

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE**

MAÍRIA DE ANDRADE LIMA PITTA MARINHO RIBEIRO

**AVALIAÇÃO DO CUSTO BENEFÍCIO DA IMPLANTAÇÃO DAS SALAS OCIOSAS
DO BLOCO CIRÚRGICO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RECIFE**

**RECIFE
2018**

MAÍRIA DE ANDRADE LIMA PITTA MARINHO RIBEIRO

AVALIAÇÃO DO CUSTO BENEFÍCIO DA IMPLANTAÇÃO DAS SALAS OCIOSAS
DO BLOCO CIRÚRGICO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RECIFE

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Gestão e
Economia da Saúde – PPGGES, da
Universidade Federal de Pernambuco,
para obtenção do Título de Mestre em
Gestão e Economia da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Umbelina Cravo
Teixeira Lagioia

Recife

2018

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

R484a	Ribeiro, Máiria de Andrade Lima Pitta Marinho Avaliação do custo benefício da implantação das salas ociosas do bloco cirúrgico de um Hospital Universitário do Recife / Máiria de Andrade Lima Pitta Marinho Ribeiro. - 2018. 55 folhas : il. 30 cm. Orientadora: Prof.^a Dra. Umbelina Cravo Teixeira Lagioia Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2018. Inclui referências, apêndices e anexos. 1. Demanda reprimida. 2. Custos. 3. Cirurgia. I. Lagioia, Umbelina Cravo Teixeira (Orientadora). II. Título. 336 CDD (22.ed.) UFPE (CSA 2018 – 036)
-------	---

MAÍRIA DE ANDRADE LIMA PITTA MARINHO RIBEIRO

**AVALIAÇÃO DO CUSTO BENEFÍCIO DA IMPLANTAÇÃO DAS SALAS OCIOSAS
DO BLOCO CIRÚRGICO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RECIFE**

Dissertação apresentada a Comissão
Examinadora composta pelos professores
abaixo, sob a presidência do primeiro,
considera o Discente Máiria de Andrade
Lima Pitta Marinho Ribeiro

Aprovada em 16/03/2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Paulo Guilherme Moreira de Melo Filho
Examinador Interno / UFPE

Profa. Dra. Marina Ferraz Cordeiro
Examinadora Externa/ UFPE

Prof. Dr. Rodrigo Gomes de Arruda
Examinador Externo / Faculdade Nova Roma

Aos meus filhos, Vinícius e Luíza,
pela ausência em vários momentos
durante o período deste mestrado.

Um dia vocês compreenderão!

AGRADECIMENTOS

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

Agradeço aos meus pais Antonio Paulo e Myrcia e aos meus irmãos pelo apoio e incentivo para realização desta etapa. E em especial, a minha mãe por sempre está disponível para ficar com meus filhos para que eu pudesse estudar.

Agradeço ao meu marido, e companheiro de todas as horas, Mário, por ter enfrentado comigo esta caminhada e que me deu força e coragem me apoiando em todos momentos.

À minha orientadora, Prof. Dra. Umbelina Lagioia, que acreditou na minha ideia e compartilhou comigo seus conhecimentos e experiências.

Aos demais professores do Mestrado, todos aqueles os quais tive a oportunidade de poder compartilhar de seus conhecimentos. Obrigada.

Agradeço as amigas do HC-PE que estiveram comigo nessa jornada pelos momentos compartilhados e troca de experiência.

RESUMO

A demanda reprimida por cirurgias é resultado da grande procura e a pequena oferta destas nos hospitais públicos. A capacidade cirúrgica é uma das principais medidas de eficiência de uma instituição e o bloco cirúrgico deve estar apto a aumentar sua capacidade operacional sem prejuízo da qualidade e sem sobrecarga de serviço. O objetivo desta pesquisa é avaliar o custo x benefício que pode ser gerado com o funcionamento das três salas ociosas no bloco cirúrgico do Hospital das clínicas de Pernambuco da Universidade Federal de Pernambuco (HC – UFPE). Trata-se de uma pesquisa aplicada e abordagem quantitativa do tipo estudo de caso com objetivos exploratórios. Para os cálculos dos valores foi usado o sistema de custeio direto. Como resultado encontrou-se que o custo médio direto das cirurgias de média complexidade é R\$ 930,82 e o repasse do Sistema Único de Saúde (SUS) R\$656,82, para alta complexidade os valores foram R\$ 2.781,18 e R\$ 2.340,82 respectivamente. Para finalização das salas são necessários R\$ 947.172,00. As três salas têm capacidade para realizar de 48 a 128 cirurgias dependendo do porte cirúrgico. O custo médio total das cirurgias de média é R\$ 80.979,60 por mês e de alta complexidade é R\$ 200.928,99 enquanto que o repasse médio total é R\$ 57.317,34 e R\$ 159.926,61 respectivamente. Para suprir a demanda atual das cirurgias são necessários de 4 a 31 meses. Observa-se então, a importância do bloco cirúrgico dos Hospitais Universitários na rede de atenção à saúde. É importante que a gestão trabalhe de maneira continuada para estruturar estes serviços, possibilitando maior qualidade no atendimento e resolutividade dos problemas de saúde da comunidade.

Palavras-chave: Demanda reprimida. Custos. Cirurgia.

ABSTRACT

The demand restrained for surgeries is resulted of the high demand and the small supply one offer in the public hospitals. The surgical capacity is one of the main measure of efficiency of an institution and the surgical ward must be apt to increase its operational capacity without damage of the quality and overload of service. The aim of this research is to evaluate cost x benefit that can be generated with the functioning of the three idle rooms in the surgical block of the Hospital of the clinics of Pernambuco of the Federal University of Pernambuco (HC-UFPE). It is about an applied research and quantitative boarding of the type study of case with exploratory goals. For the calculations of the values the system of direct expenditure was used. As result met that the average cost direct of the surgeries of average complexity is R\$ 930,82 and the view of the only System of health (SUS) R\$ 656,82 for high complexity the values was R\$ 2.781,18 and R\$ 2.340,82 respectively. For finishing of the rooms they are necessary R\$ 947.172,00. The three rooms have capacity to accomplish of 48 to 128 surgeries depending on the surgical loading. The total average cost of the surgeries of average is R\$ 80. 979,60 for month and high complexity it is R\$ 200.928,99 whereas the total average view is R\$ 57.317,34 and R\$ 159.926,61 respectively. To supply the demand current of the surgeries are necessary of 4 to 31 months. It is Observed then, the importance of the surgical clock of the University Hospitals in the net of attention to health. It is important that the management works in continued way to structure these services, making possible bigger quality in the attendance and resolutividade of the health problems of the community.

keywords: Restrained demand. Costs. Surgery.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das cirurgias com demanda reprimida	38
Tabela 2 - Custo médio das cirurgias com duas diárias x Remuneração SUS	39
Tabela 3 - Investimento para adequar uma sala de cirurgia	40
Tabela 4 - Custos de pessoal por sala	40
Tabela 5 - Número de cirurgias que poderiam ser realizadas.....	41
Tabela 6 - Comparativo entre o custo médio das cirurgias com demanda reprimida e o valor médio recebido pelos procedimentos realizados da demanda reprimida por mês.....	42
Tabela 7 - Tempo para suprir a demanda reprimida	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HC-UFPE	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco
HUs	Hospitais Universitários
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPM	Órteses, Próteses e Materiais especiais
PNGC	Programa Nacional de Gestão de Custos
REHUF	Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SIGTAP	Sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos e OPM do SUS
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Objetivos	14
1.1.1 Objetivo geral	14
1.1.2 Objetivos específicos.....	14
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	15
2.1 Os Hospitais Universitários	15
2.2 Gestão hospitalar.....	17
2.2.1 Gestão no bloco cirúrgico.....	19
2.3 Contabilidade de custos.....	32
2.3.1 Conceitos relevantes	32
2.3.2 Importância da gestão de custos.....	32
2.3.3 Sistemas de Custeio.....	33
2.3.4 Custos nos Hospitais Universitários.....	35
2.4 Demanda reprimida nos hospitais públicos	38
2.5 Estudos sobre os custos em bloco cirúrgico	40
3 METODOLOGIA.....	41
3.1 Classificação da pesquisa.....	41
3.2 Objeto e local do estudo	42
3.3 Coleta de dados	42
3.3.1 Descrição dos procedimentos para coleta de dados.....	44
3.3.2 Tabulação dos dados.....	45
3.4 População e amostra	45
3.5 Critérios de exclusão.....	45
3.6 Considerações éticas	46
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	47
5 CONCLUSÃO.....	45
REFERÊNCIAS	46

APÊNDICE A – Valores da demanda reprimida	52
APÊNDICE B – Planilha de coleta dos tempos	53
ANEXO A - Lista de procedimentos de média complexidade.....	54
ANEXO B - Lista de procedimentos de alta complexidade.....	55

1 INTRODUÇÃO

As unidades de saúde têm como objetivos prevenir doenças, promover a saúde e atuar na reabilitação da capacidade física, psíquica e social. Os Hospitais Universitários (HUs) além de terem estes objetivos prestam serviços de saúde e propiciar a capacitação de recursos humanos, desenvolvem protocolos técnicos para os serviços hospitalares garantindo uma assistência de qualidade para os pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) (MEC, 2017). Os hospitais de ensino são centros de altos investimentos, pois abrangem atendimentos de alta complexidade e principalmente, realizam atividades que associam a formação de profissionais com o atendimento à população (DALLORA; FOSTER, 2008).

A necessidade de diversos investimentos pelos HUs deve-se a complexidade dos atendimentos, a concentração de serviços especializados sempre com a necessidade de atualização tecnológica, a existência de cursos de graduação e pós-graduação. A eficiência e a eficácia do gerenciamento demanda o domínio da gestão de custos. Para se obter a excelência hospitalar é necessário alinhar uma boa contabilidade de custos com a qualidade assistencial. Para obter um planejamento financeiro eficaz, nas instituições públicas de saúde, é necessário considerar a análise de custos para administração dos resultados, o direcionamento do trabalho, a identificação de instalações e espaços ociosos para que possa otimizado o uso dos recursos considerando que estes são escassos (BONACIM; ARAUJO, 2010).

A atenção primária e a secundária que servem de apoio aos hospitais públicos, que fazem parte da atenção secundária, não suprem as necessidades da comunidade, fato que se comprova pela grande procura por atendimento hospitalar. (RAIMUNDINI, 2006) Nos países em desenvolvimento como o Brasil, a diferença entre a grande procura e a baixa disponibilidade de procedimentos cirúrgicos nos serviços públicos de saúde têm ocasionado a demanda reprimida, ou seja, fila de espera para realização de procedimento (PINHEIRO et al., 2002). O prolongamento do tempo esperando por uma cirurgia pode acarretar vários problemas para os pacientes além dos que os levou a procurar o hospital como os problemas psicológicos, piora do quadro de saúde e até mesmo ir a óbito. Já para a sociedade, poderão gerar custos para o pagamento de auxílio doença além do custo social dos anos que este poderia produzir com o afastamento do trabalho e diminuição da produtividade do indivíduo (HADDAD, 2002).

As unidades hospitalares públicas têm uma parte de suas receitas provenientes da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, OPM (órteses, próteses e materiais especiais) do SUS (RAIMUNDINI, 2006). Nesta tabela constam procedimentos cujos valores não apresentam reajuste desde 2008 acarretando defasagens de repasse de recursos pelos procedimentos prestados.

“O não conhecimento dos custos dos procedimentos que são realizados nestas instituições pode ter como consequências o desconhecimento real dos gastos, interferindo na instabilidade financeira destes hospitais” (SOUZA, 2013, p. 9). Por este motivo, o planejamento é importante para que os HUs mantenham o padrão de seu perfil mesmo com recursos escassos.

