscimo ou decréscimo
2013	644	-
2014	714	+10,86
2015	653	-8,54
2016	741	+13,47
2017	892	+20,37
2018	1.089	+22,08
2019	1.179	+8,26
2020	970	17,72

Fonte: A autora, adaptado da planilha elaborada pela SANCO para controle de gastos.

Não se deve esquecer, tampouco, o delicado cenário econômico vivenciado no país durante a crise de 2014, com ameaça de pressão inflacionária e quadro de incerteza geral. Várias empresas fornecedoras cadastradas deixaram de atuar no Distrito Federal, o que resultou em menor concorrência e, conseqüentemente, elevação dos preços praticados no mercado.

Para resguardar o alcance das metas de controle de OPMEs, foi adicionado outro profissional à equipe da SANCO. A tabela 3 demonstra o resultado do trabalho de negociação, que gerou uma economia superior a R\$ 3,7 milhões para a Corporação (ARAGÃO, 2021, apêndice A).

Tabela 3 - Diferença entre os valores iniciais e os valores efetivamente autorizados para aquisição de OPMEs no ano de 2014 (valores em Reais)

Tipo de procedimento	Valor inicial encaminhado	Valor final negociado	Diferença	Percentual economizado
Cirurgias eletivas	6.171.345,25	3.709.083,57	2.462.261,68	39,90%
Cirurgias de urgência	5.770.947,57	4.794.760,16	977.162,61	16,93%
Cirurgias odontológicas	417.310,00	107.830,00	309.480,00	74,16%
Totais	12.359.602,82	8.611.673,73	3.747.929,09	30,32%

Fonte: A autora, adaptado da planilha elaborada pela SANCO para controle de gastos.

Importante observar que, apesar de ter havido um aumento no número de procedimentos (tabela 2), houve diminuição na somatória tanto dos valores iniciais quanto dos pagamentos pós-negociação. Resta claro, portanto, o aumento da efetividade do serviço, creditado em parte à ciência dos médicos e hospitais acerca do controle mais rígido de OPMEs exercido pelo CBMDF. Passaram, assim, a limitar a utilização destes insumos ao estritamente necessário para garantir a viabilidade e o sucesso do procedimento, deixando de fora materiais supérfluos que eram, até então, rotineiramente incluídos nos pedidos médicos (ARAGÃO, 2021, apêndice A).

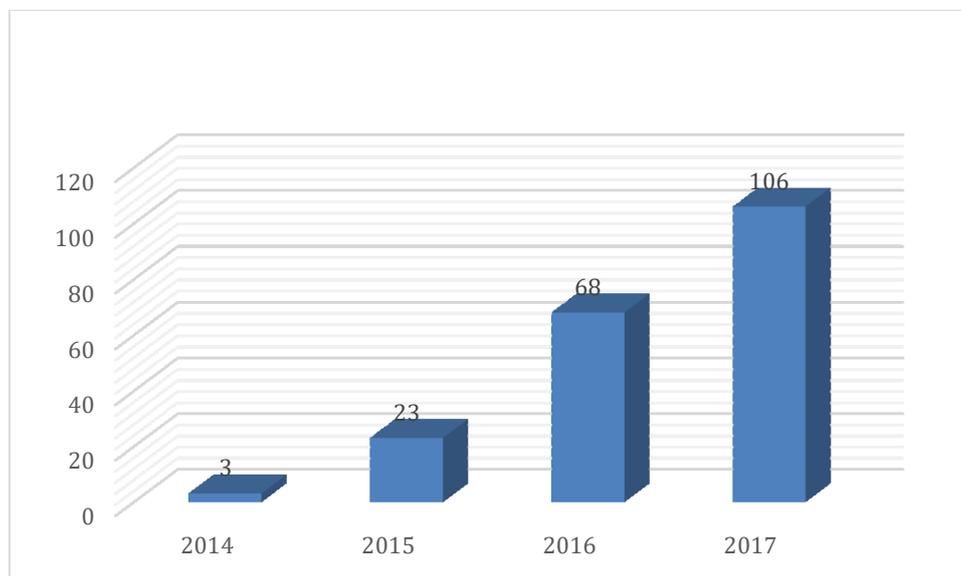
A própria negociação com as empresas fornecedoras tornou-se mais aprofundada, a partir da alimentação constante e enriquecimento do banco de dados. Quanto mais eventos cirúrgicos são realizados, mais itens de OPMEs de diversas marcas têm seus valores médios cadastrados, o que aumenta substancialmente os argumentos para solicitações de redução de preços (ARAGÃO, 2021, apêndice A; anexo B).

O ano de 2015 trouxe o reflexo da flexibilização das regras de inclusão de dependentes, promovida no final de 2014. Foi permitido ao militar do CBMDF incluir como dependentes pais, avós e sogros, desde que satisfeitas as condições de dependência econômica estabelecidas pelos órgãos de controle externo, como a Controladoria do Governo do Distrito Federal e o Tribunal de Contas do Distrito Federal e Territórios (BRASIL, 2002b).

Esses novos beneficiários mudaram o perfil dos procedimentos mais onerosos, antes fortemente representados por cirurgias ortopédicas em membros e coluna cervical, com lesões típicas da sobrecarga física à qual os

bombeiros são submetidos no exercício da profissão. Com a inclusão de dependentes em idade mais avançada, registrou-se elevação substantiva das cirurgias vasculares e cardíacas, como pode ser constatado na Figura 3.

Figura 3 – Número de cirurgias vasculares de 2014 a 2017



Fonte: A autora, adaptado da planilha elaborada pela SANCO para controle de gastos.

Para se adaptar a essa nova realidade, a SANCO foi obrigada a ampliar o cadastro de empresas atuantes no ramo de fornecimento de material especial para procedimentos como cateterismos e angioplastias. Anteriormente, este tipo de insumo representava fração quase insignificante do custo anual, dada a baixa idade média do militar, seus cônjuges e filhos (BRASIL, 2002b).

Diferentemente do que se observa em grande parte dos planos de saúde, a contribuição devida pelo dependente do sistema de saúde do CBMDF é fixa, de modo que a mudança de faixa etária não acarreta aumento do valor mensal pago. Além disso, o volume de contribuições é desprezível frente ao gasto médio, tornando o fundo de saúde da Corporação eminentemente deficitário. Logo, faz-se muitas vezes necessário o remanejamento de recursos de outras áreas e solicitação de fundos adicionais para possibilitar a realização e pagamento dos procedimentos demandados (BRASIL, 2002a).

Entretanto, mesmo com a significativa alteração no panorama dos beneficiários, a tabela 4 mostra que o valor efetivamente pago pelo CBMDF na

compra de OPMEs sofreu nova redução em 2015. Trata-se de reflexo da atuação do SANCO, que tem tido sucesso na diminuição das margens de lucro pretendidas pelas empresas fornecedoras (ARAGÃO, 2021, apêndice A).

Tabela 4 - Diferença entre os valores iniciais e os valores efetivamente autorizados para aquisição de OPMEs no ano de 2015 (valores em Reais).

Tipo de procedimento	Valor inicial encaminhado	Valor final negociado	Diferença	Percentual economizado
Cirurgias eletivas	3.346.757,41	2.248.173,31	1.098.584,10	32,82%
Cirurgias de urgência	4.902.326,21	3.675.086,38	1.226.987,11	25,03%
Cirurgias odontológicas	30.532,70	2.800,00	27.732,70	90,83%
Totais	8.279.616,32	5.926.059,69	2.353.556,63	28,42%

Fonte: A autora, adaptado da planilha elaborada pela SANCO para controle de gastos.

No ano de 2016, a equipe da SANCO foi ampliada para quatro militares e o orçamento geral da Diretoria de Saúde foi reajustado em cerca de 23% (tabela 5). Tais decisões acabaram se revelando tempestivas, pois o número de procedimentos eletivos e de urgência seguiam em tendência crescente (tabela 2) e surgiram novas tecnologias com custos mais elevados.

Tabela 5 - Verba destinada ao credenciamento em saúde do CBMDF de 2013 a 2020

Ano	Valor	% de acréscimo ou decréscimo
2013	38.990.654,05	-
2014	46.627.610,16	+19,58
2015	65.843.497,13	+41,21
2016	81.135.479,59	+23,22
2017	77.451.547,02	-4,54
2018	78.808.271,26	+1,75
2019	91.908.719,86	+16,62
2020	106.241.275,08	+15,59

Fonte: A autora, com dados fornecidos pela SECOP.

Como salientam Francisco e Castilho (2002), o aumento da tecnologia na área médica faz com que a “inflação médica” seja até quatro vezes maior que a de outros setores da economia. Em 2016, a inflação observada no país foi de 6,29%, segundo o Banco Central do Brasil (BCB, 2021), enquanto a inflação

médica no período foi de 18,6%, segundo dados da Associação Nacional de Hospitais Privados - ANAHP (KOIKE, 2020). Neste contexto, para manter a sustentabilidade do sistema de saúde, a auditoria médica adotou o conceito de medicina baseada em evidências (MBE), aumentando o rigor da análise quanto a alguns procedimentos sem comprovação científica de resolutividade (CBMDF, 2014). Com efeito, o maior preparo e a experiência acumulada fizeram com que os auditores conseguissem retirar, da lista de OPMEs solicitadas pelos médicos assistentes, itens sem comprovação de real necessidade (ARAGÃO, 2021, apêndice A).

Também nesse ano, um maior número de cirurgias ortopédicas eletivas passa a ser realizadas por médicos ortopedistas do próprio CBMDF. Cientes da realidade financeira da Corporação, estes profissionais solicitam apenas o material estritamente necessário para a cirurgia, evitando custos indevidos (ARAGÃO, 2021, apêndice A).

Tabela 6 - Diferença entre os valores iniciais e os valores efetivamente autorizados para aquisição de OPMEs no ano de 2016 (valores em Reais).

Tipo de procedimento	Valor inicial encaminhado	Valor final negociado	Diferença	Percentual economizado
Cirurgias eletivas	4.506.488,75	3.219.827,06	1.286.661,69	28,55%
Cirurgias de urgência	4.650.383,02	3.480.031,18	1.170.351,84	25,16%
Cirurgias odontológicas	309.670,30	87.583,88	222.086,42	71,72%
Totais	9.466.542,07	6.787.442,12	2.679.099,95	28,20%

Fonte: A autora, adaptado da planilha elaborada pela SANCO para controle de gastos.

Em 2017, houve um acréscimo de aproximadamente 20% no número de procedimentos realizados, em comparação como ano anterior. No entanto, pode-se observar uma diferença menor entre o valor encaminhado pelas empresas e aquele pago pelo CBMDF. Isso evidencia o caráter educativo das diretrizes impostas pela SANCO, ou seja, as empresas perceberam que já não podem mais abusar nos valores iniciais quando o paciente é do CBMDF, porque o setor de análise está atento a cotações fora das médias contidas em seu banco de dados (ARAGÃO, 2021, apêndice A).

Segundo a perspectiva de Malik e Schiesari (1998), todas as estratégias em auditoria apresentam um objetivo comum: uso correto, seguro e confiável das OPMEs a que os pacientes têm direito, alinhado à racionalização de despesas por parte dos sistemas de saúde, sem comprometer a sua qualidade. Trabalhando nesse sentido, a SANCO tem a consciência de que está lidando com vidas e de que a saúde das pessoas não é uma mercadoria, pois as consequências podem ser irreversíveis.

Ademais, o objetivo maior em uma negociação é atingir um ponto de convergência e eficiência, aceitável para ambas as partes. Nesse modelo utópico, espera-se que os fornecedores façam cotações condizentes com a natureza e qualidade do produto, minimizando os esforços de conciliação.

Tabela 7 - Diferença entre os valores iniciais e os valores efetivamente autorizados para aquisição de OPMEs no ano de 2017 (valores em Reais).

Tipo de procedimento	Valor inicial encaminhado	Valor final negociado	Diferença	Percentual economizado
Cirurgias eletivas	4.332.799,05	3.048.416,35	1.284.382,70	29,64%
Cirurgias de urgência	4.292.204,46	3.572.606,43	719.598,03	16,76%
Cirurgias odontológicas	293.537,07	171.192,95	122.344,95	41,67%
Totais	8.918.540,58	6.792.215,73	2.126.324,85	23,84%

Fonte: A autora, adaptado da planilha elaborada pela SANCO para controle de gastos.

O significativo aumento de 22% nos procedimentos em 2018 demonstra a maior confiabilidade dos usuários com o uso do serviço de saúde do CBMDF, que passa a ser mais eficiente e eficaz com a atuação dos auditores.

