



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

MÔNICA MARIA MAGALHÃES DE CARVALHO

**CUSTOS DOS CANCELAMENTOS DE CIRURGIAS EM UM HOSPITAL DA
REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE, 2017**

Recife

2018

MÔNICA MARIA MAGALHÃES DE CARVALHO

**CUSTOS DOS CANCELAMENTOS DE CIRURGIAS EM UM HOSPITAL DA
REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE, 2017**

Dissertação de Mestrado, apresentado ao Programa de Pós-graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção de título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Área de concentração: 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

C331c Carvalho, Mônica Maria Magalhães de
Custos dos cancelamentos de cirurgias em um hospital da região metropolitana do Recife, 2017 / Mônica Maria Magalhães de Carvalho. - 2018.
72 folhas: il. 30 cm.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Umbelina Cravo Teixeira Lagioia.
Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2018.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Contabilidade de custos. 2. Unidade hospitalar. 3. Suspensão de cirurgia. I. Lagioia, Umbelina Cravo Teixeira (Orientadora). II. Título.

336 CDD (22. ed.) UFPE (CSA 2019 – 003)

MÔNICA MARIA MAGALHÃES DE CARVALHO

**CUSTOS DOS CANCELAMENTOS DE CIRURGIAS EM UM HOSPITAL DA
REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE, 2017**

Dissertação de Mestrado, apresentado ao Programa de Pós-graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção de título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Defesa em 12/04/2018

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Suely Arruda Vidal
(EXAMINADORA INTERNA)
Universidade Federal de Pernambuco

Dra. Isly Maria Lucena de Barros
(EXAMINADOR EXTERNO)
Diretoria de Ensino do Hospital Miguel Arraes

Prof. Dr. Aldemar de Araújo Santos
(EXAMINADOR EXTERNO)
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este trabalho às pessoas mais presentes em minha vida:
Minha mãe, pelo exemplo de vida que é.
Meu pai, meu “veinho”, o mais amoroso dos pais.
Meus irmãos, Antonio, Quelciane, Bruno, Carlos Henrique e Ana Carla, pelo incentivo e
apoio direto ou indireto.
Meu amor, Marcos, por estar sempre ao meu lado neste ano de muitos aperreios.

AMO MUITO VOCÊS!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por todas as oportunidades de vida que me proporciona, permitindo que tudo isso acontecesse.

À minha família, pelo carinho, apoio e incentivo em todos os momentos, em especial aos meus pais Maria Linda e Antonio, que sempre me apoiaram e incentivaram na busca do meu melhor, muito obrigada pelo amor incondicional de vocês!

Ao meu amor, Marcos Rogério, que com seu carinho me faz sentir mais capaz do que sou. Obrigado pela compreensão e incentivo.

A meus irmãos e sobrinhos, pois, confiaram em meu trabalho. Obrigada pela confiança!

A meus tios, tias, primos e primas, especialmente tia Eliete, tia Socorro, padrinhos Lindaura e Siderval, e minha prima Luciana que vibraram comigo, desde a aprovação na seleção, pois, a seu modo, sempre se orgulharam de mim. Obrigada pela força!

Agradeço também a meu cunhado, que considero outro irmão, Antonio Alfredo pelo incentivo e apoio. Obrigada pelo carinho e pelos “socorros”!

A meus amigos do PPGGES, pelos momentos divididos juntos, especialmente ao grupo “Estudantes Aflitos”, onde dividimos aflições e alegrias. E com muito carinho à Alba e Adriana, que se tornaram verdadeiras amigas e tornaram mais leve meu trabalho. Obrigada por dividir comigo as angústias e alegrias e ouvirem as minhas. Foi bom poder contar com vocês!

Ao Hospital Miguel Arraes e todos nele que de alguma maneira me apoiaram, incentivaram e puderam me ajudar deste trabalho, cito especialmente os Funcionários do Arquivo Médico que muito trabalharam para me disponibilizar os prontuários. Obrigada!

À Universidade Federal de Pernambuco, ao CCSA, pela oportunidade de qualificação ofertada, e em especial a todos os professores do curso que contribuíram para o meu processo de crescimento profissional em nível de mestrado, em especial à Professora Umbelina Lagioia por toda ajuda, orientação e paciência para comigo, ao Professor Moacir pelo seu apoio e solicitude, e a Tunísia.

Finalmente, gostaria de agradecer ao Ministério da Saúde pelo o incentivo e apoio para formação do PPGGES, sem o qual não teríamos a oportunidade deste Mestrado. Muito obrigada!

Todos me apoiaram na construção e finalização deste estudo, muito obrigada!

RESUMO

No âmbito da saúde, a Contabilidade de Custos se faz de suma importância frente à necessidade de alocação dos recursos escassos e demanda crescente pelos serviços. Este estudo teve como locus de pesquisa um hospital público da Região Metropolitana do Recife, com ênfase nas cirurgias suspensas nas clínicas cirúrgicas. A suspensão de cirurgia acarreta prejuízos ao paciente e também gera prejuízos financeiros para os hospitais. O objetivo deste estudo, portanto, foi conhecer os custos que podem ser ocasionados pelos cancelamentos de procedimentos cirúrgicos do Hospital Miguel Arraes, tendo em vista seu caráter público e sua importância para o Estado de Pernambuco. Para o atingimento do objetivo proposto, foi realizado um estudo de caso no Hospital Miguel Arraes, com destaque para as cirurgias canceladas no Bloco Cirúrgico do Hospital. Os dados foram coletados utilizando-se planilhas e fichas de cancelamentos de cirurgias, centros de custos e dados repassados pela instituição; e analisados quantitativamente. O período estudado foi de 06 meses (junho a novembro de 2017), no qual foram suspensas 568 cirurgias (15% das cirurgias programadas). Os dados evidenciaram que o mês com o maior número de cirurgias suspensas foi outubro (138). Os motivos mais registrados para o cancelamento foram a existência de cirurgia de emergência (128), tempo cirúrgico excedido (105), ocupação de sala (92) e mudança de conduta (54). Considerando o valor médio da diária das clínicas cirúrgicas, a média de dias que os pacientes permaneceram internados após o cancelamento até a realização da cirurgia, a quantidade de internamentos do período, o custo médio com diárias de acompanhantes e o desperdício do material computado, pode-se calcular a média de desperdícios devido ao cancelamento em diárias de pacientes, R\$ 654.737,06. Observou-se ainda que parte desses cancelamentos eram evitáveis. Assim, os pacientes que tiveram suas cirurgias suspensas e permanecerem no hospital, devem aumentar os custos de internação. O cancelamento de cirurgia é um importante indicador para a gestão do Bloco Cirúrgico, cabendo a instituição a busca de melhorias objetivando mais qualidade na assistência aos pacientes e melhor controle dos custos. Esta busca de melhores resultados necessita do empenho de todos os envolvidos (gestão e profissionais de saúde), seja através da implantação da Programação Cirúrgica a todas as Clínicas, seja na busca de identificação das causas evitáveis e assim melhorar comunicação e planejamento de ações no intuito de minimizar as suspensões. Dessa forma, espera-se que o presente trabalho atinja os objetivos propostos a fim de subsidiar melhor determinadas decisões gerenciais.

Palavras-chave: Contabilidade de custos. Unidade hospitalar. Suspensão de cirurgia. Gestão hospitalar.

ABSTRACT

In health context, Cost Accounting is extremely important in the face of the need to allocate scarce resources and increasing demand for services. This study had as a locus of research a public hospital of the Metropolitan Region of Recife, with emphasis on suspensions of surgical clinics. The suspension of surgery causes prejudice to the patient, and also generates financial losses for the hospitals. The objective of this study, therefore, was to know the costs that can be incurred by cancellations of surgical procedures of the Hospital Miguel Arraes, in view of its public character and its importance for the state of Pernambuco. For the achievement of the proposed objective, it was performed a case study in Hospital Miguel Arraes, with prominence for the surgeries canceled in the Surgical Ward of the Hospital. The data were collected using spreadsheets and tokens of cancellations of surgeries, cost centers and data forwarded by the institution; and analyzed quantitatively. The study period was of 06 months (June to November of 2017), in which 568 surgeries were suspended (15% of the scheduled surgeries). The data showed that the month with the largest number were October (138). The reasons more recorded for the cancellation were: emergency surgery (128) surgical time exceeded (105), room occupancy (92) and a change of conduct (54). Whereas the average daily rate of surgical clinics, the average number of days that the patients remained hospitalized after the cancellation until the completion of surgery, the number of hospitalizations for the period, the average cost with daily rates of the caretakers and the waste of material computed, it can be calculate the average waste due to cancellation on day of patients, R\$ 654,737,06. It was also observed that part of these cancellations were avoidable. Thus, the patients who had their surgeries suspended and remain in hospital, should increase the costs of hospitalization. The cancellation of surgery is an important indicator for the management of the surgical ward, leaving the institution to search for improvements aiming higher quality in patient care and better control of costs. This search for better results requires the commitment of all involved (management and health professionals), either through the implementation of Surgical Programming to all Clinics, or in the search for identification of avoidable causes and thus improve communication and planning of actions for the purpose minimize the suspensions. Thus, it is expected that the present work will achieve the proposed objectives in order to better subsidize certain managerial decisions.

Keywords: Management of costs. Hospital unit. Suspension of surgery. Hospital management.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de cirurgias programadas e suspensas, juntamente com a taxa de suspensão cirúrgica de acordo com a ocorrência entre as clínicas cirúrgicas.....	33
Tabela 2 – Quantidade de internamentos entre os pacientes que tiveram suas cirurgias suspensas.....	38
Tabela 3 – Média de desperdício devido ao cancelamento de cirurgia em diárias de pacientes.....	39
Tabela 4 – Custos com refeições de acompanhantes entre a data do cancelamento e a realização da cirurgia.....	39
Tabela 5 – Gastos com materiais e esterilização do CME.....	40
Tabela 6 – Custos financeiros médios que advieram em decorrência dos cancelamentos de cirurgias.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAMGE	Associação Brasileira de Planos de Saúde
AHA	Associação Americana de Hospitais
BC	Bloco Cirúrgico
BPS	Banco de Preços em Saúde
CC	Centro Cirúrgico
CME	Centro de Material e Esterilização
CPER	Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
FCC	Ficha de Cancelamento de Cirurgia ou Ficha de Cirurgia Suspensa
HMA	Hospital Miguel Arraes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
OS	Organização Social
PIB	Produto Interno Bruto
RIPSA	Rede Interagencial de Informação para a Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TSC	Taxa de Suspensão de Cirurgia
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Contextualização do assunto	11
1.2	Objetivos	15
1.2.1	Objetivo geral.....	15
1.2.2	Objetivos específicos.....	15
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
2.1	A Unidade Hospitalar	16
2.1.1	Conceito e Particularidades do Bloco Cirúrgico	17
2.1.2	Consequências ocasionadas pela suspensão de cirurgias	18
2.2	Os Gastos com a Saúde e a Gestão de Custos em Hospitais	20
2.3	Contabilidade e Análise de Custos	23
2.3.1	Métodos de Custeio	25
3	METODOLOGIA	28
3.1	Tipo de Estudo	28
3.2	Local do Estudo	30
3.3	Coleta de Dados	29
3.4	População, Amostra e Período pesquisado	29
3.5	Instrumentos de coleta	29
3.6	Método de Custeio	31
3.7	Aspectos Éticos	31
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	32
5	CONCLUSÃO	43
	REFERÊNCIAS	45
	APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE PESQUISA	51
	APÊNDICE B - TABELAS/QUADROS COM INFORMAÇÕES DOS CUSTOS DE MATERIAIS, DIÁRIAS, REFEIÇÕES, INTERNAMENTOS E TEMPO DE UTILIZAÇÃO DE SALA	55
	ANEXO A - CUSTO UNITÁRIO POR PONDERAÇÃO / PRODUTO, PERÍODO: 6/2017 - 11/2017 NUTRIÇÃO DO HOSPITAL MIGUEL ARRAES .	60
	ANEXO B - CUSTO UNITÁRIO POR PONDERAÇÃO / PRODUTO, PERÍODO: 6/2017 - 11/2017 CME/ESTERILIZAÇÃO DO HOSPITAL MIGUEL ARRAES.....	62
	ANEXO C - RELATÓRIOS DE DEMONSTRAÇÃO DO CUSTO UNITÁRIO DOS SERVIÇOS, PERÍODO: 6/2017 - 11/2017 DO HOSPITAL MIGUEL ARRAES	64
	ANEXO D - CENSO CIRÚRGICO – HMA – 2017	71

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do assunto

Historicamente, a Contabilidade Financeira, que foi desenvolvida na Era Mercantilista, predominou até a Revolução Industrial, sendo bem estruturada para satisfazer às empresas comerciais. Com o desenvolvimento da indústria, a atribuição de avaliar os estoques dos produtos existentes na empresa, bem como levantamento de balanço e avaliação de resultados tornou-se complexa, pelo fato da incorporação de diversos fatores de produção aos produtos (CREPALDI, 2009 e MARTINS, 2010). O aparecimento da chamada Contabilidade Gerencial, considerada um grande salto, acontece no século XX, mais especialmente a partir dos anos 70, quando, apoiada pelo crescimento das corporações diversificadas de múltiplas atividades, a antiga Contabilidade de Custos deixou de ser tratada apenas como suporte para a Contabilidade Financeira e passou a ser vista com enfoque gerencial (LAGIOIA, 2017). Desta forma, embora a Contabilidade de Custos tivesse como objetivo inicial solucionar apenas problemas de mensuração monetária dos estoques e do resultado, acaba por evoluir e se transformar numa ferramenta gerencial ou administrativa.

Segundo Santos (2011, p.12), “a contabilidade de custos era usada como um instrumento seguro para controlar as variações de custos e de vendas e também para avaliar o crescimento ou o retrocesso do negócio.”

Crepaldi (2009) conceitua Contabilidade de Custos como sendo:

“...uma técnica utilizada para identificar, mensurar e informar os custos dos produtos e/ou serviços. Ela tem a função de gerir informações precisas e rápidas para a administração, para a tomada de decisões. É voltada para análise de gastos da entidade no decorrer de suas operações.” (CREPALDI, 2009, p.2)

Para Martins (2010, p. 22), entretanto, a Contabilidade de Custos tem duas funções relevantes: “o auxílio ao Controle e a ajuda às tomadas de decisões”. Este autor ainda complementa, informando que: “o conhecimento dos custos é vital para saber se, dado o preço, o produto é rentável; ou, se não é rentável, se é possível reduzi-los (custos) ”.

A respeito da gestão de custos, Sivieiro (2010) destaca a importância desta ferramenta para a tomada de decisões nas empresas, pois uma boa gestão de custos propicia

uma melhor visualização dos gastos, identificando as atividades envolvidas na prestação do serviço, exercendo uma ação eficaz de controle de custos.

Santos (2011, p.14) enfatiza que o controle de custos não é o bastante sem a sua respectiva análise, com finalidade de concluir e avaliar o desempenho como subsídio para novas decisões. Para Silva e colaboradores (2007), "essa relevância está ligada ao fato de que muitas decisões gerenciais são baseadas na previsão de custos e no seu comportamento".

Na interpretação de Ribeiro Filho (2005, p.46), a associação de temas como formação de preço, alocação eficiente de recursos, produtividade das áreas internas e competitividade organizacional à abordagem geral é denominada **gestão de custos**.

A contabilidade ou gestão de custos, entretanto, não está restrita apenas as empresas comerciais e industriais. No âmbito da saúde, esta se faz de suma importância frente à necessidade de alocação dos recursos escassos e demanda crescente. Rutledge (1996) *apud* Lagioia e colaboradores (2008) afirma que o ambiente hospitalar vem progressivamente demandando um maior entrosamento entre médicos e administradores dessas instituições no que diz respeito ao controle dos custos e à melhoria da qualidade dos serviços prestados.

De acordo com Andrade (2000), uma verdadeira revolução administrativa vem ocorrendo nos hospitais brasileiros. Suas estruturas, antes voltadas para atender às exigências médicas, passam agora a se direcionar baseando-se na forma como seus serviços são prestados, cuidando de detalhes anteriormente não considerados importantes. Uma das razões que levaram a essa mudança de postura foi uma visível transformação por parte dos principais agentes financiadores dos sistemas de saúde.

O mercado hospitalar brasileiro pode ser dividido em três grandes públicos: a) pacientes SUS (Sistema Único de Saúde); b) pacientes particulares; e c) pacientes conveniados. As receitas oriundas da prestação de serviços via SUS não permitem, na maioria dos casos, a obtenção de grandes resultados por parte das instituições e o paciente particular, cuja receita normalmente apresenta um resultado positivo, é um segmento em gradativa extinção. Dessa forma, o grande segmento para o qual se canalizam os maiores esforços é o de pacientes conveniados, muito embora, devido ao alto custo existente, uma parcela razoável desta população esteja migrando de volta para o SUS (BEULKE e BERTÓ, 1997).

De acordo com Ribeiro Filho (2005):

"o modelo de controle gerencial, ambientado na unidade de controladoria hospitalar, se constitui em resposta possível aos desafios da escassez de recursos, pressão dos custos e, ao mesmo tempo, necessidade de manter um padrão de prestação de serviços ao alcance dos usuários." (RIBEIRO FILHO, 2005, p.17)

Essa análise permite inferir que o controle de custos é importante para qualquer instituição, e neste sentido, facilita um controle mais preciso dos custos, com a finalidade de diminuição ou substituição de itens que se façam mais onerosos na composição dos custos. Tal controle permite, entre outras coisas, melhor análise de lucros, planejamento e gerenciamento de pessoal (médico e não médico) em termos de produtividade e perfil operacional de atendimento (FALK 2001).