O Bloco Cirúrgico é local onde são realizados os procedimentos mais complexos do ambiente hospitalar, demandando altos custos de investimento para seu funcionamento e manutenção. Por outro lado, esta Unidade pode proporcionar um grande retorno financeiro para a organização. A utilização otimizada das salas de cirurgias é uma das principais medidas de eficiência de uma organização hospitalar, da quantidade dos serviços prestados e dos recursos envolvidos. (BLANCK; BANDEIRA, 2015).

O Bloco Cirúrgico do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE) possui 10 salas de cirurgia onde são realizados diversos procedimentos cirúrgicos de média e alta complexidade. Neste bloco existem 03 salas que estão desativadas, e por outro lado, existe uma grande demanda social pela realização de cirurgias e 14 programas de residências médica e de enfermagem. Pesquisar os Hospitais Universitários e de ensino é relevante pelo grande aporte financeiro do governo necessário ao seu funcionamento, pelo que representam na assistência de saúde pública brasileira e na formação de profissionais. Para gerenciar estas instituições é preciso ter controle sobre seus gastos, a fim de que se possam tomar decisões com base na correta mensuração dos custos e dos benefícios associados a cada procedimento realizado (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010).

Nesta perspectiva, o presente trabalho tem por unidade de análise o Bloco Cirúrgico do 5º andar do Hospital das Clínicas da UFPE, onde existem três salas estão ociosas por falta de equipamentos e que poderiam ser utilizadas para a realização de cirurgias diversas. É notória a relevância da apuração dos custos desta instituição, no sentido de subsidiar os gestores na tomada de decisões. Levanta-se, portanto, o

seguinte questionamento: **Qual a relação do custo benefícios que pode ser gerada com a ativação destas três salas?**

Os custos aqui mencionados dizem respeito aos valores consumidos para montar as salas e para realização de diversas cirurgias. Por outro lado, os benefícios são associados à redução do tempo de espera nas filas de cirurgia por clínica, proporcionando uma maior celeridade nos atendimentos e o aprimoramento das técnicas cirúrgicas e de anestesia dos residentes médicos e procedimentos de enfermagem.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

- Avaliar a relação do custo benefício que pode ser gerado com a ativação plena das três salas ociosas no bloco cirúrgico do 5º andar do HC - UFPE.

1.1.2 Objetivos específicos

- Analisar os custos médios diretos atuais das cirurgias com demanda reprimida de acordo com porte e a complexidade realizadas no bloco cirúrgico do HC-UFPE;
- Avaliar qual o montante dos investimentos físicos e de pessoal necessários para que as salas três ociosas do bloco cirúrgico HC-UFPE possam funcionar adequadamente;
- Avaliar, com base na capacidade instalada em cada sala, o quantitativo médio de procedimentos cirúrgicos que poderiam ser realizados;
- Identificar, com base nos procedimentos cirúrgicos escolhidos, o valor médio que o HC – UFPE irá receber via remuneração da Tabela SUS pelos procedimentos cirúrgicos realizados;
- Observar o impacto da instalação dessas salas na demanda reprimida do hospital.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Os Hospitais Universitários

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) o termo hospital é empregado para os estabelecimentos que possuam pelo menos cinco leitos de internação com equipe multidisciplinar e garantam o atendimento integral aos pacientes e assistência médica integral. Estas unidades agregam uma série de funções que as caracterizam como as organizações mais complexas do setor Saúde (BRASIL, 2011). Esta Organização também define como função do hospital restaurar a saúde, prevenir doenças, promover ações educativas e de pesquisa (SOUZA, 2013).

Existem diferentes tipos de classificação de hospitais que consideram distintas dimensões. Uma forma de classificá-los é a partir da consideração de seu grau de complexidade, no qual em um extremo estão os hospitais de ensino e, no outro os pequenos hospitais locais, gerando a classificação hierárquica tradicional de cuidado terciário, cuidado secundário e hospitais comunitários. Outra dimensão considera ainda os hospitais gerais e os especializados ou ainda a localização ou as características organizacionais (único ou múltiplo). (SOUZA, 2013)

Dentre as diversas classificações que um hospital possui existe a que é de acordo com o repasse financeiro. Neste grupo existe os públicos, que recebem recursos das três esferas do governo. Já os hospitais privados têm fins lucrativos e seus recursos são provenientes dos planos de saúde ou atendimento particular. Outra classificação são os filantrópicos que são financiados pelo SUS e por algumas operadoras de saúde e por fim os Hospitais Universitários que são públicos e vinculados a uma instituição de ensino superior. Apesar das dificuldades financeiras, os hospitais, são o elemento principal do SUS e são responsáveis por 70% dos gastos públicos com a saúde (SOUZA, 2013).

Os hospitais de ensino são centros de altos investimentos, pois abrangem atendimentos de alta complexidade e principalmente, realizam atividades que associam a formação de profissionais com o atendimento à população. O Hospital Universitário, faz parte de uma universidade e realiza treinamentos na área da saúde e se encaixa como nível terciário de atendimento médico, ou seja, de alta complexidade (DALLORA; FOSTER, 2008).

Antes do SUS também ser responsável pelos HUs, o Ministério da Educação (MEC) era o único responsável pela manutenção dos Hospitais Universitários, que eram exclusivamente de ensino. Após o SUS participar na contratualização destas

instituições, o MEC assumiu a parte de custos de pessoal e o SUS pelo custeio. Os Hospitais Universitários têm papel de relevância na atenção de saúde no Brasil, respondendo por 10% dos leitos, 12% das internações e da produção ambulatorial, 26% dos leitos de unidade de tratamento intensivo (UTI), 38% dos procedimentos de alta complexidade ofertados pelo SUS. Nos últimos anos, tem sido colocada em pauta a crise dos hospitais no Brasil e, em particular, a dos hospitais de ensino, que perpassa elementos de financiamento e de gestão, implicando queda de desempenho dos seus respectivos modelos assistenciais, de ensino e de pesquisa (LOBO et al., 2009).

Os HUs têm como finalidade prestar serviços de qualidade aos usuários do SUS e formar recursos humanos além de desenvolverem técnicas para os serviços hospitalares garantindo uma assistência de qualidade (MEC, 2017). A gestão administrativa destes é de responsabilidade da Universidade da qual corresponde, ao Ministério da Educação (MEC), que contribui com 65% do financiamento devido à função de ensino, e ao Ministério da Saúde (MS) que participa com os outros 35% do repasse financeiro pela filiação ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BONACIM; ARAUJO, 2010).

A Lei Orgânica da Saúde (LOS) prevê a relação entre SUS e os HUs:

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados. (BRASIL, 1990).

A Portaria Interministerial nº 285, de 24 de março de 2015, que redefine o Programa de Certificação dos Hospitais Universitários, os considera como estabelecimentos de saúde que pertencem ou são conveniados a uma instituição de ensino superior, pública ou privada, e que são campo para a prática de atividades de ensino na área da saúde e ainda, que sejam certificados conforme o estabelecido nesta Portaria (BRASIL, 2015).

Assim, para ser classificado como HU, o hospital deve estar devidamente certificado pelos ministérios da educação e da saúde. A certificação, que é revalidada a cada dois anos, consiste em um processo de diagnóstico, avaliação e qualificação dos HUs pelos Ministérios da Educação e da Saúde. Os hospitais devem estar inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como campo de prática de atividades curriculares na área de saúde, assim, podemos dizer que

estes atendem a Portaria Interministerial nº285, de 24 de março de 2015. Dentre as exigências estão: ter pelo menos um aluno do curso de medicina e ter, no mínimo, uma área de internato e programa de residência médica, possuir comissões obrigatórias, como por exemplo: comissão de ética e pesquisa, realizar ações relacionadas ao Programa Nacional de Humanização (PNH), garantir os mecanismos de gestão dentre outros (MEC, 2017).

2.2 Gestão hospitalar

Como o processo de modernização da gestão não é realizado, muito do que foi planejado não consegue ser realizado. A mudança da cultura da gestão não é simples de ser implantada, em muitos casos é necessário a elaboração de uma política pública para atingir este objetivo. Normalmente o gerenciamento da instituição de saúde é feita por profissionais de saúde que nem sempre tem o domínio para gerir um hospital (BARROS, 2014).

A complexidade dos atendimentos, os serviços especializados que são realizados, o crescimento das doenças crônicas, devido ao aumento da expectativa de vida e por ser campo de prática dos cursos de graduação e pós-graduação da área da saúde, fazem com que os Hospitais Universitários necessitem investir em novas tecnologias e equipamentos. Assim, os hospitais de ensino tornam-se mais onerosos por que abrangem atividades de ensino, que demandam mais tempo para finalizar os procedimentos e por serem um referencial em tecnologia de ponta, que necessitam de grandes investimentos (BONACIM; ARAÚJO, 2010).

Os Hospitais Universitários Federais são responsáveis pela formação da equipe multidisciplinar de saúde, pelo incentivo a pesquisa e por participarem na elaboração das políticas de saúde, que visam interferir na relação saúde-doença da população. Com isso, os cotidianos de trabalho dos gestores dessas entidades ficam inseridos em múltiplas demandas, que podem dificultar o gerenciamento (LITTIKE; SODRÉ, 2015).

Devido as características da gestão dos Hospitais Universitários brasileiros, ao longo do tempo, em muitos, não existem protocolos e/ou cultura que possibilitem a implantação de uma gestão mais eficaz. Podemos citar: inexistência missão e visão de futuro, a avaliação de resultados baseada num planejamento estratégico; a não padronização de instrumentos de avaliação de funcionamento e de atendimento das necessidades dos usuários e implantação de uma administração participativa focada

na melhoria contínua de forma estruturada e consistente (MARTINS, 2011). Devido a estas problemáticas apresentadas o Governo Federal publicou o decreto nº 7.082 de 27 de janeiro de 2010, que institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) - que auxilia a realização de um diagnóstico dos mesmos e busca elaborar estratégias específicas para os hospitais de ensino federal terem condições materiais e estruturais de exercerem suas funções essenciais (MEC, 2017).

Mesmo com melhorias do financiamento do REUHF, ainda é possível observar a existência de problemas antigos na área de infraestrutura, inovação tecnológica e abastecimento do quadro funcional. Então em 2011, através da Lei nº12.550, o Governo Federal criou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) que é uma empresa pública de direito privado, vinculada ao MEC e tem por objetivo administrar os Hospitais Universitários brasileiros das universidades que se vincularem a esta, de forma voluntária e por meio de firmação de contrato. (BARROS, 2014).

Na Austrália o custo dos HUs é 12% mais elevado que de hospitais não universitários, enquanto que na Coréia do Sul esta parcela sobe para 28% quando comparados com hospitais de mesma complexidade (DALLORA; FOSTER, 2008). No Brasil o custo de um hospital-escola é aproximadamente 40% maior que uma unidade de saúde pública tradicional, uma vez que os valores pagos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para atendimento não correspondem às necessidades dos Hospitais Universitários (MARTINS, 2011). Estes prestam conta ao Tribunal de Contas do Estado, para os custeios por procedimentos e contratações vinculados a Secretaria de Saúde do Estado e ao Tribunal de Contas da União, pelos repasses da saúde que são encontrados no SIGTAP – Sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos e OPM do SUS. (BONACIM; ARAUJO, 2010)

O repasse dos recursos federais é realizado através de seis blocos de financiamento de acordo com a Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007 do Ministério da Saúde para os HUs. Dentre estes, está o bloco de média e alta complexidade. Diz-se média complexidade as ações e serviços que necessitem de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para sua realização (ANEXO A). A Alta complexidade além de contemplar os profissionais especializados e recursos tecnológicos são procedimentos de alto custos (ANEXO B). Para financiar este bloco estão o Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade

Ambulatorial e Hospitalar (Teto MAC) e no Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). O Teto MAC é destinado para os procedimentos de média e alta complexidade e de incentivo transferidos mensalmente. Já o FAEC é usado para suprir as despesas dos procedimentos de alta complexidade em pacientes de referência interestadual dos itens constantes no artigo 16 desta portaria e o repasse só é realizado após a apuração da produção no Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SAI/SIH) (BRASIL, 2007).

