

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

ANA FLÁVIA MARQUES DE SOUSA

**CUSTOS CIRÚRGICOS *VERSUS* REPASSE DO SUS: CONHECENDO A
REALIDADE DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA**

UBERLÂNDIA

2019

ANA FLÁVIA MARQUES DE SOUSA

**CUSTOS CIRÚRGICOS *VERSUS* REPASSE DO SUS: CONHECENDO A
REALIDADE DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional, Mestrado Profissional, da Faculdade de Gestão e Negócios da Universidade Federal de Uberlândia, como exigência parcial para obtenção do título de mestre em Gestão Pública.

Linha de pesquisa: Gestão Pública

Orientador: Prof. Dr. Peterson Elizandro Gandolfi

UBERLÂNDIA

2019

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

S725
2019 Sousa, Ana Flávia Marques de, 1981-
CUSTOS CIRÚRGICOS VERSUS REPASSE DO SUS [recurso eletrônico] : CONHECENDO A REALIDADE DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA / Ana Flávia Marques de Sousa. - 2019.

Orientador: PROF. DR. PETERSON ELIZANDRO GANDOLFI.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Pós-graduação em Gestão Organizacional.

Modo de acesso: Internet.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2019.2194>

Inclui bibliografia.

Inclui ilustrações.

1. Administração. I. ELIZANDRO GANDOLFI, PROF. DR. PETERSON, 1973-, (Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia. Pós-graduação em Gestão Organizacional. III. Título.

CDU: 658

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:
Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074

**CUSTOS CIRÚRGICOS *VERSUS* REPASSE DO SUS: CONHECENDO A
REALIDADE DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA.**

Dissertação aprovada para obtenção do Título de Mestre no programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional, Mestrado Profissional, Universidade Federal de Uberlândia (MG), pela banca examinadora formada por:

Uberlândia, 12 de julho de 2019.

Prof. Dr. Peterson Elizandro Gandolfi (UFU/MG)

Prof. Dr. Álvaro Escrivão Júnior (EAESP/FGV)

Prof. Dr. José Eduardo Ferreira Lopes (UFU/MG)

Prof. Dr. Vinicius Silva Pereira (UFU/MG)

RESUMO

Este estudo foi desenvolvido em um hospital universitário de Minas Gerais, tendo como objetivo principal entender a relação entre os reais custos de cirurgias de média e alta complexidade realizadas em centro cirúrgico e o valor de reembolso repassado pelo SUS referente a estas. O HC-UFU, local de desenvolvimento deste trabalho tem grande importância para a população regional, e também para profissionais e alunos, o que motivou o desenvolvimento deste estudo. Os dados coletados correspondem aos anos de 2008 a 2018, de cirurgias de alta e média complexidade, realizadas exclusivamente no setor centro cirúrgico, e demonstram os gastos diretos das cirurgias (materiais, medicamentos, mão de obra), gastos demonstrados no portal da transparência e ainda, repasses do SUS para os procedimentos cirúrgicos estudados. O método de pesquisa é *ex-post-facto*, com análise da cirurgia, com coleta de dados em documentos e dados secundários. Após análise dos dados pode-se concluir que houve uma queda no total do número de atendimentos à população de 2009 para 2016, porém, com aumento das despesas, principalmente relacionadas a pessoal e encargos sociais. O setor de centro cirúrgico realizou o maior número de cirurgias em 2010 e o menor em 2015. A maior parte das cirurgias realizadas foi de média complexidade. Foram analisadas oito especialidades que se destacaram em referência a quantidade de cirurgias realizadas e aos valores gastos, destas todas apresentaram algum déficit, ou seja, o valor gasto foi maior do que o reembolsado pelo SUS. Esse déficit é maior nas cirurgias de média complexidade, chegando a apresentar uma diferença de 77,4%. A partir da realização deste trabalho foi possível conhecer informações a respeito dos custos cirúrgicos e do reembolso do SUS, que podem embasar a tomada de decisões administrativas buscando uma saída para a crise financeira que assola o hospital universitário.

Palavras-chave: custos cirúrgicos, hospitais universitários, SUS.

ABSTRACT

This study was developed in a university hospital of Minas Gerais, taking the relation as an objective main opinion between the real costs of surgeries of middle and high complexity carried out in surgical center and the value of refund gone over again by the SUS referring to these surgeries. THE HC-UFU, place of development of this study has great importance for the regional population, and also for professionals and students, which caused the development of this work. The collected data correspond to the years from 2008 to 2018, of surgeries of middle and high complexity, when surgical center was carried out exclusively in the sector, and demonstrate the straight expenses of the surgeries (materials, medicines, labor), spent demonstrated in the doorway of the transparency and still, reimbursement of the SUS for the studied surgical proceedings. The inquiry method is ex-post-facto, with analysis of the surgery, with collection of data in documents and secondary data. After analysis of the data can end that there was a fall in the total of the number of services to the population of 2009 for 2016, however, with increase of the expenses, mainly made a list to expenses with people and social responsibilities. The sector of surgical center carried out the biggest number of surgeries in 2010 and the less in 2015. Most of the fulfilled surgeries were of middle complexity. There were analysed eight specialties that stood out in regard to quantity of fulfilled surgeries and the spent values, of this all they presented some deficit, in other words, the spent value was bigger than the recovered for the SUS. This deficit is bigger in the surgeries of middle complexity, coming presenting a difference of 77,4 %. From the realization of this work it was possible to know informations as to the surgical costs and the refund of the SUS, which can embasar the taking decision administrative looking for an exit for the financial crisis that devastates the university hospital.