Atentando ao que apontam Oliveira (2018) e NasceCME (2016), os pedidos de materiais são previamente validados pelos médicos auditores. Eles verificam não só se os materiais solicitados são adequados ao procedimento a ser realizado, mas também se o tratamento proposto é compatível com o caso clínico do paciente. Além disso, pesquisam se há produto nacional similar ao importado, em termos de custo-benefício, e conferem se foi utilizado na cirurgia material em quantidade conforme autorização.

É imprescindível salientar que, muitas vezes, o valor negociado terá impacto direto na renda do militar, afinal muitos dos procedimentos mais

dispendiosos são para dependentes e requerem coparticipação de até 60% a ser paga pelo militar. É o caso das cirurgias vasculares, por exemplo, que envolvem pacientes com idade mais avançada, normalmente pais ou sogros do militar (BRASIL, 2002a).

A variação na composição das tabelas a partir de 2018, com a supressão das cirurgias odontológicas, se deve ao fato delas passarem a ser classificadas juntamente com as demais, de acordo com seu caráter: eletivo ou urgente.

Tabela 8 - Diferença entre os valores iniciais e os valores efetivamente autorizados para aquisição de OPMEs no ano de 2018 (valores em Reais).

Tipo de procedimento	Valor inicial encaminhado	Valor final negociado	Diferença	Percentual economizado
Cirurgias eletivas	4.000.562,54	2.960.473,98	1.040.088,56	25,99%
Cirurgias de urgência	5.807.289,33	4.916.374,65	890.914,68	15,34%
Totais	9.807.851,87	7.876.848,63	1.931.003,24	19,69%

Fonte: A autora, adaptado da planilha elaborada pela SANCO para controle de gastos.

O total geral de procedimentos eletivos e de urgência analisados pela SANCO ultrapassou a marca de 1.000 casos no ano de 2019, sendo que a economia gerada pela atuação dos militares da subseção voltou a subir, após o decréscimo observado no ano anterior.

Foram realizadas 60 cirurgias vasculares ao custo de R\$ 1.021.544,46, ao passo que foram realizadas 314 ortopédicas, nas quais foram gastos R\$ 2.592.939,87. Isto é, as vasculares consumiram 12,28% do total gasto com OPMEs no CBMDF, enquanto as ortopédicas consumiram 31,18%. Entretanto, as cirurgias vasculares (5,08%) representam um custo de R\$ 17.025,74 em média, enquanto as ortopédicas têm um gasto médio de R\$ 8.257,77.

Esses dados reforçam a importância do controle de OPMEs visando a curva ABC e, conseqüentemente, requerem maiores esforços concentrados na negociação de materiais que representam uma despesa anual maior (NASCECME, 2016).

Tabela 9 - Diferença entre os valores iniciais e os valores efetivamente autorizados para aquisição de OPMEs no ano de 2019 (valores em Reais).

Tipo de procedimento	Valor inicial encaminhado	Valor final negociado	Diferença	Percentual economizado
Cirurgias eletivas	4.584.430,00	3.615.424,88	969.005,12	21,13%
Cirurgias de urgência	6.202.742,05	4.870.724,38	1.314.137,87	21,18%
Totais	10.787.172,05	8.486.149,26	2.301.022,79	21,33%

Fonte: A autora, adaptado da planilha elaborada pela SANCO para controle de gastos.

A cada ano, espera-se um aumento de, pelo menos, 10% no número de procedimentos a serem controlados (tabela 2), devido ao ingresso de novos militares. No entanto, a situação atípica vivenciada em 2020, em função da pandemia do novo coronavírus, acarretou uma queda no número de cirurgias realizadas, devido à suspensão de procedimentos eletivos (CBMDF, 2020c). Neste contexto, somente foram autorizados pela equipe médica aqueles classificados como prioritários, a exemplo das cirurgias oncológicas. Apenas nos últimos meses de 2020 foram liberadas as cirurgias eletivas, de modo que os números do ano anterior não foram ultrapassados, como era de esperar.

O surto de COVID-19 também causou um expressivo aumento do dólar, refletido no custo dos insumos negociados. Digno de nota que o edital de credenciamento de 2018 proíbe a utilização de materiais que não tenham sido nacionalizados, ou seja, que não tenham um revendedor ou representante no Brasil, mas isso não quer dizer que o produto não possa ser importado é cotado na moeda norte-americana (CBMDF, 2018).

Tabela 10 - Diferença entre os valores iniciais e os valores efetivamente autorizados para aquisição de OPMEs no ano de 2020 (valores em Reais).

Tipo de procedimento	Valor inicial encaminhado	Valor final negociado	Diferença	Percentual economizado
Cirurgias eletivas	2.357.899,91	1.878.671,06	479.228,85	20,32%
Cirurgias de urgência	8.123.752,87	6.437.148,41	1.687.234,46	20,77%
Totais	10.481.652,78	8.315.819,47	2.165.833,31	20,66%

Fonte: A autora, adaptado da planilha elaborada pela SANCO para controle de gastos.

De fato, as empresas fornecedoras pressionaram para repassar essa variação cambial para os preços das OPMEs, todavia o banco de dados da SANCO mostrou que houve pouca repercussão no custo da maioria dos

produtos. Os valores abusivos foram tratados pontualmente, de modo que o maior aumento (em torno de 20%) foi verificado nos materiais empregados em cirúrgicas cardiológicas (Anexo B).

Portanto, percebe-se claramente que a negociação mais criteriosa levada a efeito pelos militares da SANCO tem gerado vultosa economia aos cofres públicos (BOTTA, 2012). Mesmo com a perspectiva de aumento no número de cirurgias eletivas e emergenciais a cada ano, a equipe segue sendo bem-sucedida na redução de gastos com OPMEs ao longo dos anos.

4.2. As práticas utilizadas pela SANCO para gerar economia

A tabela 11 mostra uma tendência de queda nas despesas com OPMEs desde a instituição da SANCO, mesmo em um cenário de aumento no número de cirurgias (tabela 2).

Tabela 11 - Comparação entre os valores destinados ao credenciamento e os gastos com OPMEs nos anos de 2013 a 2020.

Ano	Orçamento destinado ao credenciamento em reais	Gastos com OPMEs em reais	Porcentagem dos gastos com OPMEs
2013	38.990.654,05	10.599.124,42	27,18%
2014	46.627.610,16	8.611.676,73	18,47%
2015	65.843.497,13	5.926.059,69	9%
2016	81.135.479,59	6.787.442,12	8,36%
2017	77.451.547,02	6.792.215,73	8,77%
2018	78.808.271,26	7.876.848,63	9,99%
2019	91.908.719,86	8.486.149,26	9,23%
2020	106.241.275,08	8.315.819,47	7,83%

Fonte: A autora com base no das fornecidos pela SECOP/DISAU.

De acordo com Botta (2012), essa queda decorre de algumas medidas já empregadas pelo sistema de saúde do CBMDF, tais como:

- i) análise prévia à internação e requisição de uso de OPMEs nos casos eletivos;
- ii) negociação de valores de materiais em todas as cirurgias;
- iii) impedimento, via edital, da cobrança de taxas de comercialização;
- iv) negociação de materiais com diferentes fornecedores;
- v) remuneração de cirurgias por pacotes;

- vi) estabelecimento de protocolos de autorização e precificação de materiais;
- vii) convite aos pacientes a se submeterem a consultas de segunda opinião, quando necessário (BOTTA, 2012).

Entre os anos de 2013 e 2014, observa-se uma grande redução nos gastos com OPMEs, devido ao início das negociações com os fornecedores. Já de 2015 a 2019, parece prevalecer, a princípio, uma relativa estabilidade no total de desembolsos feitos para a aquisição desses materiais.

No entanto, segundo dados fornecidos pela DIGEP, o número de militares e dependentes incluídos no sistema de saúde do CBD MDF sempre supera os desligamentos, seja por motivo de falecimento ou perda do direito de dependência. Por exemplo, 1.061 militares e dependentes foram incluídos em 2018, enquanto apenas 397 foram desligados. Similarmente, ocorreram 1.089 inclusões em 2019, mas somente 330 exclusões.

Logo, mesmo com um aumento esperado de, pelo menos, 10% no número de procedimentos a serem controlados (tabela 2), constata-se que esse acréscimo não impactou o total gasto com OPMEs. Este fato reforça o sucesso do trabalho da SANCO, cujas negociações com fornecedores são geralmente formalizadas por e-mail, o que permite o registro dos valores e condições acordados. O resultado são preços cada vez menores lançados em seu banco de dados, que funciona como uma fonte de fácil acesso e alta confiabilidade no trabalho cotidiano.

Um exemplo ilustrativo desse êxito foi a postura da SANCO nas discussões relativas à denominada monitorização nervosa intraoperatória. Tal tratamento costumava ser alvo de insistente auditagem, pois o alto custo e a ausência de comprovação de eficiência geravam debates acalorados entre médicos solicitantes e auditores.

Em 2015, chegavam a ser autorizados procedimentos dessa natureza ao custo de R\$ 34.200, mas as negociações alcançaram R\$ 7.500 em 2019, como ilustram as figuras 4 e 5 abaixo. Esse resultado acompanha a tendência observada em diversos outros itens, sendo fruto do insistente contato e do bom relacionamento mantido com fornecedores e estabelecimentos de saúde, como

apontam Pinto e Melo (2010). É dessa forma que a equipe multidisciplinar da SEAUD consegue diminuir o custo dos materiais sem prejuízo em termos de qualidade, maximizando os benefícios para o paciente e evitando despesas além do essencial para a Corporação.

Figura 4- Cotação de monitorização nervosa intraoperatória em 2015.



Brasília – DF, 11 de Fevereiro de 2015

Ao
CBM DF
 A/C: Ten. Bruno
 Paciente: [REDACTED]
 Medico: [REDACTED]
 Hospital Santa Helena

PROPOSTA

Conforme sua solicitação, encaminhamos proposta de preço para os produtos abaixo:

PRODUTOS	QTDE	VLR. UNITARIO	VLR. TOTAL
Ponteira Colorado Surgi Max Plus – ELLIQUENCE – Reg: 10275160023 – Ref: QTEE 302	01	3.500,00	3.500,00
Trepano Pneumático – MICRODENT – Reg: 10309310020 – Ref: 03013000009	01	3.000,00	3.000,00
Ponteira de Drill – MIDAS REX – Reg: 10099430166 – Ref: 7BA60	01	2.900,00	2.900,00
Fresa para Crânio – MIDAS REX – Reg – 10339190206 – Ref: F2/8TA23	01	2.900,00	2.900,00
Pinça Bipolar – MACOM – Reg: 10243070039 – Ref: MA3042DB	01	2.700,00	2.700,00
Kit de Neuronavegação para ressecção de tumor – NORTHEAN DIGITAL – Reg: 10339190431 – Ref: 8801075	01	34.200,00	<u>34.200,00</u>
Cola Biológica TISSUCOL – BAXTER – Reg: 106830164 – Ref: 297	01	4.300,00	4.300,00
Botões para fechamento de Crânio – ENGIMPLAN – Reg: 10208610044 – Ref: 10200001	04	1.450,00	5.800,00
TOTAL GERAL			59.300,00

Validade da proposta: 15 dias
 Prazo de entrega: 24 horas após a confirmação.
 Condições de pagamento: 30 dias

Fonte: Processos da SANCO já negociados.

Figura 5-Cotação de monitorização nervosa intraoperatória em 2019

AXON TAIGYO PRESTACAO DE SERVICOS MEDICOS LTDA

Setor SCS Quadra 01 16 Bloco B Sala 811 Parte
Brasília – DF CEP 70308-900
Asa Sul
[REDACTED]
CNPJ : 27.637.284/0001-88 I.E: 0780882000155

Paciente: [REDACTED]
Convênio: CBM DF
Médico: [REDACTED]
Hospital: Home
Cirurgia: Artrodese lombar
Data: 19.06.19

Descrição:
01 Monitorização intraoperatória

- 10 pares trançados de eletrodos subdérmicos – descartáveis.
Anvisa 81210770023 REF : MN4013D25A/S
- 01 estimulador monopolar - descartável. .
Anvisa 81210770024 REF: SI110045S2526D
Técnica: EMG contínuo + CMAP + SSEP

Valor R\$ 7.500,00

Fonte: Processos da SANCO já negociados.

No caso de cirurgias mais frequentes, como a ureterolitotripsia (remoção de cálculos das vias urinárias), o contato corriqueiro com as empresas fornecedoras revela-se ainda mais essencial. As figuras 6 e 7 abaixo mostram uma diferença de cerca de 17% entre propostas apresentadas pela mesma empresa, com valor menor autorizado em 2020 (R\$ 2.556) do que em 2018 (R\$ 3.080).