Art. 16. O Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, considerando o disposto no artigo 15, será composto pelos recursos destinados ao financiamento dos seguintes itens:

I - Procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade – CNRAC;

II - Transplantes e procedimentos vinculados;

III - Ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário, e implementadas com prazo pré-definido; e

IV - Novos procedimentos, não relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, por um período de seis meses, com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC.

Os recursos referentes ao bloco da atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar podem ser usados para servidores ativos e para gratificação de função de cargos comissionados, desde que estes estejam diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo plano de saúde. Este repasse não pode ser utilizado para: pagamento de servidores inativos, de assessorias/consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio município ou do estado, para obras de construções novas (BRASIL, 2003).

Uma gestão eficiente dos Hospitais Universitários é de suma importância para a população atendida, porque esta vai em busca de soluções para seus problemas de saúde, para os estudantes que estão sendo formados e que precisam de todo aporte de conhecimento e práticas hospitalares e para o próprio governo que pode ter custos reduzidos se fizer um atendimento eficiente e definitivo para cada situação (BARATA, 2010).

2.2.1 Gestão no bloco cirúrgico

De acordo com a portaria nº 400 de 16 de julho de 1977 do Ministério da Saúde, o bloco cirúrgico é o setor onde são realizadas as atividades cirúrgicas, recuperação

anestésica e pós-operatória (BRASIL, 1977). A Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Bloco cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC) afirma que o bloco cirúrgico além de ser o conjunto destes ambientes, deve proporcionar segurança para o paciente e conforto para a equipe realizar os procedimentos (SOBECC, 2013)

O bloco tem o acesso restrito, é o setor de maior complexidade e o que apresenta altos custos de investimento para implantação, operação e manutenção, devido aos procedimentos realizados na unidade hospitalar. Sua estrutura física deve atender a resolução da diretoria colegiada (RDC) nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que “dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde”, RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002 e a RDC nº 189, de 18 de julho de 2003 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e seguir as especificações de normas técnicas estabelecidas pela vigilância sanitária. A RDC nº 189:

Dispõe sobre a regulamentação dos procedimentos de análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, altera o Regulamento Técnico aprovado pela RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 e dá outras providências.

Além de ter que cumprir as resoluções da ANVISA no que se refere à estrutura física, o bloco cirúrgico deve ter equipamentos e recursos humanos especializados para garantir a qualidade da assistência prestada com menor risco e morbimortalidade peri-operatória (BERNARDINO; BONATO, 2009).

A finalidade do bloco cirúrgico é realizar os procedimentos cirúrgicos e encaminhar os pacientes para a unidade de origem prezando pela sua integridade física, além de ser também campo de estudo, pesquisa e aprimoramento de novas técnicas. A importância desta unidade pode ser materializada na expectativa de cura gerada no paciente, sendo praticamente o setor mais caro do hospital por que necessita de tecnologia de ponta, de um grande número de profissionais para funcionar como também é responsável pela formação de vários estudantes (POSSARI, 2009).

O bloco cirúrgico é uma unidade com potencial para gerar grandes receitas para os hospitais. Contudo, esse potencial só será aproveitado se os gestores conseguirem exercer com eficiência e eficácia todos os processos desta unidade. A

capacidade cirúrgica é uma das principais medidas de eficiência de uma instituição e o bloco cirúrgico deve estar apto a aumentar sua capacidade operacional sem prejuízo da qualidade e sem sobrecarga de serviço.

Estudos indicam que o índice de ocupação de salas cirúrgicas nos hospitais de países desenvolvidos gira em torno de 85%, em comparação com os 53% de ocupação detectado em instituições de saúde pública do Brasil, principalmente aquelas com caráter de ensino e pesquisa.... Estudo americano realizado em 123 centros médicos avaliou 329.784 cirurgias agendadas e 40.988 canceladas (12,4%). (ÁVILA et al., 2012).

A capacidade operatória de um bloco cirúrgico pode ser medida a partir do tempo de uso de sala. A classificação do porte das cirurgias realizadas é feita de acordo com o tempo cirúrgico. São eles:

- Porte 1: até 2 horas de procedimento
- Porte 2: de 2 a 4 horas de procedimento
- Porte 3: de 4 a 6 horas de procedimento
- Porte 4: a partir de 6 horas de procedimento

Assim, somado ao porte de cirurgia devem ser considerados o tempo de limpeza da sala e o tempo de preparo da sala para a próxima cirurgia, dividido pelo tempo disponível da sala de cirurgia (SOBECC, 2013).

Considerando que as salas cirúrgicas são recursos escassos, aumentar a produção neste setor pode apresentar dificuldades. Por isso, um agendamento mal elaborado ou uso não otimizado dessas pode gerar conflitos internos. Contudo, essa ampliação de utilização não pode interferir na garantia de um atendimento seguro aos pacientes, tanto em caráter eletivo quanto de emergência. Para avaliar a qualidade dos serviços prestado em um bloco cirúrgico, tanto para assistência como gestão administrativa deste setor, é importante medir as produções através de indicadores de processos. O desempenho do bloco cirúrgico torna-se favorável quando todos seus processos são realizados com qualidade e que a comunicação com os diversos setores que este se relaciona seja de forma clara e efetiva para que sejam garantas a eficácia e eficiência de funcionamento da unidade (BLANK, 2015).

2.3 Contabilidade de custos

2.3.1 Conceitos relevantes

A contabilidade de custos pode ser classificada como financeira, gerencial ou de custos. A Contabilidade de Custos trata da análise dos gastos e pode ser usada para avaliação de estoques, para controle e para tomada de decisões.

A implantação correta da gestão de custo demanda que, em todas as esferas, os integrantes tenham conhecimento dos termos da contabilidade para garantir a eficiência e a eficácia do processo de informação e comunicação dentro das organizações. A compreensão e utilização dos métodos de custeio só são possíveis com o conhecimento dos significados dos principais termos usados na gestão de custos. São eles: gastos, despesas, custos, custos fixos, custos variáveis, custos diretos, custos indiretos e depreciação (OLIVEIRA et al., 2015). Abaixo segue a definição de cada um:

- Gasto – “É a compra de bens ou serviços que gera sacrifício financeiro para a entidade”.
- Despesas – “É a redução do patrimônio líquido para a obtenção de receitas”.
- Custo – “Quando um objeto ou serviço do gasto é utilizado com o objetivo de produzir um bem ou serviço”.
- Custo direto – “Está diretamente ligado a atividade fim, se esta não for realizada não ocorre custo direto, este tipo não depende de rateio.”
- Custo indireto – “não são identificados diretamente são mensurados por meio de estimativa e aproximações. Não podem ser relacionados a produtos específicos, existindo a necessidade de que sejam estabelecidos critérios de rateio para serem devidamente alocados”. Custo fixo – “É o custo que não muda de acordo com o montante produzido” (OLIVEIRA et al., 2015).
- Custo variável – “É custo que varia conforme a quantidade de produção, é diretamente proporcional ao volume” (MARTINS et al., 2013).

2.3.2 Importância da gestão de custos

A partir da revolução industrial a gestão de custos vem sendo bem utilizada para gerar informações que auxiliem na tomada de decisões. A contabilidade de custos é útil em qualquer tipo de organização por que promove a informação para

destinar o uso do recursos de forma otimizada e por ser importante para os sistemas de informação. Dar subsídios a gestão é um dos pontos fortes da gestão de custos (ALMEIDA; BORBA; FLORES, 2009).

A importância da contabilidade de custos diante das organizações depende das ações dos gerentes de custos no que diz respeito ao processo de produzir informações úteis para tomada de decisões racionais de gestores, principalmente no que se refere ao planejamento e controle operacionais, as decisões especiais e ao custeio do produto (FISHER, 2012).

Um dos meios de se atingir os objetivos da instituição é a utilização das informações de um eficiente sistema de custos, que possa proporcionar aos gestores informações úteis para tomarem decisões. A gestão de custos deve estar sempre alinhada com a realidade da empresa, ser adaptável as suas necessidades gerenciais, de tomada de decisões e de apoio ao planejamento estratégico da organização. Um dos objetivos da contabilidade é disponibilizar informações necessárias, para atender aos mais diversos tipos de usuários. Estas atitudes para serem eficazes requerem comumente que os dados sejam adequados, isto é, completos, claros e precisos a fim de melhor conhecer e discutir possíveis problemas e limitações existentes (SOUZA, 2013).

Desta forma podemos dizer que a contabilidade de custos auxilia no momento dos controles e ajuda nas tomadas de decisões, pois sua principal finalidade é a de fornecer relatórios para a instituição. Estes são capazes de mostrar a realidade atual da empresa e fornece subsídios para avaliar os dados e observar se os valores condizem aos reais (FISHER, 2012).

2.3.3 Sistemas de Custeio

A palavra custeio pode ser definida como método utilizado para apuração de custos, a ferramenta que auxilia a contabilidade de custos na geração de informações que servirão de suporte às tomadas de decisões dos gestores. O Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) refere também que existem várias formas de mensurar custos na literatura. Cada instituição escolhe o tipo de sistema de acordo com o perfil da empresa e das informações que serão necessárias para o gerenciamento (BRASIL, 2013).

A seguir, destacam-se os três principais tipos de sistemas de custeio abordados na literatura: por absorção, por atividade e o direto ou variável (que será abordado nesta pesquisa).

- Sistema de custeio por absorção: todos os custos diretos ou indiretos, fixos ou variáveis, de estrutura ou operacionais, são incluídos ao custo do produto. São considerados no valor contábil dos produtos tanto os custos variáveis quanto os fixos. As despesas não são consideradas ao valor do custo dos produtos. Consiste na apropriação de todos os custos de produção aos bens elaborados, e só os de produção; todos os gastos relativos ao esforço de produção são distribuídos para todos os produtos ou serviços feitos. (BRASIL, 2013)

O grande problema deste método de custeio está na determinação dos critérios de rateio aplicados, assim como na dedução das despesas diretamente do resultado. Pode apresentar um lucro menor, por outro lado, pode apresentar um lucro majorado para instituições que tenham interesse em apresentar resultados positivos, ou cujos administradores tenham participação no resultado. Entretanto, este sistema de custeio é utilizado obrigatoriamente pela legislação brasileira, com algumas exceções. Nas instituições hospitalares o sistema de custeio por absorção ainda é amplamente utilizado, embora seja criticado na literatura por não fornecer informações adequadas para subsidiar o processo decisório. (BEUREN, 2008)

- Sistema de custeio por atividade: este sistema avalia os custos indiretos ou fixos, tem o objetivo de identificar primeiramente os elementos causadores de seu consumo e, apenas posteriormente, promover a alocação aos produtos. Para utilizar é necessário que a instituição esteja organizada em centros de custos. Este deve ser analisado até o produto final, desde a fabricação até a comercialização, para daí ser possível determinar o custo total do produto (FISHER, 2012).

Desta forma, o custeio ABC fundamenta o mapeamento do processo em organizações, considerando que um produto ou serviço passa a ter seu custo calculado em função das atividades consumidas para o alcance do objetivo final. Este custeio identifica o custo mínimo e o custo máximo consumido por uma atividade. O custo do processo é definido pelo custeamento de cada atividade que compõe o processo, sendo o custo final do processo a soma dos custos das várias atividades que o compõe (BRASIL, 2013).