Keywords: surgical costs, university hospitals, SUS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABC	Método de custeio baseado em atividades
CC	Centro Cirúrgico
CGU	Controladoria Geral da União
CME	Central de Materiais e Esterilização
CTI	Central de Tecnologia da Informação
DM	Diabetes Mellitus
EA	Espondilite Anquilosante
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ESTES	Escola Técnica de Saúde
FAEPU	Fundação de Assistência, Estudo e Pesquisa de Uberlândia
FAMED	Faculdade de Medicina
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
FNS	Fundo Nacional de Saúde
HC	Hospital de Clínicas
HCU	Hospital de Clínicas de Uberlândia
HC-UFU	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia
HU	Hospitais Universitários
IBOPE	Instituto Brasileiro de Opinião e Estatística
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei da responsabilidade fiscal
MEC	Ministério da Educação
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
PNGC	Programa Nacional de Gestão de Custos
PPA	Plano Plurianual
PPGGO	Programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional
PROHOSP	Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS
PROURG	Programa Urgência e Emergência
REHUF	Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RSS	Resíduos sólidos de saúde

RX	Raios X
SEMAC	Setor de materiais especiais e consignados
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAFI	Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal
SIAPE	Sistema Integrado de Administração de Pessoal
SIC	Sistema de Informações de Custos do Governo Federal
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SRPA	Sala de Recuperação Pós-anestésica
SUS	Sistema Único de Saúde
TBMF	Traumatologia Buco Maxilo Facial
TCU	Tribunal de Contas da União
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Total de cirurgias realizadas no CC de 2009 a 2016	51
Gráfico 2- Despesas pagas pelo HC-UFU de 2009 a 2016	52
Gráfico 3 - Despesas com pessoal e encargos sociais pagas pelo HC-UFU em 2014	53
Gráfico 4 - Despesas pagas pelo HC-UFU referentes a pessoal e encargos sociais em 2018.....	53
Gráfico 5 - Gasto total de cirurgias realizadas de 2008 a 2018.....	65
Gráfico 6 - Total de cirurgias realizadas de 2008 a 2018.....	65
Gráfico 7 - Cirurgias de alta complexidade realizadas pela Cirurgia Cardíaca de 2008 a 2018	69
Gráfico 8 - Cirurgias de média complexidade realizadas pela Cirurgia Cardíaca de 2008 a 2018	70
Gráfico 9- Cirurgias de alta complexidade realizadas pela Geral de 2008 a 2018.....	71
Gráfico 10 - Cirurgias de média complexidade realizadas pela Geral de 2008 a 2018.....	72
Gráfico 11 - Cirurgias de alta complexidade realizadas pela Neurocirurgia de 2008 a 2018	73
Gráfico 12 - Cirurgias de média complexidade realizadas pela Neurocirurgia de 2008 a 2018	74
Gráfico 13 - Cirurgias de alta complexidade realizadas pela Ortopedia de 2008 a 2018.....	75
Gráfico 14 - Cirurgias de média complexidade realizadas pela Ortopedia de 2008 a 2018.....	76
Gráfico 15 - Cirurgias de alta complexidade realizadas pela Traumatologia de 2008 a 2018	77
Gráfico 16 - Cirurgias de média complexidade realizadas pela Traumatologia de 2008 a 2018	78
Gráfico 17 - Cirurgias de alta complexidade realizadas pela Urologia de 2008 a 2018	79
Gráfico 18 - Cirurgias de média complexidade realizadas pela Urologia de 2008 a 2018	80
Gráfico 19 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor do repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: valor agregado de todas as cirurgias da especialidade Geral de alta complexidade	87
Gráfico 20 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: Gastroplastia c/ derivação intestinal.....	89
Gráfico 21 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor do repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: valor agregado de todas as cirurgias da especialidade Geral de média complexidade	90
Gráfico 22 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto da cirurgia Laparotomia exploradora.....	91
Gráfico 23 Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: valor agregado de todas as cirurgias cardíacas de alta complexidade.....	92
Gráfico 24 Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto da cirurgia Revascularização miocárdica c/ uso de extracorpórea (c/ 2 ou mais enxertos).....	93
Gráfico 25 Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: valor agregado de todas as cirurgias cardíacas de média complexidade.....	94