Figura 6– Cotação de material para ureterolitotripsia em 2018




PROPOSTA DE VENDA FOR-7.1-1

DATA: 24/12/2018

COTAÇÃO

Cliente: [REDACTED]

QTD	Código Mat.	Descrição do Material	SIMPRO	Código TUSS	Valor Unitário	Valor Total	Registro Anvisa	Marca
01	500118	CATETER DUPLO J 4,7FR 26CM	0250060		440,00	440,00	80984190012	PLASTIK-MED
01	HG353SF	FIO GUIA HIDROFILICO PONTA RETA	0283649		440,00	440,00	81231550004	TOTAL LIFE
01	EXT424	BASKET DORMIA NITINOL N-STONE 3FR 90CM	0128058	19183013	2.200,00	2.200,00	10430310068	COLOPLAST
					3.080,00	3.080,00		

Paciente: [REDACTED] Convênio: CBM
 Médico: [REDACTED] Data Cirurgia: 24/11/2018
 Hospital: [REDACTED]
 Validade da Proposta: 15 Dias
 OBS:

Fonte: Processos da SANCO já negociados.

Figura 7- Cotação de material para ureterolitotripsia em 2020




PROPOSTA DE VENDA FOR-07.1-1

DATA: 24/04/2020

Cliente: [REDACTED]

Conforme sua solicitação, vimos pela presente apresentar nossa proposta relativa ao fornecimento dos produtos relacionados abaixo:

QTD	Código Mat.	Descrição do Material	SIMPRO	Registro ANVISA	Marca	Valor
01	500118	CATETER DUPLO J 4,7FR 26CM	0250060	80984190012	PLASTIK MEDICAL	365,20
01	100622	FIO GUIA HIDROFILICO PONTA RETA	282130	10413960146	SCI-TECH	365,20
01	EXN434	BASKET DORMIA NITINOL N-STONE 3FR 90CM NO-TIP	0163062	10430310068	COLOPLAST	1.826,00
						2.556,40

Paciente: [REDACTED] Convênio: CBMDF
 Médico: [REDACTED] Data Cirurgia: 20/04/2020
 Hospital: [REDACTED]
 Validade da Proposta: 60 Dias

Fonte: Processos da SANCO já negociados.

Especificamente em 2020, houve uma redução acentuada no número de pedidos realizados, mas não foi voluntária. Como já discutido anteriormente, as cirurgias eletivas foram suspensas para a realocação dos recursos em ações de combate ao novo coronavírus (CBMDF, 2020c).

Cumprir destacar que a Constituição Federal proíbe, em seu art. 167, inciso II, a realização de despesas ou a assunção de obrigações diretas que excedam os créditos orçamentários ou adicionais. Além disso, o art. 60 da Lei Federal nº 4.320/1964 veda a realização de despesa sem prévio empenho e, ainda, a Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101/2000) obsta a assunção de obrigação, sem autorização orçamentária, com fornecedores para pagamento *a posteriori* de bens e serviços.

Ou seja, o Diretor de Saúde e o Ordenador de Despesas da Saúde se viram obrigados a otimizar o orçamento disponibilizado para Assistência à Saúde no ano de 2020, priorizando a manutenção do pronto atendimento emergencial a todos os usuários. Assim, foi imperativa a suspensão temporária da emissão de guias e da autorização inicial de ressarcimento dos procedimentos de saúde do CBMDF, sendo garantida a continuidade apenas de alguns procedimentos com caráter emergencial, como a oncologia e a nefrologia.

4.3. Dificuldades na negociação de OPMEs dentro do CBMDF

Desde 1999, somente podem ser utilizadas OPMEs em território nacional a partir de seu registro perante a ANVISA (BRASIL, 1999). Além disso, a empresa fornecedora deverá ser fabricante ou distribuidor habilitado para comercialização no país, sendo obrigação da contratada fornecer o número do registro do produto (CBMDF, 2018).

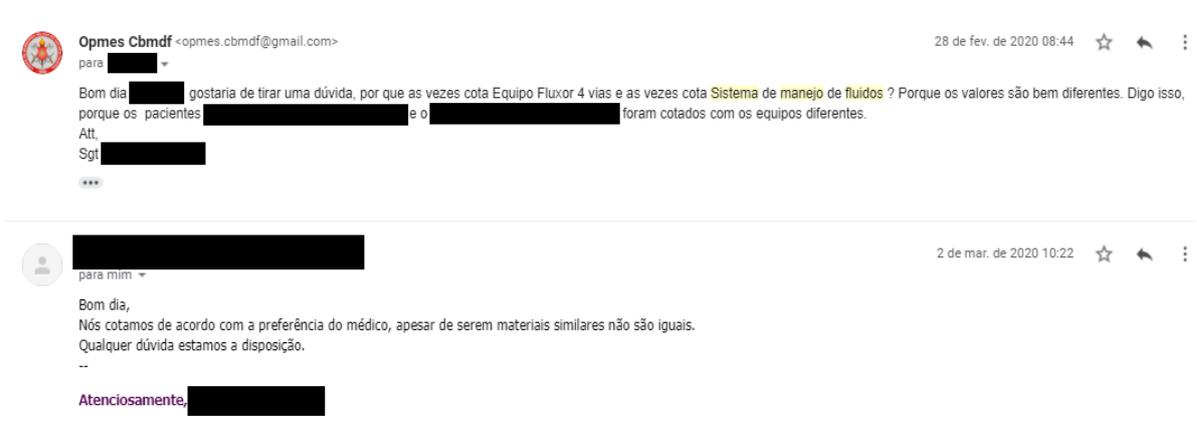
Também estão previstos, nos códigos de ética dos Conselhos Federais de Medicina e de Odontologia, critérios norteadores da relação dos profissionais de saúde com os fornecedores de OPMEs, sendo vedada a obtenção de vantagens em virtude da atividade profissional (BRASIL, 2009; BRASIL, 2012a).

Mas um dos principais problemas enfrentados pelos auditores é exatamente o malicioso uso de termos diversos para caracterizar o mesmo produto, com vistas a fraudulentamente justificar diferentes precificações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; SOCIO, 2012).

Isto é, os pedidos feitos à DISAU devem obrigatoriamente conter o código TUSS correspondente à OPME solicitada, para que seja avaliada a adequação do procedimento sugerido e a pertinência do material indicado, sendo vedada a recomendação de marca e/ou fornecedor (CBMDF, 2014). Mas a falta de padronização das nomenclaturas utilizadas nas solicitações médicas e nas cotações atrasa o trabalho da equipe de auditoria que, muitas vezes, precisa identificar qual a OPME indicada antes de iniciar a negociação.

A troca de mensagens reproduzida na figura 8 abaixo evidencia a complexidade do problema.

Figura 8- E-mail mostrando a dificuldade proporcionada pelas diferentes nomenclaturas utilizadas



Fonte: *E-mail* utilizado pela SANCO para negociação com as empresas.

Portanto, a gestão e padronização das denominações de OPMEs em sistemas digitais podem facilitar e agilizar a avaliação dos profissionais para liberação dos materiais mais adequados e com o melhor custo-benefício (BRASIL, 2015c; NASCECME, 2016).

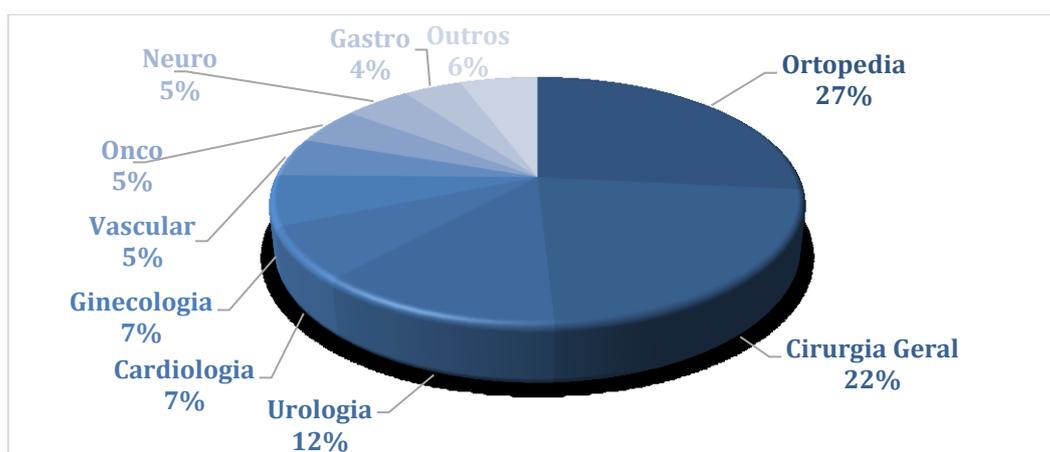
Além disso, existe uma dificuldade associada à ausência de proporcionalidade entre o volume de procedimentos realizados e os gastos

incurridos por especialidade. Ao comparar as solicitações feitas no ano de 2019 (figuras 9 e 10), é possível notar que alguns tratamentos são expressivos em termos de ocorrência, mas não necessariamente de despesa, e vice-versa.

Um exemplo nítido desse descompasso são as cirurgias vasculares, responsáveis por apenas 5% dos procedimentos, mas cujo custo absorve cerca de 13% do gasto com OPMEs no mesmo ano. Em contrapartida, as cirurgias gerais representam 22% do total de eventos, porém comprometeram apenas 8% do total despedido com esses materiais. Outro disparate ocorre com as neurocirurgias, que retratam 5% dos casos cirúrgicos, mas o alto custo de seus insumos impacta 17% das despesas. E uma atenção especial deve ser dedicada à ortopedia, área de maior demanda na Corporação e com um gasto quase proporcional.

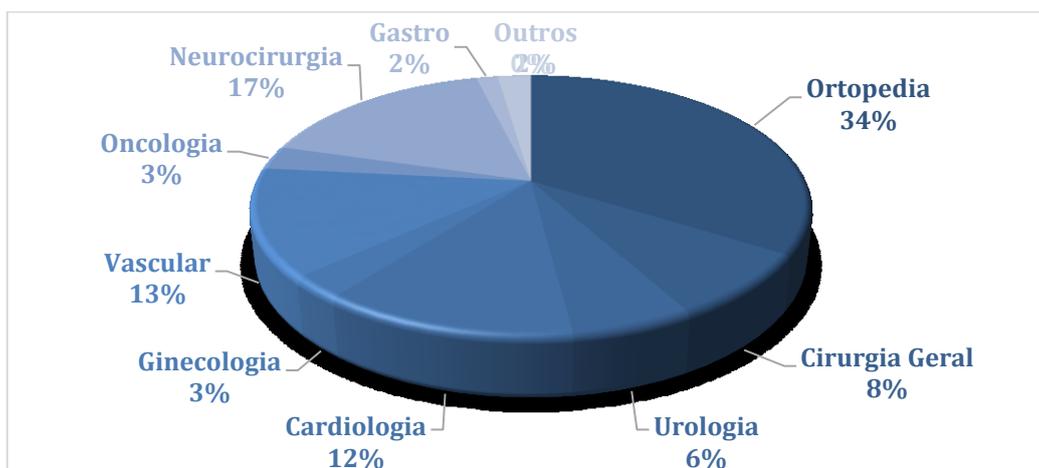
Entretanto, à luz das limitações de tempo e recursos, revela-se crucial que a auditoria concentre seus esforços para a maximização dos benefícios, sendo fundamental determinar os insumos mais relevantes em termos de despesa. Nesta razão, tomando como referência o ano de 2019, as especialidades com maior custo médio por procedimento são a neurocirurgia (R\$ 22.279,71 cada), as cirurgias vasculares (R\$ 17.025,74 cada) e a cardiologia (R\$ 11.626,15 cada).

Figura 9-Gráfico do número de cirurgias realizadas em 2019 com uso de OPMEs, por especialidade



Fonte: A autora, adaptado da planilha elaborada pela SANCO para controle de gastos.

Figura 10- Gráfico dos gastos com OPME sem 2019, por especialidade



Fonte: A autora, adaptado da planilha elaborada pela SANCO para controle de gastos.