- Sistema de custeio direto ou variável: tem como característica principal separar os custos variáveis dos custos fixos. Sendo contabilizados no produto ou serviço apenas os custos que variam com o volume de produção. Neste, os custos fixos são considerados despesas do período pois, existem mesmo que não haja produção. O custeio variável é usado apenas para administração interna da empresa (BARBOZA, 2014, cap. 2).

Podemos citar como pontos fortes deste sistema de custeio: é mais prático para a apuração e para colher informações; Pode-se ter o controle maior dos custos fixos já que estes são contabilizados separadamente e provê dados para a ação gerencial (CREPALDI, 2011, p.116-118).

Os gestores precisam de ferramentas que proporcionem agilidade para decidir com eficiência, ou seja, de dados que apoiem suas decisões. O custeio direto, por ter uma leitura simples, facilita no entendimento dos custos, volumes, receitas e lucros ajudando no planejamento administrativo. Podemos dizer que este tipo de custeio é puramente, gerencial e muito usado nas tomadas de decisões de preço. Para a gestão, este sistema proporciona as informações com maior rapidez e são muito utilizados em relatórios de gestão por ser de fácil compreensão da análise custo x volume x lucro (CORONADO, 2008).

Os custos indiretos não são rateados, mas sim lançados em sua totalidade na demonstração do resultado do exercício, como as despesas. É um método que não é reconhecido pela legislação fiscal. Tem, entretanto, reconhecida importância gerencial, pois fornece informação para criação da margem de contribuição dos produtos em determinado período. Trata-se de um método que faz a análise dos gastos variáveis e sua confrontação com as receitas, resultando na margem de contribuição de cada produto. Por priorizar os gastos variáveis, fornece um indicador, a margem de contribuição, que acompanha a direção das vendas, muito útil para a tomada de decisões gerenciais sobre a lucratividade de cada produto, bem como sobre a eliminação daqueles deficitários (BRASIL, 2013).

2.3.4 Custos nos Hospitais Universitários

A missão dos Hospitais Universitários não é apenas prestar assistência de qualidade, mas também de ensino, pesquisa e extensão e além destas a melhoria constante dos processos. Por isto um instrumento de gestão sólido é muito importante

para as decisões escolhidas. Como não existe uma escolha perfeita, sempre é necessário comparar as vantagens e desvantagens para cada ação a ser tomada. O processo decisório é a escolha do melhor caminho para instituição a depender da situação apresentada (STOFFEL et al., 2010).

Considera-se que a implementação de um sistema de custeio pode ser uma ferramenta útil para a gestão eficiente dos hospitais, que estão inseridos em um contexto de custos elevados, recursos escassos, pressão por qualidade e bons serviços. Em especial, os HUs devem primar pela eficiência dos serviços prestados à sociedade, pois além da assistência à saúde, têm a importante missão de formação de recursos humanos (DALLORA; FORSTER, 2008).

Um ponto importante é que as unidades de saúde, e os HUs em particular, não controlam a receita, ou seja, os valores recebidos pelos procedimentos são determinados pelo Ministério da Saúde. Ressalta-se que grande parte dos hospitais conveniados ao SUS não sabe estimar seus custos (BARBOSA, 2014).

As instituições hospitalares têm a necessidade de realizar esses registros para planejar as metas que melhoram seu desempenho. Estes estão baseados na redefinição de prioridades, aumento da produtividade e racionalização de recursos. É muito importante que os gestores hospitalares busquem sempre o modelo de custos que embase suas decisões, observando o levantamento de custos por especialidades, por resultados, por médicos e por procedimentos. Contudo, alguns pontos merecem precauções: a discussão entre os colaboradores e gestores sobre a metodologia implantada, a sensibilização dos funcionários, a qualidade da comunicação e a validação dos dados. Para que a ferramenta de custeio tenha seu propósito estabelecido é preciso entender os processos, a rede de atividades e a dinâmica hospitalar (CORREIO; LEONCINE, 2014).

A discussão sobre a gestão de custos em hospitais não pode passar ao largo dos Hospitais Universitários. Estes, que precisam servir como campo de prática para formação de muitos profissionais, não podem focar no aumento indiscriminado de internações devido ao fato que o valor mensal repassado é fixo para as autorizações de internação hospitalar e este também não contempla o principal custo fixo que é a mão de obra direta e indireta, esta é paga com recursos federais, Estaduais e/ou municipais.

É possível aos gestores dos hospitais identificarem a receita em decorrência à expectativa da produção a ser efetuada. Esses profissionais também têm a possibilidade de identificar o resultado de sua gestão financeira, que será

consequência da relação entre o valor pago pelo governo ... com a identificação destes parâmetros, pode-se estabelecer um objetivo do número de internações realizadas, sendo, entretanto, necessário verificar a relação custo-benefício e a capacidade operacional da organização (SOUZA, 2013).

Para manter a complexa estrutura dos HUs com os recursos recebidos, os administradores destas instituições precisam de um rigoroso controle para manter o processo de gestão do hospital no contexto de saúde pública e prezando pela otimização dos recursos (DOLLORA; FORSTER, 2008). Neste sentido, a gestão de custos pode contribuir para as tomadas de decisões nestas organizações a partir de relatórios gerados. A partir destes é possível analisar todos os dados, atuais e passados, e assim planejar o futuro baseado nas funções básicas da contabilidade de custos que são: determinar o lucro; controlar as operações e demais recursos produtivos e auxiliar na tomada de decisões.

A gestão de custos nos hospitais do Sistema Único de Saúde tornou-se essencial devido à necessidade de garantir maior eficiência na aplicação dos recursos e sustentabilidade do sistema. Partindo-se desta necessidade foi criado o PNGC, que promove e facilita a gestão de custos nas instituições públicas, com implicações na tomada de decisão, visando melhorias na prestação de serviços e resultados (DALLORA; FOSTER, 2013).

Este programa possui um conjunto de ações que auxiliam na gestão de custos, no âmbito do SUS, por meio da produção, difusão e aperfeiçoamento de informações relevantes e pertinentes a custos, utilizadas como aporte para melhoria do desempenho de serviços, unidades, regiões e redes de atenção em saúde do SUS.

A implementação do PNGC torna-se de grande relevância, pois possibilitará aos gestores públicos da Saúde estimar os custos de um novo serviço e/ou procedimento a ser disponibilizado à população; apurar e estimar os custos dos procedimentos já incorporados; analisar regionalmente o desempenho dos estabelecimentos, serviços e redes assistenciais; elaborar o planejamento dos recursos disponíveis para a atenção à saúde; fortalecer o controle social por meio da transparência na utilização dos recursos e, acima de tudo, tomar decisões tendo como subsídio a informação de custo e melhorar a gestão dos recursos disponíveis. (DALLORA; FOSTER, 2013).

Para implantar este programa nas instituições do SUS é preciso que todos estejam informados, capacitados e envolvidos em relação aos novos hábitos. Quatro aspectos são importantes na organização hospitalar para esta sensibilização. São eles: a introdução da cultura de custos para que a gestão possa ser efetivada; determinar o prazo de implantação dos processos; os setores institucionais devem

estar organizados e a aplicação desta cultura deve ser em todos os níveis: o estratégico, o tático/gerencial e o operacional e devem acontecer simultaneamente. Estes pontos abordados devem ser moldados para cada perfil de instituição e é preciso definir as condutas que facilitem a divulgação dos objetivos propostos em todos os níveis da organização (BRASIL, 2013).

É importante em serviços de saúde que seja feito um modelo de gestão de custos que considere e separe os desperdícios de ociosidade. A lucratividade depende de uma correta redução de custos que pode ser determinado pela eliminação de desperdícios. Isso confere a gestão de custos um papel importante para a continuidade das empresas. A demanda crescente de serviços gera um ambiente de complexidade e investimentos de alto custo que são prejudicados pelas margens estreitas proporcionadas pelas tabelas do Sistema Único e Saúde e alguns planos de saúde. Estes desperdícios de ociosidade podem provocar a gestão do serviço desenvolver medidas que visem reduzi-los e transformarem estas perdas em ganhos e melhor faturamento (ASTA; BARBOSA, 2014).

Conforme verificado, o conhecimento e a gestão dos custos são de grande importância para todas as organizações, incluindo as de saúde. Tais organizações, demandam um forte controle e acompanhamento para otimização dos recursos escassos em prol da sociedade.

2.4 Demanda reprimida nos hospitais públicos

O tempo que os pacientes permanecem nas filas de espera pode ser de anos e sem previsão de atendimento. Em 2015 foi estimado que 3 milhões de pessoas aguardavam por cirurgias eletivas (FERREIRA, 2015).

Como no Brasil não existe uma lei nacional que regule a lista de espera para realização de cirurgias eletivas, não é possível mensurar o tamanho deste problema na saúde brasileira. Apenas as filas por transplantes são bem definidas (MARINHO; CARDOSO; ALMEIDA, 2010). Observou que alguns Estados estão tentando resolver este problema como é o caso de Santa Catarina, com o Decreto nº 1.168 de 29 de maio de 2017. Este dispõe sobre:

... a publicação, na internet, da lista de espera dos pacientes que aguardam por consultas (discriminadas por especialidade), exames e intervenções cirúrgicas e outros procedimentos nos estabelecimentos da rede pública de saúde do Estado de Santa Catarina, e estabelece outras providências (SANTA CATARINA, 2017).

Nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), que reúne os países mais industrializados do mundo e alguns países emergentes, as listas e os tempos de espera acima de limites clinicamente aceitáveis também constituem uma realidade, principalmente naqueles em que o financiamento é público, não sendo possível muitas vezes para os doentes a realização dos procedimentos cirúrgicos indicados num prazo plausível. A demanda reprimida por cirurgias é identificada como a principal barreira de acesso aos cuidados de saúde (UCGIC, 2009).

No Brasil, a demanda reprimida é ocasionada pela grande procura por cirurgias e a pequena oferta de procedimentos cirúrgicos nos hospitais públicos. De forma mais clara é a lista de pacientes que esperam por cirurgia conforme uma ordem dentro da estrutura hospitalar (PINHEIRO et al., 2002). De acordo com Junior; Tomita; Kos (2005), este fato é corriqueiro nos hospitais públicos e dentre eles nos Hospitais Universitários. Trata-se de uma verdade nestes serviços públicos de saúde com a diferença apenas no seu tamanho. Na prática, a dificuldade para o acesso a procedimentos cirúrgicos nos serviços de saúde permanece um problema grave na sociedade brasileira.

Pode-se dizer que as listas de espera violam os princípios da integralidade e da efetividade do SUS. O primeiro porque preconiza que o sistema de saúde dever ser operacionalizado a fim de suprir as necessidades de saúde da população com a implantação de normatizações nos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e, nas relações destes com a sociedade. O segundo princípio violado afirma que qualquer política pública deve ser capaz de produzir os efeitos para a qual foi criada de forma satisfatória. As demanda reprimida também transgredir a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, no seu art. 3º P. Ú. inciso II, alínea “f”, diz que o cidadão o direito a informações claras quanto à duração prevista do seu tratamento. Sabendo que é notório que em muitos casos, os usuários permanecem anos sem nenhuma previsão de data de atendimento (FERREIRA, 2015).