Gráfico 26 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto da cirurgia Drenagem com biópsia de pericárdio.	95
Gráfico 27 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: valor agregado de todas as cirurgias neurológicas de alta complexidade	96
Gráfico 28 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto da cirurgia Microcirurgia para tumor intracraniano (com técnica complementar)	97
Gráfico 29 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: valor agregado de todas as cirurgias neurológicas de média complexidade	98
Gráfico 30 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto da cirurgia Tratamento cirúrgico de hematoma subdural crônico	99
Gráfico 31 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: valor agregado de todas as cirurgias oftalmológicas de alta complexidade	100
Gráfico 32 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto da cirurgia Facoeulsificação c/ implante de lente intraocular dobrável.....	101
Gráfico 33 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: valor agregado de todas as cirurgias oftalmológicas de média complexidade	102
Gráfico 34 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto da cirurgia Facectomia c/ implante de lente intraocular	103
Gráfico 35 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: valor agregado de todas as cirurgias ortopédicas de alta complexidade	104
Gráfico 36 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto da cirurgia Artroplastia total primária do quadril não cimentada/ híbrida.....	105
Gráfico 37 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: valor agregado de todas as cirurgias ortopédicas de média complexidade	106
Gráfico 38 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura da diáfise de tíbia	107
Gráfico 39 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: valor agregado de todas as cirurgias traumatológicas de alta complexidade ..	108
Gráfico 40 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: Redução incruenta c/ manipulação de luxação espontânea / progressiva do quadril c/ aplicação de dispositivos de contenção.	109
Gráfico 41 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: valor agregado de todas as cirurgias traumatológicas de média complexidade	110
Gráfico 42 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: tratamento cirúrgico de fratura da diáfise da tíbia.....	111

Gráfico 43 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: valor agregado de todas as cirurgias da especialidade TBMF de alta complexidade	112
Gráfico 44 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: Osteotomia de mandíbula.....	113
Gráfico 45 Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: valor agregado de todas as cirurgias da especialidade TBMF de média complexidade	114
Gráfico 46 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: Redução cruenta de fratura de mandíbula bilateral/ Osteossíntese de fratura unilateral do côndilo mandibular.....	115
Gráfico 47 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: valor agregado de todas as cirurgias urologia de alta complexidade	116
Gráfico 48 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: Prostatectomia em oncologia	117
Gráfico 49 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: valor agregado de todas as cirurgias urológicas de média complexidade	118
Gráfico 50 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: cistoscopia e/ou ureteroscopia e/ou uretroscopia	119

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Quadro de estudos sobre custos em hospitais universitários	34
Figura 2- Organograma do HC-UFU	46
Figura 3 - Imagem do kit de anestesia.....	57
Figura 4 - Imagem do kit básico para ortopedia e traumatologia.....	58
Figura 5 - Imagem do relatório de procedimento e consumo cirúrgico	59
Figura 6 - Fluxograma do ciclo de trabalho de desenvolvimento, distribuição e uso do kit cirúrgico...	61
Figura 7- Imagem das informações da cirurgia Gastroplastia c/ derivação intestinal na tabela SIGTAP	88

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Serviços prestados pelo HC-UFU à população de 2009 a 2016	48
Tabela 2 - Classificação das cirurgias por complexidade, quantidade e soma total de gasto	66
Tabela 3 - Classificação das cirurgias realizadas de 2008 a 2018, de acordo com: gastos totais x especialidade	66
Tabela 4 - Classificação das cirurgias realizadas de 2008 a 2018, de acordo com: gastos totais x complexidade x especialidade	67
Tabela 5 - Tabela com resumo das principais especialidades, classificados por especialidade x complexidade x gasto total	68
Tabela 6 - Análise resumo das especialidades	81
Tabela 7 - Gastos totais x complexidade x especialidade	83
Tabela 8 - Especialidades x cirurgia mais realizada x complexidade	85
Tabela 9 - Estatística descritiva dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: valor agregado de todas as cirurgia de alta complexidade classificados por especialidade	85
Tabela 10 - Estatística descritiva dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: valor agregado de todas as cirurgia de média complexidade classificados por especialidade	86
Tabela 11 - Estatística descritiva dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto da cirurgia Gastroplastia com derivação intestinal.	88
Tabela 12 - Estatística descritiva dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto da cirurgia Laparotomia exploradora.	90
Tabela 13 - Estatística descritiva dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto nas cirurgias de Revascularização miocárdica c/ uso de extracorpórea (c/ 2 ou mais enxertos)	93
Tabela 14 - Estatística descritiva dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto da cirurgia Drenagem com biopsia de pericárdio.....	94
Tabela 15 - Estatística descritiva dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto da cirurgia Microcirurgia para tumor intracraniano (com técnica complementar)	96
Tabela 16 - Estatística descritiva dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto da cirurgia Tratamento cirúrgico de hematoma subdural crônico.....	98
Tabela 17- Estatística descritiva dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto da cirurgia Facemulsificação c/ implante de lente intra-ocular dobrável.....	100
Tabela 18 - Estatística descritiva dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto da cirurgia Facetomia c/ implante de lente intraocular.	102