Adicionalmente, a literatura aponta dificuldades associadas às novas tecnologias médicas e à maior informação dos usuários, cada vez mais exigentes de seus direitos e necessidades. Inegavelmente, esses novos elementos tendem a gerar certo desequilíbrio na equação de custos sobre as receitas (PAIM; CICONELLI, 2007; SCHUTZ, SIQUEIRA, 2011; BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

A tecnologia deve ser utilizada a favor da instituição, sempre pesando as perdas e ganhos frente a cada inovação. Como afirmam Francisco e Castilho (2002), a racionalização das tecnologias deve ser acompanhada da negociação dos insumos, balizada pelo banco de dados e por pesquisa de mercado, além do levantamento de propostas com itens similares (CBMDF, 2018; CBMDF, 2012; BRASIL, 1993).

Os resultados obtidos ainda favorecem o trabalho da SUAUD, que dedicou 5 militares (1 oficial superior, 1 oficial intermediário e 3 praças) às negociações. Porém, é imperativo aprimorar os mecanismos de controle, sobretudo à luz dos novos desafios impostos pela inovação tecnológica e o acesso à informação. Nesse contexto, conhecer a experiência de outra instituição pode inspirar mudanças, evitar esforços duplicados e economizar tempo e dinheiro.

No âmbito da Polícia Militar do Distrito Federal (PMDF), a auditoria é realizada atualmente por uma empresa contratada por meio de pregão eletrônico, pelo período de um ano, para auditar apenas cirurgias de caráter emergencial. A terceirização começou no início de 2020 e o valor pago é de 271 mil reais ao mês, para cobrir a assistência prestada a aproximadamente 70 mil usuários, entre militares e dependentes (QUEIROZ, 2021, apêndice B).

A empresa contratada também fica responsável pela prestação de contas ao Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF) e são previstos relatórios periódicos para demonstrar as economias propiciadas, bem como contra-auditoria realizada por profissionais do quadro de saúde daquela corporação, para fiscalizar a atuação da empresa (QUEIROZ, 2021, apêndice B).

Anteriormente, a auditoria era realizada por uma equipe composta por 100 policiais militares. Contudo, a falta de contingente levou a instituição a optar pela terceirização, o que permitiu o retorno dos militares às atividades finalísticas relacionadas à segurança pública (QUEIROZ, 2021, apêndice B).

Os procedimentos eletivos, no entanto, continuam sendo controlados pela própria PMDF. Após analisar o pedido, os médicos autorizam os procedimentos e os materiais necessários, conforme o caso. Após essa verificação inicial, são solicitadas 3 cotações de materiais, sendo autorizada a de menor valor, sempre considerando a tabela SIMPRO como referência (QUEIROZ, 2021, apêndice B).

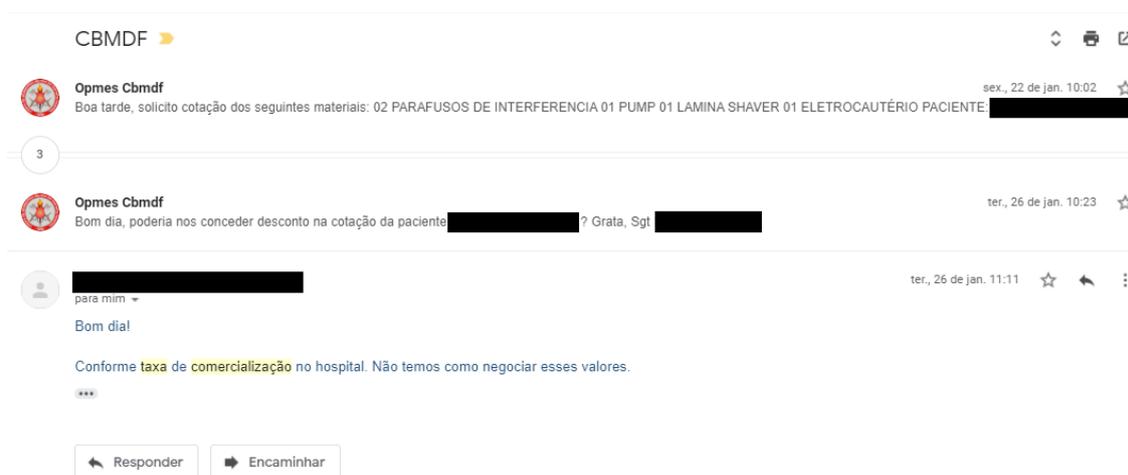
A grande vantagem dessa forma de auditoria é liberar profissionais para atendimento da grande demanda na área médica. A PMDF também carece de militares com formação em auditoria, fator adicional na tomada de decisão acerca da terceirização do serviço de auditoria das emergências (QUEIROZ, 2021, apêndice B).

Outro ponto complicador do trabalho da SANCO é o fato do faturamento dos insumos ocorrer apenas nos hospitais, e não diretamente nas empresas fornecedoras, como determina o edital de credenciamento (CBMDF, 2012). Esta situação torna o hospital um ente intermediário, com honorários médicos congelados por tabelas contratuais e as cirurgias de alta complexidade remuneradas por valores fixos. Assim, as chamadas taxas de comercialização

de OPMEs acabam funcionando como alternativa para aumentar a receita dos estabelecimentos, já que possuem um alto custo operacional e estão sob o controle mercadológico.

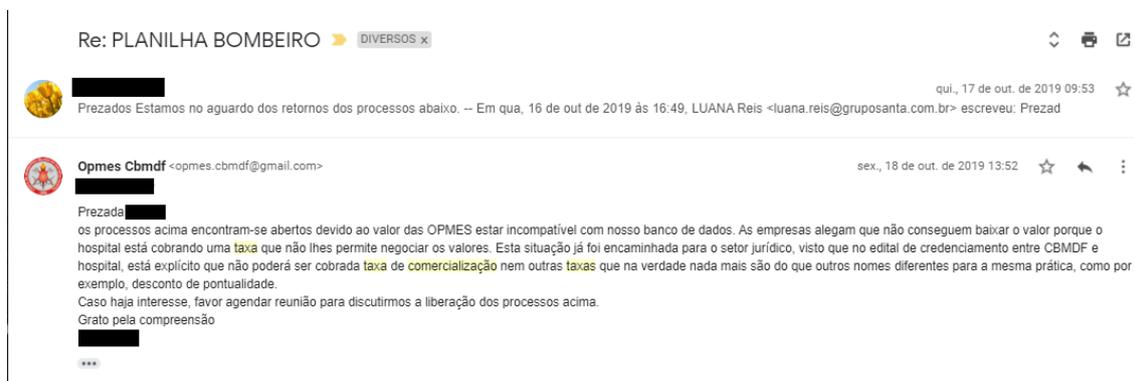
As figuras 11 e 12 ilustram situações corriqueiramente vivenciadas pela SANCO. Isto é, não raro, os fornecedores apresentam preços superiores àqueles constantes no banco de dados, sob a justificativa de cobrança de alta taxa de comercialização pelos hospitais.

Figura 11- E-mail demonstrando a prática ilegal da taxa de comercialização



Fonte: *E-mail* utilizado pela SANCO nas negociações.

Figura 12- E-mail demonstrando a prática ilegal da taxa de comercialização



Fonte: *E-mail* utilizado pela SANCO nas negociações.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do presente estudo foi analisar os processos de auditoria de OPMEs no CBMDF, a partir do seguinte questionamento: como aprimorar a análise e controle desses materiais dentro do CBMDF, com vistas a coibir práticas abusivas e reduzir os gastos em saúde, sem impactar a qualidade da assistência prestada ao paciente?

A meta da auditoria em saúde é o aperfeiçoamento, equilíbrio e sanidade do sistema auditado, com vistas a assegurar um atendimento de qualidade ao paciente, cujo benefício deve ser o foco da atividade. Neste contexto, concluiu-se que as práticas empregadas desde a instituição da SANCO foram fundamentais para os resultados alcançados pela Corporação em termos de economia gerada na aquisição de OPMEs.

Há que se considerar que, para cada nova função burocrática criada, haverá um militar a menos dedicado às funções primordiais do CBMDF, afetas à segurança pública e à defesa civil (BRASIL, 1986). Assim, para justificar a atual alocação de dois cirurgiões-dentistas e três bombeiros combatentes, é preciso demonstrar o alcance de resultados concretos nas negociações de preços junto a fornecedores.

É fato que os referidos militares se encontram afastados das atividades típicas relacionadas com as vagas para as quais concorreram em concurso público de provas e títulos. E a criação da Subseção foi intensamente debatida, mesmo tendo começado a sua atuação de forma muito modesta, com apenas um militar encarregado de verificar a correta aplicação de verba bastante considerável. Entretanto, a maior prova do acerto de sua lotação são os vultosos valores economizados nas negociações, resultados que podem ser potencializados com a capacitação dos demais membros da equipe, por meio de cursos de auditoria em saúde oferecidos por instituições qualificadas.

A racionalização do emprego dos recursos pode acarretar melhores práticas assistenciais aos usuários. Para tanto, o trabalho multissetorial revelou-se de particular importância, envolvendo não somente o auditor *in loco*, mas

também o médico que solicita e autoriza o uso de OPMEs. Em todos os casos, o treinamento sobre as características e indicações de cada procedimento e material tende a fortalecer o trabalho de auditoria.

Conforme aponta o banco de dados da SANCO, os preços praticados após a sua implantação têm decrescido substancialmente, reforçando a homenagem aos princípios da economicidade, eficácia e eficiência. O criterioso controle permitiu à Corporação registrar deflação nas despesas com material cirúrgico, mesmo no caso de produtos decorrentes do avanço tecnológico, ainda que considerada a inflação observada no país no período analisado.

A aquisição de OPMEs impacta diretamente o orçamento da DISAU destinado ao pagamento de fornecedores credenciados. Mas a economia gerada pelo rígido controle da SANCO supera a marca de R\$ 21 milhões acumulados ao longo de menos de uma década de trabalho, como atestam as tabelas 1, 3, 4 e 6 a 10.

Em especial a partir de 2015, houve um expressivo crescimento da demanda por OPMEs, sobretudo em decorrência do aumento constante no número de usuários de idade mais avançada, mais frequentemente submetidos a esse tipo de procedimento.

Somente em 2020, as novas nomeações geram a inclusão de cerca de 338 militares, o que aliado a seus dependentes significa mais 2.014 pessoas nos serviços de saúde da Corporação. Na direção contrária, ocorreu o desligamento de apenas 412 pessoas, somados os falecimentos, divórcios e filhos que atingiram a idade limite do convênio, segundo dados fornecidos pela DIGEP.

Quanto às principais dificuldades encontradas para a evolução do trabalho da SANCO, a literatura especializada e a entrevista com o Cap. Bruno Aragão destacam a falta de padronização na nomenclatura dos insumos (BRASIL, 2015b; BRASIL, 2015c; NASCECME, 2016; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; SOCIO, 2012).

Ainda há, portanto, um longo caminho a ser percorrido até que se atinja o controle necessário e tão esperado dos gastos públicos. Porém, indubitavelmente, um bom começo já se pode verificar.

6. RECOMENDAÇÕES

Para a evolução do trabalho da auditoria em serviços de saúde, sugere-se o estabelecimento de uma rotina de geração de estatísticas estratégicas, que possibilitem a avaliação da qualidade dos processos, sistemas e serviços, bem como a identificação da necessidade de adoção de ações preventivas ou corretivas. A partir de tais dados, a equipe médica poderá, por exemplo, detectar os procedimentos cirúrgicos mais prevalentes envolvendo o uso de OPMEs e, assim, propor medidas que ajudem a prevenir as causas das enfermidades. Obviamente, a viabilidade dessa proposta deverá ser avaliada de acordo com a capacidade da equipe da POMED.

Em 2021, a continuidade do quadro de pandemia recomenda um acompanhamento ainda mais atento aos preços que serão praticados pelos fornecedores. A desvalorização da taxa de câmbio encarece a importação de quaisquer bens, cotados em moeda estrangeira. Logo, até mesmo pelo gradativo esgotamento do estoque de produtos comprados antes da pandemia, é de se esperar que as empresas aproveitem o contexto para apresentar cotações mais elevadas.

Para tentar sanar o problema da falta de padronização na nomenclatura de OPMEs, propõe-se a implantação, com o auxílio da equipe Diretoria de Tecnologia da Informação e Comunicação (DITIC) do CBMDF, de um *software* específico para a solicitação de cirurgias e insumos.

Nessa ferramenta, os próprios hospitais teriam que alimentar os dados para solicitação de procedimentos eletivos e emergenciais, o que diminuiria, por exemplo, problemas como a falta de padronização de nomenclaturas. O sistema daria a possibilidade para o funcionário do hospital selecionar os procedimentos e materiais em lista já predeterminada, conforme o registro do produto perante a ANVISA. Além disso, os dados do paciente e exames obrigatórios para a análise dos auditores em cada caso também já seriam campos obrigatórios, agilizando a atuação dos militares.