A fim de tentar resolver os problemas expostos, o Ministério da Saúde, em 2004, instituiu a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos. Esta tinha como objetivo ampliar o ingresso ao atendimento especializado nos hospitais. Com isso seria possível apurar a demanda e realizar os procedimentos pré-operatórios de forma mais rápida (BRASIL, 2004). Mesmo com essa política de 2004 do MS, no Distrito Federal, em 2010, concluiu-se que falhas na comunicação entre os níveis de atenção

do SUS geraram falhas na regulação de procedimentos. Também foi observado a confiança que os pacientes têm no hospital, o que justifica a grande demanda da média e alta complexidade. Assim, concluíram que é indispensável a organização dos serviços para encontrar o ponto de equilíbrio entre a oferta e o acesso da população (PIRES et al., 2010).

A demanda reprimida reflete negativamente para a imagem instituição de saúde, já para os pacientes, o impacto incide sobre a mortalidade e nos distúrbios psicossociais. Em São Paulo foi observado que aumento do tempo de espera, gerou forte ansiedade nos pacientes e perdas de suas funções orgânicas e manifestaram dificuldades em relacionar-se no meio familiar, profissional e social (HADDAD et al., 2002).

Para que seja possível diminuir ao máximo as demandas por cirurgias nos hospitais, o SUS enfrenta alguns desafios. Expandir a assistência, a fim de proporcionar o acesso aos pacientes desassistidos e criar estratégias para melhorar a comunicação entre os níveis de atenção à saúde são ações fundamentais (CONASS, 2007).

2.5 Estudos sobre os custos em bloco cirúrgico

Foram pesquisados alguns trabalhos de custos em bloco cirúrgico sendo os mais relevantes apresentados abaixo:

Castro e Castilho (2013), estudaram o custo do desperdício de materiais de consumo no bloco cirúrgico de um HU e concluíram que o percentual médio de desperdício da sua amostra foi de 9,34%, sendo 1,23% evitável e 8,14% não evitável. Sendo este percentual de evitável considerado baixo por se tratar de um hospital escola.

Kos (2015), observou, no seu estudo numam maternidade de um HU, que em 90% dos procedimentos analisados, o valor repassado pelo SUS é superior ao custo médio direto estimado, apurado para estes procedimentos.

Bittar (2003) que avaliou o custo médio direto do material usado em cirurgia de revascularização do miocárdio. Concluiu que houve uma variação de custos do material, em relação ao número de pontes de safena realizadas.

Fisher (2012), identificou os custos e resultados de um Centro Cirúrgico. Foi possível observar que o maior custo, nos meses pesquisados, é com material e que o centro cirúrgico estudado está trabalhando com resultados negativos.

3 METODOLOGIA

3.1 Classificação da pesquisa

A presente pesquisa tem a finalidade aplicada, natureza observacional e abordagem quantitativa do tipo estudo de caso de caráter exploratório.

Entende-se por pesquisa aplicada a que pretende obter conhecimento para empregar na prática e com a finalidade de resolver problemas específicos (BERTUCCI, 2014, p.49). Esta, além de produzir conhecimento, gera novos processos tecnológicos e novos produtos, com resultados práticos imediatos e na melhoria da qualidade de vida.

Na natureza observacional com abordagem quantitativa os resultados podem ser quantificados, ou seja, realiza análise dos dados numéricos através de procedimentos estatísticos. A informação é sistematicamente colhida. podem permitir conclusão causal, e por conseguinte deve-se respeitar a eficácia desses desenhos. (MEDEIROS, 2012, p.31 - 35)

O estudo de caso caracteriza-se como uma forma de se investigar uma unidade seguindo-se um conjunto de procedimentos especificados, sobretudo a observação direta. Daí é possível, principalmente, entender determinados fatos da realidade. Este tipo de estudo visa descrever as características de uma população ou fenômeno e relacionar as variáveis entre si (HAMADA et al., 2016).

No estudo de caso é realizada uma pesquisa com detalhada coleta de dados, sem necessariamente se concentrar em um único aspecto, e com várias fontes de referências bibliográficas desta forma é possível examinar detalhadamente o objeto de estudo gerando informações relevantes para tomadas de decisões. (GALDEANO; ROSSI; ZAGO, 2003). Os autores falam dos propósitos do estudo de caso, como vemos a seguir:

[...] os propósitos do estudo de caso, como estratégia de uma pesquisa é explorar situações da vida real cujos limites não estão claramente definidos, descrever a situação do contexto em que está sendo feita a investigação, explicar as variáveis causais de determinados fenômenos em situações muito complexas, preservando o caráter unitário do objeto estudado.

O caráter exploratório tem por objetivo conhecer detalhadamente o problema, cuja finalidade é torná-lo mais notório, no sentido de explorar todos os aspectos referentes ao fato estudado e relacioná-los com a atuação prática. (MEDEIROS, 2012).

3.2 Objeto e local do estudo

O estudo foi desenvolvido no Bloco Cirúrgico, localizado no 5º andar do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, localizado na Av. Professor Moraes Rego, nº1235, Cidade Universitária, Recife – PE. Neste bloco existem 10 salas de cirurgias e apenas 7 funcionam. Estas três salas ociosas diminuem a eficiência do bloco, contribuem para o aumento do tempo de espera para cirurgias pelos pacientes e diminuem o campo de prática para os programas de residências.

3.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi documental. Este tipo de coleta usa duas fontes: a primária, que são de documentos, registros a partir de observação, e que ainda não foram tratados e de circulação interna, e a secundária que são dados de domínio público (BERTUCCI, 2014, p. 61-62).

Os dados foram coletados através de análise de documentos do bloco cirúrgico, do ambulatório das clínicas cirúrgicas e da Tabela do SIGTAP. O quadro 1 mostra como os dados foram coletados e como estes foram usados para atingir os objetivos.

Quadro 1- Processo de coleta de dados

Instrumento de coleta	Dados coletados	Objetivo a ser atingido
1º Ficha de consumo de sala	Materiais e quantidades usadas na cirurgia.	▪ Analisar os custos médios atuais das cirurgias com demanda reprimida de acordo com o porte e a complexidade realizadas no bloco cirúrgico do HC-UFPE;
2º Check-list de materiais e equipamentos necessário para sala cirúrgica e notas fiscais e/ou planilhas de aquisição de equipamentos	Materiais e/ou equipamentos que faltam para finalizar a sala de cirurgia.	▪ Avaliar qual o montante dos investimentos físicos e de pessoal necessários para que as três salas ociosas do bloco cirúrgico HC-UFPE possam funcionar adequadamente;
3º Livros de registro de salas	Tempo disponível por sala / Tempo de uso de sala	▪ Avaliar, com base na capacidade instalada em cada sala, o quantitativo médio de procedimentos cirúrgicos que poderiam ser realizados
4º SIGTAP	Valores pagos pelos procedimentos	▪ Identificar, com base nos procedimentos cirúrgicos escolhidos, o valor que o HC – UFPE irá receber em média da Tabela SUS pelos procedimentos cirúrgicos realizados.
5º Livros / catálogos de registro das clínicas nos ambulatorios	Número e tipos de cirurgia que aguardam ser realizadas	▪ Observar o impacto da instalação dessas salas na demanda reprimida do hospital

3.3.1 Descrição dos procedimentos para coleta de dados

Para analisar os custos médios diretos atuais das cirurgias com demanda reprimida realizadas no bloco cirúrgico do HC-UFPE foram selecionadas aleatoriamente 3 fichas de sala de cada tipo de cirurgia com demanda reprimida, por que o consumo de material não sofrer alterações consideráveis, salvo intercorrências, que não foi considerado no estudo, e calculado a média de consumo, somado ao consumo de oxigênio dos carros de anestesia que foi calculado pelo tempo de cirurgias que necessitaram de anestesia geral. Como o repasse do SUS também é para cobrir as diárias, foi colhido, na unidade de custos, o valor médio das diárias dos pacientes no HC em 2017 e calculado a média da diária resultando para agregar ao valor final.

O montante dos investimentos necessários para que as três salas ociosas do bloco cirúrgico HC-UFPE possam funcionar adequadamente foi calculado baseado no *Check list* de conferência dos equipamentos das salas que já funcionam adequadamente e os valores foram solicitados a unidade de compras do Hospital. Para calcular o investimento com pessoal, foi solicitado o valor do salário de cada categoria a Divisão de Gestão de Pessoas do HCPE.

O quantitativo médio de procedimentos cirúrgicos que poderiam ser realizados com a ativação das salas foi estimado baseado nos perfis de porte e complexidade das cirurgias, baseado nos tempos médio de duração dos procedimentos. Nos livros de salas foram coletados os tempos de três cirurgias de cada tipo e daí calculado o tempo médio das cirurgias assim como calculado o tempo médio de preparo da sala e limpeza. Estes valores foram somados para chegar ao tempo médio de uso de sala tanto por complexidade como por porte cirúrgico. Após calcular o tempo médio das cirurgias foi possível calcular quantas cirurgias poderiam ser realizadas por mês. Foi considerado 10 horas por dia, 08:00 às 13:00 no turno da manhã e das 14:00 às 19:00 no período da tarde conforme diz o artigo 21 do regimento interno dos blocos cirúrgicos do HC-PE e 22 dias úteis no mês. Do resultado foi desconsiderado as casas decimais que representam apenas uma fração da cirurgia.

O valor total que o HC – UFPE irá receber pelos procedimentos cirúrgicos que poderão ser realizados por mês seguiu o seguinte roteiro: após conhecer os valores de repasse da Tabela SUS e o quantitativo de cada tipo de cirurgia foi calculada a média ponderada para conhecer o valor médio do repasse da demanda reprimida.

Depois foi multiplicado o valor médio do repasse das cirurgias da demanda pela quantidade de cirurgias que poderiam ser realizadas por mês.

O impacto da instalação dessas salas na demanda reprimida do hospital foi mensurado depois de calcular o tempo médio das cirurgias por porte e complexidade, em seguida foi calculado quantas cirurgias poderiam ser realizadas por mês e daí calcular em quanto tempo poderiam ser realizadas todas as cirurgias da demanda reprimida.

3.3.2 Tabulação dos dados

Os dados coletados foram tratados em planilhas do Excel e analisados com base no sistema de custeio variável. Optou-se pelo uso do custeio variável, pois através deste método será possível estudar os custos em função do volume de procedimentos cirurgicos realizados. O cálculo do custeio variável possibilita analisar se a quantidade de procedimentos que são realizados neste bloco são suficiente para cobrir seus custos e manter o equilíbrio financeiro da instituição.

3.4 População e amostra

O estudo foi desenvolvido a partir das cirurgias com demanda reprimida, as quais poderiam ser absorvidas pela ativação das três salas ociosas do Bloco Cirúrgico do HC. Foi verificado nos registros dos ambulatorios das clínicas existentes HC-UFPE, que no mês de dezembro havia um histórico de 3.095 cirurgias a serem realizadas. No entanto, para esta pesquisa foram selecionadas 3.008, que representa 97,19% da demanda reprimida. O critério desta seleção deu-se pela escolha das cirurgias com demanda que contivesse mais que duas pessoas que pudessem se operadas por semana, ou seja, mais que oito pessoas aguardando por mês.

Para avaliação das salas foram selecionadas as 03 salas ociosas das 10 existentes no bloco cirúrgico

3.5 Critérios de exclusão

Serão excluídas da pesquisa as salas que estão funcionando plenamente e as cirurgias que possuem um número menor ou igual a oito pacientes aguardando, as que não possuem demanda reprimida ou as que a demanda dependa da organização da clínica como por exemplo, a cirurgia de redesignação sexual masculina.

3.6 Considerações éticas

Esta pesquisa trata-se de uma abordagem de dados secundários oriundos de sistemas de informação de acesso público e de planilhas e documentos de livre acesso do hospital, sendo então dispensável a aprovação do Comitê de Ética, segundo a Resolução nº510 de 07 de abril de 2016, Art 1º, parágrafo único:

Não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP:

[...]