Beulke e Bertó (1997), finalmente, destacam a relevância por esse controle para a sobrevivência de hospitais, que dependem de forma acentuada das receitas geradas através do Sistema Único de Saúde (SUS).

Este estudo tem como lócus de pesquisa o Hospital Miguel Arraes (HMA). Esta instituição, apesar de relativamente nova no cenário da saúde do Estado de Pernambuco (inaugurado em 2009), tem se mostrado de suma importância para o atendimento de pacientes vítimas de traumatismo na área norte da Região Metropolitana de Recife e Zona da Mata Norte do Estado, beneficiando, segundo a Secretaria de Saúde do Estado, mais de 1 milhão de pessoas (PERNAMBUCO, 2016).

O HMA foi o primeiro, na rede pública de saúde do Estado, a adotar o modelo de gestão via Organização Social (OS). “A unidade conta com 180 leitos, sendo 29 deles de UTI, e oferece serviços de emergência 24 horas em traumatologia, clínica médica e cirurgia geral” (PERNAMBUCO, 2016). São realizadas 530 cirurgias por mês e o hospital possui 58 leitos destinados à clínica cirúrgica ortopédica e 29 de cirurgia geral (IMIP, 2016).

Os usuários que procuram os serviços do HMA são na maioria das vezes originários de um encaminhamento médico de outras unidades, através da Central de Regulação de Leitos do Estado, para procedimentos específicos (por exemplo: uma cirurgia de fratura do rádio, uma apendicectomia). Os casos de urgência são originários do próprio serviço de emergência do hospital, trazidos por equipes de atendimento pré-hospitalar de Urgência (SAMU e Bombeiros), Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e policlínicas. Há também usuários originários do Ambulatório de Egressos. Estes pacientes buscam no hospital um tratamento e não simplesmente para um serviço (uma diária, uma hora de centro cirúrgico ou uma refeição, por exemplo).

O presente estudo centrou suas atenções nas cirurgias realizadas no referido hospital. Segundo Câmio *et al.* (1995) *apud*, Munari e Costa (2002):

“O ato cirúrgico consiste, para o paciente, um dos momentos mais críticos no processo terapêutico, tendo em vista o medo do desconhecido e da anestesia, a sua complexidade e o próprio risco inerente a qualquer procedimento desta natureza.”

CÁMIO *et al.* (1995, p. 40) *apud* ANTONIO, MUNARI, COSTA, (2002, p.34)

Estudos a respeito do ato cirúrgico mostram que tal procedimento causa alterações na rotina de vida de uma pessoa, conseqüente afastamento das atividades laborais, do lar e necessidade de mobilização de recursos financeiros, por conseguinte, o seu cancelamento gera frustração (GRIFO NOSSO) (BOTAZINI e CARVALHO, 2017; MACEDO *et al.*, 2013; GARCIA, FONSECA, NASCIMENTO, 2011; PERROCA, JERICÓ e FACUNDIN, 2007; ANTONIO, MUNARI e COSTA, 2002). Pacientes diante desta situação demonstraram sentimento de revolta, desconfiança na equipe, insegurança e intenso estresse; sentimentos negativos e de conformismo; preocupação e falta de controle da situação. Destaca-se ainda que “o movimento cirúrgico é considerado uma variável que interfere nos indicadores de qualidade e produtividade das instituições hospitalares. ” (PERROCA, JERICÓ e FACUNDIN, 2007, p.114)

O cancelamento de um procedimento cirúrgico possivelmente gera não somente transtornos ao paciente, mas também à instituição hospitalar, que deve ter um planejamento interrompido, ocasionando muitas vezes o prolongamento da estadia do paciente no hospital e com isso todos os custos advindos deste. Ademais, o paciente que permanece no hospital continua a gerar gastos para a instituição. O desperdício pode ser evidenciado em perda de material ou trabalho no preparo da sala de cirurgia, aumento do tempo de permanência do paciente no hospital - encarecendo a internação e diminuição de leitos oferecidos à população (PERROCA, JERICÓ, FACUNDIN, 2007).

Assim, este estudo objetivou conhecer os motivos e verificar qual o custo médio dos cancelamentos das cirurgias e o quanto isso acarreta de acréscimo nos custos na internação dos pacientes do HMA?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral:

O objetivo geral da presente pesquisa consistiu em conhecer os motivos e verificar qual o custo médio dos cancelamentos das cirurgias e o quanto isso acarreta de acréscimo nos custos na internação dos pacientes do HMA.

Tais custos dizem respeito aos gastos associados com a perda de material para o preparo da sala de cirurgia, ocasionado, ao mesmo tempo, um aumento do tempo de permanência do paciente no hospital e dos valores a associados com o custeio deste paciente.

1.2.2 Objetivos específicos:

1. Identificar o quantitativo de cirurgias canceladas no Hospital Miguel Arraes.
2. Descrever quais os motivos que levaram aos cancelamentos das cirurgias que foram descritos nos prontuários dos pacientes e na planilha de cancelamento de cirurgia do Bloco Cirúrgico.
3. Calcular os custos financeiros médios que advieram em decorrência dos cancelamentos, com valores dos materiais desperdiçados e diárias.
4. Calcular o quanto o cancelamento de uma cirurgia acrescenta aos custos da internação dos pacientes.

2 REVISÃO BIBLIGRÁFICA

Nesta seção serão apresentados alguns conceitos que serão utilizados ao longo desta pesquisa. Inicialmente explica-se o que vem a ser uma Unidade Hospitalar, detalhando-se logo a seguir as particularidades do Bloco Cirúrgico. Na sequência, apresenta-se as principais consequências ocasionadas pela suspensão das cirurgias apontadas pela literatura. O próximo tópico aborda o assunto relacionada aos gastos com a saúde e a gestão dos custos em hospitais. A seção finaliza com a temática da contabilidade e análise de custos, onde serão apresentados os principais métodos de custeio existentes bem como aquele que será utilizado neste estudo.

2.1 A Unidade Hospitalar

As demandas sociais geradas no seio da sociedade moderna incluem o hospital no rol de instituições fundamentais de qualquer comunidade, assim como o são escolas, organizações políticas e instituições religiosas (GONÇALVES 1998). O Hospital é, portanto, parte integrante de uma organização médica e social. Sua função é proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva. Constitui-se ainda em centro educativo, em capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, competindo também supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1977).

Na perspectiva de Anunciação e Zoboli (2008), o hospital não pode ser considerado apenas mais uma organização social pura e simplesmente, pois que lida com um elemento extremamente valioso: a vida das pessoas. Sendo uma organização prestadora de serviços, integra um setor da atividade econômica e incorpora algumas características das empresas em sua estruturação.

Ribeiro Filho (2005), destaca que numa entidade hospitalar:

“...há prestações de serviços técnicos e de apoio concomitante e interdependentes, visando ao benefício de um único doente. Cada instância prestadora desses serviços cumpre a execução de procedimentos, que implicam o consumo de recursos, ao mesmo tempo em que devem agregar valor ao serviço final, que é percebido pelo

usuário/cliente.” (RIBEIRO FILHO, 2005, p. 16)

O mesmo autor corrobora como a ideia que o hospital assume uma dimensão que implica em necessidade de gerenciamento na utilização eficaz dos recursos.

Quanto à gestão nestas instituições, Gonçalves (1998) ressalta:

“O contexto no qual a estrutura e a tecnologia hospitalar irão se situar caracteriza-se por considerável imprevisibilidade, determinando a necessidade de implementação de processos permanentes de gestão e assistência, complementados por outros procedimentos temporários, de modo a permitir uma decisão rápida e competente em torno de mudanças que ocorrem dentro e fora da instituição.” (GONÇALVES, 1998, p. 81).

Faz-se importante saber que o hospital é dividido em diversos setores (administrativo, apoio e assistencial), e o propósito deste estudo se deu em um deles: O Bloco Cirúrgico.

2.1.1 Conceito e Particularidades do Bloco Cirúrgico

O Bloco Cirúrgico (BC) é um dos setores do hospital que requer grande atenção por parte dos gestores, ocupando lugar de destaque, devido a sua complexidade e finalidade nele desempenhado. Tal setor, constituído de várias salas de cirurgias, deve ofertar atendimento aos pacientes com segurança (VOGT e FREITAS, 2012) e sua localização deverá ser tal que ocorra fácil acesso da emergência e à UTI.

Para Silva e Alvim (2010) *apud* Ribeiro, Ferraz e Duran (2017), o centro cirúrgico é um setor isolado e de alta complexidade dentro do contexto hospitalar, constituindo-se em ambiente físico frio e fechado, dinâmico, estressante e hostil, o que estimula o silêncio e o distanciamento entre a equipe multidisciplinar e o paciente, muitas vezes transformando o cuidado em um trabalho mecânico.

Vários autores (PERROCA, JERICÓ e FACUNDIN, 2007; CAVALCANTE, PAGLIUCA, ALMEIDA, 2000; MACEDO *et al.*, 2013) descrevem a interferência do procedimento cirúrgico para o usuário/paciente. A realização de uma cirurgia pode provocar um comportamento com a mesma proporção de qualquer outra situação traumática (MACEDO *et al.*, 2013). Assim, a intervenção cirúrgica requer um preparo prévio do indivíduo e de seus familiares, que vai desde aceitação da cirurgia, até o preparo físico e psicológico, pois muitas vezes estes necessitam afastar-se de seus trabalhos, lares e de sua vida normal por algum tempo.

Portanto, não é uma ocorrência rotineira na vida de uma pessoa. Os autores lembram ainda que essas pessoas necessitam mobilizar recursos físicos, emocionais e até financeiros para enfrentar esse momento, além da situação de estresse gerada pelo medo do desconhecido (CAVALCANTE, PAGLIUCA, ALMEIDA, 2000; MACEDO *et al.*, 2013).

O paciente, ao se preparar para a cirurgia, traz consigo expectativas, dúvidas e temores a respeito do que irá acontecer. Para ele, o hospital é um ambiente estranho e desconhecido, onde o paciente se entrega nas mãos de profissionais, aos quais confia e espera receber cuidados adequados (PASCHOAL e GATTO, 2006).

Há diversas razões para realizações de cirurgias, são elas: diagnóstica, curativa, reparadora, reconstrutiva ou cosmética, ou paliativa. Também podem ser classificadas conforme o grau de urgência, podendo ser de emergência, urgência, eletiva e opcional (BRUNNER e SUDDARTH, 2002). Ressalta-se que qualquer cirurgia, mesmo aquela que é estética, por opção do indivíduo, cuja não realização não implicaria em prejuízos para sua saúde, tem importante significado e pode interferir com seu estado emocional (CAVALCANTE, PAGLIUCA, ALMEIDA, 2000).

2.1.2 Consequências ocasionadas pela suspensão de cirurgias

A realização de uma cirurgia é um acontecimento importante na vida de uma pessoa já que através dela, espera-se viver de forma mais saudável, com melhor qualidade de vida (CAVALCANTE, PAGLIUCA, ALMEIDA, 2000; PASCHOAL E GATTO, 2006). Ante perspectiva de um ato cirúrgico, o paciente concentra todas as suas preocupações e expectativas para a realização da cirurgia e não para a sua suspensão. A suspensão da cirurgia acarreta-lhe prejuízos, interferindo no resultado da sua assistência e na produtividade do serviço. Do ponto de vista administrativo, o cancelamento do procedimento cirúrgico interfere na própria equipe de saúde, no que se refere à operacionalização do trabalho, ao consumo de tempo e de recursos materiais (PASCHOAL e GATTO, 2006).

Para exemplificar os prejuízos aos pacientes, pode-se citar o artigo de Tait e colaboradores (1997), o qual mostra os resultados da aplicação de questionários aos pais de crianças que tiveram sua cirurgia ambulatorial cancelada. Dentre os prejuízos gerados estão: 38,5% das mães e 50,0% dos pais perderam um dia de trabalho e, destes, 53,3% e 42,1%, respectivamente, não foram pagos pelo dia de trabalho que faltou. O número médio de quilômetros conduzidos (ida e volta) ao hospital para uma operação cancelada foi de 255,5

(intervalo de 12,8 a 2172,6 km). Adicionalmente foi verificado que outros compromissos foram perdidos em 25,2% dos casos cancelados, 45% dos pais e 16% das crianças ficaram desapontados com o cancelamento; 16% dos pais ficaram frustrados com o cancelamento e 3,3% estavam com raiva.

Outros autores enfatizam que as causas do cancelamento cirúrgico podem ser evitáveis, dependendo de planejamento e entrosamento entre Centro Cirúrgico e Unidade de Internação, assim como de estabelecimento de sistemáticas que atendam à programação cirúrgica, sem adiamentos desnecessários (VIEIRA e FUREGATO, 2001).

Depreende-se, portanto, que o movimento cirúrgico é considerado uma variável que pode interferir nos indicadores de qualidade e produtividade das instituições hospitalares. Existem diversos indicadores qualidade hospitalares, a exemplo da taxa de ocupação, tempo de permanência, recuperação anestésica, intervalo de tempo entre cirurgias, taxa de atraso e de suspensão de cirurgia (GATTO e JOUCLAS, 1998 *apud* PERROCA; JERICÓ; FACUNDIN, 2007).

Corroborando com a assertiva anterior, Nepote, Monteiro e Hardy (2009) citam Dexter (2002) e Kopriva (1994) em:

“A eficiência dos serviços prestados pelo CC pode ser caracterizada por monitoramento da pontualidade das cirurgias, tempo mínimo entre as mesmas, flexibilidade na utilização das salas cirúrgicas disponíveis, capacidade no atendimento de emergências e encaixes de cirurgias extras, além da baixa taxa de suspensão de cirurgias e alta utilização da SO.” (DEXTER, 2002, e KOPRIVA, 1994, *apud* NEPOTE, MONTEIRO e HARDY, 2009, p. 02).

Tendo em vista a natureza desta pesquisa, o presente estudo concentrou seu foco no indicador relacionado com a Taxa de Suspensão de Cirurgia.

De acordo com Ministério da Saúde, 1978 *apud* Landim *et al.*, 2009; Paschoal e Gatto, 2006, a Taxa de Suspensão de Cirurgia (TSC) é entendida pela relação percentual entre o total de cirurgias suspensa, em determinado período e o quantitativo de cirurgias agendadas no mesmo período, tal como evidenciado abaixo:

$$\text{Taxa de Suspensão de Cirurgia} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de cirurgias suspensas}}{\text{N}^\circ \text{ de cirurgias agendadas}} \times 100$$

No presente estudo, as cirurgias agendadas foram consideradas aquelas constantes do mapa cirúrgico e quando os pacientes já foram transferidos para a sala pré-anestésica mesmo sem constar no mapa.

O estudo das suspensões de cirurgias faz-se importante para as instituições hospitalares, pois, também acarreta prejuízos financeiros para os hospitais. Tais prejuízos envolvem a reserva da sala operatória, o desperdício de material cuja esterilização é dispendiosa, o pessoal envolvido no preparo de material e da sala cirúrgica e a perda da oportunidade de inclusão de outro paciente na programação cirúrgica. Destaca-se ainda que o impacto emocional dos pacientes e os custos podem ser menores se o cancelamento ocorrer antes do afastamento de suas atividades e da internação. Cirurgias que são canceladas no dia agendado e após a admissão do paciente no bloco cirúrgico, portanto, levam ao aumento de custos hospitalares e à perda de horário de sala cirúrgica (PASCHOAL e GATTO, 2006).

2.2 Os Gastos com a Saúde e a Gestão de Custos em Hospitais

Em sua publicação de 2010, Jerico e Castilho ressaltaram que os hospitais funcionaram por décadas com gestores despreocupados com a gestão de custo de seus serviços. Muitos fatores estão relacionados a esta questão e que evidenciam a defasagem do uso instrumentos de gestão, como: o cunho social e religioso que, historicamente atrelados a essas organizações; os aspectos legais e políticos, como o direito de acesso à saúde, obrigando os hospitais a atenderem a quem possa ou não pagar pela assistência; o fato de grande parte das organizações hospitalares terem a direção administrativo-financeira exercida por médicos, que não possuem preparo técnico para o cargo e a falta de concorrência no setor não cria a necessidade de mensurar os custos dos serviços com finalidade gerencial (JERICO e CASTILHO, 2010, p.746).

Segundo Oliveira *et al.*(2007) *apud* Leoncine, Bornia e Abbas (2013), a gestão estratégica de custos hospitalares é necessária, pois permite a implantação de medidas corretivas que visem a melhoria do desempenho, baseada na possível redefinição das prioridades essenciais, aumento da produtividade e racionalização do uso de recursos, dentre outras medidas administrativas.

O Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde, em 2013, já destacavam que o exercício da gestão de custos no SUS tornou-se imperativo em virtude da necessidade de garantir maior eficiência na aplicação dos recursos e sustentabilidade do sistema (BRASIL, 2013).

Deste modo, tem-se que a gestão de custos vem se tornando de grande importância e imperativa para as organizações prestadoras de serviços de saúde, pois, tendo em vista o tratamento histórico dado à gestão dos serviços de saúde, as instituições hospitalares estavam enfrentando dificuldades para equilibrarem recursos limitados e custos para atenderem a demanda por seus serviços. Há atualmente, portanto, uma grande pressão aos prestadores de serviços a buscarem melhores padrões de eficiência na utilização dos recursos, ajustes para garantir a sobrevivência das organizações, pois estas, não estão dispostas a pagar pela não eficiência da assistência (JERICO e CASTILHO 2010).