Também se sugere a revisão do edital de credenciamento de 2018, com o apoio da equipe jurídica do CBMDF. Revelam-se necessários alguns ajustes, como retirar do hospital o papel de intermediário nas negociações e diminuir, conseqüentemente, a cobrança abusiva das chamadas taxas de comercialização.

Aconselha-se, ainda, um maior detalhamento dos serviços de saúde no planejamento estratégico da Corporação, em particular quanto à auditoria, para que fiquem mais claros e acessíveis para os militares.

Ao Diretor de Saúde e ao Chefe da SEAUD, recomenda-se a leitura atenta desta pesquisa e seus achados, bem como a instituição de um relatório a ser anualmente elaborado por todas as subseções da Auditoria Médica. O propósito seria o levantamento de dados que possam subsidiar a tomada de decisões quanto à alocação de verbas e pessoal no âmbito da DISAU. O apêndice C desta pesquisa apresenta modelo que pode embasar a definição do formato do relatório proposto.

Por fim, sugere-se a realização de estudo sobre o trabalho desenvolvido por empresas terceirizadas de auditoria, bem como o serviço de análise e controle de OPMEs em outros órgãos públicos e instituições privadas. De modo a avaliar os custos e benefícios de cada modelo, para que possa ser analisada a eventual implantação no CBMDF, sempre visando a saúde financeira da instituição e a qualidade do serviço prestado aos usuários.

REFERÊNCIAS

ABRAIDI. **Distribuidores: Qualidade de atendimento a hospitais**. Associação Brasileira de Importadores e Distribuidores de Produtos para Saúde. São Paulo, 2018. Disponível em: <https://url.gratis/ND41b> . Acesso em: 13 nov. 2020.

ALENCAR, Anna Carolyne Ferreira, **Aquisição e utilização das Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME e os facilitadores do superfaturamento no sistema de saúde**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Gestão em Saúde Coletiva). Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: <https://bdm.unb.br/handle/10483/13620> . Acesso em: 30 set. 2020.

ANS. **Resolução Normativa nº 424, de 26 de junho de 2017**. Dispõe sobre critérios para a realização de junta médica ou odontológica formada para dirimir divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto pelas operadoras de planos de assistência à saúde. Brasília, 2017b. Disponível em: <https://url.gratis/PFupV> . Acesso em: 17 nov. 2020.

ANS. **Resolução Normativa nº 428, de 7 de novembro de 2017**. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga as Resoluções Normativas – RN nº 387, de 28 de outubro de 2015, e RN nº 407, de 3 de junho de 2016. Brasília, 2017a. Disponível em: <https://url.gratis/2Oxxq> . Acesso em: 17 nov. 2020.

ASSIS, Sonia Francisca Monken de; MIRALDO, Claudio de Oliveira Miraldo. **Implantação de um sistema informatizado para gerenciamento da liberação de cirurgias com controle de órteses, próteses e materiais especiais (OPME) em uma operadora de saúde**. Seminários em Administração, XVIII SemAd, nov. 2015. Disponível em: <https://url.gratis/XXxqQ> . Acesso em: 05 dez. 2020.

BCB. **Histórico das metas para a inflação**. Disponível em: <https://www.bcb.gov.br/controleinflacao/historicometas> . Acesso em: 18 fev. 2021.

BOTTA, Marcelo Sampaio. **Gestão Financeira de órteses, próteses, materiais especiais e de síntese, em uma organização pública do Distrito Federal**. Trabalho de Conclusão de Curso. Brasília, 2012.

BRASIL. **Constituição de 1988, de 22 de setembro de 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em: <https://url.gratis/cP1CY> . Acesso em: 25 nov. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 26.876, de 2 de junho de 2006**. Regulamenta dispositivo da Lei que especifica, sobre a assistência médico-hospitalar, médico-domiciliar, odontológica, psicológica e social ao militar do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, seus dependentes legais e pensionistas. Brasília: Presidência

da República, 2006a. Disponível em: <https://url.gratis/YCZUH> . Acesso em: 25 nov. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 31.817, de 21 de junho de 2010**. Regulamenta o inciso II, do artigo 10-B, da Lei nº 8.255, de 20 de novembro de 1991, que dispõe sobre a Organização Básica do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. Brasília: Presidência da República, 2010b. Disponível em: <https://url.gratis/dTZor> . Acesso em: 25 nov. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 7.163, de 29 de abril de 2010**. Regulamenta o inciso I do art. 10-B da Lei no 8.255, de 20 de novembro de 1991, que dispõe sobre a organização básica do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. Brasília: Presidência da República, 2010a. Disponível em: <https://url.gratis/R0ffe> . Acesso em: 25 nov. 2020.

BRASIL. **Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2000. Disponível em: <https://url.gratis/63qcd> . Acesso em: 17 fev. 2021.

BRASIL. **Lei Federal nº 4.320, de 17 de março de 1964**. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Brasília: Presidência da República, 1964. Disponível em: <https://url.gratis/7qmYv> . Acesso em: 17 fev. 2021.

BRASIL. **Lei Federal nº 13.709 de 14 de agosto de 2018**. Brasília: Presidência da República, 2018. Disponível em: <https://url.gratis/4HWOa> . Acesso em: 17 fev. 2021.

BRASIL. **Lei nº 7.479, de 2 de junho de 1986**. Aprova o Estatuto dos Bombeiros Militares do Corpo de Bombeiros do Distrito Federal e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1986. Disponível em: <https://url.gratis/evVv9> . Acesso em: 25 nov. 2020.

BRASIL. **Lei nº 10.486, de 4 de julho de 2002**. Dispõe sobre a remuneração dos militares do Distrito Federal e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2002b. Disponível em: <https://url.gratis/d98QJ> . Acesso em: 15 nov. 2020.

BRASIL. **Lei nº 10.633, de 27 de dezembro de 2002**. Institui o Fundo Constitucional do Distrito Federal – FCDF, para atender o disposto no inciso XIV do art. 21 da Constituição Federal. Brasília: Presidência da República, 2002a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10633.htm. Acesso em: 11 nov. 2020.

BRASIL. **Lei nº 11.134, de 15 de julho de 2005**. Institui a Vantagem Pecuniária Especial - VPE, devida aos militares da Polícia Militar do Distrito Federal e do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal; altera a distribuição de Quadros, Postos e Graduações dessas Corporações; dispõe sobre a remuneração das Carreiras de Delegado de Polícia do Distrito Federal e de Polícia Civil do Distrito

Federal; altera as Leis nº 7.289, de 18 de dezembro de 1984, nº 7.479, de 02 de junho de 1986, nº 10.486, de 04 de julho de 2002, nº 8.255, de 20 de novembro de 1991, e nº 9.264, de 07 de fevereiro de 1996, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2005. Disponível em: <https://url.gratis/Ye2fU> . Acesso em: 17 nov. 2020.

BRASIL. **Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973**. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1973. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5991.htm. Acesso em: 15 nov. 2020.

BRASIL. **Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976**. Dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1976. Disponível em: <https://url.gratis/89hxS> . Acesso em: 11 nov. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993**. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8666cons.htm. Acesso em: 29 set. 2020.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília: Presidência da República, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm . Acesso em: 17 nov. 2020.

BRASIL. **Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999**. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9782.htm . Acesso em: 13 nov. 2020.

BRASIL. **Manual de boas práticas de gestão das Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/3bq0me6> . Acesso em: 24 nov. 2020.

BRASIL. **Portaria conjunta nº 5, de 6 de julho de 2015**. Aprovação de Procedimento Operacional Padrão que Disciplina a Aquisição, o Recebimento, a Utilização e o Controle de Órtese, Prótese e Materiais Especiais (OPME). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, 2015b. Disponível em: <https://bit.ly/2NhuqAF> . Acesso em: 02 dez. 2020.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 38, de 8 de janeiro de 2015**. Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre órteses, próteses e materiais especiais (GTI-OPME Ministério da Saúde, 2015c. Disponível em: <https://bit.ly/37w4V5d> . Acesso em: 06 nov. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 403, de 7 de maio 2015**. Disciplina a aquisição, o recebimento, a utilização e o controle de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) pelas Unidades Hospitalares subordinadas à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS). Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: <https://bit.ly/3pNWFnP> . Acesso em: 20 out. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 665, de 29 de março de 2006**. Institui o Comitê Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, Brasília-DF, 30 mar. 2006a. Disponível em: <https://bit.ly/3dLf1U7> . Acesso em: 05 dez. 2020.

BRASIL. **Resolução CFM 1.931, de 17 de setembro de 2009**. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília: Presidência da República, 2009. Disponível em: <https://bit.ly/3pGdNvA> Acesso em: 20 nov. 2020.

BRASIL. **Resolução CFO 115, de 3 de abril de 2012**. Disciplina a prescrição de materiais de implante, órteses e próteses, e determina arbitragem de conflitos. Brasília: Presidência da República, 2012b. Disponível em: <https://bit.ly/3buNUtq> . Acesso em: 26 out. 2020.

BRASIL. **Resolução CFO 118, 16 de junho de 2012**. Revoga o Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução CFO-42/2003 e aprova outro em substituição. Brasília: Presidência da República, 2012a. Disponível em: <https://bit.ly/3k8Qqtc> . Acesso em: 23 out. 2020.

BRASIL. **Resolução COFEN nº 266, de 5 de outubro de 2001**. Aprova as atividades do enfermeiro auditor. Brasília: Presidência da República, 2001. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2662001_4303.html. Acesso em: 20 set. 2020.

BRASIL. **Revogação de suspensão e convocação de candidatos para apresentação, entrega de documentos e matrícula no curso de formação de praças**. Diário Oficial da União, Brasília-DF, ano XLIX, edição nº 211, seção 3, p. 102, 09 nov. 2020. Disponível em: <https://bit.ly/37w5oEv> . Acesso em: 21 fev. 2021.

BRASIL. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva**. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva; Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Série Cadernos de Planejamento, v. 2. Brasília-DF, 2006b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS_livro_1a6.pdf. Acesso em: 05 dez. 2020.

CAVEIÃO, Cristiano. **O papel do enfermeiro auditor em instituições e operadoras de planos de saúde**. Revista Eletrônica Multidisciplinar FACEAR, v. 2, n. 1, abr. 2013. Disponível em: <https://bit.ly/3kaRkp3> . Acesso em: 24 out. 2020.

CBMDF. **Cartilha de utilização do sistema de saúde do CBMDF, 2014**. Disponível em: <https://bit.ly/2ZzHdB1> . Acesso em: 27 nov. 2020.

CBMDF. Designação de grupo de estudos sobre implantação de gestão financeira de órteses, próteses, materiais especiais e síntese. **Boletim Geral nº 99, de 25 de maio de 2012**. Brasília, 2012a.

CBMDF. Edital de credenciamento 01/2011. **Boletim Geral nº 200, de 21 de outubro de 2011**. Brasília-DF, 2011.

CBMDF. Edital de credenciamento 01/2018. Brasília-DF, 2018. Disponível em: <https://cbm.df.gov.br/credenciamento-em-saude/>. Acesso em: 13 mar. 2021.

CBMDF. Manual para normatização de trabalhos acadêmicos. Ed. Ver. Brasília: Diretoria de Ensino, 2020.

CBMDF. Mapa Demonstrativo do Efetivo do CBMDF. **Boletim Geral nº 210, de 10 de novembro de 2020**. Brasília-DF, 2020a.

CBMDF. **Planejamento Estratégico 2017-2024**. Brasília-DF, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/3ujtXOZ> Acesso em: 03 dez. 2020.

CBMDF. Plano de Aplicação de Recursos Financeiros 2020. **Boletim Geral nº 178, de 20 de setembro de 2019**. Brasília-DF, 2019.

CBMDF. Portaria nº 26, de 06 de junho de 2012. Regula o balizamento de preços e a ampla pesquisa de mercado de que tratam o inciso V, e o § 1º, do art. 15, da Lei n.º 8.666/1993, para fins de obtenção do valor estimado nas aquisições e contratações realizadas no âmbito do CBMDF. **Boletim Geral nº 110, de 13 de junho de 2012**. Brasília-DF, 2012.

CBMDF. Regimento Interno do CBMDF. **Boletim Geral nº 223, de 1 de dezembro de 2020**. Brasília-DF, 2020b.

CBMDF. Restrições ao sistema de saúde. **Boletim Geral nº38, de 21 de fevereiro de 2020**. Brasília-DF, 2020c.

CGDF. **Relatório de inspeção nº 14/2018**. Brasília, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3btINuz> . Acesso em: 12 nov. 2020.