Tabela 19 -- Estatística descritiva dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto da cirurgia Artroplastia total primária do quadril não cimentada/ híbrida.....	104
Tabela 20 - - Estatística descritiva dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: tratamento cirúrgico de fratura da diáfise da tíbia.....	106
Tabela 21 - Estatística descritiva dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: Redução incruenta c/ manipulação de luxação espontânea / progressiva do quadril com aplicação de dispositivos de contenção.....	108
Tabela 22 – Estatística descritiva dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura da diáfise da tíbia.....	110
Tabela 23 – Estatística descritiva dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto da cirurgia Osteotomia da mandíbula	112
Tabela 24 - Estatística descritiva dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: Redução cruenta de fratura de mandíbula bilateral/ Osteossíntese de fratura unilateral do côndilo mandibular.....	114
Tabela 25 – Estatística descritiva dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: Prostatectomia em oncologia.....	116
Tabela 26 – Estatística descritiva dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: valor agregado de todas as cirurgias da especialidade Urologia de média complexidade.	117
Tabela 27 – Estatística descritiva dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: cistoscopia e/ou ureteroscopia e/ou uretroscopia	118
Tabela 28 - Resumo dos déficits da diferença apresentados, de acordo com a especialidade	119

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	6
1. INTRODUÇÃO	16
1.1. Objetivo Geral.....	19
1.2. Objetivos Específicos.....	19
1.3. Justificativas.....	20
2. FINANÇAS E CUSTOS EM HOSPITAIS PÚBLICOS UNIVERSITÁRIOS	22
2.1. Governança e Finanças públicas	22
2.2. O SUS e os Hospitais Públicos Universitários.....	25
2.3. Custos na área de Saúde no Serviço Público.....	28
2.3.1. Custos na área da saúde: aspectos gerais.....	28
2.3.2. Custos na área da saúde: problematização	31
2.4 Custos em hospitais universitários: pesquisas empíricas	34
3. ASPECTOS METODOLÓGICOS	42
3.1 Tipologia da Pesquisa.....	42
3.2. Procedimento técnico	43
4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	45
4.1 – Objeto de estudo: Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU).....	45
4.1.1 – Um breve histórico sobre o Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU)	45
4.1.2 O Hospital de Clínicas da UFU como campo de ensino	47
4.1.3 – Os serviços prestados pelo HC-UFU à população de 2009 a 2016.....	48
4.1.4 Análise descritiva dos gastos do HCU	51
4.2 Processo histórico da implementação dos kits	56
4.3 Análise descritiva das cirurgias realizadas no Centro Cirúrgico de 2008 a 2018	64
4.3.1 Evolução da quantidade e gastos das cirurgias no período	64
4.3.2. Análise das Principais Especialidades.....	69
4.3.2.1 Cirurgia Cardíaca	69
4.3.2.2 Cirurgia Geral.....	70
4.3.2.3 Cirurgia Neurológica.....	72

4.3.2.4 Cirurgia Ortopédica.....	74
4.3.2.5 Cirurgia Traumatológica	76
4.3.2.6 Cirurgia Urológica.....	79
4.3.2.7 Quadro Resumo das Especialidades.....	81
4.4 Análise descritiva do repasse do SUS	82
4.4.1 Processo de repasse do SUS para o HC	82
4.4.2 Os repasses e o “saldo” dos serviços.....	82
4.4.2.1 Os repasses e o “saldo” dos serviços para Especialidade Geral.....	86
4.4.2.2 Os repasses e o “saldo” dos serviços para Especialidade Cardíaca.....	91
4.4.2.3 Os repasses e o “saldo” dos serviços para Especialidade Neurocirurgia	95
4.4.2.4 Os repasses e o “saldo” dos serviços para Especialidade Oftalmologia	99
4.4.2.5 Os repasses e o “saldo” dos serviços para Especialidade Ortopedia.....	103
4.4.2.6 Os repasses e o “saldo” dos serviços para Especialidade Traumatologia	107
4.4.2.7 Os repasses e o “saldo” dos serviços para Especialidade TBMF	111
4.4.2.8 Os repasses e o “saldo” dos serviços para Especialidade Urologia.....	115
4.4.2.9 Resumo dos déficits das especialidades.	119
4.5 - Elementos que possam contribuir para a melhoria dos processos e gestão dos recursos.....	121
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	123
REFERÊNCIAS	128
Anexo 1 – Exemplo de despesas do HC-UFU constantes no Portal da Transparência.....	139

1. INTRODUÇÃO

A gestão de recursos financeiros pode ser considerada uma das responsabilidades fundamentais da Administração Pública, pois é a partir dela que é recolhido e designado o numerário para aporte dos atendimentos essenciais oferecidos à população (MARINI, 2002).