Dentro deste mesmo raciocínio, Matos (2002) compreende que os benefícios da gestão de custos vão muito além da natureza contábil e tributária, sendo necessária desde a formulação de preços, relatórios gerenciais, comparação custos *versus* receita, alterações de serviços, utilização de capacidade ociosa, entre outros

Gonçalves (1998, p.83) corrobora com este quadro quando ressalta que os novos estilos de gestão superam a tradicional organização hospitalar, apresentando assim: “integração crescente e a presença ativa dos integrantes da organização e sua motivação, com resultados fartamente positivos no desempenho da instituição”.

Em 2009, estima-se que o Brasil possuía 7.000 hospitais públicos e privados e 23.000 clínicas, com um número de paciente conveniados crescente (OLIVEIRA e PEREZ JR 2009).

Entretanto, com as crises econômicas que o país tem sofrido nesses últimos anos, ocorre uma tendência de aumento da demanda pelos serviços públicos de saúde, principalmente em virtude da queda de emprego e renda e da maior necessidade de contenção de despesas, o que faz com que muitos indivíduos cancelem seus planos de saúde. Tal situação pode gerar um desequilíbrio nas contas do SUS - já muito sofrido pelo sub-financiamento (AFONSO e CASTRO, 2016; ABRAMGE, 2016).

Beulke e Bertó, já 1997 ressaltavam:

“O esforço do controle de custos é sobremodo relevante para a sobrevivência de hospitais, que dependem de forma acentuada das (em geral) minguadas receitas geradas na prestação de serviços via institutos de saúde pública, como o extinto Inamps, ou através do SUS.” (BEULKE e BERTÓ, 1997, p. 22)

Em sua tese, Lagioia (2006) já enfatizava que as receitas oriundas da prestação de serviços via SUS não permitiam, na maioria dos casos, a obtenção de grandes resultados por parte das instituições.

De acordo com a Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA, 2008), dados

do Ministério da Saúde mostram que entre 2000 e 2004, o maior crescimento dos gastos públicos com saúde ocorreu na esfera estadual (+137%, em média). Por região, destaca-se o crescimento dos gastos estaduais (+159%) e municipais (+171%) na região Nordeste.

A importância quanto a gestão de custo é também bastante destacada pelo Ministério da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde (2013) quando enfatizam:

“A gestão de custos no SUS visa estabelecer os processos e o consumo adequado de recursos que privilegiem a qualidade, construindo padrões de referência que possibilitem remuneração mais apropriada das ações e serviços públicos de saúde, bem como informação para subsidiar as discussões sobre o financiamento do sistema. Associar iniciativas de apuração e gestão de custos às políticas atuais significa caminhar em direção à qualificação da gestão, o que leva ao melhor uso dos recursos públicos e, assim, maior valor de uso dos mesmos.” (BRASIL, 2013, pág.15)

O Ministério da Saúde no Brasil disponibiliza informações a respeito de internações e valores pagos aos Estados podendo ser tabelados/classificados por especialidades. Pode-se encontrar através do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), que Pernambuco apresentou um total de internações da clínica cirúrgica de 13.233 em dezembro de 2015, tendo como valor R\$ 26.261.407,88 - que representa cerca de 47% do valor total recebido pelas internações daquele período - (BRASIL, 2016). Mostrando-se, pois, a importância deste setor no total das despesas públicas.

Conforme a Associação Brasileira de Planos de Saúde – ABRAMGE – para 2016 já havia uma estimativa de redução de cerca de 1,1 milhão de usuários de planos de saúde suplementar (CENÁRIO SAÚDE, 2016). Dessa forma, uma parcela razoável da população de pacientes conveniados está migrando para o SUS, ocasionando um aumento de demanda considerado alto para um sistema de saúde que já necessita de melhorias.

Cabe salientar que os hospitais que atendem pelo SUS recebem um teto financeiro estabelecido pelo gestor da verba enviada pelo governo. Essa compensação financeira é o valor máximo que o hospital pode faturar por mês e, portanto, justifica a intensa necessidade de controle dos gastos e o aproveitamento máximo dos recursos (SILVA *et al.*, 2008), de tal modo que, de acordo com a máxima do lençol curto, um dos principais desafios a ser enfrentado no meio ambiente hospitalar pode ser sintetizado da seguinte forma: como controlar os custos e ao mesmo tempo manter uma boa qualidade no padrão de atendimento? (HORN, SHARKEY e LIMMASCH (1997) citado por LAGIOIA *et al.*, 2008, p 78).

Custos hospitalares constituem um instrumento de trabalho fundamental para a otimização das operações do hospital, alertando a administração para quaisquer resultados que exijam correção; auxiliam na determinação de decisões de investimentos em imobilizado, na

expansão de instalações hospitalares, na definição dos volumes de estoques de materiais e medicamentos etc (LAGIOIA, 2017).

Faleiro *et al.* (2013, p.38) citam Hodgson e Meiners (1982), que já classificavam o custo econômico de uma doença ou problema de saúde em: diretos e indiretos. Onde: “os diretos referem-se às despesas médicas e não médicas relacionadas ao tratamento, diagnóstico e reabilitação da doença. Os indiretos relacionam a perda de produtividade”.

Rutledge (1996) *apud* Lagioia *et al.* (2008, p 78) afirma que o meio ambiente hospitalar vem progressivamente demandando um maior entrosamento entre os médicos e os administradores dessas instituições no que diz respeito ao controle dos custos e à melhoria da qualidade do serviço prestado. Segundo os autores, o corpo médico raramente é consultado ou informado sobre o planejamento financeiro e sobre as tomadas de decisões realizadas pelos administradores, apesar de responder por cerca de 75% dos custos das instituições. Salientam ainda que esse comportamento deve ser revertido em nome da "boa saúde" da instituição. Em sua pesquisa foi verificado que o envolvimento da equipe médica na tomada de decisões administrativas promoveu uma redução dos custos e uma melhoria de desempenho nas atividades desenvolvidas no hospital como um todo.

Diante do exposto, verifica-se a importância do entendimento e conhecimento sobre custos advindos de um cancelamento cirúrgicos e não apenas os seus gastos. Partindo do princípio que os recursos na área da saúde são escassos e finitos, e que nem sempre atendem as demandas, se configura a importância de se conhecer os custos, e assim, melhor dimensionar os serviços/atividades e decisões.

2.3 Contabilidade e Análise de Custos

Nas últimas décadas, a Contabilidade de Custos vem evoluindo e modernizando-se, deixando de ser mera auxiliar na avaliação de estoques e de lucros globais, para tornar-se um importante instrumento de controle de suporte às tomadas de decisões (BEULKE e BERTÓ, 1997; RIBEIRO FILHO, 2001; CREPALDI, 2009).

A contabilidade de custos é uma ferramenta gerencial utilizada para a melhoria do desempenho de qualquer organização. Por meio desta ferramenta pode-se fornecer a informação necessária para tomada de decisões objetivas, visando à diminuição de gastos ou ao aumento na receita, ou ambos (FALK, 2001).

Ainda segundo o autor, a contabilidade de custos:

“...facilita um controle mais preciso dos mesmos para fins de diminuição ou substituição de itens mais onerosos na composição dos custos, permite melhor análise de lucratividade, estabelecimento de taxas de serviço, planejamento estratégico e gerenciamento do pessoal médico e não médico, em termos de produtividade e perfis operacionais de atendimento. ” (FALK, 2001, p.15)

Crepaldi (2009) acrescenta que a Contabilidade de Custos planeja classifica, aloca, acumula, organiza, registra, analisa, interpreta e relata os custos dos produtos fabricados e vendidos, bem como dos serviços prestados.

Do ponto de vista do cálculo de custos, interessa quantificar o volume de serviços realizados, bem como o montante de materiais aplicados para alocar os recursos de maneira eficiente. Os cálculos devem propiciar a manutenção do poder de compra dos insumos utilizados, de tal maneira que, ao processar a sua reposição, eles possam ser reintegrados no novo ciclo na mesma quantidade original. Caso não se observe este princípio, fica comprometida a continuidade da atividade da instituição, pois, uma avaliação inadequada dos elementos físicos e monetários significa a redução gradativa da disponibilidade e da oferta de recursos (BEULKE, BERTÓ, 1997).

Assim, Castro e Castilho (2013, p.1229) chamam atenção que devido ao aumento da demanda, altos custos assistenciais e recursos limitados, as organizações “devem estudar profundamente seus processos assistenciais e gerenciais com a finalidade de alinhar recursos e ações e, também, eliminar desperdícios. ”

De acordo com Ribeiro Filho (2001), numa unidade hospitalar, a correta identificação, mensuração e acumulação dos custos é fator fundamental para concretização de um ambiente operacionalmente eficaz.

Conforme o mesmo autor, a Associação Americana de Hospitais (AHA) faz duas classificações do processo de controle de gastos: a primeira, um sistema básico de informação de custos e, a segunda, um sistema de contabilidade de custos. O primeiro, apenas relaciona despesas com departamentos ou centros, chamados centros de custos, definidos como unidades ou departamentos numa organização para o qual alguém possa ser identificado e responsabilizado pelos gastos efetivos no período, esse sistema básico identifica, acumula e designa gastos a um departamento de prestação de cuidados ao paciente. No segundo caso, o sistema de contabilidade de custos, aprofunda a análise organizacional pela identificação detalhada das atividades individuais de cada departamento envolvido na prestação de serviços ao doente.

2.3.1 Métodos de Custeio

Ao iniciar essa abordagem, alguns termos devem ser definidos para melhor compreensão do assunto que será abordado. São eles:

- **GASTOS:** é uma saída de disponibilidade ou uma assunção de compromissos. Para Leone (2009, p 32) o “termo *gastos* é usado para definir as transações financeiras em que há ou a diminuição do disponível ou a assunção de um compromisso em troca de algum bem de investimento ou bem de consumo”.
- **CUSTOS:** o conceito de custos pode variar de perspectiva segundo a área de estudo. Pela interpretação de Falk (2001), custos têm conceitos diferentes para economistas e contadores. Para os economistas, vigora o conceito do Custo de Oportunidade (aquilo que se deixa de adquirir em detrimento de outra coisa). Já para os contadores, custo só inicia quando recursos são consumidos e quando a organização teve que pagar para adquiri-los. Para os fins deste estudo, os custos serão compreendidos pela perspectiva da contabilidade.
- **CUSTOS DIRETOS:** são aqueles que podem ser diretamente apropriados aos produtos ou serviços produzidos. Caracterizam-se pela possibilidade de sua especificação por serviço prestado. Normalmente sob controle direto do responsável do serviço (FALK, 2001 e LEONE, 2009). Exemplo: Medicamentos e materiais utilizados diretamente no paciente.
- **CUSTOS INDIRETOS:** são aqueles custos que não são facilmente identificados com o objeto do custeio. Para serem incorporados aos produtos, necessitam da utilização de algum método de rateio (CREPALDI, 2009 e LEONE, 2009). Exemplo: Energia elétrica, materiais de consumo diversos, salário dos médicos e enfermeiros, etc.

Beulke e Bertó (1997), exemplificam os custos diretos e indiretos no ramo da saúde. Os custos diretos referem-se àqueles relacionados com o consumo de medicamentos, de materiais médico-hospitalares, e de gêneros alimentícios aplicados na elaboração das refeições. Por outro lado, os custos indiretos são aqueles relacionados com energia elétrica; água, depreciação; materiais de limpeza; custo administrativo em geral.

- **CUSTOS FIXOS:** custos que não estão relacionados com o volume de atendimento, e não variam em relação ao número de pacientes atendidos (FALK, 2001). Exemplo: A

depreciação dos equipamentos cirúrgicos e a folha de pagamento são exemplos de custos fixos, pois eles irão ocorrer independentes da prestação do serviço. Os custos fixos devem ser uma preocupação constante da administração do hospital, pois normalmente estes custos são altos e impactam o resultado de forma contundente.

- **CUSTOS VARIÁVEIS:** são os custos diretamente relacionados com o volume de pacientes, assim, quanto maior o número de pacientes atendidos, maior o total de custos variáveis (FALK, 2001). Exemplo: Medicamentos e materiais diretamente empregados no paciente.

Quanto a estrutura de custo hospitalar, Sartori, Peterlini, Fonseca (2017) descrevem da seguinte maneira:

“...pode ter várias classificações: custo direto e indireto, custo fixo e custo variável, custo de oportunidade, custos irrecuperáveis, custos diferenciais ou incrementais, custos controláveis e não controláveis, etc. Contudo, a segmentação entre custos fixos e custos variáveis permite ver a dinâmica do hospital e relação aos níveis de atividade de forma mais efetiva, possibilitando entender melhor as variáveis na lucratividade[...] Usando o centro cirúrgico como exemplo, os gastos com medicamentos vão aumentar ou diminuir conforme a quantidade de cirurgias.” (SARTONI, PETERLINI, FONSECA, 2017, p. 274)

Para Martins (2010) a classificação dos Custos Fixos e Variáveis leva em consideração a relação entre o custo total num período e o volume de produção, assim, não leva em consideração o produto.

A expressão método de custeio diz respeito à apropriação dos custos aos serviços ou produtos. De acordo com Crepaldi (2009), existem duas metodologias básicas de custeio: Custeio por absorção e Custeio variável ou direto.

Segundo Crepaldi, 2009, no Custeio por Absorção:

“...todos os Custos de produção são apropriados aos produtos do período. Os custos de produção podem ser apropriados diretamente, como é o caso do material direto e mão-de-obra direta, ou indiretamente, como é o caso dos custos indiretos de fabricação. Os gastos que não pertencem ao processo produtivo, como as despesas, são excluídos.” (CREPALDI, 2009, p 218)

De acordo com Ribeiro Filho (2005), o método de custeio por absorção pode ser classificado, segundo o grau e a metodologia de atribuição de gastos, em: custeamento por absorção pleno; custeamento por absorção parcial; e custeamento por absorção baseado em atividades. Beulke e Bertó (1997) adotam outra denominação para Custeio por Absorção: Custeio Integral.

Conforme Falk (2001), as bases de rateio dos custos indiretos hospitalares diferem de hospital para hospital, e de Unidade para Unidade dentro do mesmo hospital. O tipo, o uso e o significado dos custos indiretos hospitalares devem ser considerados, quando se decidir que critério usar.

Para Martins (2010, p 49) “outra classificação usual é a que leva em consideração a relação entre o valor total de um custo e o volume de atividade numa unidade de tempo.” Esta metodologia divide os Custos em Fixos e Variáveis.

O Custeio Variável, no entendimento de Crepaldi (2009, p 221), é conhecido também como direto, e “considera como custo de produção de um período apenas os custos variáveis incorridos, desprezando os custos fixos”. É um método de custeio de grande auxílio na tomada de decisões, sendo muito utilizado para fins gerenciais.

Na abordagem do custeamento direto, Ribeiro Filho, 2005 entende que:

“Uma preocupação fundamental do *custeamento direto* é estabelecer um processo de identificação dos gastos, que permita procedimentos de gestão e tomada de decisões aderentes aos fenômenos físico-operacionais, como de fato eles ocorrem (RIBEIRO FILHO, 2005, p 90). [...] na medida em que evita aproximações, rateios ou direcionadores, contribui para o estabelecimento dessa perspectiva de gestão (*Op., cit.*, p 93). [...] os gastos são identificados, mensurados e acumulados em níveis de acumulação previamente definidos, considerando-se a relevância para o processo gerencial.” (*Op., cit.*, p 95)

A escolha do método de custeio neste estudo será realizada considerando o volume de atividade (cirurgias realizadas e canceladas) num terminado período de tempo. Trata-se, portanto, do Custeamento Direto ou Variável. A razão da escolha da unidade hospitalar foi devida ao fato de da autora atualmente estar cursando o Mestrado Profissional em Economia da Saúde e trabalhar no BC do HMA. Neste caso, percebeu-se a deficiência de pesquisas relacionada aos cancelamentos de cirurgias e suas consequências para a instituição e o paciente, demonstrando assim o grande interesse na realização desse estudo.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Neste estudo, retrospectivo com abordagem quantitativa, foram avaliados os cancelamentos de cirurgia que ocorreram num período de 06 meses (junho a novembro de 2017). Pretendeu-se levantar os principais motivos dos cancelamentos de cirurgias e os custos advindos destes, utilizando para pesquisa os dados registrados nos prontuários e outros documentos hospitalares do período citado, além de pesquisa bibliográfica de bases de dados *on line*: Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), PUBMED, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e National Center for Biotechnology Information (NCBI), além de livros especializados nos assuntos. Foram utilizados descritores relacionados ao assunto.

3.2 Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido no Hospital Miguel Arraes (HMA), na cidade de Paulista, estado de Pernambuco, Brasil.

Inaugurado em 15 de dezembro de 2009, o HMA foi o primeiro, na rede pública de saúde, a adotar o modelo de gestão via Organização Social (OS). O hospital conta com 180 leitos, sendo 29 deles de UTI, e oferece serviços de emergência 24 horas em traumato-ortopedia, clínica médica e cirurgia geral. Já no ambulatório, voltado apenas para pacientes egressos, são oferecidas consultas em clínica médica, cirurgia geral e traumato-ortopedia. A unidade é gerida pela Fundação Martiniano Fernandes, ligada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). Pioneiro na rede no atendimento referenciado, em que os pacientes são encaminhados por SAMU, Corpo de Bombeiros e Central de Regulação (atende casos de alta complexidade, como vítimas de trânsito, violência e traumas). O HMA atualmente beneficia mais de 1 milhão de pessoas que moram na área norte Região Metropolitana do Recife e Zona da Mata Norte de Pernambuco (PERNAMBUCO, 2017 e IMIP, 2016).