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração: teoria, processo e prática**. 4. ed. São Paulo: Campus, 2006.

COREN-BA. **Resolução COREN-BA nº 001/2015, de 29 de janeiro de 2015**. Dispõe sobre Atuação do Enfermeiro em OPME. Conselho Regional de Enfermagem, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/3dxOnhb> . Acesso em: 16 out. 2020.

DISTRITO FEDERAL. **Lei Orgânica do Distrito Federal, de 08 de junho de 1993**. Brasília, DODF, 09 de junho de 1993, Suplemento. Disponível em: <https://bit.ly/3pM4avu> . Acesso em: 09 dez. 2020.

FRANCISCO, Ivone Maria Fonseca; CASTILHO, Valeria. **A enfermagem e o gerenciamento de custos**. Ver EscEnferm USP 2002; 36(3): 240-4. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n3/v36n3a04>. Acesso em: 30 set. 2020.

FREITAS, Mariana Ayres Vilhena de; SCHEICHER, Marcos Eduardo. **Qualidade de vida de idosos institucionalizados**. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo; 2000. Disponível em: <https://bit.ly/2NhvAw1> . Acesso em: 30 set. 2020.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 5ª ed., 2010.

GRIZOTTI, Giovani. **Máfia superfatura próteses e indica cirurgias desnecessárias**. Disponível em: <https://bit.ly/3pM4kmA> . Exibição em 04 jan. 2015. Acesso em: 06 dez. 2020.

HOLMES, Arthur W. **Auditing: principles and procedures**. 4th ed. Homewood: Richard D. Irwin, 1956.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. 1. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

JOHNSTON, Michael Vicent et al. **Neurobiology of hypoxic–ischemic injury in the developing brain**. *Pediatr. Res.*, v. 49, n. 2, p. 735-41, 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11385130/#affiliation-1> . Acesso em: 02 dez. 2020.

KALAF, Ronaldo Elchemr. **Órteses, Próteses e Materiais especiais: uma discussão sobre usos e abusos**. *Revista do GV Saúde da FGV-EAESP*, v.14, n. 4, 2013.

KOIKE, Beth. **Aumento de custo médico-hospitalar deve ser de 15% Valor econômico**. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://glo.bo/37zHesQ> . Acesso em: 14 jan. 2021.

LIMA, Suzinara Beatriz Soares; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. **A enfermagem no processo da acreditação hospitalar em serviço de urgência e emergência**. *Acta Paul Enferm*, v. 19, n. 3, p. 271-8, 2006. Disponível em: <https://bit.ly/3btmmVd> . Acesso em: 25 out. 2020.

LOURENCO, Karina Gomes; CASTILHO, Valéria. **Classificação ABC dos materiais: uma ferramenta gerencial de custos em enfermagem**. *Rev. bras. enferm.*, vol. 59, n. 1, p. 52-55, 2006. Disponível em: <https://bit.ly/3k78Laj> . Acesso em: 30 set. 2020.

MALIK, Ana Maria; SCHIESARI, Laura Maria Cesar. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. v. 3. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. Disponível em: <https://bit.ly/3bqZRQX>. Acesso em: 20 out. 2020.

MANZO, Bruna Figueiredo; BRITO, Maria José Menezes; CORREA, Allana Reis. **Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde**. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 46, n. 2, abr. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a17v46n2.pdf>. Acesso em: 30 set. 2020.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia científica: Fundamentos de Metodologia Científica. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2003.**

MARTINS, Paulo Roberto do Nascimento; DAHINTEN, Bernardo Franke; DAHINTEN, Augusto Franke. **O problema envolvendo as OPMES e os planos de saúde: contornos e análise da problemática.** Revista de Direito Sanitário, v. 17, n. 1, p. 145-166, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/3buhzTJ> . Acesso em: 07 out. 2020.

MEDEIROS, Daniele Cristina Silveira. **O papel do enfermeiro na auditoria de serviços de saúde.** Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Auditoria de Sistema e Serviços de Saúde) – Instituto de Ensino Superior de Londrina, Faculdade Integrado Inesul, Londrina, 2008.

MEDEIROS, Ulisses Vieira; ANDRADE, Julio Melo Vales. **Guia de estudo de auditoria.** Apostila do Curso de Especialização em Odontologia do Trabalho. São Paulo: Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic, Mundi Brasil, 2007.

MELO, Marilene Barros de; VAITSMAN, Jeni. **Auditoria e avaliação no Sistema Único de Saúde.** São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 152–164, 2008. Disponível em: <https://bit.ly/37C9fjs> . Acesso em: 05 out. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 185, DE 22 DE OUTUBRO DE 2001.** Aprova o Regulamento Técnico que consta no anexo desta Resolução, que trata do registro, alteração, revalidação e cancelamento do registro de produtos médicos na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <https://bit.ly/2NJAUIf> . Acesso em: 20 set. 2020.

MOTTA, Ana Letícia Carvevalli; LEÃO, Edmillson; ZAGATTO, José Roberto, **Auditoria médica no sistema privado: abordagem prática para organizações de saúde.** 1. ed. São Paulo: Iátria, 2005.

NARDINO, Sabrina, DALCUL, Ane Lise, Gil, Paulo. **Controle de estoque de OPME.** Science in Health, 2(2), 113–9, maio-ago 2011. Disponível em: <https://bit.ly/37BMANv> . Acesso em: 14 nov. 2020.

NASCECME. **Guia de Gestão de OPME – gerenciamento de órtese, prótese e material especial.** 2016. Disponível em: <https://bit.ly/3dy2F1b> . Acesso em: 17 out. 2020.

NEPOMUCENO, Lilian Mara Rondello; KURCGANT, Paulina. **Uso de indicador de qualidade para fundamentar programa de capacitação de profissionais de enfermagem.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 42, n. 4, 2008. Disponível em: <https://bit.ly/37zMKMa>. Acesso em: 24 set. 2020.

NEVES, Eduardo B.; DOMINGUES, Clayton Amaral. **Manual de metodologia da pesquisa científica.** Rio de Janeiro, 2007.

OLIVEIRA, Juliana Prachedes de. **Corrupção na saúde: como ser enfermeiro auditor em OPME na era das máfias das órteses e próteses?** BLOG

Enfermagem em Novidade. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2NJSnR1> . Acesso em: 16 nov. 2020.

PAIM, Chennyfer da Rosa Paino; CICONELLI, Rozana Mesquita. **Auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde**. Revista de Administração em Saúde, São Paulo, v. 9, n. 36, p. 85–92, 2007. Disponível em: <https://bit.ly/37zl9JO> . Acesso em: 29 set. 2020.

PINTO, Karina Araújo; MELO, Cristina M aria Meira. **A prática da enfermeira em auditoria em saúde**. Rev. Esc. Enferm. USP, v. 44, n. 3, p. 665-71, set. 2010. p. 671-678. Disponível em: <https://bit.ly/3aFaal7> . Acesso em: 20 nov. 2020.

POLIZER, Regiane; D'INNOCENZO, Maria. **Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem**. Rev. bras. enferm., v. 59, n. 4, Brasília, 2006. Disponível em: <https://bit.ly/3pCQEKI> . Acesso em: 10 fev. 2021.

PORTAL DE CONTABILIDADE. **Manual de auditoria contábil**. Auditoria e gestão, 2009. Disponível em: <https://bit.ly/37zf0hM> . Acesso em: 03 nov. 2020.

SÁ, Antônio Lopes de. **Curso de auditoria**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

SANTANA, Ricardo Matos; SILVA, Verônica Gonçalves da. **Auditoria em enfermagem: uma proposta metodológica**. Ilhéus: Editus, 2009. Disponível em: <https://bit.ly/3dxPEot> . Acesso em: 24 nov. 2020.

SCARPARO, Ariane Fazzolo; FERRAZ, Clarice Aparecida. **Auditoria em Enfermagem: identificando sua concepção e métodos**. Rev. bras. enferm., v. 61, n. 3, p. 302-305, Brasília, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000300004>. Acesso em: 13 nov. 2020.

SCHUTZ, Vivian; SIQUEIRA, Bruno Teixeira de. **A Enfermagem e o custo com os materiais hospitalares: uma revisão bibliográfica**. Revista CogitareEnferm.-UFPR, v. 16, n. 1, p. 148-53, 2011. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/21126>. Acesso em: 05 nov. 2020.

SILVA, Edna Lúcia da; MENEZES, EsteraMuszkat. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. 3ª ed. rev. e atual. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001. Disponível em: <https://bit.ly/3k9Tx47> . Acesso em: 12 nov. 2020.

SILVA, Sandra Honorato; FERNANDES, Rosa Áurea Quintella; Gonçalves, Vera Lucia Mira. **A administração de recursos materiais: importância do enfoque de custos e a responsabilidade dos profissionais de saúde**. Rev Med 3(1/2): 23-7HU-USP, 1993. Disponível em: <https://bit.ly/37BN4KI> . Acesso em: 30 set. 2020.

SIQUEIRA, Patrícia Lopes de Freitas. **Auditoria em saúde e atribuições do enfermeiro auditor**. Caderno Saúde e Desenvolvimento, v. 4, n. 3, p. 5-19, UNINTER 2014. Disponível em: <https://bit.ly/3urXshN> . Acesso em: 25 nov. 2020.

SMOLENTZOV, Rodrigo. **Comissão de Análise Médica Especializada na aquisição de OPME**. Monografia (Curso de Altos Estudos de Política e Estratégia) - Departamento de Estudos da Escola Superior de Guerra, Rio de Janeiro, RJ, 2015.

SOARES, Glória de Almeida. **Biomateriais**. Programa de Engenharia Metalúrgica e de Materiais. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <https://bit.ly/3bo614p> . Acesso em: 30 set. 2020.

SOCIO, Samile Laureano. **Relato de experiência auditoria de enfermagem: retrospectiva e sistematização em uma operadora de saúde**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Auditoria e Gestão em Saúde) - Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2012. Disponível em: <https://bit.ly/2M9kPLu> . Acesso em: 23 out. 2020.

SOUZA, Diva Aparecida de; FONSECA, Ariadne Silva. **Auditoria em enfermagem: visão das enfermeiras do município de São Paulo**. Nursing, v. 8, n. 84, p. 234-238, São Paulo, 2005. Disponível em: bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-415799. Acesso em: 25 out. 2020.

TCDF. **Auditoria em órtese, prótese e materiais especiais**. TCU, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/3pzVurO> . Acesso em: 12 nov. 2020.

WATANABE, Carolina Yae Castro; KUBOTA, Débora Yumi; LIMA, Karina Trabuco. **Auditoria em enfermagem: importância no processo sistemático do atendimento**. Administração em enfermagem. Lins, São Paulo 2009. Disponível em: <https://bit.ly/3kaSQaJ> . Acesso em: 23 set. 2020

ZANON, Uriel. **Qualidade da assistência médico-hospitalar: conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2001. Disponível em: <https://bit.ly/3aCkVou>. Acesso em: 15 set. 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Entrevista com o Cap. Bruno Aragão (Subseção de Análise e Controle de OPMEs – SANCO no CBMDF)

1. Desde quando está trabalhando na subseção?

Iniciei meus trabalhos na auditoria de OPMEs em 2014; em 2015 (BG, 206 de 03 de novembro de 2015), fui nomeado Chefe da SANCO.

2. Qual a sua formação na área de OPMEs? Considera essa formação suficiente ou sente falta de mais alguma capacitação?

Em 2017, fiz um curso de MBA em Auditoria em Saúde pela UNITER. O curso foi essencial para execução das atividades da subseção. No entanto, são ainda quesitos essenciais para a análise de OPMEs: o conhecimento sobre os procedimentos médicos realizados e sobre os materiais necessários para a sua realização, o acompanhamento da média de preços aplicados no mercado dos materiais para ter condições de negociá-los, a disponibilidade de tempo para negociação e consequente obtenção da redução substancial dos custos, claro, não esquecendo a razão de ser de qualquer ação dentro do sistema de saúde: o paciente.

3. Como se iniciou o controle de OPMEs no CBMDF?

Até o ano de 2012, não havia no âmbito do CBMDF, uma subseção destacada apenas para fazer o controle rigoroso dos recursos gastos com OPMEs, que até então eram de responsabilidade da Auditoria Médica.

Este fato não ocorreu por negligência dos responsáveis, mas basicamente por falta de pessoal capacitado para conduzir as necessidades que o serviço de saúde da corporação, em franca expansão, passou a demandar.

A implantação desta nova subseção, subordinada diretamente à Diretoria de Saúde, permitiu não só o controle, como uma análise criteriosa de valores propostos e efetivamente pagos pela Corporação.