O erário é uma parte do poder governamental, sendo regulamentado por um aglomerado de leis e regras, que dão suporte para que os serviços públicos aconteçam de maneira adequada, isso acontece em todos os setores do governo, devido a sua utilidade pública (FERNANDES, 2015).

Nesse contexto, identifica-se a atuação da Controladoria Geral da União (CGU), que tem dentre suas obrigações, a função de auxiliar a administração pública no controle do uso das verbas públicas empregadas em investimentos, quanto para custear os serviços oferecidos a população, identificando a ocorrência de possíveis desvios de verbas, que possam provocar rombos aos cofres governamentais (MACHADO, 2015).

De acordo com Silva et al. (2014), as despesas correntes visam atender gastos com pessoal e encargos sociais, juros e encargos da dívida e outras despesas como aquisição de material de consumo, pagamento de diárias, contribuições, subvenções, auxílio-alimentação, auxílio-transporte, dentre outros. Enquanto, para Silva e Triches (2014), despesas de capital incluem investimentos públicos, isto é, a acumulação ou a produção de bens duráveis.

Neste contexto, a CGU tem atribuição de supervisionar os gastos com despesas correntes e de capital, nos três níveis de poder: municipal, estadual e federal, tanto interno quanto externo, agindo como representante da população, buscando uma melhor gestão das finanças públicas (NASCIMENTO, 2015).

Entretanto, Fernandes (2015) certifica que apesar das ações de monitoramento realizadas pelos órgãos de defesa do patrimônio público, a eficiência nas transações econômicas ainda está diretamente relacionada às decisões dos representantes políticos e da conduta ética destes, os quais estabelecem as prioridades orçamentárias.

Considerando que, em 2016, cortes no orçamento público atingiram especialmente as áreas da saúde e da educação, é preciso ter um olhar atento em relação à alocação de investimentos feitas pelos governantes, para que as demandas populares, de fato, constem no planejamento de gastos e as expectativas de diferentes categorias populares se efetivem (ROSSI; DWECK, 2016).

Para o presente estudo, dar enfoque na vigilância da transferência de tributos para a área da saúde é importante porque envolve um direito social fundamental, sendo esta a oportunidade

que o contribuinte tem de ver o imposto que lhe foi cobrado, retornar em serviços de prevenção, tratamento e reabilitação de doenças. Nesse sentido, a preocupação com gastos em saúde pública se justifica, também, pelo fato de a busca por assistência médico-hospitalar ter aumentado consideravelmente nos últimos anos, enquanto que a disponibilidade de assistência caminhou em sentido contrário (NUNES et al., 2016). Diante disso, é imprescindível o acompanhamento da movimentação dos recursos financeiros que se encontram nas mãos dos administradores públicos.

Portanto, a governança é definida como a junção da competência do Estado com a participação popular nas decisões públicas, buscando eficiência e transparência (CARDOSO; MONTEIRO; HASS, 2018). A vista disso, a governança entra nessas estratégias de controle mais urgentes, já que permite a integração entre a sociedade civil organizada e as diversas instâncias do governo. Ademais, inclui transparência, integridade, participação popular e conformidade em sua estrutura (PENA, 2016; RIBEIRO; TANAKA; DENIS, 2017), provendo um campo propício a discussão entre os atores sociais em questão e abrindo espaço a inspeção da destinação dada a verba pública.

A partir dos princípios defendidos pela governança, associados à importância dos serviços de saúde prestados à população torna-se importante e viável conhecer melhor como é a administração financeira dos hospitais públicos universitários, foco do trabalho aqui desenvolvido.

No Brasil existem 45 hospitais vinculados a universidades do Ministério da Educação (MEC), estes são chamados de hospitais universitários (HU's). Os HU's seguem dois tipos de orientação para suas atividades. De um lado, atendendo aos objetivos do MEC, proporcionam a formação de profissionais da saúde em todos os níveis de educação, e ainda, desenvolvem novas tecnologias e pesquisas. De outro lado, respondem aos propósitos do Ministério da Saúde (MS), fornecendo assistência à população referência. Sendo, portanto os HU's subsidiados por recursos do MEC (principalmente folha de pagamento) e do MS através do Sistema Único de Saúde (SUS) (DANTAS, 2011).

O Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), objeto desse estudo, foi criado em 26/08/1970, começando seus trabalhos em outubro do mesmo ano, objetivando servir como centro de instrução para o curso de medicina da Escola de Medicina e Cirurgia de Uberlândia. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, estes estabeleceram uma estrita ligação que hoje resulta em um hospital referência em atendimentos de alta complexidade, que atende 86 municípios da região Triângulo Norte de Minas Gerais, e mais de dois milhões de habitantes (UFU, 2018).