3.3 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada através das seguintes fontes:

- Fichas de cancelamento de cirurgia.

- Censo de cirurgias realizadas.
- Consulta documental nos prontuários de pacientes.
- Centros de custos do CME, Nutrição, BC e Clínicas cirúrgicas.
- Valores das medicações e outros descartáveis repassados pela Coordenação da Farmácia Central e Chefia do Almoxarifado.

O período de coleta de dados foi realizado entre os meses de fevereiro e março de 2018.

Os custos financeiros foram calculados considerando-se os gastos de preparo para as cirurgias, os custos advindos de desperdício de materiais em decorrência do cancelamento de uma cirurgia, além de outros decorrentes do internamento desnecessário e da continuidade do internamento, no caso de permanência adicional do paciente no hospital. As medicações e outros descartáveis e materiais do CME são os descritos no Formulário de Pesquisa (apêndice A), porém outros foram acrescentados quando encontrados nas fichas de material de sala - consumo do paciente- (ver apêndice B).

Os dados coletados nesta pesquisa ficarão armazenados em pastas de arquivo do computador pessoal e pasta física com o material da pesquisa, sob a responsabilidade da pesquisadora.

3.4 População, Amostra e Período pesquisado

A população foi composta por todos os pacientes do Hospital Miguel Arraes que tiveram cirurgias programadas entre os meses de junho a novembro de 2017. A amostra foi formada pelos pacientes internados, cujas cirurgias foram suspensas, durante período citado.

3.5 Instrumentos de coleta

A presente pesquisa buscou identificar os motivos que levaram aos cancelamentos das cirurgias, bem como os custos decorrentes da suspensão. Estes dados foram coletados através da análise dos documentos próprios da instituição, incluindo a Ficha de Cirurgia Suspensa, que é destinada ao registro de cirurgias suspensas, obtendo-se assim a justificativa expressa nesse documento, com estes dados foram preenchidos os Formulários de Pesquisa (Apêndice A) que foram criados para a pesquisa. Também foram utilizados dados do Censo de cirurgias, onde são

registradas em números as cirurgias realizadas.

No que se refere aos custos, o levantamento dos valores foi feito através da ficha de Material de Sala, documento hospitalar, encontrada no prontuário, no qual constam quais os materiais descartáveis utilizados (exemplo: seringas, campos, compressas, luvas) no preparo para a cirurgia e que foram inutilizados em decorrência suspensão do procedimento. Os valores destes materiais foram disponibilizados pela Coordenação da Farmácia Central.

Posteriormente foram verificados os custos oriundos do empacotamento e da esterilização em vão de instrumentais cirúrgicos reutilizáveis (não descartáveis), rouparia, e de preparo de campos cirúrgico, quando estes dados estiveram registrados no prontuário, junto ao Centro de Custos do Centro de Material e Esterilização (CME) do hospital.

Os custos de internação normal ou adicional foram consultados junto ao setor financeiro do hospital, Centro de Custos, que disponibiliza o custo mensal da diária de um paciente.

O quadro a seguir sumariza a fonte de coleta dos dados e como os mesmos foram utilizados para o atingimento dos objetivos da pesquisa:

Quadro 1. Instrumentos de coleta

Instrumento de coleta	Dados coletados	Objetivo a ser atingido
Ficha de Cancelamento de cirurgia Censo de cirurgias realizadas	Quantitativo e motivos para o cancelamento das cirurgias. Números de cirurgias realizadas no período.	Especificar quais os motivos que levaram aos cancelamentos das cirurgias. Identificar o quantitativo de cirurgias canceladas no Hospital Miguel Arraes.
Prontuário dos Pacientes Centros de custos do CME, BC e Clínicas cirúrgicas.	Materiais, instrumentais e rouparia estéril que seriam utilizados na cirurgia, além do quantitativo de dias adicionais de permanência do paciente no hospital. Custos das diárias nas Clínicas Cirúrgicas e da esterilização do CME.	Calcular os custos financeiros que advirem em decorrência dos cancelamentos da cirurgia.
Dados coletados ao longo da pesquisa.	Data da internação. Se o paciente tem acompanhante ou não. Custo da diária de pacientes e acompanhantes.	Calcular o quanto o cancelamento de uma cirurgia acrescenta aos custos da internação dos pacientes.

3.6 Método de Custeio

A escolha do método de custeio neste estudo foi realizada considerando o volume de atividade (cirurgias realizadas e canceladas) num terminado período de tempo. Trata-se,

portanto, do Custeamento Direto ou Variável.

3.7 Aspectos Éticos

O presente estudo, por se tratar de pesquisa em seres humanos, através do acesso de dados em prontuários hospitalares, foi submetido à aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.

Para assegurar a confidencialidade das fontes de informação, os nomes dos pacientes ou quaisquer dados que pudessem identifica-los foram omitidos na planilha de coleta de dados. Na planilha foi identificada a data e a sequência estabelecida da suspensão da cirurgia, o registro do paciente e outros dados que a pesquisadora julgou ser relevante. A pesquisa teve aprovação institucional da Diretoria de Ensino e da Superintendência do hospital e aprovação ético-metodológica pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira CEP-IMIP, CAAE: 80731917.8.0000.5201. Por não envolver diretamente seres humanos, não foi necessário utilizar um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Quanto aos riscos e benefícios para o sujeito da pesquisa, esta pesquisa não oferece risco aos participantes. Como benefícios, o conhecimento dos custos oferece a oportunidade de identificar também os desperdícios, e assim permitir um melhor planejamento e gerenciamento em termos de produtividade e operacionais.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesta seção serão apresentados os resultados verificados durante a execução dos

objetivos específicos propostos.

Sendo assim, inicialmente, foi verificado quais os principais motivos que levaram ao cancelamento das cirurgias. Para tanto, coletou-se e classificou-se as informações oriundas das fichas de cancelamentos, do censo cirúrgico do BC e dos dados obtidos no próprio setor.

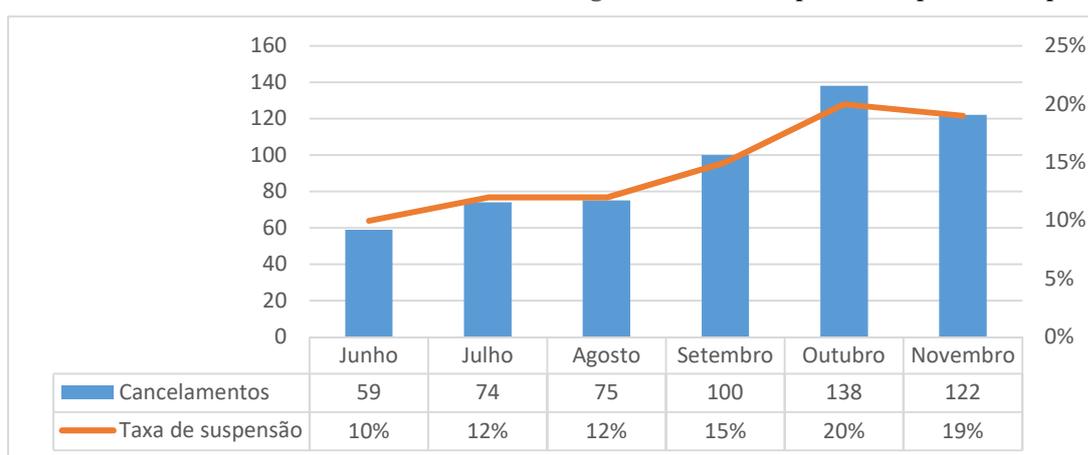
Para fins desta análise, considerou-se como cirurgias suspensas aquelas que foram programadas, sejam elas constantes em um mapa cirúrgico ou não.

Para o primeiro caso, ou seja, para as cirurgias constantes em um mapa, somente existem dados para a Clínica Cirúrgica Ortopédica. Este mapa é elaborado sempre no dia anterior ao dia da realização da cirurgia.

O segundo caso, ou seja, os pacientes que não estão constantes no mapa cirúrgico representam todas as demais cirurgias. Nesta situação o paciente é encaminhado para a sala pré-operatória no Bloco Cirúrgico no dia do procedimento, mas sem agendamento prévio.

De acordo com os dados coletados, observou-se que das 3.817 cirurgias programadas, 15% (568) foram suspensas. Os meses com o maior número de cancelamentos foram outubro (138), novembro (122) e setembro (100). Não foi identificado motivo que esclareça a diferença de cancelamento entres os meses, ou seja, não se conseguiu verificar nenhum direcionamento específico relacionado ao sistema organizacional ou de recursos. O gráfico 1 a seguir mostra o número de cancelamentos de cirurgias e a taxa de suspensão de cirurgia distribuídos pelos meses pesquisados.

Gráfico 1: Quantidade de Cancelamentos de Cirurgias e Taxa de Suspensão do período da pesquisa.



Fonte: Dados da pesquisa.

Com base no número de cancelamento de cirurgias calculou-se a Taxa de Suspensão Cirúrgica. Esta taxa representa o número de cirurgias suspensas em relação às cirurgias programadas no período.

Conforme se pode observar nos dados dispostos, a taxa de suspensão de cirurgia

para o período estudado foi de 15%. Em estudos semelhantes a este, encontrou-se taxas de suspensão menores e maiores: taxas que variam de valores tão baixos como 0,48, 1,98 e 2,00%, até valores tão altos quanto 27,4 e 38,0% (BOTAZINI e CARVALHO, 2017; GARCIA, FONSECA, NASCIMENTO, 2011).

Em sua revisão de 2017, Botazini e Carvalho destacam que a maior parte dos estudos apresenta taxas entre 5 e 20%. Portanto, neste estudo 20% é considerado um valor elevado, no entanto foi percebido que por vezes o mapa cirúrgico apresenta um total de cirurgias programadas elevadas, assim a instituição corre um risco maior de cancelamento. Tal fato acontece porque no HMA, a programação cirúrgica é feita considerando-se que não haverá nenhuma urgência que impeça a realização das cirurgias programadas. Ocorre que isso nem sempre acontece. Diversas são as situações em que surgem cirurgias emergenciais, que ocupam as salas e impedem a realização das cirurgias que estavam programadas. Nos estudos utilizados para esta pesquisa não foi identificado semelhança entre os hospitais e o HMA. Porém, se faz importante enfatizar que a maioria se refere a hospitais escolas, predomina nos estudos os cancelamentos de cirurgias eletivas, e em muitos hospitais há centros cirúrgicos com salas destinados à emergência (apesar de não predominante) (YU *et al.*, 2017; BOTAZINI e CARVALHO, 2017; MACEDO *et al.*, 2013; AVILA *et al.*, 2012; NASCIMENTO *et al.*, 2011; GARCIA, FONSECA, NASCIMENTO, 2011; LANDIM *et al.*, 2009; PERROCA, JERICÓ e FACUNDIN, 2007; ANTONIO, MUNARI e COSTA, 2002; CAVALCANTE, PAGLIUCA, ALMEIDA, 2000).

Na tabela 1 a seguir apresenta-se as taxas de suspensão de cirurgias de acordo com as clínicas estudadas:

Tabela 1 – Número de cirurgias programadas e suspensas, juntamente com a taxa de suspensão cirúrgica de acordo com a ocorrência entre as clínicas cirúrgicas.

CLÍNICA	SUSPENSÕES	CIRURGIAS PROGRAMADAS	TAXA SUSPENSÃO
ORTOPEDIA	516	2600	20%
CIRURGIA GERAL	45	1156	4%
CIRURGIA PLÁSTICA	6	35	17%
UROLOGIA	1	22	5%
IMAGINOLOGIA	0	4	-
TOTAL	568	3817	15%

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme se observa na Tabela 1, dentre as especialidades médicas que realizaram procedimentos cirúrgicos no HMA, aquelas que apresentaram as maiores taxas de suspensão no período estudado foram a cirurgia ortopédica (20%), seguida pela cirurgia plástica (17%).

Tal fato leva a acreditar que, referentemente à ortopedia, há um elevado número de

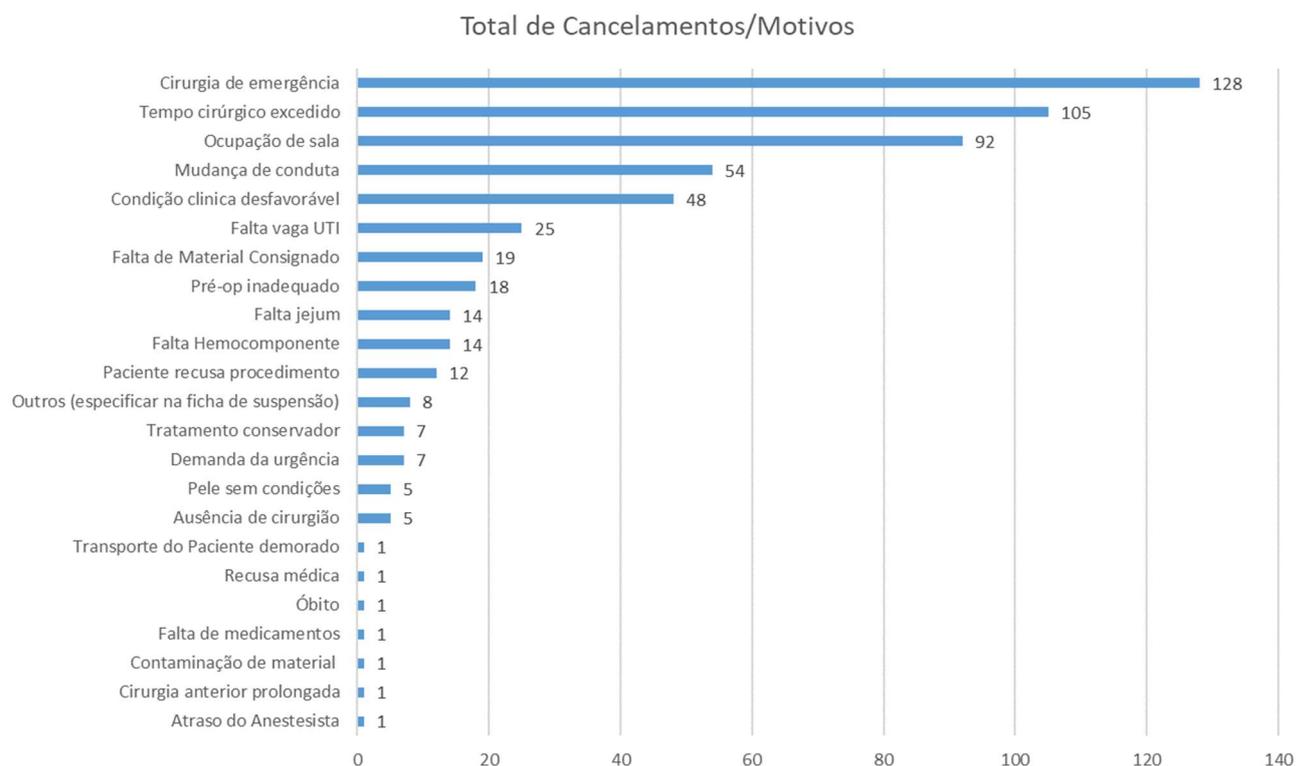
marcações de cirurgias (é a única clínica que apresenta mapa cirúrgico), portanto há também maior possibilidade de suspensões. Quanto à cirurgia plástica, a rotina é o cirurgião encaminhar seus pacientes para sala pré-anestésica e aguardar sala de cirurgia (no HMA não há agendamento de sala, a utilização é de acordo com a demanda que chega ao BC). Quando não é possível esperar pela sala, ou o cirurgião tem outros compromissos e a cirurgia anterior é demorada, o cirurgião suspende o procedimento.

No HMA, predominantemente, as cirurgias são realizadas pela Ortopedia e Cirurgia Geral, mas outras clínicas como Plástica e Urologia também realizam seus procedimentos. O serviço de Imaginologia do hospital realiza a Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPER) no setor, mas não houve registro de cancelamentos. A forma de registro das suspensões se dão da seguinte maneira:

- O médico preenche e a enfermeira assina a Ficha de Cancelamento de Cirurgia (FCC) quando esta ocorrer;
- Os cancelamentos são preenchidos exclusivamente no BC, os pacientes podem já terem sido admitidos pré-operatório ou não (estão no mapa cirúrgico);
- Se ocorrer suspensão e o paciente não chegou ao BC ou não está no mapa (este é exclusivo da Ortopedia), então não entra no Censo de cirurgias suspensas (não é feita a ficha de cancelamento);
- Enfermeira do plantão noturno alimenta o Censo de Cirurgias Suspensas através das FCCs.

No gráfico 2, pode-se identificar os motivos que foram descritos na planilha de suspensão de cirurgia.

Gráfico 2: Motivos dos cancelamentos de cirurgia entre Junho a Novembro/2017.



Fonte: Dados da pesquisa.

As principais causas geradoras dos cancelamentos das cirurgias (Gráfico 2) estão em cirurgia de emergência (128), tempo cirúrgico excedido (105), ocupação de sala (92) e mudança de conduta (54). O motivo cirurgia de emergência é usado quando a cirurgia tem de ser cancelada porque uma emergência (prioridade) teve que ser admitida no Centro Cirúrgico, ocupando a sala destinada ao procedimento. Ocupação de sala poderia ser distribuído também em cirurgias de emergência e tempo cirúrgico excedido, devido estas muitas vezes serem o motivo da ocupação de sala.