Antes da publicação da Portaria Interna de balizamento de preços e a ampla pesquisa de mercado (Portaria nº 26, de 06 de junho de 2012), o fluxo de

tramitação de pedidos de utilização de OPMEs não previa controle rígido da aplicação de recursos financeiros para este fim.

Os pedidos eram encaminhados ao setor de auditoria médica, acompanhados de três propostas enviadas por empresas fornecedoras de OPMEs, geralmente escolhidas pelo próprio médico ou pelo hospital e a de menor valor era então aprovada.

Com isto, apesar de o processamento dos pedidos de cirurgias com OPMEs obedecerem às disposições da Lei Federal nº 8.666/1993, tal sistemática resultou em abusos cometidos principalmente por parte das empresas fornecedoras.

Em maio de 2012, foi publicado no Boletim Geral Interno da Corporação, a determinação do Comando Geral em designar grupo de estudo sobre a implantação de gestão financeira de OPMEs e desta forma exercer controle eficaz sobre a parcela de recursos destinados a sua aquisição.

No mesmo ano é criada a Subseção de Análise e Controle de OPMEs (SANCO), inicialmente um braço da auditoria médica, composto unicamente por um profissional com função específica de levantar valores, criar um banco de dados com preços praticados pelas empresas fornecedoras e assim poder comparar os valores propostos com os valores praticados no mercado do Distrito Federal.

Passou-se então, do papel passivo de receber e aprovar, uma das três propostas de fornecimento de OPME encaminhadas pelo hospital onde o procedimento ocorreria, para o papel ativo de buscar dentre as inúmeras empresas existentes no mercado local, valores adequados e em consonância com o crescente banco de dados que se criava à época.

A implantação da nova seção, subordinada diretamente à Diretoria de Saúde, permitiu não só o controle, como uma análise criteriosa de valores propostos e efetivamente pagos pela Corporação.

4. Como funcionava o controle de OPME quando você iniciou seu trabalho em 2014?

No ano de 2014, verificou-se a necessidade de ampliação da equipe de análise e controle das cotações de material especial, visto que o número de procedimentos a serem controlados quanto à utilização de OPMES aumentou.

O país atravessava momento delicado com ameaça de pressão inflacionária e quadro de incerteza geral, várias empresas cadastradas deixaram de atuar no Distrito Federal e esta diminuição na concorrência associada aos aumentos de valores dos materiais especiais praticados no mercado poderiam gerar risco para as metas de controle de OPMES.

A SANCO passou então a contar com 2 profissionais responsáveis por fazer a verificação e adequação dos valores em relação ao banco de dados. A própria negociação com as empresas fornecedoras tornara-se mais aprofundada, pois baseava-se num banco de dados que nesta época já contava com mais de mil eventos cirúrgico e cerca de seis mil itens de OPMES de diversas marcas com valores médios cadastrados aumentando substancialmente os argumentos para solicitação da redução de valores praticados pelas empresas fornecedoras.

Em 2015, a tendência de redução de valores se consolida, gerando um fenômeno deflacionário que não encontra paralelo em outros convênios com os quais os profissionais do CBMDF mantinham contato para troca de informações e experiências. O banco de dados passa a registrar novos valores que com regularidade eram menores do que os observados nos anos anteriores.

É de primordial importância estabelecer novos contatos e cadastrar mais empresas que atuem no ramo de fornecimento de material especial para procedimentos, sempre visando maiores possibilidades de negociações.

No ano de 2016 a equipe da SANCO passa a contar com 4 militares, que é o número atual de profissionais da subseção. O total geral de procedimentos eletivos e de urgência analisados pela SANCO ultrapassa a marca de 700 casos ao ano.

5. Como está o cenário atual e quais os benefícios das novas práticas adotadas?

A realidade do SANCO consiste no recebimento (diário) de um grande volume de solicitações para a análise de OPMEs, tanto de cirurgias eletivas

como as emergenciais. Cabe ao setor garantia da melhor negociação desses produtos, com preços justos e especialidades técnicas preservadas.

Hoje, como muitas operadoras, possuímos a prática pré-definida de preços junto aos principais fornecedores. Mas nem sempre os valores aplicados são condizentes e devemos nos atentar a cada detalhe em cada nova negociação.

Negociar com fornecedores não é tarefa fácil. Isso porque para ter condições de questionar preços e modelos, deve-se conhecer a fundo todos os produtos, suas especificidades técnicas e seu valor base de mercado. Na SANCO, procuramos sempre analisar diferentes fornecedores para discutir preços e condições mais vantajosas ao CBMDF. Desde 2013, alimentamos uma planilha de banco de dados com mais de 6.800 eventos que estão disponíveis na rede da DISAU, sem a qual a negociação seria quase impossível.

Institui-se com essa inversão de práticas, o modelo de negociação ativa com fornecedores, cientificando-os da necessidade de se adequarem às novas normas e, conseqüentemente, aos valores máximos permitidos para aquisição dos insumos de OPMEs.

Os hospitais também se beneficiavam dos altos valores das propostas encaminhadas mediante a cobrança de percentual sobre o material autorizado. Esta prática, conhecida como cobrança de taxa de comercialização, não encontrava amparo nos editais de credenciamento firmados entre o Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal e os hospitais conveniados.

6. Quais são os principais fatores que dificultam a negociação de OPMEs no CBMDF?

Sem dúvida alguma a falta de padronização na nomenclatura dos insumos é a principal dificuldade na negociação com as empresas fornecedoras. Muitas vezes, as empresas utilizam diferentes denominações para o mesmo produto e colocam preços totalmente diferentes, fazendo com que a negociação demande mais tempo e desgaste da equipe.

Além disso, a velocidade que as inovações tecnológicas atingem essa área muitas vezes é um fator que atrasa a negociação. As empresas apresentam constantemente materiais com maior tecnologia e conseqüentemente maior custo, sem, no entanto, apresentar vantagens para o paciente que justifiquem a utilização.

7. Qual a importância do trabalho multissetorial na auditoria de OPMEs?

O trabalho da SANCO seria em vão sem a interação com as outras equipes da SUAUD.

A auditoria *in loco* e a distância (médicos auditores) tem o papel de verificar: que o material solicitado é compatível com o procedimento realizado, que o procedimento realizado é compatível com o caso clínico, que o procedimento e o material solicitados possuem base científica (MBE). Ainda, se existe material nacional compatível ao importado (ou mais caro) solicitado, se o protocolo para tratamento está adequado para cada caso, e conseqüente, verificação e confirmação do uso dos materiais solicitados. Podem também: autorizar materiais extras que venham a ser necessários durante o procedimento, checar se o procedimento foi realmente realizado, verificar mudança ou acréscimo de materiais e procedimentos, e checar se a quantidade de materiais utilizados foi o mesmo da solicitação.

Somente após todo esse trabalho da equipe é que o material autorizado vem para cotação. Dessa forma, é importante lembrar que a economia que as planilhas da subseção apresentam é fruto de todo o trabalho da equipe da auditoria.

**APÊNDICE B- Entrevista com o Cel. Médico Carlos Eduardo
Queiroz, Diretor de Assistência à Saúde da PMDF**

1. Quantas vidas são administradas pela Diretoria de Saúde da PMDF?

Temos aproximadamente 70.000 vidas entre militares e dependentes.

2. Como é feita a auditoria médica na PMDF?

Na PMDF a auditoria é feita em parte pela equipe da saúde própria, em parte por empresa contratada para auditar.

a. Qual a empresa contratada? Qual o motivo da troca da forma de auditar?

A empresa contratada atualmente é a INFOE. A contratação de empresa terceirizada começou no início do ano de 2020. Anteriormente a auditoria era feita por uma equipe de 100 militares, no então com a falta de contingente em toda a instituição, optamos por contratar uma empresa para fazer esse serviço e assim, voltamos os militares para a função fim, de modo a diminuir o déficit.

b. Quais são as vantagens?

Além da já citada falta de pessoal, nós temos uma grande demanda na área médica, o que nos impede de afastar os militares para esse tipo de serviço e tirá-los do atendimento ao público. Não temos nenhum profissional com a formação na área de auditoria, então optamos por terceirizar o serviço de auditoria das emergências. A empresa também fica responsável pela prestação de contas ao Tribunal de Contas do Distrito Federal.

3. Como é feita a utilização de OPME nas cirurgias eletivas? E nas emergências?

As cirurgias eletivas são auditadas pela própria PMDF. Nossos médicos primeiramente auditam o pedido médico, e autorizam os procedimentos e os materiais necessário conforme o caso. Após essa verificação inicial, passamos

para a fase de cotação de materiais. São solicitados 3 cotações e autorizada a de melhor valor, sempre levando preço a tabela SIMPRO como referência.

Todas as cirurgias emergenciais são auditadas pela empresa contratada por pregão eletrônico. As regras para essa auditoria estão previstas no contrato de 1 ano firmado com a empresa

(OBS: Contrato foi disponibilizado pela PMDF).

4. Qual o valor do contrato de prestação de serviços?

O valor de contrato é em torno de R\$ 271.000,00 por mês.

5. Qual a economia gerada?

Pretende-se fazer uma contra auditoria com participação de militares da própria PMDF.

**APÊNDICE C - Modelo de relatório a ser entregue anualmente pela
SANCO à DISAU**



**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
DIRETORIA DE SAÚDE
SEÇÃO DE AUDITORIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE
SUBSEÇÃO DE ANÁLISE E CONTROLE DE OPMEs**



Brasília, XX de dezembro de 20XX.

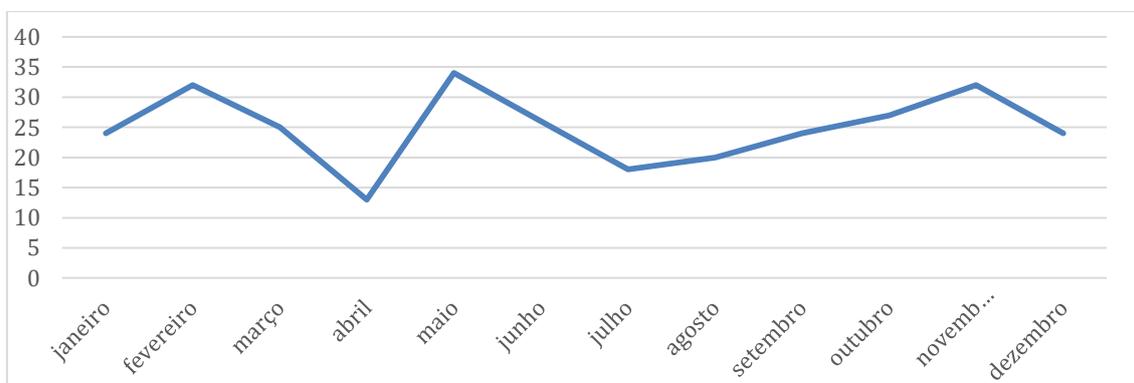
RELATÓRIO n.º 1/20XX-SANCO

Assunto: Relatório de economicidade da SANCO em 20xx.

Senhor Ten-Cel. QOBM/Comb. Diretor de Saúde

Dentro dos princípios de eficiência e eficácia que permeiam o Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, a Subseção de Auditoria e Análise de OPMEs vem realizando a coleta de dados das despesas com OPMEs na rede credenciada ao Sistema de Saúde do CBMDF para demonstrar o trabalho realizado e o dispêndio estimado. O presente relatório é o ápice desta atividade e busca auxiliar a direção superior na busca contínua de melhorias e no planejamento estratégico.