O HC-UFU possui 520 leitos de internação e mais de 50 mil m² de área construída. Tem um pronto socorro porta aberta, ou seja, recebe pacientes 24 horas por dia. Além disso, presta atendimento ambulatorial, de internação e cirúrgico. Dispõe de aproximadamente 66 especialidades médicas entre elas: hematologia, nefrologia, neurocirurgia, cirurgia cardíaca, obstetrícia, planejamento familiar, ortopedia infantil, urologia infantil (UFU, 2018).

No ano de 2017 foram realizados 573.439 atendimentos ambulatoriais, 96.910 atendimentos em pronto socorro, 20.063 internações, 98.509 atendimentos de radioterapia ou quimioterapia, 7.455 sessões de hemodiálise, 2.163.690 exames (análises clínicas, RX, ultrassom, entre outros), 450.259 refeições foram servidas, 1.332.290 kg de roupas foram lavadas (UFU, 2018).

No que diz respeito a cirurgias, foram realizadas 38.989 em 2017. Estas aconteceram em três setores do hospital: centro cirúrgico, centro obstétrico e ambulatório. No centro cirúrgico ocorreram 10.882 procedimentos, realizados por 30 especialidades ou subespecialidades (ortopedia, cirurgia vascular, proctologia, entre outros). Sendo 22,22% de alta e 75,64% de média complexidade (UFU, 2018).

O HCU recebe recursos financeiros de várias fontes: a maioria vem como reembolso pelos serviços prestados, sendo a maior parte originado do Governo Federal através dos programas do SUS, REHUF (Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários) e Fundo Nacional de Saúde (FNS). Outra parte vem do Governo Estadual devido aos programas PROHOSP (Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS) e PROURG (Programa Urgência e Emergência) (BRASIL, 2017).

Embora o HCU tenha diversas fontes de financiamento, o mesmo vive uma crise financeira há anos, tendo apresentado sua pior fase em julho de 2016 com a necessidade de bloqueio de leitos. Essa estagnação pode ser explicada por três principais motivos: a tabela do SUS está congelada desde 2007, ou seja, os valores recebidos pelo hospital vindos do SUS não acompanharam a inflação dos últimos onze anos; o HCU sempre recebe os valores referentes aos serviços prestados com um atraso de no mínimo três meses, o que gera encargos, pois o mesmo não possui capital para fluxo de caixa; o Governo Estadual não faz o repasse de todo valor devido, existem atendimentos que são realizados pelo HCU, mas como ainda não há o credenciamento não acontece a transferência dos valores (BRASIL, 2017).

Com o intuito de avaliar e comparar a relação entre os custos apurados de cirurgias realizadas pelo Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU) e o valor que lhe é repassado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a título de reembolso, pretende-

se então, responder a seguinte pergunta: Qual a relação entre o gasto apurado e o valor pago pelo SUS ao HC-UFU referente as cirurgias realizadas no centro cirúrgico?

Para responder esta pergunta utilizar-se-á o período de janeiro de 2008 a dezembro de 2018. Esse recorte temporal foi delimitado baseado na disponibilidade de dados referente aos custos cirúrgicos.

Serão colhidos dados referentes as cirurgias de média e alta complexidade, as cirurgias de baixa complexidade não serão abordadas, pois, estas acontecem em número insignificante no centro cirúrgico, sendo a maioria realizadas em ambulatório.

A partir do ano de 2008 o HC-UFU passou a contabilizar em planilhas os valores gastos em cada cirurgia, informações estas que são colhidas eletronicamente a partir de boletins cirúrgicos (relatório de procedimento e consumo cirúrgico), prontuário eletrônico e folha de pagamento.

O boletim cirúrgico (figura 5) é composto por cabeçalho e descrição do kit cirúrgico. O kit cirúrgico foi criado em 2003 e nele constam todos os materiais e medicamentos utilizados na cirurgia por paciente.

1.1. Objetivo Geral

Diante disso, o objetivo geral do trabalho buscou entender a relação entre os reais custos de cirurgias de média e alta complexidade realizadas pelo Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU) no centro cirúrgico e o valor de reembolso que lhe foi repassado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no período de 2008 a 2018.

1.2. Objetivos Específicos

Para o alcance do objetivo geral do presente estudo, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- (1) Descrever o processo histórico de criação dos kits cirúrgicos;
- (2) Identificar, classificar, descrever e avaliar os gastos e custos das cirurgias, levando-se em consideração a complexidade, o procedimento e as especialidades;
- (3) Comparar custos apurados e repasses do SUS;
- (4) Apontar elementos que possam contribuir para a melhoria dos processos e gestão dos recursos.

1.3. Justificativas

O presente estudo planeja identificar, classificar e avaliar informações presentes nas bases de dados, relatórios e nos portais digitais da transparência do Governo Federal e do Hospital de Clínicas da UFU, que apresentam em números os gastos ocorridos na realização de cirurgias e os valores recebidos do SUS pelo HC-UFU, referente a estas.