II – pesquisa que utilize informações de acesso público, nos termos da Lei no 12.527, de 18 de novembro de 2011;

III – pesquisa que utilize informações de domínio público;

[...]

V - pesquisa com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual; (BRASIL, 2016)

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesta seção, serão apresentados os resultados obtidos após a análise dos dados coletados, em conformidade com a metodologia proposta.

Para avaliação dos resultados é necessário estar ciente que a variável “complexidade” será relacionada a “questão financeira do repasse do SUS” e o “porte cirúrgico” avalia o “tempo de uso de sala”.

Inicialmente, serão analisados os dados dos custos médios diretos das cirurgias com demanda reprimida por complexidade. A seguir apresenta-se o valor dos investimentos necessários para que as três salas funcionem plenamente. Após a estruturação das salas, foram calculados o potencial de produção dessas salas em relação a demanda reprimida por porte e o valor do repasse do SUS pela realização desses procedimentos de acordo com a complexidade. Por fim será avaliado o efeito da abertura dessas salas na demanda reprimida do hospital.

Das 3.095 cirurgias a serem realizadas foram selecionadas 3.008, que representa 97,19% da demanda reprimida que possuem mais que oito pacientes aguardando cirurgia. Estas cirurgias estão distribuídas conforme a tabela 1 abaixo:

Tabela 1- Distribuição das cirurgias com demanda reprimida

Variável	Divisão	Quantidade	Total
Complexidade	Média	2724	3008
	Alta	284	
Porte	1	1047	3008
	2	1416	
	3	545	
	4	0	

Fonte: dados da pesquisa, 2017

O custo direto das cirurgias foi calculado levando-se em conta três informações: o custo dos materiais e medicamentos, o custo do consumo de oxigênio e custo médio das diárias. Para o consumo de materiais e medicamentos, foi feita a coleta documental nas fichas de consumo de sala. Listou-se separadamente todos os materiais e medicamentos consumidos em três cirurgias de cada um dos tipos de procedimentos estudados e calculado a média entre elas (ver apêndice 1). O consumo de oxigênio na sala de cirurgia foi calculado pelo tempo da cirurgia. Salienta-se ainda que compõem os custos das cirurgias os valores relacionados com 02 (diárias), que

corresponde à média associadas ao valor dos procedimentos, o custo médio das diárias foram coletados na unidade de custos do hospital estudado. Os valores finais dos custos são apresentados comparativamente ao que o SUS remunera, e os montantes estão dispostos na tabela 2 abaixo:

Tabela 2- Custo médio das cirurgias com duas diárias x Remuneração SUS

Variável	Divisão	Custo	Remuneração SUS	Resultado
Complexidade	Média	R\$ 930,80	R\$ 656,82	R\$ - 273,98
	Alta	R\$ 2.781,18	RS 2.340,82	R\$ - 440,36

Fonte: dados da pesquisa, 2017

Conforme se pode observar na tabela 2, o custo médio de uma cirurgia de média complexidade é de R\$ 930,80 e para este tipo de complexidade de cirurgia, o SUS remunera, em média R\$ 656,82, gerando um déficit de R\$ 273,98. As cirurgias de alta complexidade têm um custo médio de R\$ 2.781,18 e o repasse do SUS é em média R\$ 2.340,82, constituindo um resultado deficitário de R\$ 440,36.

O custo médio de 2 diárias por paciente na enfermaria é R\$ 440,36 o que pode representar em média 67% do repasse das cirurgias de média complexidade e 19% da alta complexidade.

Segundo Dallora (2008), os hospitais de ensino são instituições caras, por contemplarem atendimentos de alta complexidade, além de atividades que mesclam assistência médica com procedimentos didáticos.

Na sequência, calculou-se o montante dos investimentos físicos necessários para que as três salas ociosas do bloco cirúrgico HC-UFPE possam funcionar adequadamente

O bloco cirúrgico do Hospital Universitário estudado possui 03 salas de cirurgia que não são utilizadas por que faltam mobiliários, equipamentos e pessoal. A parte estrutural de alvenaria, instalações elétricas e rede de gases estão funcionando. Os valores dos equipamentos foram baseados nas descrições dos equipamentos que já existem nas salas que funcionam. São equipamentos que são avaliados tanto pela engenharia clínica do hospital como pela chefia do setor. Desta forma é possível inferir que os equipamentos adquiridos irão suprir as necessidades sem que haja desperdício de investimentos. Os valores referentes aos investimentos estão dispostos na tabela 3, a seguir:

Tabela 3 - Investimento para adequar uma sala de cirurgia

Material	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Foco cirúrgico	1	R\$ 46.000,00	R\$ 46.000,00
Mesa cirúrgica	1	R\$ 130.000,00	R\$ 130.000,00
Mesa auxiliar	2	R\$ 500,00	R\$ 1.000,00
Carro de anestesia	1	R\$ 117.000,00	R\$ 117.000,00
Carro de transporte	1	R\$ 850,00	R\$ 850,00
Mesa de Mayo	2	R\$ 200,00	R\$ 400,00
Cadeiras	2	R\$ 112,00	R\$ 224,00
Monitor multiparamétrico	1	R\$ 19.000,00	R\$ 19.000,00
Jogo de laringoscópio	1	R\$ 1.250,00	R\$ 1.250,00
Total			R\$ 315.724,00

Fonte: dados da pesquisa, 2017

Os valores evidenciados na tabela 3 apontam para um montante médio de R\$ 315.724,00 para que cada uma das salas ociosas do Bloco Cirúrgico possa funcionar normalmente. O valor médio total do investimento em equipamentos para as três salas é de R\$ 947.172,00. A receita para compor estruturalmente as salas de cirurgias são provenientes do REHUF afim de melhorar a estrutura do HU.

Complementarmente aos investimentos necessários para que as salas ociosas possam funcionar, calculou-se os custos relacionados com o pessoal que ficará alocado de forma fixa em uma na sala do Bloco. Por este motivo, verificou-se os valores pagos ao técnico de enfermagem. Estes profissionais são lotados na Unidade de blocos cirúrgicos, estando à disposição de uma sala para qualquer cirurgia que seja realizada durante todo turno de trabalho. O custo dos cirurgiões e anestesistas está atrelado a Unidade que estes estão lotados, já os enfermeiros e demais profissionais não são fixos na Sala do Bloco Cirúrgico. Eles irão compor os custos de cada uma das cirurgias que serão realizadas, e não do custo da Sala cirúrgica em si. Os valores com pessoal calculados podem ser visualizados na tabela 4, a seguir:

Tabela 4 - Custos mensal de pessoal por sala

Pessoal	Nº de salas	Salário
Técnico de enfermagem	1	R\$ 3.656,13
	3	R\$ 10.968,39

Fonte: dados da pesquisa, 2017

Na tabela 4 verificou-se que o custo mensal de pessoal por sala é de R\$3.656,13. As três salas ativadas gerarão um custo de R\$ 10.968,39 ao MEC, pois

em cada sala obrigatoriamente é necessário ter 01 técnico de enfermagem do começo ao fim dos procedimentos.

Nepote (2008) ressaltou que o dimensionamento físico e de pessoal deve ser bem estudado pois o investimento necessário para construir e equipar uma sala de cirurgia é expressivo. Desta forma os hospitais devem equilibrar a receita e os custos afim de manter a qualidade da prestação de serviços.

Após apresentados os custos para montagem das salas, foram avaliados os dados sobre as cirurgias. Ávila et al. (2012) diz que uma das melhores formas de avaliar a eficiência de um bloco cirúrgico é pela sua capacidade cirúrgica, que é medida a partir do tempo de uso de sala um período de tempo.

Com três salas ociosas, a capacidade do bloco já está 30% menor, interferindo na demanda reprimida do hospital. Sendo assim, foi calculado o número de cirurgias a mais que podem ser realizadas com as três salas funcionando.

Tabela 5 - Número de cirurgias que poderiam ser realizadas

Variável	Divisão	Tempo médio de uso de sala (min)	Nº de cirurgias
Complexidade	Média	151	87 / mês
	Alta	228	57 / mês
Porte	1	96	128 / mês
	2	158	77 / mês
	3	256	48 / mês

Fonte: dados da pesquisa, 2017

A tabela 5, revela que o tempo médio das cirurgias de média complexidade é 151 minutos sendo possível realizar, em média, 87 procedimentos por mês. As cirurgias de alta complexidade em média duram 228 minutos e o bloco terá a capacidade de realizar 57 cirurgias por mês. Com relação aos portes 1, 2 e 3, os tempos médios são 96, 158, e 256 minutos, respectivamente e a capacidade operatória é de 128 cirurgias por mês de porte 1, 77 de porte 2 e 48 de porte 3.

Conforme evidenciado acima, foi calculado a quantidade de cirurgias pelo porte e pela complexidade. Este ultimo será necessário para os cálculos do repasse final do SUS a seguir.

Vale ressaltar que para calcular o tempo médio de uso de sala foi considerado o tempo de montagem e desmontagem das salas (ver Apêndice 2). Dexter et al., (2001a) e Tyler et al. (2003) dizem que a taxa de ocupação da sala pode ser medida

pela média de duração dos procedimentos médicos mais o tempo de limpeza e preparo da SO, divididos pelo tempo disponível da sala cirúrgica

Abaixo apresenta-se a média dos custos das cirurgias por complexidade bem como a média de valores recebidos pelo hospital, pelas cirurgias que poderiam ser realizadas da demanda reprimida após a ativação das salas de cirurgias.

Conforme pode ser observado na tabela 6, os valores repassados são inferiores aos gastos no hospital estudado. Tais achados reforçam o estudo de Martins (2011) que diz que no Brasil, os HUs são 40% mais dispendioso que os outros hospitais públicos.

Tabela 6 - Comparativo entre o custo médio das cirurgias com demanda reprimida e o valor médio recebido pela realização destes procedimentos por mês

Variável	Divisão	Custo médio das cirurgias	Valor médio a receber pelo SUS	Resultado
Complexidade	Média	R\$ 80.979,60	R\$ 57.317,34	R\$ - 23.662,26
	Alta	R\$ 200.928,99	R\$ 159.926,61	R\$ - 41.002,38

Fonte: dados da pesquisa, 2017

O custo médio mensal das cirurgias foi calculado multiplicando-se o custo médio do procedimento por complexidade (tabela 2) pela quantidade de cirurgias que poderiam ser realizadas no mês (tabela 5). O Valor médio a receber é resultado da multiplicação do valor médio do repasse por complexidade (tabela 2) pelo número de cirurgias que dariam para ser realizadas por mês (tabela 5), considerando que as três salas fossem usadas para o mesmo tipo de complexidade.

Os valores apontam para um total de remuneração do SUS por mês pelas cirurgias com demanda reprimida no montante de R\$ 57.317,34 para média complexidade e R\$ 159.926,61 para alta complexidade. Esse valor, conforme já comentado, é inferior aos custos diretos ocasionados pela realização das mesmas.

Salienta-se ainda que o repasse do SUS não será utilizado para o financiamento associado com a estruturação das salas ociosas. O valor destinado a isto tem como fonte o Plano de Reestruturação dos Hospitais Universitários federais (REHUF).

Ademais, o custo associado com a mão de obra (técnico de enfermagem) também não será custeado pelo SUS. Estes são absorvidos pelo Ministério da Educação.

Diante do exposto, reforça-se o argumento de que o repasse do SUS tem por objetivo apenas o ressarcimento dos custos diretos relacionados com materiais, medicamentos, consumo de oxigênio e as diárias, e mesmo assim, conforme demonstrado, os repasses são insuficientes para cobrir estes gastos.