A mudança de conduta também poderá está ligada ao pré-operatório inadequado e, poderia ser evitado em muitos casos. Nesta causa de suspensão, deveria ser incluso o Tratamento conservador (7), pois a cirurgia já não se faz necessária, houve apenas uma mudança de conduta. Muitos pacientes recebem alta hospitalar quando o motivo é mudança de conduta. Entende-se o uso de tempo cirúrgico excedido quando cirurgias anteriores ultrapassaram o tempo cirúrgico estimado, impossibilitando assim o início de outra cirurgia. Perroca, Jericó e Facundin (2007) consideram a mudança de conduta médica e o tempo cirúrgico excedido como causa de suspensão fatores relacionados a alocação de recursos humanos. Corroborando com esta assertiva, pode-se observar que apesar de não está identificado como um Hospital de

Ensino, a instituição apresenta esta característica devido à grande demanda de residentes médicos e de enfermagem, além de estudantes de graduação; o que explicaria também o elevado número de cirurgias suspensas por mudança de conduta médica e tempo cirúrgico excedido. Em seu estudo, Botazini e Carvalho (2017) citam que os Hospitais classificados como “hospitais de ensino” alcançaram taxas de cancelamento 2,23 vezes maiores do que os de médio e grande porte.

Observa-se ainda, um número significativo de motivos evitáveis como: falta de material consignado (19), pré-operatório inadequado (18) e falta de jejum (14). Falta de jejum do paciente poderá indicar o não preparo do paciente por parte da equipe de saúde, ou mesmo o desconhecimento do paciente em estar em programação cirúrgica (caracterizando falha de comunicação).

Problemas relacionados à organização hospitalar também ocasionaram uma parcela significativa de cancelamentos, principalmente relacionados à falta de leitos UTI (25) e ocorrência de cirurgias de emergência (128). Foram também identificadas causas geradoras dos cancelamentos das cirurgias relacionadas ao paciente, tais como, condição clínica desfavorável (48), paciente recusa procedimento (12) e pele sem condições (5).

Em diversos estudos analisados, as causas mais frequentes de cancelamento são similares. Em condições clínicas desfavoráveis são observadas mudanças no estado clínico do paciente, que impossibilitam a execução do procedimento, os riscos poderão se sobrepor aos benefícios de realização da cirurgia (AVILA *et al.*, 2012; LANDIM *et al.*, 2009; PERROCA, JERICÓ e FACUNDIN, 2007). A falta de hemocomponente é descrito 14 vezes como a causa do cancelamento, este motivo tende a estar relacionado a cirurgias de grande porte que necessitam de reservas sanguíneas para possíveis complicações. A cirurgia é marcada e solicita-se a reserva, porém este material é conseguido através de doações, muitas vezes está escasso, sendo destinado prioritariamente às urgências.

Neste estudo ainda pode ser identificado que em 35% (197) dos cancelamentos, apresentava-se Ficha de Cirurgia Segura¹ com parte do preenchimento, o que indica que o paciente deu entrada no pré-operatório (onde é registrado na ficha apenas o nome e idade) ou em sala de cirurgia (onde a ficha é completamente preenchida com todos os membros da equipe cirúrgica presente). Nestes casos, o cancelamento da cirurgia pode trazer, adicionalmente aos

¹ Ficha de Cirurgia Segura ou Lista de verificação de segurança cirúrgica é uma listagem de itens compilados para verificação por toda a equipe cirúrgica para uso nas salas de cirurgias. Padrões de segurança que possam ser usados em todos os países e cenários e que sejam compilados em uma lista. Idealizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e implementado nos serviços de saúde brasileiro, é usada para promover a qualidade dos serviços cirúrgicos e reduzir as chances de danos aos pacientes (OMS, 2009).

desperdícios dos recursos e tempo no BC, traumas emocionais para o paciente. Nascimento *et al.* (2011) descrevem a percepção do paciente frente à suspensão da cirurgia:

“Quando a cirurgia é suspensa, o paciente já passou por todas as etapas de preparação cirúrgica, ou seja, já foi internado, já realizou os exames pré - cirúrgicos, o preparo pré-operatório e até mesmo, em alguns casos, o encaminhamento ao Centro Cirúrgico. A comunicação de que sua cirurgia foi suspensa aumenta estas alterações e ainda acrescentam a decepção e o desânimo, pois sua condição não será melhorada.” (Nascimento *et al.*, 2011, p.01)

Verificou-se que 35% das suspensões apresentaram a Ficha de Cirurgia Segura, nos prontuários dos pacientes, portanto, 197 pacientes deram entrada no BC e/ou na sala de cirurgia.

Vários estudos descrevem as frustrações do paciente frente aos cancelamentos das suas cirurgias, desde a raiva, o medo, o conformismo, impotência, ansiedade, tristeza, desânimo, agressividade, revolta ou choro, pacientes que alegaram se sentido inferiorizados, inseguros e até desconfiados da equipe cirúrgica (ANTONIO, MUNARI e COSTA (2002); PASCHOAL e GATTO (2006); VIEIRA e FUREGATO (2001); ÁVILA *et al.* (2012)).

Na sequência do estudo, calculou-se os custos que advieram em decorrência dos cancelamentos da cirurgia associado ao intervalo de tempo entre a suspensão e a realização da cirurgia. Para o cálculo destes custos, alguns dados foram considerados, são eles: o número de internamentos no período, o número médio de dias entre a suspensão de cirurgia e a data da cirurgia; os valores médios entre os meses estudados das diárias dos pacientes e dos custos com acompanhantes (estes são considerados apenas os valores das refeições) e a contagem de acompanhantes de pacientes no período.

Dentre os 568 cancelamentos, houve 410 internamentos (Tabela 2) portando, muitos pacientes passaram por mais de uma suspensão. Neste sentido, cita-se o caso de um paciente cujo procedimento cirúrgico foi cancelado 9 vezes, outro 7 e outro, 5 vezes. Considerando os sentimentos referidos em estudos anteriores, as possibilidades de custos também emocionais a estes pacientes devem ser considerados, embora não seja o objeto desta pesquisa. Na tabela a seguir apresentam-se os resultados observados referentes aos internamentos adicionais decorrentes dos cancelamentos das cirurgias:

Tabela 2 – Quantidade de internamentos entre os pacientes que tiveram suas cirurgias suspensas.

MESES	QUANTIDADE DE INTERNAMENTOS
-------	-----------------------------

JUN	56
JUL	74
AGO	66
SET	72
OUT	77
NOV	65
Total Geral	410

Fonte: Dados da pesquisa.

Neste estudo pode ser observado o número máximo de dias para realização do procedimento cirúrgico que fora suspenso foi de 34 dias, e o mínimo foi 0, porque houve procedimento que foi suspenso no período da manhã, mas cuja cirurgia foi realizada à noite; assim a média de dias figurou em 2,72.

O último objetivo a ser alcançado nesta pesquisa diz respeito ao cálculo dos custos médios decorrentes da suspensão da cirurgia e do aumento do número de dias de internação do paciente. Para tanto, utilizou-se, além dos custos associados as diárias geradas pelos cancelamentos das cirurgias, o custo médio de refeições dos acompanhantes. Estes últimos ocorrem porque alguns pacientes são acompanhados por familiares ou cuidadores. Estes realizam suas refeições na instituição, portanto, apenas os custos das refeições são considerados como diária de acompanhantes.

A partir dos dados dos Centros de Custos pode-se calcular o custo médio em diárias de paciente na Clínica Cirúrgica e o custo médio das refeições para os acompanhantes (diária de acompanhantes). Para calcular a diária dos acompanhantes foram somados os valores pagos por refeição para cada acompanhante. Assim, o custo médio das refeições dos acompanhantes foi de R\$ 14,63 e o custo médio de diária de paciente apresenta-se em R\$ 581,37.

Considerando o valor médio da diária das clínicas cirúrgicas, a média de dias que os pacientes permaneceram internados após o cancelamento até a realização da cirurgia e a quantidade de internamentos do período, pode-se calcular a média de desperdícios devido ao cancelamento em diárias de pacientes. O montante associado a estes gastos é de **R\$ 648.355,03** (ver Tabela 3).

Tabela 3 – Média de desperdício devido ao cancelamento de cirurgia em diárias de pacientes.

	VALORES
CUSTO MÉDIO DE DIÁRIA DE PACIENTE (A)	R\$ 581,37
MÉDIA DIAS ENTRE CANCELAMENTO E CIRUGIA (B)	2,72
NÚMERO DE INTERNAMENTOS ENTRE OS CANCELAMENTOS (C)	410
TOTAL = (A x B) x C	R\$ 648.355,03

Fonte: Dados da pesquisa e Centro de Custos Clínicas Cirúrgicas.

Considerando ainda, o valor médio da diária dos acompanhantes (custo de refeições), a média de dias que os pacientes permaneceram internados após o cancelamento até a realização da cirurgia e o número de acompanhantes encontrados, pode-se calcular os custos totais com as refeições dos acompanhantes referentes aos dias acrescidos que os pacientes permaneceram no hospital. O montante associado a tais gastos foi de R\$ 5.211,91 (ver tabela 4). No entanto, dada a experiência da pesquisadora no ambiente de trabalho, pode-se inferir que o número de acompanhantes tende a ser mais elevado que o verificado nos dados coletados. Acredita-se que este valor poderá ser maior, pois o número de acompanhantes para os pacientes da clínica ortopédica é alto em decorrência da impossibilidade de mobilização adequada. Mesmo para os pacientes que não teriam o direito existem acompanhantes para auxílio às necessidades e fragilidades dos doentes. Nestes casos, os acompanhantes não estão descritos nos prontuários, pois o SUS não paga na conta hospitalar, mas a instituição mantém os gastos com refeições destas pessoas.

Foi observado que dos 410 internamentos ocorridos, 131 pacientes apresentaram acompanhantes, podendo assim calcular os custos totais com as refeições desses acompanhantes (Tabela 4).

Tabela 4 – Custos com refeições de acompanhantes entre a data do cancelamento e a realização da cirurgia.

	VALORES
CUSTO MÉDIO DE DIÁRIAS (A)	R\$ 14,63
MÉDIA DIAS ENTRE CANCELAMENTO E CIRUGIA (B)	2,72
NÚMERO DE PACIENTES COM ACOMPANHANTES (C)	131
TOTAL = (A x B) x C	R\$ 5.211,91

Fonte: Dados da pesquisa e Centro de Custos da Nutrição.

Na sequência, foi observado os gastos com materiais descartáveis, medicações e esterilização do CME descritos nos prontuários como segue na tabela a seguir. Tais gastos foram encontrados em apenas 20 cancelamentos e referem-se aos materiais que foram utilizados na sala de cirurgia, mesmo com a cirurgia suspensa.

Tabela 5 – Gastos com materiais e esterilização do CME.

	VALOR TOTAL (R\$)
MATERIAIS DESCARTÁVEIS (A)	371,58
MEDICAÇÕES (B)	140,32
SUBTOTAL (A+B)	511,90
MATERIAIS DO CME (ESTERILIZAÇÃO) (C)	658,22
TOTAL GERAL (A+B+C)	1.170,12

Fonte: Almoxarifado, Centro de Custos CME e Coordenação da Farmácia.

Os gastos descritos com materiais da Farmácia e Almoxarifado (descartáveis e medicações) totalizaram R\$ 511,90. Os gastos relacionados aos materiais não descartáveis provenientes do CME, foram calculados conforme o Centro de Custo daquele setor que separa por portes, pequeno, médio e grande porte (pequeno até 20 peças, médio entre 21 e 49 peças, grande a partir de 50 peças). Também foram separados por porte as roupas e instrumentais. Em relação a estes, coletou-se os valores da esterilização dos materiais desperdiçados que foram descritos nos prontuários. Assim, conforme se pode verificar na Tabela 5, os gastos com esterilização dos materiais foram R\$ 658,22. O montante final dos gastos com CME e materiais desperdiçados foi R\$ 1.170,12.

Quanto ao desperdício de ocupação de sala, foram registrados nos meses estudados o consumo de 08hs05min de utilização de uma sala de cirurgia por algum paciente que tenha sofrido o cancelamento do procedimento. Não foi possível considerar os valores da hora descritos no centro de custos do BC, pois, segundo informações pela responsável do centro de custo do hospital, as horas registradas no sistema do BC não refletem com precisão as horas utilizadas. Ou seja, o cirurgião preenche a descrição cirúrgica no sistema de informação e cadastra as horas de utilização de SO, mas a maioria não descreve o horário exato atribuído ao procedimento, gerando registros de cirurgias com tempos podem não ser precisos. (por exemplo, encontrou-se registros de um tratamento cirúrgico do fêmur com cadastro de utilização de SO com duração de 15 minutos ou até menos). Portanto, este dado não entrará nos cálculos deste estudo, apesar que se faz importante saber que 08hs05min equivale a um total elevado de horas de não utilização de SO, pois neste tempo poderia ser realizada mais de uma cirurgia. Desta forma, alguns outros cancelamentos de cirurgia poderiam ter sido evitados (por ocupação de sala por exemplo). Acredita-se ainda que o total de horas seja maior do que o encontrado, pois dado a experiência da autora no setor, muitas vezes os circulantes de sala não anotam o tempo que o paciente ficou em sala até a suspensão, principalmente quando os

materiais destinados a cirurgia deste puderam ser aproveitados em outro procedimento.

Subsequentemente, calculou-se os custos financeiros médios que advieram em decorrências dos cancelamentos de cirurgias no estudo, somando-se os custos das refeições dos acompanhantes, custo médio dos dias entre o cancelamento e a cirurgia por internamentos e os desperdícios de materiais. A Tabela 6 a seguir evidencia os dados encontrados:

Tabela 6 – Custos financeiros médios que advieram em decorrência dos cancelamentos de cirurgias.

DESCRIÇÃO DOS CUSTOS	VALORES (R\$)	
CUSTO MÉDIO DE REFEIÇÕES DE ACOMPANHANTES	R\$	5.211,91
CUSTO MÉDIO DOS DIAS ENTRE O CANCELAMENTO E A CIRURGIA POR INTERNAMENTOS	R\$	648.355,03
DESPERDICIO DE MATERIAL	R\$	1.170,12
TOTAL FINAL	R\$	654.737,06

Fonte: Dados da pesquisa; Centros de Custos; Almoxarifado e Farmácia.

Nos dados da Tabela 6 referencia-se um alto custo direto médio em relação aos cancelamentos de cirurgias (R\$ 654.737,06), devendo assim a instituição analisar os motivos evitáveis e trabalhar juntamente com os profissionais no intuito de diminuir a incidência deste indicador.

Perroca, Jericó e Facundin (2007) referiram em seu estudo que apenas 58 das 249 cirurgias programadas canceladas representaram custos para a instituição. No estudo destes autores, o custo direto total dos cancelamentos foi de R\$ 1.713,66 (custo médio por paciente de R\$ 29,54), assim distribuídos: despesas com materiais de consumo; processo de esterilização; medicamentos e recursos humanos.

Ávila e colaboradores (2012) em sua revisão descrevem estudos americanos que apontam que, em 2006, as suspensões de cirurgia representaram uma perda estimada de US\$32milhões.

Alguns estudos relatam receitas perdidas de caso cancelado de US\$ 1430 a US\$ 1700 para hospitais na América, e um custo estimado de £ 20.000 em uma única instituição no Reino Unido onde foi verificado 23 cancelamentos de cirurgias (YU *et al.*, 2017; BOTAZINI e CARVALHO, 2017).

Neste estudo pode-se encontrar algumas limitações, tais como: é um estudo retrospectivo e os registros de pacientes podem não estar completos, poderá haver comunicação não documentada ou falha nos registros das fichas de material desperdiçado ou mesmo os tempos de utilização de sala; e o paciente pode ter tido o procedimento cancelado, mas não estava no BC, nem no mapa cirúrgico, sendo assim, não foi preenchida ficha de cancelamento de cirurgia.

5 CONCLUSÃO

O Bloco Cirúrgico é um dos setores de grande destaque num hospital, demandando grande atenção por parte dos gestores e a realização de uma cirurgia pode provocar no paciente temores a respeito do que irá acontecer (um momento crítico no processo terapêutico). Assim, a suspensão de cirurgia acarreta prejuízos ao paciente, interferindo no resultado da assistência e também gera prejuízos financeiros para os hospitais. Os prejuízos a instituição podem ser percebidos com o aumento dos custos operacionais e financeiros, pela perda de oportunidade de internação de outros pacientes, pela subutilização de sala (quando há horas de ocupação de sala, mas sem realização do procedimento), aumento do tempo de internação do paciente, retrabalho dos funcionários na esterilização e organização de sala de cirurgia e o maior de risco de infecção hospitalar.

O objetivo desta pesquisa consistiu em conhecer os motivos e verificar qual o custo médio dos cancelamentos das cirurgias e o quanto isso acarreta de acréscimo nos custos na internação dos pacientes do HMA.

Foi identificado um quantitativo de 568 cirurgias canceladas, sendo a Clínica Cirúrgica Ortopédica responsável por 90% destes cancelamentos. Os principais motivos dos cancelamentos das cirurgias estão relacionados à cirurgia de emergência, tempo cirúrgico excedido, ocupação de sala, mudança de conduta e condições clínicas desfavoráveis, apesar da maioria dos casos não serem evitáveis, há de se perceber que alguns poderiam ser.