A realização deste trabalho se justifica por ter como tema de estudo os hospitais públicos universitários, que necessitam de elevada quantidade de capital para sua manutenção, e possuem relevante importância no atendimento e à promoção da saúde para a vida da população. Após o percurso do estudo apresenta-se a possibilidade de se conhecer a relação entre os custos reais e os recursos recebidos pelas cirurgias realizadas, identificando os pontos de análise e reflexão para gestores públicos da UFU no sentido de melhorias no gerenciamento de recursos e dos processos, bem como na possibilidade de criar alternativas que viabilizem uma maior capacidade de captação de fundos, especialmente em relação ao questionamento ao SUS quanto aos valores repassados aos hospitais universitários federais.

Este estudo pode ainda servir de incentivo para que novos trabalhos sejam desenvolvidos de maneira mais específica. Tal qual como estudos diferenciando repasses de acordo com porte, complexidade e/ou especialidades cirúrgicas. Com isso, o presente trabalho possibilitará trazer novos diagnósticos situacionais, que poderão servir como fundamento para a criação de novas práticas de gestão, resultando em corte de gastos e permitindo o aumento da assistência à comunidade.

Outra justificativa para o desenvolvimento deste estudo, é que a autora do mesmo é servidora do HC-UFU, sendo lotada no setor de centro cirúrgico desde o ano de 2001. Portanto, a mesma reconhece a importância de se conhecer quais são os custos cirúrgicos e os repasse dos SUS, e que a partir desse conhecimento podem ser criadas estratégias que melhorem a vida financeira da instituição.

Como justificativa didática é relevante citar o Inciso II do Art. 4º do regimento do PPGGO (Programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional):

Art. 4º O PPGGO tem os seguintes objetivos:

II - Atuar com foco em problemas práticos na produção de material intelectual/tecnológico, no âmbito da gestão organizacional de modo a contribuir com o desenvolvimento das organizações em suas diversas funções (UFU, 2015, pag. 2).

É evidente a importância que a assistência prestada pelo HC-UFU tem para a população da cidade de Uberlândia e região. Esse mérito não se deve apenas a quantidade de serviços prestados, mas também ao fato de o HC-UFU ser a referência em atendimentos de alta e média complexidade da sua área de cobertura (UFU, 2018). Além do que, segundo pesquisa do Ibope realizada em 2017, a principal prioridade do brasileiro era melhorar as condições de assistência à saúde da população, este resultado foi evidenciado por quatro anos consecutivos, ou seja, de 2014 a 2017 (IBOPE, 2017). Portanto, a possibilidade de aumentar e melhorar o atendimento a sociedade é relevante.

A partir das informações trazidas no referencial teórico deste estudo será possível constatar a importância de se conhecer a situação financeira de uma organização, principalmente quando a mesma é uma instituição pública que presta serviços essenciais para a população referenciada. Para tanto nesse trabalho tem-se o objetivo de identificar, classificar e avaliar os gastos e custos das cirurgias, entender os repasses do SUS referente a estas, e ainda, buscar encontrar ferramentas que possam melhorar a gestão da instituição hospitalar em questão.

Este estudo está dividido em tópicos: introdução, referencial teórico, metodologia, descrição e análise dos resultados, considerações finais e referências.

2. FINANÇAS E CUSTOS EM HOSPITAIS PÚBLICOS UNIVERSITÁRIOS

2.1. Governança e Finanças públicas

A governança pública está diretamente ligada a diversidade, onde vários sujeitos participam da elaboração das políticas públicas. Resultando em um governo com menor domínio e com uma estrutura de subordinação mais branda, além de, tornar mais relevante as ferramentas de cooperação em detrimento dos princípios científicos (SECCHI, 2009).

Sendo caracterizada pela habilidade do Estado em coordenar e orientar o país, a governança pública apresenta como concepções norteadoras principais: transparência, integridade e prestação de contas. Tem como foco a melhoria da qualidade de vida da população mediante a implementação de instrumentos de eficácia, eficiência e efetividade (PEREIRA, 2010).

Para Ronconi (2011), a governança pública é um modelo de administração adotado pelo governo que cria uma conexão entre diversas categorias, possibilitando a coparticipação entre sociedade civil, mercado e Estado. Resultando na divisão de compromisso entre os envolvidos e não na transferência de responsabilidades do governo para a população. Permite também a criação de ambientes para a tomada de decisões baseadas em justiça, inclusão, emancipação e benefícios coletivos.

De acordo com Santos e Giovanella (2014), a governança deve envolver os modos de exercício da autoridade e os processos de inserção dos interesses sociais na agenda de governo, podendo ser usada como ferramenta analítica para investigação e transformação dos processos de formulação de políticas e gestão de sistemas de saúde.

Ainda pode ser vista como uma nova forma de governo onde a população teria uma atuação mais efetiva, tornando-se colaboradora do Estado, possibilitando alcançar as diversas necessidades da sociedade, resultando em ações que respondam as expectativas da nação e que possuam a participação da coletividade (DIAS; CARIO, 2014).