Lima (2007) observou em seu estudo em um Hospital Universitário que a receita advinda do SUS suficiente apenas para prover 73,95% dos custos diretos, ou seja, é insuficiente para suprir os custos básicos para realização da cirurgia. Na tabela 6 é possível observar que o valor da remuneração do SUS corresponde a 70,77% dos custos da média complexidade e 79,59% dos custos da alta complexidade.

Segundo o Manual de gestão financeira do SUS (BRASIL, 2003), o repasse de recursos aos hospitais é feito através da tabela única de preços, ou seja, o pagamento é fixo independente do tempo de internação, do valor gerado pelos procedimentos ou dos custos por pacientes.

Para que os valores pagos pelo SUS aos Hospitais Universitários sejam suficientes é necessária muita competência na aplicação e gestão dos recursos. Como citado por Bonacim e Araújo (2010), os HUs realizam as atividades de ensino, pesquisa e extensão juntamente com o crescimento da população fazem com que os estes tenham grande necessidade de investir em novos espaços físicos, tecnologia e equipamentos. Desta forma pode-se inferir que os hospitais universitários, por apresentarem tais características, tornam-se mais onerosos que os demais.

Por fim, foi verificado no estudo como a ativação das três salas de cirurgias ociosas podem influenciar na demanda reprimida do hospital. A seguir, na tabela 7, pode-se observar os resultados obtidos:

Tabela 7- Tempo para suprir a demanda reprimida

Variável	Divisão	Nº de cirurgias	Tempo para suprir a demanda
Complexidade	Média	87 / mês	31,31 meses
	Alta	57 / mês	4,98 meses
Porte	1	137/ mês	7,64 meses
	2	83/ mês	17,96 meses
	3	51/ mês	10,68 meses

Fonte: dados da pesquisa, 2017

Considerando que as três salas funcionem para suprir cada tipo de variável, os resultados obtidos são os seguintes: como existem 2.724 pessoas aguardando para realizar cirurgia de média complexidade, seriam necessários em torno de 32 meses, ou seja, 2,5 anos para eliminar a espera pelo procedimento. Por outro lado, para as 57 cirurgias de alta complexidade, seriam resolvidas aproximadamente em até 5 meses.

Considerando-se o porte cirúrgico, seriam necessários até 18 meses, aproximadamente, para cessar 1.047 cirurgias de porte 1; 8 meses para extinguir as 1.416 cirurgias de porte 2 e 11 meses para supri os 545 procedimentos de porte 3 do Hospital em estudo.

Como se pode observar, a ativação das salas poderia melhorar a qualidade dos atendimentos realizados, haja vista que hoje existem no hospital registro de pacientes que esperam cirurgias há mais de 2 anos.

A demanda por cirurgias eletivas é um problema nacional nos hospitais público. Segundo o Portal da Saúde (MS), em 2017, de janeiro a setembro houve um crescimento de 39,1% na procura por cirurgias eletivas em todo país.

Joaquim e Vieira (2009) concluíram que para o HU estudado por eles mantenha a qualidade do serviço oferecido à comunidade é necessário aumentar a capacidade do seu centro cirúrgico, ou seja, aumentar do número de salas de cirurgia para aumentar a produção cirúrgica.

5 CONCLUSÃO

Os Hospitais Universitários precisam sempre buscar ferramentas que possibilitem a melhoria da qualidade dos seus serviços para atender a população e formar profissionais. É inerente a realidade destes melhorar seus processos dependendo de recursos financeiros limitados e altos custos.

Por tratar da saúde de pessoas, formar profissionais e incentivar pesquisas os HUs devem estar bem estruturados para que os pacientes sejam atendidos com qualidade e no menor tempo possível e para realizar a formação dos estudantes com qualidade.

Podemos dizer que demanda reprimida de cirurgias eletivas é resultado do aumento da procura de cidadãos aos hospitais públicos em comparação ao baixo número de procedimentos oferecidos. A espera por uma cirurgia diminui a chance de recuperação e compromete a qualidade de vida dos pacientes. As filas de espera também são ruins para a instituição que tem seu nome atrelado a uma situação que gera uma imagem negativa para a sociedade, profissionais e órgãos avaliadores.

O Hospital Universitário precisa compreender a sua importância na rede de saúde pública para assegurar, aos cidadãos, os princípios do SUS, em especial a sua diretriz de integralidade.

Mesmo observando que a receita recebida do SUS é menor que os custos dos procedimentos cirúrgicos é necessário que o HC-PE invista na ampliação de salas devido ao impacto social ser relevante. Para equilibrar os custos e as receitas poderiam ser criados protocolos de assistência cirúrgica que visam padronizar os procedimentos e diminuir os custos desnecessários; Trabalhos de conscientização das equipes sobre desperdícios de materiais seriam muito importantes também; outra medida de controle seriam criações de kits cirúrgicos que padronizariam os materiais usados, diminuiriam desperdícios e ajudariam no planejamento de compras.

A gestão deve trabalhar para estruturar seus serviços, possibilitando maior qualidade no atendimento e resolutividade dos problemas de saúde da comunidade. Estas salas refletirão positivamente na qualidade de vida das pessoas que vão em busca de atendimento, na formação de médicos e enfermeiros que terão mais campo de prática. E assim elevar o conceito deste hospital como um Hospital Universitário de referência.

REFERÊNCIAS

ASTA, D. D.; BARBOSA, A. P. Modelo conceitual de mensuração de desperdícios em hospitais privados. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v.3, n.1, p.40-56, jan./jun. 2014.

ALMEIDA, André Graf de; BORBA, José Alonso; FLORES, Luiz Carlos da Silva. A utilização das informações de custos na gestão da saúde pública:: um estudo preliminar em secretarias municipais de saúde do estado de Santa Catarina. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p.579-607, jun. 2009. Bimestral. Disponível em: <[http://www.conhecer.org.br/download/cp/ADMINISTRACAO PUBLICA/LEITURA 2.pdf](http://www.conhecer.org.br/download/cp/ADMINISTRACAO_PUBLICA/LEITURA2.pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2017.

ÁVILA, Marla Andréia Garcia de et al. Cancelamento de cirurgias:. **Uma Revisão Integrativa de Literatura**, São Paulo, v. 17, n. 2, p.39-47, jun. 2012. Trimestral. Disponível em: <http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2012/pdf/revista/abril_junho/cancelamento.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2016.

BARATA, Luiz Roberto Barradas; MENDES, José Dínio Vaz; BITTAR, Olímpio J. Nogueira V. Hospitais de ensino e o Sistema Único de Saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 46, p.7-14, mar. 2010. Trimestral.

BARROS, Renata Tenório de. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**: uma análise sobre sua gestão no contexto institucional do Hospital das Clínicas da UFPE. 2014. 157 f. Dissertação (Mestrado Gestão e Economia da Saúde) - Departamento de Economia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014. Cap. 2.

BARBOSA, Inêz Carneito. **Análise do nível de cobertura dos custos da unidade de cuidados neonatais pela tabela do SUS**: o caso do hospital universitário Professor Alberto Antunes - HUPAA/al. 2014. 102 f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) - Departamento de Economia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014. Cap. 2.

BERNARDINO, E.; BONATO, O. S. Planejamento e implantação de um bloco operatório para uma comunidade de 6000 habitantes. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CENTRO CIRÚRGICO, CENTRAL DE MATERIAL E RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA. 2009. **Anais do...** Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, 2009, p.58. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>> Acesso em: 27 jun. 2016.

BITTAR, Eliana; CASTILHO, Valéria. O custo médio direto do material utilizado em cirurgia de revascularização do miocárdio. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 255-260, Sept. 2003. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000300027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 set. 2017.

BLANCK, Mery; BANDEIRA, Denise Lindstrom. Análise da capacidade operacional de um centro cirúrgico: modelagem matemática aplicada ao dimensionamento e alocação de recursos. **Revista de Gestão - REGE**, São Paulo, v. 22, n. 4, p.565-583, dez. 2015. Trimestral.

BONACIM, Carlos Alberto Grespan; ARAUJO, Adriana Maria Procópio de. Gestão de custos aplicada a hospitais universitários públicos:: a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p.903-931, ago. 2010. Bimestral. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122010000400007>. Acesso em: 09 abr. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de média e alta complexidade no SUS**. Brasília : CONASS, 2007. Ed. 20, p. 17-18. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro9.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. (Org.). **Hospitais Universitários**. 2017. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/hospitais-universitarios>>. Acesso em: 03 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Gestão financeira do Sistema Único de Saúde** : manual básico. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Introdução à Gestão de Custos em Saúde**. – Brasília, DF, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios – Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº1.372 de 01 de julho de 2004. **Diário Oficial da União**. 2004. Disponível em: < <https://www.diariodasleis.com.br/legislacao/federal/73014-institui-politica-nacional-deprocedimentos-cirurgicos-eletivos-de-mudanca-complexidade-e-de-outrasprovidencias.html> >. Acesso em: 02 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar**. – Brasília, DF, 2011. 268 p. (Cadernos HumanizaSUS ; v. 3)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria interministerial GM/MS 285, de 24 de março de 2015. **Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE)**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0285_24_03_2015.html>. Acesso em: 13 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Brasília, DF, 25 maio 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM (Órtese, Prótese e Materiais) do SUS – SIGTAP**. Disponível em: <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>>. Acesso em: 16 out. 2016.

CASTRO, Liliana Cristina de; CASTILHO, Valeria. O custo de desperdício de materiais de consumo em um centro cirúrgico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 6, p.1228-1234, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n6/pt_0104-1169-rlae-21-06-01228.pdf>. Acesso em: 10 set. 2017.

CORREIO, Katia Abbas; LEONCINE, Maury. Cálculo dos custos dos procedimentos médicos hospitalares em hospitais brasileiros. **Revista de Administração Hospitalar**, São Paulo, v. 11, n. 1, p.1-11, mar. 2014. Trimestral.

DALLORA, M. E. L. V.; FORSTER, A. C. A importância da gestão de custos em hospitais de ensino – considerações teóricas. **Revista MEDICINA**, Ribeirão Preto, v.41, n.2, p. 135-142, abr./jun. 2008.

DALLORA, M. E. L. V.; FORSTER, A. C. Gerenciamento de custos de material de consumo em um hospital de ensino. **Revista de Administração em Saúde - RAS**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 59, abr./jun. 2013.

FERREIRA, A. M. S.; TRANNIN, J. L. V; FRIGOTTO, D. O Ministério Público diante da falta de efetividade das listas de espera de cirurgias eletivas no SUS. In: SEMINÁRIO ESTADUAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ : OS DESAFIOS DO MINISTÉRIO PÚBLICO CONTEMPORÂNEO, 2015, Curitiba. **Anais ... Curitiba : Ministério Público do Estado do Paraná, Fundação Escola do Ministério Público do Estado do Paraná, Associação Paranaense do Ministério Público Curitiba**, 2015. p. 167-185.

FISHER, Carin Kronbauer. **Análise de custos e resultados no centro cirúrgico de um hospital**. 2012. 67 f. TCC (Graduação em Ciências Contábeis) - Curso de Ciências Contábeis, Ciências Administrativas, Econômicas e da Comunicação (dacec), Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2012. Cap. 2.

GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. A.; ZAGO, M. M. F. Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.11, n. 3, p. 371-375, maio/jun. 2003.

HADDAD, N. et al. Consequências do tempo de espera prolongado para pacientes Candidatos à cirurgia cardíaca. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 78, p. 459-465, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2002000500003&nrm=iso>. Acesso em: 10 jul. 2017.