Os custos financeiros médios que advieram em decorrência dos cancelamentos totalizaram R\$ 1.170,12, além das 08hs05min de utilização de salas com os pacientes que tiveram suas cirurgias suspensas. Considerando também o número de internações entre os pacientes que suas cirurgias foram suspensas no período estudado, houveram 410 internamentos, destes 138 com acompanhantes. Considerando ainda a média de dias entre os cancelamentos e a realização da cirurgia, pode-se calcular o quanto o cancelamento de uma cirurgia acrescenta aos custos da internação dos pacientes, totalizando R\$ 654.737,06.

No âmbito da saúde, é crescente a necessidade das instituições de saúde pública de manter o controle de custos. A gestão de custos traz para o Hospital um estímulo a prática do controle e redução de custos, facilitando o processo de tomada de decisões frente à realidade de cada instituição (quais melhorias podem ser adequadas para obtenção de melhores resultados). A importância de conhecer a gestão de custos e sua aplicabilidade na área hospitalar poderá propiciar maior eficiência nas ações que envolvem a administração hospitalar.

Por esse motivo, esta pesquisa se propôs a estudar o quanto custa, do ponto de vista financeiro, o cancelamento das cirurgias da clínica cirúrgica no HMA, visto ser uma instituição pública que apresenta uma quantidade significativa atendimentos destinados à clínica cirúrgica no Estado de Pernambuco. Encontra-se assim, um custo elevado e também um elevado número de suspensões de cirurgia na instituição. Contudo, observa-se que a maioria dos cancelamentos tiveram causa por uma emergência. Mas, é verificado que existem casos que podem ser evitados, portanto estes devem receber maior atenção por parte da gestão clínica, afim de implantar melhorias para a redução dos cancelamentos de cirurgia adequadas a realidade da instituição. A instituição estudada tem predominância nas cirurgias de emergência, e este é um fator não controlável, ou seja, este motivo só poderia ser evitado se o BC possuísse um número maior de salas para que fossem distribuídas em eletivas e urgências.

Reduzir cancelamentos de cirurgia pode exigir muita interação entre as equipes, são muitas as causas, estejam relacionadas aos pacientes, à organização e corpo clínico da instituição. Sugere-se como medidas preventivas aos cancelamentos que todas as clínicas cirúrgicas realizem programação cirúrgica, e com ordem das cirurgias, manter boa comunicação entre os serviços de apoio ao BC e avaliações pré-operatórias melhor planejadas.

Assim, o cancelamento de cirurgia é um importante indicador para a gestão do Bloco Cirúrgico, tem impacto na eficiência da gestão da sala cirúrgica, cabendo a instituição a busca de melhorias objetivando mais qualidade para os pacientes e melhor controle dos custos. Esta busca de melhores resultados necessita do empenho de todos os envolvidos (gestão e profissionais de saúde). Dessa forma, espera-se que o presente trabalho atinja os objetivos propostos a fim de subsidiar melhor determinadas decisões gerenciais.

REFERÊNCIAS

ABRAMGE (São Paulo). Associação Brasileira de Planos de Saúde (Org.). **Setor em estado de alerta**. 2016. Texto elaborado por Simone Goldberg. Disponível em:

<<https://www.abramge.com.br/portal/index.php/pt-BR/abramge-na-midia/793-setor-em-estado-de-alerta>>. Acesso em: 17 fev. 2017.

AFONSO, José Roberto; CASTRO, Kleber Pacheco de. A crise (do financiamento) da saúde. **Revista Conjuntura Econômica**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 5, p.22-24, maio 2016. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rce/article/view/64663>>. Acesso em: 23 maio 2017.

ANDRADE, M. **Custos na atividade hospitalar: temas contábeis em destaque**. São Paulo: Atlas, 2000. (Coleção Seminários)

ANTONIO, Priscila da Silva; MUNARI, Denize Bouttelet; COSTA, Hérica Kelly. FATORES GERADORES DE SENTIMENTOS DO PACIENTE INTERNADO FRENTE AO CANCELAMENTO DE CIRURGIAS. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 4, n. 1, dez. 2002. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/744/806>>. Acesso em: 04 jan 2017. doi:<https://doi.org/10.5216/ree.v4i1.744>.

ANUNCIACAO, Alan Lira da; ZOBOLI, Elma. Hospital: valores éticos que expressam sua missão. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 54, n. 6, p. 522-528, dez. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302008000600017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 19 maio 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302008000600017>.

AVILA, Marla Andréia Garcia de *et al.* Cancelamento de cirurgias: uma revisão integrativa da literatura. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 39-47, jun. 2012. ISSN 2358-2871. Disponível em: <<https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/163>>. Acesso em: 06 mar. 2018.

BEULKE, Rolando; BERTÓ, Dalvio José. **Gestão de custos e resultado na saúde: hospitais, clínicas, laboratórios e congêneres**. São Paulo: Saraiva, 1997.

BRASIL. Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde (Org.). **CONCEITOS E DEFINIÇÕES EM SAÚDE**. Brasília: Ministério da Saúde, 1977. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS - **DATASUS**. Informações de Saúde: banco de dados. INTERNAÇÕES HOSPITALARES DO SUS - POR LOCAL DE INTERNAÇÃO – BRASIL. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/sxuf>>. Acesso em: 17 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Introdução à Gestão de Custos em Saúde** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/introducao_gestao_custos_saude.pdf>. Acesso em:

17 nov. 2016.

. PORTAL BRASIL. **Gastos com saúde alcançaram 8% do PIB em 2013**. 2015. Por Portal Brasil Publicado: 10/12/2015. Última modificação: 11/03/2016. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/12/gastos-com-saude-alcancaram-8-do-pib-em-2013>>. Acesso em: 14 abr. 2017.

BOTAZINI, Naraiamma Oliveira; DE CARVALHO, Rachel. Cancelamento de cirurgias: uma revisão integrativa da literatura. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 230-244, dez. 2017. ISSN 2358-2871. Disponível em: <<https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/267>>. Acesso em: 01 mar. 2018. doi:<https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201700040008>.

BRUNNER, L.S.; SUDDARTH, D.S. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v. 1, p. 305-316.

CASTRO, Liliana Cristina de; CASTILHO, Valeria. O custo de desperdício de materiais de consumo em um centro cirúrgico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1228-1234, Dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000601228&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 Mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.2920.2358>.

CAVALCANTE, Jacqueline Borges; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag e ALMEIDA, Paulo César. Cancelamento de cirurgias programadas em um hospital-escola: um estudo exploratório. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2000, vol.8, n.4, pp.59-65. ISSN 1518-8345. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692000000400009>>. Acesso em: 22 out. 2016.

CENÁRIO SAÚDE. São Paulo: Publicação do Sistema Abramge . Sinamge . Sinog, n. 6, ago. 2016. Associação Brasileira de Planos de Saúde. Disponível em: <https://www.abramge.com.br/portal/files/cenario-saude/cenario_da_saude_ed6.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2017.

CREPALDI, Silvio Aparecido. **Curso básico de contabilidade de custos**. 4.ed. – São Paulo: Atlas, 2009.

FALEIRO, Thiago Batista *et al.* Análise do custo das internações de idosos, para tratamento de fraturas do fêmur, em hospital militar do Rio de Janeiro. **Revista Amazonense de Geriatria e Gerontologia**, Manaus, v. 5, n. 1, p.36-45, Não é um mês valido! 2013. Anual. Disponível em: <<https://www.ragg.com.br/edicoes-ragg/>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

FALK, James Anthony. **Gestão de Custos para Hospitais: Conceitos, Metodologias e Aplicações**. São Paulo: Atlas, 2001.

GARCIA, Ana Carolina Korke Arrabal; FONSECA, Ligia Fahl; NASCIMENTO, Leonel Alves do. **SUSPENSÃO CIRÚRGICA: COM A PALAVRA O PACIENTE**. In: VII EPCC – ENCONTRO INTERNACIONAL DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA CESUMAR, 2011, Maringá. **Anais...**. Maringá: Cesumar, 2011. p. 1 - 3. Disponível em: <<http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/pg3.php>>. Acesso em: 24 maio 2017.

GATTO, MAF; JOUCLAS, VMG. Otimizando o uso da SO. *Rev SOBECC*. 1998;3(1):23-8 *apud* FERROCA, Márcia Galan; JERICO, Marli de Carvalho e FACUNDIN, Solange Diná. Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2007, vol.41, n.1, pp.113-119. ISSN 0080-6234. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000100015>>. Acesso em: 22 out. 2016.

GONÇALVES, Ernesto Lima. **ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO HOSPITAL MODERNO**. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 38, n. 1, p.80-90, mar. 1998. Trimestral. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rae/article/viewFile/37820/36571>>. Acesso em: 21 jan. 2018.

IMIP. Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. Secretaria Estadual de Saúde. **HOSPITAL MIGUEL ARRAES**. Disponível em: <<http://www1.hma.imip.org.br/cms/opencms/hma/pt/home/>>. Acesso em: 22 out. 2016.

_____. **Gestão por processos: o protocolo como ferramenta para a melhoria da qualidade e de redução dos custos nos hospitais universitários**. 2006. 274 f. Tese (Doutorado) - Departamento de Ciências Administrativas, Programa de Pós-Graduação em Administração-PROPAD, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2006. Disponível em: <<http://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/478>>. Acesso em: 25 out. 2016.

LAGIOIA, Umbelina Cravo Teixeira. **I CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PARA PROFISSIONAIS DA ÁREA HOSPITALAR DMS / UFPE. GESTÃO DE SISTEMAS DE CUSTOS**. Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais. RECIFE. 2017 (Apostila)

LAGIOIA, Umbelina Cravo Teixeira *et al*. A gestão por processos gera melhoria de qualidade e redução de custos: o caso da unidade de ortopedia e traumatologia do hospital das clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. **Rev. contab. finanç.** [online]. 2008, vol.19, n.48, pp.77-90. ISSN 1808-057X. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-70772008000300007>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

LAGIOIA, Umbelina Cravo Teixeira *et al*. ESTUDO SOBRE MÉTODOS DE CUSTEIO EM INSTITUIÇÕES HOSPITALARES. In: IX CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, 9., 2002, São Paulo. **TRABALHO APRESENTADO EM CONGRESSO**. São Paulo: IX Congresso Brasileiro de Custos, 2002. p. 1 - 16. Disponível em: <<https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/2736>>. Acesso em: 17 nov. 2016.

LANDIM, Fábio Machado *et al.* Análise dos fatores relacionados à suspensão de operações em um serviço de cirurgia geral de média complexidade. **Rev. Col. Bras. Cir.** [online]. 2009, vol.36, n.4, pp.283-287. ISSN 0100-6991. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912009000400002>>. Acesso em: 20 maio 2017.

LEONE, George S. G. **CURSO DE CONTABILIDADE DE CUSTOS: Contém Critério de Custeio ABC.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

LEONCINE, Maury; BORNIA, Antonio Cezar; ABBAS, Katia. Sistemática para apuração de custos por procedimento médico-hospitalar. **Prod.** São Paulo, v. 23, n. 3, p. 595-608, Set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132013000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 janeiro 2018. Epub Nov 22, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65132012005000093>.

MACEDO, Jaziele Magella *et al.* CANCELAMENTO DE CIRURGIAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: CAUSAS E TEMPO DE ESPERA PARA NOVO PROCEDIMENTO. **Revista Sobecc**, São Paulo, v. 18, n. 1, p.26-34, jan./mar. 2013. Trimestral. Disponível em: <http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2012/pdf/Artigos-Cientificos/Ano18_n1_jan_mar2013_cancelamento-de-cirurgias-em-um-hospital-universitario.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2017.

MARTINS, Eliseu. **Contabilidade de Custos.** 10. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

NASCIMENTO, Leonel Alves do *et al.* ALÉM DAS TAXAS DE SUSPENSÃO CIRÚRGICA: UMA ANÁLISE DE SEUS REAIS MOTIVOS. In: VII EPCC – ENCONTRO INTERNACIONAL DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA CESUMAR, 2011., 2011, Maringá. **Anais Eletrônica.** Maringá: Cesumar, 2011. p. 1 - 6. Disponível em: <[http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/ana_carolina_korki_arrabal_garcia\(1\).pdf](http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/ana_carolina_korki_arrabal_garcia(1).pdf)>. Acesso em: 24 maio 2017.

OLIVEIRA, Luís Martins de; PEREZ JUNIOR, José Hernandez. **CONTABILIDADE DE CUSTOS PARA NÃO CONTADORES.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (Brasil) (Org.). **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas:** orientações para cirurgia segura da OMS/ Organização Mundial da Saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Organização Pan-americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. 216 p. Tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2018.

PASCHOAL, Maria Lúcia Habib e GATTO, Maria Alice Fortes. Taxa de suspensão de cirurgia em um hospital universitário e os motivos de absenteísmo do paciente à cirurgia programada. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2006, vol.14, n.1, pp.48-53. ISSN 1518-8345. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000100007>>. Acesso em: 17 out. 2016.

PERNAMBUCO. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO. (Org.). **Hospital Metropolitano Norte - Miguel Arraes de Alencar**. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-atencao-saude/hospital-metropolitano-norte>>. Acesso em: 20 maio 2016.

PERROCA, Márcia Galan; JERICO, Marli de Carvalho e FACUNDIN, Solange Diná. Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2007, vol.41, n.1, pp.113-119. ISSN 0080-6234. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000100015>>. Acesso em: 22 out. 2016.

RIBEIRO FILHO, José Francisco. **Controladoria Hospitalar**. São Paulo: Atlas, 2005

RIPSA- Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações** / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>. Acesso em: 22 abril 2017.

SANTOS, Joel José. **CONTABILIDADE E ANÁLISE DE CUSTOS**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

SARTORI, Marcelo Ricardo de Andrade; PETERLINI, Fábio Luís; FONSECA, Ariadne da Silva (Ed.). **GESTÃO HOSPITALAR**. São Paulo: Martinari, 2017. 286 p.

SILVA, Felipe Dantas Cassimiro Da; SILVA, Alexandre César Batista Da; VASCONCELOS, Marco Túlio De Castro e CAMPELO, Sebastião Marco. Comportamento dos custos: uma investigação empírica acerca dos conceitos econométricos sobre a teoria tradicional da contabilidade de custos. **Rev. contab. finanç.** [online]. 2007, vol.18, n.43, pp.61-72. ISSN 1808-057X. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-70772007000100006>>. Acesso em: 25 out. 2016.

SILVA, Geize Ketlin O da *et al.* Fatores que influenciam a redução de custos com enfoque no tempo de permanência do paciente em uma instituição hospitalar. In: XV CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, 15., 2008, Curitiba. **Congresso Brasileiro de Custos**. Curitiba: Congresso Brasileiro de Custos, 2008. p. 1 - 16. Disponível em: <<https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/issue/view/6>>. Acesso em: 25 out. 2016.

SIVIERO, André Luiz Palú. A IMPORTÂNCIA DA GESTÃO DE CUSTOS COMO INSTRUMENTO DE COMPETITIVIDADE EM INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR: UM ESTUDO DE CASO NO CENTRO UNIVERSITÁRIO EURÍPIDES DE MARÍLIA - UNIVEM. **REGRAD - Revista Eletrônica de Graduação do UNIVEM - ISSN 1984-7866**, [S.l.], v. 3, n. 1, dec. 2010. ISSN 1984-7866. Disponível em: <<http://revista.univem.edu.br/REGRAD/article/view/244>>. Acesso em: 25 out 2016.

VIEIRA, Maria Jésia; FUREGATO, Antonia Regina F. Suspensão de cirurgias: atitudes e representações dos enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 135-140, june 2001. ISSN 1980-220X. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41223>>. Acesso em: 04 jan 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342001000200007>.

VOGT, Romi Maria; FREITAS, Ernani Cesar de. GESTÃO ORGANIZACIONAL EM UM CENTRO CIRÚRGICO DE UM HOSPITAL DA GRANDE PORTO ALEGRE. **Revista Gestão e Desenvolvimento**, Novo Hamburgo, v. 9, n. 1, jan. 2012. ISSN 2446-6875. Disponível em: <<http://periodicos.feevale.br/seer/index.php/revistagestaoedesenvolvimento/article/view/1004>>. Acesso em: 19 maio 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.25112/rgd.v9i1.1004>.

YU, Kaiye *et al.* “Contributing Factors of Elective Surgical Case Cancellation: A Retrospective Cross-Sectional Study at a Single-Site Hospital.” *BMC Surgery* 17 (2017): 100. Publicado online 2017 Sep 11. doi: [10.1186/s12893-017-0296-9](https://doi.org/10.1186/s12893-017-0296-9) Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5594612/?report=classic>>. Acesso em: 30 jan. 2018.