Porcentagem economizada mês a mês em cirurgias eletivas no ano de 20XX



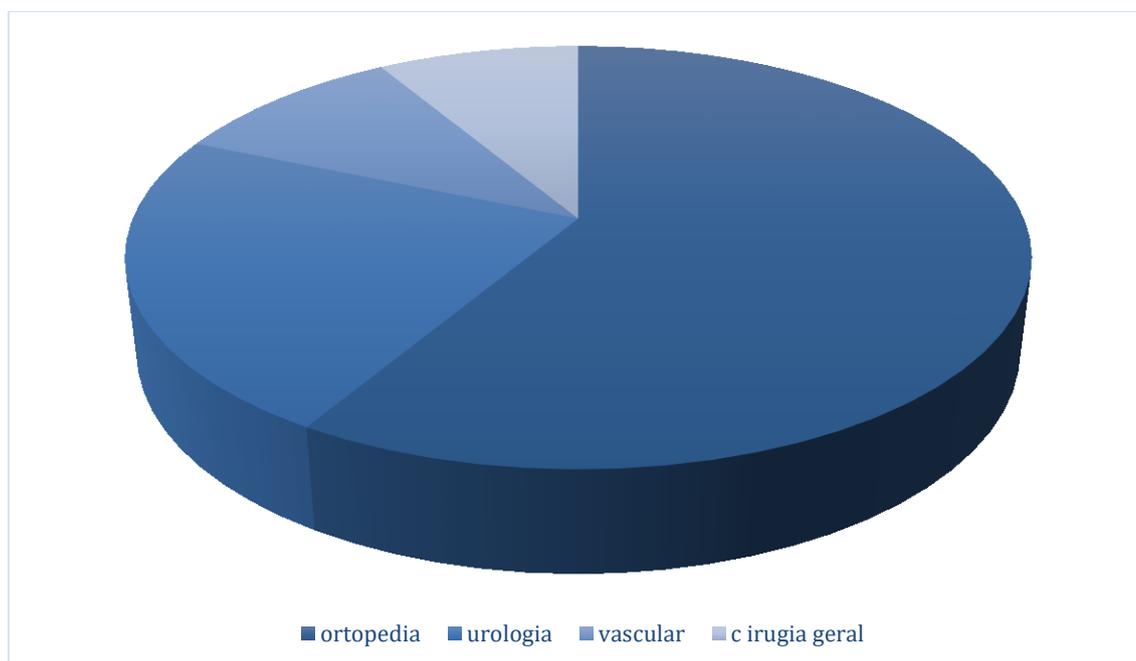
Fonte: Planilhas de negociações de OPMEs da SANCO em 20XX.

Resultado da auditoria de OPMEs para cirurgias eletivas mês a mês no ano de 20XX.

Mês	Valor inicial	Valor final	Diferença
Janeiro			
Fevereiro			
Março			
Abril			
Maio			
Junho			
Julho			
Agosto			
Setembro			
Outubro			
Novembro			
Dezembro			

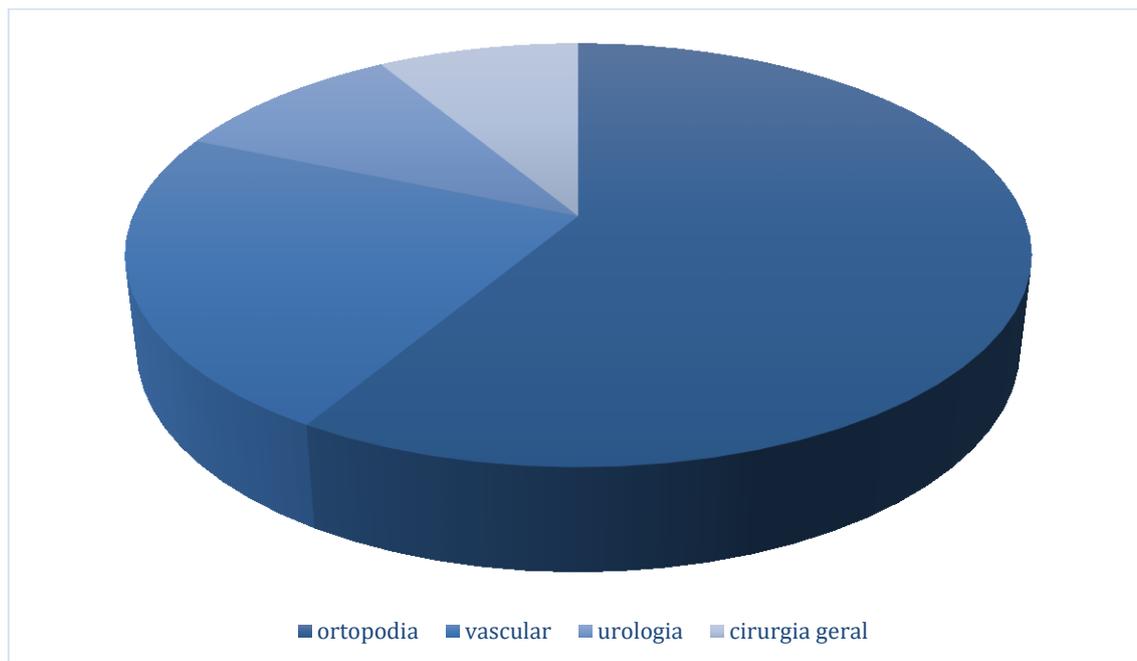
Fonte: Planilhas de negociações de OPMEs da SANCO em 20XX.

Tipos de cirurgias realizadas



Fonte: Planilhas de negociações de OPMEs da SANCO em 20XX.

Gastos por tipo cirúrgico



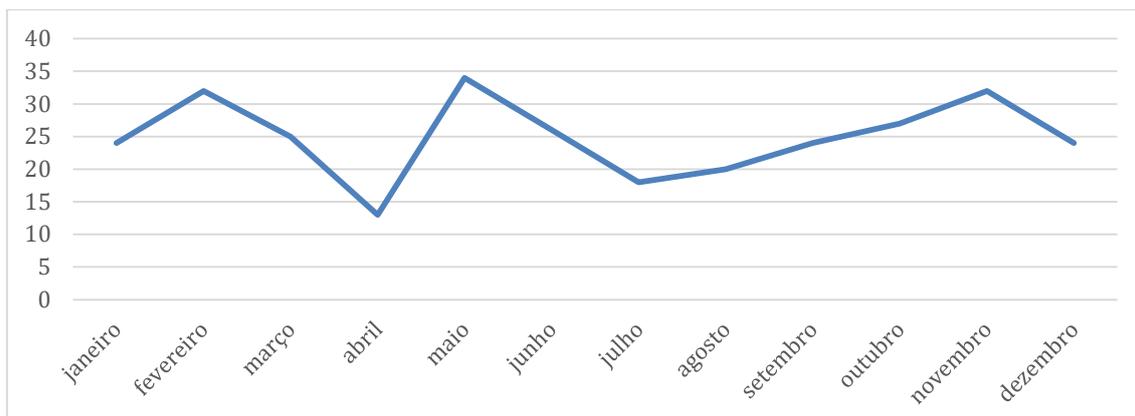
Fonte: Planilhas de negociações de OPMEs da SANCO em 20XX.

Resultado da auditoria de OPMEs para cirurgias emergenciais mês a mês no ano de 20XX.

Mês	Valor inicial	Valor final	Diferença
Janeiro			
Fevereiro			
Março			
Abril			
Maio			
Junho			
Julho			
Agosto			
Setembro			
Outubro			
Novembro			
Dezembro			

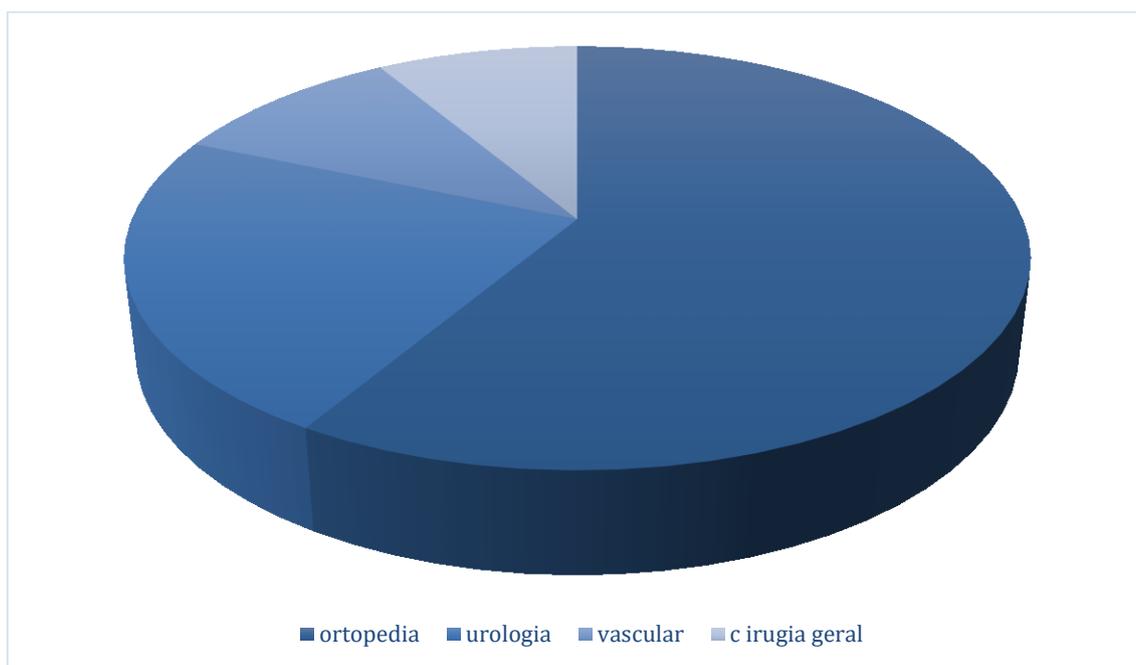
Fonte: Planilhas de negociações de OPMEs da SANCO em 20XX.

Porcentagem economizada mês a mês cirurgias emergenciais no ano de 20XX



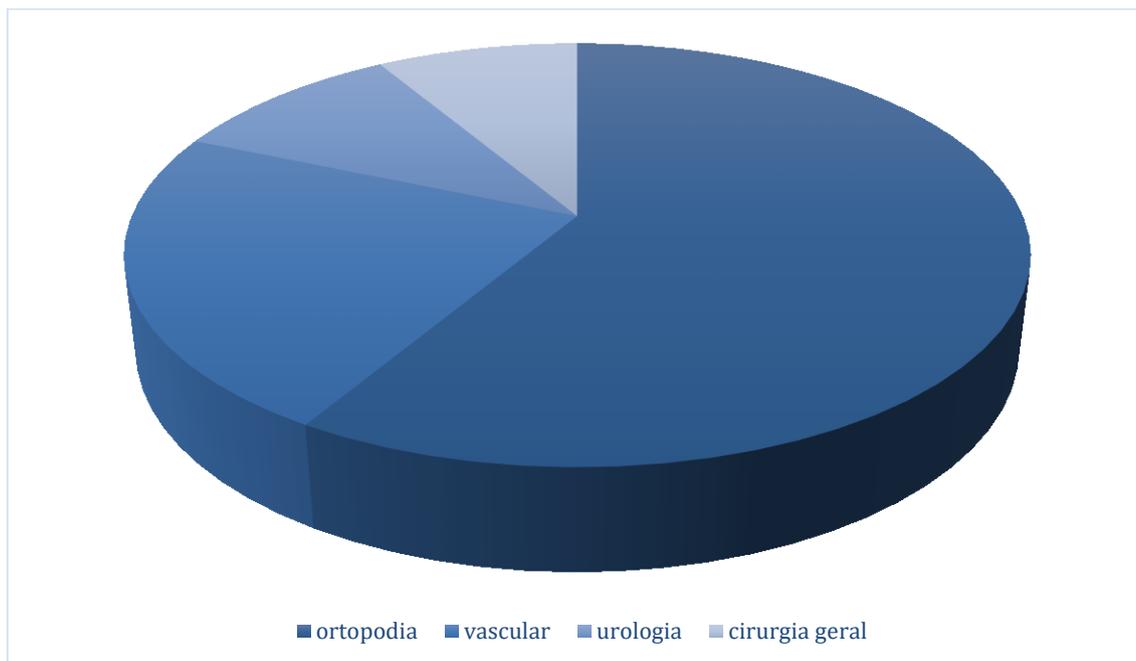
Fonte: Planilhas de negociações de OPMEs da SANCO em 20XX.

Tipos de cirurgias realizadas



Fonte: Planilhas de negociações de OPMEs da SANCO em 20XX.

Gastos por tipo cirúrgico



Fonte: Planilhas de negociações de OPMEs da SANCO em 20XX.

1. Conclusão

Ressalta-se que os resultados do Serviço de Análise e Controle de OPMEs abrangem somente o serviço desta. Caso somássemos os resultados da auditoria interna para avaliação de cirurgias de OPMEs, o valor seria certamente maior.

Espera-se que os dados desse relatório auxiliem a tomada de decisão do Diretor de Saúde na locação orçamentária e de pessoal para o próximo ano.

Nome completo (sem abreviatura, nome em caixa alta) – graduação. Função
Matr. Xxxxxxx

“Brasília – patrimônio da humanidade”

Endereço completo da OBM - Telefones e endereço eletrônico da OBM

ANEXOS

**ANEXO A – Tabelas de numeração e controle de cirurgias
emergenciais e eletivas dos anos de 2013 a 2020.**

Entregue em meio digital.

ANEXO B- Banco de dados da SANCO

Entregue em meio digital.