HAMADA, P. C. et al. Notas sobre análises de riscos e gestão de segurança em uma organização hospitalar: estudo de caso em um município do Rio de Janeiro. **Revista Produção e Desenvolvimento**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p.103-113, abr. 2016. Quadrimestral. Disponível em: <<http://revistas.cefet-rj.br/index.php/producaoedesarrollo>>. Acesso em: 17 jan. 2017.

JOAQUIM, Élcio Douglas; VIEIRA, Guilherme Ernani. Modelagem e análise de um novo centro cirúrgico para um hospital em crescimento: uma abordagem baseada em simulação. **Produção**, São Paulo, v. 19, n. 2, p.274-291, maio 2009. Semestral. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132009000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 22 jan. 2018.

JUNIOR, K. M. D. A. S.; TOMITA, S.; KOS, A. O. D. A. O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 71, p. 256-262, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003472992005000300001&nrm=iso>. Acesso em: 05 ago. 2017.

KOS, Sonia Raifur et al. Repasse do SUS vs custo dos procedimentos hospitalares: É possível cobrir os custos com o repasse do SUS? In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS-ABC. **Anais do...**2015.

LEMO, V. M. F.; ROCHA, M. H. P. D. A gestão das organizações hospitalares e suas complexidades. In: CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO, 7., 2011, Niteroi. **Anais...**Niteroi. 2011.

LITTIKE, Denilda; SODRÉ, Francis. A arte do improviso: o processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 20, n. 10, p.3051-3062, out. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.00042015>>. Acesso em: 19 set. 2017.

LOBO, M. S. C. et al. Impacto da reforma de financiamento de hospitais de ensino no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p.437-445, jun. 2009. Bimestral. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/7103.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

MACHADO, Cândida; ALCINA, Nunes. Estudo do período de permanência nas Listas de Espera Nacionais por Cirurgia: aplicação da análise de duração não paramétrica por ARS. **TMStudies**, Faro, n. 8, p. 169-181, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-84582012000100017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 jun. 2017.

MACHADO, S. P.; KRUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários do Brasil. **Cienc Saude Colet.**, v.12, n. 4, p. 871-7, 2007.

MARINHO, A.; CARDOSO, S. D. S.; ALMEIDA, V. V. D. Disparidades nas filas para transplantes de órgãos nos estados brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 786-796, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2010000400020&nrm=iso>. Acesso em: 10 jul. 2017.

MARTINS, Vidigal Fernandes. Hospitais Universitários Federais e a nova reestruturação organizacional: o primeiro olhar, uma análise de um hospital universitário. **Revista de Administração e Contabilidade**, Feira de Santana, v. 3, n. 2, p.4-22, dez. 2011. Semestral. Disponível em: <<http://www.fat.edu.br/reacfat.com.br/index.php/reac/article/view/33>>. Acesso em: 04 abr. 2017.

MARTINS, Daiana Braguetto et al. **Terminologias e conceitos de contabilidade de custos na percepção dos graduandos em ciências contábeis**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, 20., 2013, Porto de Galinhas. **Anais...**. Uberlandia: Associação Brasileira de Custos, 2013. Disponível em: <<https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/140>>. Acesso em: 27 ago. 2016.

NEPOTE, Maria Helena Aoki; MONTEIRO, Ilza Urbano; HARDY, Ellen. Association between operational indexes and the utilization rate of a general surgery center. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2009, v.17, n.4, p.529-534, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000400015>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

OLIVEIRA, Diego Farias et al. **Implementação do sistema de custos no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes pela Empresa Brasileira De Serviços Hospitalares - EBSERH**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, Não use números Romanos ou letras, use somente números Arábicos., 2015, Foz de Iguaçu. **Anais...** São Leopoldo - RS: Associação Brasileira de Custos, 2015. Disponível em: <<https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/3968>>. Acesso em: 27 ago. 2016.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, p. 687-707, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232002000400007&nrm=iso>. Acesso em: 10 jul. 2017.

PIRES, M. R. G. M. et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1009-1019, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700007&nrm=iso>. Acesso em: 10 jul. 2016.

RAIMUNDINI, Simone Leticia et al. Aplicabilidade do custeio baseado em atividades e análise de custos em hospitais públicos. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 41, n. 4, p.453-465, out. 2006. Trimestral.

SANTA CATARINA (Estado). Constituição Estadual (2017). Decreto nº 1.168, de 29 de maio de 2017. Decreto 1.168 de 29 de Maio de 2017. Florianópolis, SC, 29 maio 2017. Disponível em: <http://www.cosemssc.org.br/?attachment_id=1889>. Acesso em: 02 set. 2017.

SOUZA, Antônio Arthur de. Especificidade das organizações hospitalares. In: _____. **Gestão financeira e de custos em hospitais**. São Paulo: Atlas, 2013. Cap. 2. p. 9-16; Cap. 3. p. 36-38.

SOUZA, Antônio Artur de et al. Análise de custos em hospitais: comparação entre os custos de procedimentos de urologia e os valores repassados pelo Sistema Único de Saúde. **Abcustos Associação Brasileira de Custos**, Belo Horizonte, v. , n. 1, p.53-67, abr. 2013. Quadrimestral.

STOFFEL, Tânia Maria et al. Gestão de custos hospitalares em instituição pública:: um estudo de caso. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, 17., 2010, Belo Horizonte. **Anais...** . São Leopoldo - RS: Associação Brasileira de Custos, 2010. Disponível em: <<https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/703>>. Acesso em: 27 ago. 2016.

UCGIC - Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia (Portugal). **Actividade em cirurgia programada** (Relatório), Lisboa, Administração Central do Sistema de Saúde, 2009. Disponível em: <http://www2.min-saude.pt/Portals/0/UCGIC20090330RC_RelatorioTP2008_v28.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2017

APÊNDICE A – Valores da demanda reprimida

CIRURGIA	DEMANDA	VALOR DE REPASSE	COMPLEXIDADE	PORTE	TEMPO MÉDIO	CONSUMO MÉDIO
Adenoamigdalectomia	188	R\$ 337,22	Média	Porte 2	125	R\$ 168,57
Artroplastia de joelho	249	R\$ 1.154,84	Média	Porte1	113	R\$ 202,01
Artroplastia de quadril	192	R\$ 1.570,00	Média	Porte 3	241	R\$ 264,55
Cirurgia Bariátrica	61	R\$ 4.222,50	Alta	Porte 3	250	R\$ 9.957,03
Cistolitotomia	21	R\$ 549,72	Média	Porte1	104	R\$ 485,53
Cistoscopia (DUPLO J)	60	R\$ 218,88	Média	Porte1	64	R\$ 132,38
Colecistectomia	342	R\$ 675,77	Média	Porte 2	154	R\$ 651,86
FAV	16	R\$ 600,00	Alta	Porte 2	165	R\$ 203,30
Hernioplastia incisional	102	R\$ 539,92	Média	Porte 3	266	R\$ 334,64
Hernioplastia Inguinal	103	R\$ 435,77	Média	Porte 2	130	R\$ 330,46
Hernioplastia Umbilical	143	R\$ 434,99	Média	Porte1	106	R\$ 412,25
Histerectomia total	65	R\$ 3.060,67	Alta	Porte 2	210	R\$ 2.797,38
Microcirurgia de laringe	20	R\$ 163,10	Média	Porte1	100	R\$ 251,60
Nefrectomia (Benigna)	10	R\$ 853,65	Média	Porte 3	242	R\$ 2.260,52
Nefrectomia Total	12	R\$ 1.753,30	Alta	Porte 3	322	R\$ 4.127,44
Nefrolitotripsia Percutânea	209	R\$ 386,87	Média	Porte1	107	R\$ 281,23
Ooforectomia	14	R\$ 509,86	Média	Porte 2	124	R\$ 452,21
Otoplastia	39	R\$ 281,72	Média	Porte 2	140	R\$ 411,30
Paratireoidectomia	50	R\$ 2.234,19	Alta	Porte 3	255	R\$ 350,30
Prostatectomia Radical	35	R\$ 3.493,95	Média	Porte 3	264	R\$ 3.566,67
Prostatectomia supra Púbica	26	R\$ 1.001,71	Média	Porte 2	185	R\$ 399,93
Prótese peniana	31	R\$ 866,17	Média	Porte 2	132	R\$ 255,23
Revisão de artroplastia de quadril	25	R\$ 1.678,87	Alta	Porte 2	238	R\$ 169,70
RTU-Bexiga	19	R\$ 516,61	Média	Porte1	104	R\$ 225,32
RTU-Próstata	108	R\$ 594,68	Média	Porte 2	153	R\$ 157,76
Septoplastia	77	R\$ 247,46	Média	Porte 2	168	R\$ 234,81
Síndrome do túnel do carpo	11	R\$ 347,62	Média	Porte1	65	R\$ 289,18
Sinusectomia	74	R\$ 349,24	Média	Porte 2	203	R\$ 230,17
Sling/Correção de distopias	54	R\$ 372,89	Média	Porte1	85	R\$ 806,46
Timpanomastoidectomia	83	R\$ 620,34	Média	Porte 3	267	R\$ 254,04
Timpanoplastia	97	R\$ 618,15	Média	Porte 2	202	R\$ 220,14
Tireoidectomia total	55	R\$ 2.836,20	Alta	Porte 2	157	R\$ 223,79
Ureterorreno	154	R\$ 388,87	Média	Porte1	114	R\$ 257,21
Uretroplastia	18	R\$ 628,96	Média	Porte 2	205	R\$ 220,05
Uretrotomia endoscópica	107	R\$ 319,92	Média	Porte1	93	R\$ 253,13
Varizes	138	R\$ 569,00	Média	Porte 2	130	R\$ 213,53

APÊNDICE B – Planilha de coleta dos tempos

CIRURGIA	ENTRADA NA SALA	INÍCIO	FIM	SAÍDA DA SALA	TEMPO EM HORAS	TEMPO EM MINUTOS		LIMPEZA E MONTAGEM	TEMPO TOTAL	TEMPO MÉDIO	PORTE	COMPLEXIDADE
nome da cirurgia	1ª											
	2ª											
	3ª											
nome da cirurgia	1ª											
	2ª											
	3ª											
nome da cirurgia	1ª											
	2ª											
	3ª											
nome da cirurgia	1ª											
	2ª											
	3ª											

ANEXO A - Lista de procedimentos de média complexidade

- Cirurgias ambulatoriais especializadas;
- Procedimentos traumato-ortopédicos;
- Ações especializadas em odontologia;
- Patologia clínica;
- Anatomopatologia e citopatologia;
- Radiodiagnóstico;
- Exames ultra-sonográficos;
- Diagnose;
- Fisioterapia;
- Terapias especializadas;
- Próteses e órteses;
- Anestesia

(BRASIL,2005)

ANEXO B - Lista de procedimentos de alta complexidade

- Assistência ao paciente portador de doença renal crônica (através dos procedimentos de diálise);
- Assistência ao paciente oncológico;
- Cirurgia cardiovascular;
- Cirurgia vascular;
- Cirurgia cardiovascular pediátrica;
- Procedimentos da cardiologia intervencionista;
- Procedimentos endovasculares extra-cardíacos;
- Laboratório de eletro-fisiologia;
- Assistência em traumatologia-ortopedia;
- Procedimentos de neurocirurgia;
- Assistência em otologia;
- Cirurgia de implante coclear;
- Cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical;
- Cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático;
- Procedimentos em fissuras lábio palatais;
- Reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático;
- Procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono;
- Assistência aos pacientes portadores de queimaduras;
- Assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica);
- Cirurgia reprodutiva;
- Genética clínica;
- Terapia nutricional;
- Distrofia muscular progressiva;
- Osteogênese imperfecta;
- Fibrose cística
- Reprodução assistida.