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE PESQUISA

FORMULÁRIO PARA PESQUISA

IDENTIFICAÇÃO

Nº _____

NOME: _____ REGISTRO: _____

IDADE: _____

CIRURGIA

DATA DA SUSPENSÃO DA CIRURGIA: ____/____/____

CLÍNICA: _____

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: _____

MOTIVO DA SUSPENSÃO:

 CONDIÇÕES CLÍNICAS DESFAVORÁVEIS FALTA DE ESPECIALISTA FALTA DE MATERIAL FALTA DE LEITO DE UTI OCUPAÇÃO DE SALA FALTA DE RESERVA SANGUÍNEA OUTROS

OUTRAS INFORMAÇÕES:

DATA DA REALIZAÇÃO DA CIRURGIA: _____

OBSERVAÇÕES:

CUSTOS

INTRA-BLOCO

TEMPO DE INDISPONIBILIDADE DA SALA: _____ MINUTOS

MATERIAIS PERDIDOS DEVIDO SUSPENSÃO:

MATERIAL	QUANTIDADE	UNIDADE	VALOR (R\$) UNITÁRIO	VALOR (R\$) TOTAL
DESCARTÁVEIS				
COMPRESSA CIRÚRGICA		PACOTE		
COMPRESSA DE GAZE		PACOTE		
SERINGA 1ml		UNIDADE		
SERINGA 5ml		UNIDADE		
SERINGA 10ml		UNIDADE		
SERINGA 20ml		UNIDADE		
AGULHA 25X7		UNIDADE		
AGULHA 40X12		UNIDADE		
AGULHA PARA RAQUIANESTESIA		UNIDADE		
LUVA CIRÚRGICA - TAMANHO _____		PAR		
LUVA CIRÚRGICA - TAMANHO _____		PAR		
ATADURA - TAMANHO: _____		UNIDADE		
LUVA DE PROCEDIMENTO		UNIDADE		
LÂMINA DE BISTURI- TAMANHO: _____		UNIDADE		
LÂMINA DE BISTURI- TAMANHO: _____		UNIDADE		
OUTROS:				
MEDICAÇÕES				
DIPIRONA 500mg/ml		AMPOLA		
CEFALOTINA		FRASCO AMPOLA		
OUTROS:				

MATERIAL	QUANTIDADE	UNIDADE	VALOR (R\$) UNITÁRIO	VALOR (R\$) TOTAL
NÃO DESCARTÁVEIS				
ROUPA ESTÉRIL				
LAP		PACOTE		
CAPOTE		PACOTE		
CAPOTE		UNIDADE		
BÁSICOS				
MAIOR GERAL		UNIDADE		
MÉDIO GERAL		UNIDADE		
PLÁSTICA		UNIDADE		
MÉDIO ORTOPEDIA		UNIDADE		
MICROMÃO		UNIDADE		
PÉ E MÃO		UNIDADE		
KIT SUTURA		UNIDADE		
KIT RAQUI		UNIDADE		
OUTROS:				
INSTRUMENTAIS				
CAIXA FIXADOR EXTERNO (TUBO A TUBO)		KIT		
CAIXA 4,5		KIT		
CAIXA 3,5		KIT		
CANULADO 7		KIT		
ESCAFÓIDE		UNIDADE		
HASTE DE TÍBIA		UNIDADE		
GAMA		KIT		
NAILL		KIT		
CAIXA DE ILIZAROV		KIT		
BIPOLAR		UNIDADE		
OUTROS:				
MOTOR ELÉTRICO		UNIDADE		
MOTOR TAIMIN		UNIDADE		
CANETA BISTURI		UNIDADE		

EXTERNO AO BLOCO

AUMENTO DO TEMPO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: _____
 CUSTO MÉDIO ADICIONAL DEVIDO AO AUMENTO DO TEMPO DA
 INTERNAÇÃO: _____

**APÊNDICE B – TABELAS/QUADROS COM INFORMAÇÕES
DOS CUSTOS DE MATERIAIS, DIÁRIAS, REFEIÇÕES,
INTERNAMENTOS E TEMPO DE UTILIZAÇÃO DE SALA.**

Materiais descartáveis e medicações utilizados no Bloco Cirúrgico descritos nos prontuários dos pacientes que tiveram suas cirurgias suspensas entre Junho a Novembro/2017 em um hospital da Região Metropolitana do Recife.

	QUANTIDADE	UNIDADE	VALOR (R\$) UNITÁRIO	VALOR TOTAL (R\$)
DESCARTÁVEIS				
COMPRESSA CIRÚRGICA	28	PACOTE	4,69	131,32
COMPRESSA DE GAZE	28	PACOTE	0,34	9,52
SERINGA 1ml	2	UNIDADE	0,16	0,32
SERINGA 5ml	6	UNIDADE	0,12	0,72
SERINGA 10ml	14	UNIDADE	0,2	2,80
SERINGA 20ml	7	UNIDADE	0,32	2,24
AGULHA 25X7	9	UNIDADE	0,05	0,45
AGULHA 40X12	13	UNIDADE	0,05	0,65
AGULHA PARA STIMULPLEX	1	UNIDADE	77,32	77,32
AGULHA PARA RAQUIANESTESIA	1	UNIDADE	4,93	4,93
LUVA CIRÚRGICA - TAMANHO 07	7	PAR	0,96	6,72
LUVA CIRÚRGICA - TAMANHO 7,5	12	PAR	0,96	11,52
LUVA CIRÚRGICA - TAMANHO 08	14	PAR	0,96	13,44
ATADURA GESSADA 10 cm	2	UNIDADE	1,4	2,80
ATADURA - TAMANHO: 10	2	UNIDADE	0,57	1,14
ATADURA - TAMANHO: 20	1	UNIDADE	0,81	0,81
LUVA DE PROCEDIMENTO		UNIDADE	0,13	-
LÂMINA DE BISTURI-TAMANHO: 15	1	UNIDADE	0,2	0,20
LÂMINA DE BISTURI-TAMANHO: 24	5	UNIDADE	0,21	1,05
CATETER CENTRAL DUPLO LUMEN	1	UNIDADE	71,53	71,53
NYLON 3-0	1	UNIDADE	1,12	1,12
BORRACHA LATEX	2	UNIDADE	2,08	4,16
JELCO 18	1	UNIDADE	0,58	0,58
JELCO 20	1	UNIDADE	0,6	0,60
CATETER O2	2	UNIDADE	0,69	1,38
EQUIPO MACROGOTAS	2	UNIDADE	0,59	1,18
ELETRODO	61	UNIDADE	0,23	14,03
POLIFIX 2 VIAS	1	UNIDADE	0,82	0,82
TRANSOFIX	2	UNIDADE	0,74	1,48
GORRO	3	UNIDADE	0,05	0,15
MASCARAS CIRURGICAS	5	UNIDADE	1,32	6,60
TOTAL				371,58

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

Medicamentos utilizados no Bloco Cirúrgico descritos nos prontuários dos pacientes que tiveram suas cirurgias suspensas entre Junho a Novembro/2017 em um hospital da

Região Metropolitana do Recife.

MEDICAÇÕES	QUANTIDADE	UNIDADE	VALOR (R\$) UNITÁRIO	VALOR TOTAL (R\$)
DIPIRONA 500mg/ml				
CEFAZOLINA	2	FRASCO AMPOLA	1,14	2,28
ROPIVACAINA	1	AMPOLA	10,16	10,16
DEXTROCETAMINA	1	AMPOLA	44,97	44,97
FENTANIL 10ML	3	AMPOLA	1,83	5,49
MIDAZOLAN 3ML	2	AMPOLA	0,86	1,72
GLICOSE 50%	2	AMPOLA	0,21	0,42
NALOXONA	1	AMPOLA	5,3	5,30
AGUA DESTILADA 10ml	8	AMPOLA	0,12	0,96
DEXAMETASONA	1	AMPOLA	0,5	0,50
LIDOCAINA COM VASO	3	FRASCO AMPOLA	3,29	9,87
SULFENTANIL	1	AMPOLA	6,18	6,18
LIDOCAINA SEM VASO	3	FRASCO AMPOLA	0,81	2,43
SORO FISIOLÓGICO 500ML	2	FRASCO	2,36	4,72
MORFINA 0,2MG	1	AMPOLA	4,3	4,30
BUPIVOCAINA	2	AMPOLA	6,8	13,60
CISATRACURIO	1	AMPOLA	18,98	18,98
ATROPINA	2	AMPOLA	0,28	0,56
PROPOFOL	1	AMPOLA	5	5,00
NEOSTIGMINA	1	AMPOLA	0,72	0,72
ETILEFRINA	2	AMPOLA	1,08	2,16
TOTAL				140,32

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

Materiais do CME utilizados no Bloco Cirúrgico descritos nos prontuários dos pacientes que tiveram suas cirurgias suspensas e valores das esterilizações entre Junho a Novembro/2017 em um hospital da Região Metropolitana do Recife.

MATERIAIS	PORTE	QUANTIDADE	UNIDADE	VALOR (R\$) UNITÁRIO*	VALOR TOTAL (R\$)
ROUPA					
LAP	GRANDE	8	PACOTE	16,85	134,80
CAPOTE COM 03	MÉDIO	6	PACOTE	17,99	107,94
CAMPO IMPERMEAVEL	MÉDIO	1	PACOTE	20,39	20,39
INSTRUMENTAL					
MENOR ORTOPEDIA	MÉDIO	1	UNIDADE	36,88	36,88
MÉDIO ORTOPEDIA	MÉDIO	3	UNIDADE	37,25	111,75
PÉ E MÃO	MÉDIO	1	UNIDADE	36,88	36,88
MMII	MÉDIO	1	UNIDADE	43,20	43,20
KIT RAQUI	PEQUENO	1	UNIDADE	38,83	38,83
CAIXA ILIZAROV	GRANDE	2	KIT	44,36	88,72
MOTOR TAIMIN	PEQUENO	1	UNIDADE	38,83	38,83
TOTAL					658,22

*VALORES DIFERENTES COM O MESMO PORTE PODE SER ENCONTRADO PORQUE VAI DEPENDER DO CENTRO DE CUSTO DO MÊS DE UTILIZAÇÃO DO MATERIAL.

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

Custos das diárias de um paciente na clínica cirúrgica de acordo com Centros de Custos entre Junho a Novembro/2017.

CUSTO DIÁRIA DE PACIENTE CLÍNICA CIRURGICA	VALOR (R\$)
JUN	546,89
JUL	583,09
AGO	561,38
SET	549,41
OUT	496,75
NOV	750,67
MÉDIA	581,365

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

Custos das refeições de acompanhantes de acordo com Centro de Custo do serviço de Nutrição entre Junho a Novembro/2017.

MESES	Desjejum (A)	Almoço (B)	Jantar (C)
JUN	3,91	6,65	4,08
JUL	3,97	6,76	4,14
AGO	3,9	6,64	4,07
SET	3,9	6,64	4,07
OUT	3,91	6,66	4,08
NOV	3,85	6,54	4,01
MÉDIA	3,91	6,65	4,07
MÉDIA DIÁRIA TOTAL (A+B+C)	14,63		

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

Contagem de internamentos entre pacientes que tiveram cirurgia suspensa no período entre Junho a Novembro/2017.

MESES	INTERNAMENTOS
JUN	56
JUL	74
AGO	66
SET	72
OUT	77
NOV	65
Total Geral	410

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

Registro do tempo de sala utilizado com paciente que teve cirurgia suspensa no período entre Junho a Novembro/2017.

MESES	TEMPO (somado de vários cancelamentos)
JUNHO	1h 30 min
JULHO	1h 25min
AGO	-
SET	2h 55 min
OUT	1h 25min
NOV	50min
TOTAL	8hs 05min

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

**ANEXO A - CUSTO UNITÁRIO POR PONDERAÇÃO /
PRODUTO, PERÍODO: 6/2017 - 11/2017 - NUTRIÇÃO DO
HOSPITAL MIGUEL ARRAES**

Custo unitário por ponderação / produto

Hospital Miguel Arraes - IMIP - 6/2017 - 11/2017

Ponderação	6/2017		7/2017		8/2017		9/2017		10/2017		11/2017		Média						
Nutrição																			
Nº de Refeições Servidas x Peso																			
Desjejum Paciente	1.454.068,00	308,00	7,35	1.407.866,00	308,00	7,46	1.446.368,00	308,00	7,33	1.374.296,00	308,00	7,33	1.470.084,00	308,00	7,35	1.578.192,00	308,00	7,22	7,34
Coação	490.391,00	109,00	2,60	471.851,00	109,00	2,64	486.576,00	109,00	2,60	475.131,00	109,00	2,59	498.348,00	109,00	2,60	519.930,00	109,00	2,56	2,60
Almoço Paciente	1.927.410,00	410,00	9,78	1.851.560,00	410,00	9,93	1.919.210,00	410,00	9,76	1.814.660,00	410,00	9,76	1.951.190,00	410,00	9,78	2.036.470,00	410,00	9,62	9,77
Lanche da Tarde Paciente	569.468,00	127,00	3,03	546.608,00	127,00	3,08	581.152,00	127,00	3,02	534.797,00	127,00	3,02	576.326,00	127,00	3,03	652.272,00	127,00	2,98	3,03
Jantar Paciente	1.578.192,00	336,00	8,01	1.395.072,00	336,00	8,14	1.453.536,00	336,00	8,00	1.413.552,00	336,00	8,00	1.512.672,00	336,00	8,02	1.599.696,00	336,00	7,88	8,01
Cela Paciente	475.200,00	100,00	2,39	414.000,00	100,00	2,42	432.400,00	100,00	2,38	443.700,00	100,00	2,38	437.300,00	100,00	2,39	475.800,00	100,00	2,35	2,38
Desjejum Funcionário	236.652,00	164,00	3,91	263.384,00	164,00	3,97	276.504,00	164,00	3,90	270.108,00	164,00	3,90	268.140,00	164,00	3,91	258.136,00	164,00	3,85	3,91
Almoço Funcionário	1.777.788,00	279,00	6,65	1.897.200,00	279,00	6,76	1.918.125,00	279,00	6,64	1.884.924,00	279,00	6,64	1.812.942,00	279,00	6,66	1.845.585,00	279,00	6,54	6,65
Jantar Funcionário	348.498,00	171,00	4,08	352.602,00	171,00	4,14	348.669,00	171,00	4,07	349.524,00	171,00	4,07	330.714,00	171,00	4,08	336.015,00	171,00	4,01	4,07
Cela Funcionário	437.340,00	222,00	5,29	497.280,00	222,00	5,38	519.258,00	222,00	5,29	500.610,00	222,00	5,29	516.150,00	222,00	5,30	470.196,00	222,00	5,21	5,29
Desjejum Acompanhante	353.420,00	164,00	3,91	326.852,00	164,00	3,97	337.676,00	164,00	3,90	320.292,00	164,00	3,90	314.388,00	164,00	3,91	310.616,00	164,00	3,85	3,91
Almoço Acompanhante	717.030,00	279,00	6,65	731.817,00	279,00	6,76	780.084,00	279,00	6,64	701.127,00	279,00	6,64	736.002,00	279,00	6,66	694.431,00	279,00	6,54	6,65
Jantar Acompanhante	435.708,00	171,00	4,08	388.512,00	171,00	4,14	382.869,00	171,00	4,07	369.531,00	171,00	4,07	357.561,00	171,00	4,08	335.331,00	171,00	4,01	4,07
Desjejum Terceiro	55.924,00	164,00	3,91	59.204,00	164,00	3,97	57.072,00	164,00	3,90	52.480,00	164,00	3,90	49.692,00	164,00	3,91	47.396,00	164,00	3,85	3,91
Almoço Terceiro	207.297,00	279,00	6,65	156.240,00	279,00	6,76	160.146,00	279,00	6,64	172.701,00	279,00	6,64	169.074,00	279,00	6,66	158.193,00	279,00	6,54	6,65
Jantar Terceiro	53.523,00	171,00	4,08	67.032,00	171,00	4,14	68.571,00	171,00	4,07	75.582,00	171,00	4,07	63.441,00	171,00	4,08	62.415,00	171,00	4,01	4,07
Cela Terceiro	85.026,00	222,00	5,29	87.690,00	222,00	5,38	71.484,00	222,00	5,29	73.260,00	222,00	5,29	66.156,00	222,00	5,30	65.046,00	222,00	5,21	5,29
Desjejum Policial	15.908,00	164,00	3,91	18.368,00	164,00	3,97	10.824,00	164,00	3,90	12.792,00	164,00	3,90	15.580,00	164,00	3,91	12.792,00	164,00	3,85	3,91
Almoço Policial	51.894,00	279,00	6,65	66.123,00	279,00	6,76	40.176,00	279,00	6,64	42.408,00	279,00	6,64	59.427,00	279,00	6,66	56.358,00	279,00	6,54	6,65

**ANEXO B - CUSTO UNITÁRIO POR PONDERAÇÃO /
PRODUTO, PERÍODO: 6/2017 - 11/2017 -
CME/ESTERILIZAÇÃO DO HOSPITAL MIGUEL ARRAES**

Custo unitário por ponderação / produto

Hospital Miguel Arraes - IMIP - 6/2017 - 11/2017

Ponderação	6/2017	7/2017	8/2017	9/2017	10/2017	11/2017	Media
CME/Esterelização							
Volume Esterilizado x Peso							
Instrumentais MPP	226.798,00	325.468,00	288.574,00	275.418,00	292.864,00	331.474,00	37,87
Desinfetado MPP	66.310,00	85.030,00	52.910,00	70.400,00	54.890,00	80.850,00	14,56
Avulsos MPP	317.217,00	283.023,00	343.416,00	332.100,00	244.155,00	240.711,00	16,29
Desinfetado MMP	51.500,00	43.600,00	36.400,00	42.000,00	30.200,00	42.000,00	13,24
Instrumentais MGP	91.160,00	147.920,00	147.232,00	158.584,00	100.792,00	132.784,00	45,55
Avulsos MMP	25.215,00	24.477,00	40.713,00	38.622,00	30.627,00	50.922,00	16,29
Instrumentais MMP	73.788,00	102.102,00	107.250,00	116.688,00	80.366,00	97.812,00	37,87
Avulsos MGP	46.125,00	55.842,00	57.441,00	66.051,00	34.071,00	51.906,00	16,29
Tecidos MGP	63.714,00	96.555,00	70.725,00	55.350,00	57.810,00	56.088,00	16,29
Tecidos MMP	73.980,00	123.660,00	118.260,00	81.945,00	83.295,00	74.925,00	17,87
Desinfetado MPG	59.085,00	85.995,00	76.518,00	70.434,00	61.893,00	71.721,00	15,49
Tecidos MPP		1.680,00	560,00	784,00	14,44		7,41
Total	1.096.892,00	1.375.352,00	1.339.399,00	1.308.376,00	1.070.963,00	1.231.193,00	

**ANEXO C - RELATÓRIOS DE DEMONSTRAÇÃO DO
CUSTO UNITÁRIO DOS SERVIÇOS, PERÍODO: 6/2017 -
11/2017 DO HOSPITAL MIGUEL ARRAES**

Relatório de Demonstração do Custo Unitário dos Serviços

Hospital Miguel Arraes - IMIP - 6/2017

Demonstração do Custo Unitário dos Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADTs)

Centro de custo	Qtde. Equip.	Qtde. (Prod.)	Custo unitário
Bolsas Transfundidas		506,00	159,34
Exames de Análises Clínicas		35.370,00	4,02
Exames de Anatomia Patológica		182,00	180,26
Exames de Ecocardiografia		67,00	232,20
Exames de Endoscopia/Colonoscopia/Broncoscopia		131,00	874,27
Exames de Raios X	2	2.052,00	69,34
Exames de Tomografia	1	907,00	220,80
Exames de Ultrassonografia	2	587,00	140,26
Sessões de Fisioterapia Amb. e Int.		2.830,00	31,44
Sessões de Fonoaudiologia		134,00	81,88
Sessões de Hemodiálise		497,00	567,16
Sessões de Psicologia		216,00	45,77

Unidades de internação

Unidade de produção	Qtde. (Paciente-dia)	Custo unitário sem mat/med	Custo unitário com mat/med	Custo unitário c/ mat/med c/ Exame	Nº de leitos	Dias do mês	% Ocupação
Pacientes-Dia	1.590,00	380,93	492,50	546,89	58,00	30	91,38
Pacientes-Dia Clínica Médica	895,00	380,37	467,48	603,60	30,00	30	99,44
Pacientes-Dia PS Observação	3.031,00	481,77	566,75	766,42	36,00	30	280,65
Pacientes-Dia UTI Adulto	531,00	1.457,16	1.807,12	2.204,80	20,00	30	88,50

Demonstração dos Custos Unitários dos Serviços de PS / Ambulatório / Hospital Dia / Cuidados Paliativos

Centro de custo	Qtde. (Prod.)	Custo unitário sem mat/med	Custo unitário com mat/med	Custo unitário c/ mat/med c/ Exame
Atendimentos de PA / PS	1.334,00	18,70	18,70	18,70
Consultas Ambulatoriais Médicas	1.668,00	88,36	90,02	170,00

Demonstração dos Custos Unitários das Atividades Cirúrgicas

Centro de custo	Horas disponíveis do Mês	Qtde. (Prod.)	Custo unitário sem mat/med	Custo unitário com mat/med	Custo unitário c/ mat/med c/ Exame	Custo unitário - Órteses e próteses (por produção)
Horas cirúrgicas	2.539:35	1.019:36	1.066,24	1.176,75	1.220,05	86,83
Quantidade de cirurgias	2.539:35	531,00	2.047,34	2.259,54	2.342,67	166,72

Relatório de Demonstração do Custo Unitário dos Serviços

Hospital Miguel Arraes - IMIP - 7/2017

Demonstração do Custo Unitário dos Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADTs)

Centro de custo	Qtde. Equip.	Qtde. (Prod.)	Custo unitário
Bolsas Transfundidas		329,00	242,52
Exames de Análises Clínicas		33.964,00	4,02
Exames de Anatomia Patológica		135,00	64,31
Exames de Ecocardiografia		100,00	67,68
Exames de Endoscopia/Colonoscopia/Broncoscopia		129,00	976,49
Exames de Raios X	2	1.944,00	66,87
Exames de Tomografia	1	940,00	218,61
Exames de Ultrassonografia	2	547,00	150,22
Sessões de Fisioterapia Amb. e Int.		2.394,00	32,93
Sessões de Fonoaudiologia		160,00	44,92
Sessões de Hemodiálise		491,00	559,71
Sessões de Psicologia		223,00	49,22

Unidades de internação

Unidade de produção	Qtde. (Paciente-dia)	Custo unitário sem mat/med	Custo unitário com mat/med	Custo unitário c/ mat/med c/ Exame	Nº de leitos	Dias do mês	% Ocupação
Pacientes-Dia	1.560,00	415,45	517,49	583,09	58,00	31	86,76
Pacientes-Dia Clínica Médica	918,00	399,58	479,38	609,53	30,00	31	98,71
Pacientes-Dia PS Observação	2.981,00	474,36	559,02	762,53	36,00	31	267,11
Pacientes-Dia UTI Adulto	541,00	1.389,47	1.698,95	2.063,37	20,00	31	87,26

Demonstração dos Custos Unitários dos Serviços de PS / Ambulatório / Hospital Dia / Cuidados Paliativos

Centro de custo	Qtde. (Prod.)	Custo unitário sem mat/med	Custo unitário com mat/med	Custo unitário c/ mat/med c/ Exame
Atendimentos de PA / PS	1.411,00	102,66	102,66	102,66
Consultas Ambulatoriais Médicas	1.545,00	105,89	107,14	169,5

Demonstração dos Custos Unitários das Atividades Cirúrgicas

Centro de custo	Horas disponíveis do Mês	Qtde. (Prod.)	Custo unitário sem mat/med	Custo unitário com mat/med	Custo unitário c/ mat/med c/ Exame	Custo unitário - Órteses e próteses (por produção)
Horas cirúrgicas	2.635:35	837:00	1.251,99	1.453,51	1.483,68	176,97
Quantidade de cirurgias	2.635:35	550,00	1.905,31	2.211,98	2.257,89	269,31

o de Demonstração do Custo Unitário dos Serviços

Hospital Miguel Arraes - IMIP - 8/2017

Demonstração do Custo Unitário dos Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADTs)

Centro de custo	Qtde. Equip.	Qtde. (Prod.)	Custo unitário
Bolsas Transfundidas		370,00	241,28
Exames de Análises Clínicas		37.578,00	3,95
Exames de Anatomia Patológica		180,00	63,06
Exames de Ecocardiografia		97,00	82,84
Exames de Endoscopia/Colonoscopia/Broncoscopia		138,00	801,25
Exames de Raios X	2	2.245,00	60,24
Exames de Tomografia	1	909,00	220,89
Exames de Ultrassonografia	2	665,00	132,75
Sessões de Fisioterapia Amb. e Int.		3.138,00	25,83
Sessões de Fonoaudiologia		144,00	48,57
Sessões de Hemodialise		625,00	562,15
Sessões de Psicologia		296,00	37,39

Unidades de internação

Unidade de produção	Qtde. (Paciente-dia)	Custo unitário sem mat/med	Custo unitário com mat/med	Custo unitário c/ mat/med c/ Exame	Nº de leitos	Dias do mês	% Ocupação
Pacientes-Dia	1.556,00	390,53	484,20	561,38	58,00	31	86,54
Pacientes-Dia Clínica Médica	920,00	386,05	450,59	585,14	30,00	31	98,92
Pacientes-Dia PS Observação	3.025,00	474,07	557,73	776,55	36,00	31	271,06
Pacientes-Dia UTI Adulto	567,00	1.288,30	1.570,42	1.923,05	20,00	31	91,45

Demonstração dos Custos Unitários dos Serviços de PS / Ambulatório / Hospital Dia / Cuidados Paliativos

Centro de custo	Qtde. (Prod.)	Custo unitário sem mat/med	Custo unitário com mat/med	Custo unitário c/ mat/med c/ Exame
Atendimentos de PA / PS	1.394,00	99,79	99,79	99,79
Consultas Ambulatoriais Médicas	1.812,00	88,89	90,15	151,83

Demonstração dos Custos Unitários das Atividades Cirúrgicas

Centro de custo	Horas disponíveis do Mês	Qtde. (Prod.)	Custo unitário sem mat/med	Custo unitário com mat/med	Custo unitário c/ mat/med c/ Exame	Custo unitário - Órteses e próteses (por produção)
Horas cirúrgicas	2.611:35	799:00	1.407,88	1.579,78	1.611,16	145,34
Quantidade de cirurgias	2.611:35	545,00	2.064,03	2.316,04	2.362,04	213,08

Bloco Cirúrgico

Relatório de Demonstração do Custo Unitário dos Serviços

Hospital Miguel Arraes - IMIP - 9/2017

Demonstração do Custo Unitário dos Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADTs)

Centro de custo	Qtde. Equip.	Qtde. (Prod.)	Custo unitário
Bolsas Transfundidas		397,00	212,18
Exames de Análises Clínicas		35.210,00	4,04
Exames de Anatomia Patológica		177,00	51,41
Exames de Ecocardiografia		92,00	84,14
Exames de Endoscopia/Colonoscopia/Broncoscopia		131,00	848,42
Exames de Raios X	2	1.899,00	76,06
Exames de Tomografia	1	633,00	295,24
Exames de Ultrassonografia	2	603,00	136,57
Sessões de Fisioterapia Amb. e Int.		3.108,00	27,60
Sessões de Fonoaudiologia		127,00	53,35
Sessões de Hemodiálise		583,00	547,36
Sessões de Psicologia		275,00	53,40

Unidades de internação

Unidade de produção	Qtde. (Paciente-dia)	Custo unitário sem mat/med	Custo unitário com mat/med	Custo unitário c/ mat/med c/ Exame	Nº de leitos	Dias do mês	% Ocupação
Pacientes-Dia	1.544,00	377,05	469,71	549,41	58,00	30	88,74
Pacientes-Dia Clínica Médica	893,00	382,12	461,99	583,79	30,00	30	99,22
Pacientes-Dia PS Observação	3.177,00	443,78	522,88	693,66	36,00	30	294,17
Pacientes-Dia UTI Adulto	590,00	1.326,68	1.596,67	1.982,09	29,00	30	67,82

Demonstração dos Custos Unitários dos Serviços de PS / Ambulatório / Hospital Dia / Cuidados Paliativos

Centro de custo	Qtde. (Prod.)	Custo unitário sem mat/med	Custo unitário com mat/med	Custo unitário c/ mat/med c/ Exame
Atendimentos de PA / PS	1.337,00	102,30	102,30	161,74
Consultas Ambulatoriais Médicas	1.526,00	102,54	103,82	163,05

Demonstração dos Custos Unitários das Atividades Cirúrgicas

Centro de custo	Horas disponíveis do Mês	Qtde. (Prod.)	Custo unitário sem mat/med	Custo unitário com mat/med	Custo unitário c/ mat/med c/ Exame	Custo unitário - Órteses e próteses (por produção)
Horas cirúrgicas	2.551:35	787:02	1.389,16	1.567,01	1.596,10	142,24
Quantidade de cirurgias	2.551:35	547,00	1.998,75	2.254,65	2.296,50	204,66

Relatório de Demonstração do Custo Unitário dos Serviços

Hospital Miguel Arraes - IMIP - 10/2017

Demonstração do Custo Unitário dos Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADTs)

Centro de custo	Qtde. Equip.	Qtde. (Prod.)	Custo unitário
Bolsas Transfundidas		378,00	227,25
Exames de Análises Clínicas		37.438,00	4,12
Exames de Anatomia Patológica		199,00	46,70
Exames de Ecocardiografia		103,00	62,72
Exames de Endoscopia/Colonoscopia/Broncoscopia		145,00	915,77
Exames de Raios X	2	2.003,00	67,15
Exames de Tomografia	1	1.048,00	205,73
Exames de Ultrassonografia	2	548,00	135,49
Sessões de Fisioterapia Amb. e Int.		3.713,00	25,04
Sessões de Fonoaudiologia		132,00	51,96
Sessões de Hemodiálise		612,00	550,33
Sessões de Psicologia		293,00	29,24

Unidades de internação

Unidade de produção	Qtde. (Paciente-dia)	Custo unitário sem mat/med	Custo unitário com mat/med	Custo unitário c/ mat/med c/ Exame	Nº de leitos	Dias do mês	% Ocupação
Pacientes-Dia	1.680,00	353,95	443,46	496,75	58,00	31	93,44
Pacientes-Dia Clínica Médica	889,00	388,00	483,64	617,43	30,00	31	95,59
Pacientes-Dia PS Observação	3.173,00	443,59	525,14	707,51	36,00	31	284,32
Pacientes-Dia UTI Adulto	771,00	1.198,31	1.510,06	1.864,47	29,00	31	85,76

Demonstração dos Custos Unitários dos Serviços de PS / Ambulatório / Hospital Dia / Cuidados Paliativos

Centro de custo	Qtde. (Prod.)	Custo unitário sem mat/med	Custo unitário com mat/med	Custo unitário c/ mat/med c/ Exame
Atendimentos de PA / PS	1.377,00	103,45	103,45	148,77
Consultas Ambulatoriais Médicas	1.770,00	88,15	89,29	152,41

Demonstração dos Custos Unitários das Atividades Cirúrgicas

Centro de custo	Horas disponíveis do Mês	Qtde. (Prod.)	Custo unitário sem mat/med	Custo unitário com mat/med	Custo unitário c/ mat/med c/ Exame	Custo unitário - Órteses e próteses (por produção)
Bloco Cirúrgico						
Horas cirúrgicas	2.623:35	794:00	1.367,36	1.544,19	1.573,91	149,27
Quantidade de cirurgias	2.623:35	542:00	2.003,11	2.262,15	2.305,70	218,67

Relatório de Demonstração do Custo Unitário dos Serviços

Hospital Miguel Arraes - IMIP - 11/2017

Demonstração do Custo Unitário dos Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADTs)

Centro de custo	Qtde. Equip.	Qtde. (Prod.)	Custo unitário
Bolsas Transfundidas		462,00	182,39
Exames de Análises Clínicas		40.504,00	3,87
Exames de Anatomia Patológica		148,00	61,53
Exames de Ecocardiografia		85,00	90,94
Exames de Endoscopia/Colonoscopia/Broncoscopia		155,00	666,13
Exames de Raios X	2	2.163,00	64,53
Exames de Tomografia	1	941,00	195,41
Exames de Ultrassonografia	2	559,00	126,56
Sessões de Fisioterapia Amb. e Int.		3.598,00	28,85
Sessões de Fonoaudiologia		139,00	47,78
Sessões de Hemodiálise		1,00	355.133,00
Sessões de Psicologia		286,00	29,18

Unidades de internação

Unidade de produção	Qtde. (Paciente-dia)	Custo unitário sem mat/med	Custo unitário com mat/med	Custo unitário c/ mat/med c/ Exame	Nº de leitos	Dias do mês	% Ocupação
Pacientes-Dia	1.556,00	370,53	464,34	750,67	58,00	30	89,43
Pacientes-Dia Clínica Médica	889,00	385,64	470,15	537,26	30,00	30	98,78
Pacientes-Dia PS Observação	3.058,00	476,14	556,00	668,37	36,00	30	283,15
Pacientes-Dia UTI Adulto	744,00	1.187,88	1.492,86	1.751,66	29,00	30	85,52

Demonstração dos Custos Unitários das Atividades Cirúrgicas

Centro de custo	Horas disponíveis do Mês	Qtde. (Prod.)	Custo unitário sem mat/med	Custo unitário com mat/med	Custo unitário c/ mat/med c/ Exame	Custo unitário - Órteses e próteses (por produção)
Bloco Cirúrgico						
Horas cirúrgicas	2.663:00	01:00	1.027.948,20	1.123.666,81	1.147.300,04	71.761,91
Quantidade de cirurgias	2.663:00	534,00	1.925,00	2.104,24	2.148,50	134,39

ANEXO D - CENSO CIRÚRGICO – HMA – 2017

Censo Cirúrgico - HMA - 2017

TIPO	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	TOTAL
Geral	188	171	197	198	178	190	179	183	186	201	172	178	2.221
Urologia	7	3	11	6	5	1	3	2	4	5	6	4	57
Plástica	8	6	7	3	5	6	7	8	5	0	3	0	58
Ortopedia	338	318	338	335	346	333	361	351	351	336	352	361	4.120
Exposta	76	66	82	102	78	76	80	65	84	83	78	98	968
Imagem	4	1	2	0	4	1	0	1	1	0	1	3	18
Urg. Ort.	219	217	219	233	214	229	238	242	0	248	234	214	2.507
Urg. Geral	137	125	155	155	130	124	152	160	0	160	145	148	1.591
Óbito	-	2	1	2	0	1	2	0	1	0	1	2	12
Diurno	379	352	405	364	383	380	395	404	392	402	400	381	4.637
Noturno	166	147	150	178	155	151	155	141	155	140	134	165	1.837
ASA 1	368	314	309	328	316	340	346	325	325	317	326	327	3.941
ASA 2	104	122	156	140	142	126	140	132	154	154	131	154	1.655
ASA 3	67	50	73	64	64	53	55	74	53	55	66	57	731
ASA 4	5	12	17	9	16	12	7	14	15	16	11	8	142
ASA 5	1	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	4
ASA 6	-	-	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
T.G/O/P/I	545	499	555	542	538	531	550	545	547	542	534	546	6.474
T.D/N	545	499	555	542	538	531	550	545	547	542	534	546	6.474