Para Alcântara, Pereira e Silva (2015), a definição de governança não é certa, podendo seguir por dois caminhos: o da democracia (atuação e colaboração) ou da gestão (gerenciamento, competência e performance).

Oliveira e Pisa (2015), acreditam que a governança pública busca implantar políticas que objetivem atingir o bem comum, melhorando a comunicação com a população, a participação da sociedade e o aumento do comprometimento dos gestores. E ainda ressalta que essas políticas públicas devem ser analisadas quanto a sua eficiência.

Houve um aumento da preocupação do governo em relação à governança, tanto que no fim de 2017 foi editado um decreto que trata exclusivamente do tema. O Decreto 9203/17 define a governança pública como: “conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade”. E que tem como princípios: capacidade de resposta, integridade, confiabilidade, melhoria regulatória, prestação de contas e responsabilidade, e transparência (BRASIL, 2017). A partir desses princípios fica claro a importância de se conhecer a vida financeira das instituições públicas, e a necessidade da implantação de mecanismos eficientes de gestão, que colaborem com a boa governança.

As finanças públicas buscam garantir o gerenciamento dos serviços destinados a população, produzindo incentivos e reparando desequilíbrios que acontecem na economia do país. Pautam-se em atividades que lidam com orçamento, receita, despesas e crédito, ou seja, se atentam para o capital, definindo como este será arrecadado e administrado (PEREIRA, 2012).

Pode também ser chamada de economia do setor público ou economia pública. Tem foco na cobrança de impostos e nos dispêndios do Estado, controla a destinação e o provimento do dinheiro público (ROSEN; GAYER, 2015).

A vigilância das finanças públicas realizada pela sociedade deve possibilitar a reivindicação da implantação de políticas sociais e assegurar a punição caso essas políticas não sejam efetivadas. Devendo a população colaborar rotineiramente na gestão, provando que a cidadania vai muito além do voto, tornando as informações contidas nos portais da transparência do governo importantes ferramentas de controle (SALES, 2012).

Conforme Kashiwakura (2012), é por meio do orçamento público que o Estado se utiliza de um dos principais instrumentos para o planejamento e controle da utilização dos recursos públicos. Esse planejamento é feito anualmente e é justamente nele que se define onde e de que forma serão gastos o capital público.

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 165, contempla o orçamento público, dividindo-o em três importantes instrumentos constitucionais, sendo eles: Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA). Os três instrumentos legais são de iniciativa do Poder Executivo. De maneira simplificada, pode-se dizer que o orçamento em si está inserido na LOA, que o PPA tem função de orientar e planejar gastos à longo prazo, enquanto que a LDO adequa metas fiscais e financeiras de curto prazo (BRASIL, 2018).

O orçamento público pode, efetivamente, garantir a programação de ações e a definição de metas de governança capazes de gerar o bem-estar para a população em uma cidade com desenvolvimento controlado e crescimento ordenado (CARVALHEIRO NETO, 2015).

A eficiência na gestão das finanças públicas ganhou grande importância após os impactos danosos da crise mundial de 2008. E para que essa competência ocorra é necessário utilizar o orçamento como delineador da situação do país, devendo este ser abastecido com informações reais e fidedignas referente à situação orçamentária, financeira e patrimonial dos órgãos públicos (PEREIRA, 2017).

De acordo com o portal virtual do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (2018), o orçamento público é definido como uma ferramenta da organização governamental, sendo composta pelos valores previsíveis arrecadados e pelas despesas do governo, buscando uma estabilidade entre estes.

Consoante com as leis orçamentárias, foi criada também a Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF (Lei Complementar nº 101, de 04/05/2000), que tem como objetivo principal estabelecer: “normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal”. Essa responsabilidade é caracterizada por uma atuação programada e pública que busque a estabilidade financeira do Estado através da previsão de ameaças, reparação de equívocos, presença ativa da sociedade como agente regulador e fiscalizador e ainda, divulgação de dados financeiros nos portais da transparência do governo (BRASIL, 2000).

A LRF colocou os gestores públicos em um ciclo rígido de ações: planejamento, controle e transparência das contas públicas. A partir disso, diversas mudanças aconteceram nas finanças públicas, a estabilidade financeira, os gastos com folha de pagamento, o zelo com os bens públicos, as transações fazendárias passaram a ser controladas e sujeitas a penalidades, possibilitando identificar fraudes, desvios de verba, punir os envolvidos, contribuindo para diminuir a corrupção (MARTINS; MARQUES, 2013).

Segundo Lautenschalage (2017), a LRF teve êxito na busca por melhoria na gestão das finanças públicas, apresentando redução de custos em diversos setores. Porém, o mesmo chama a atenção para o fato de que a LRF não estabelece uma limitação sobre as despesas de capital, podendo ocorrer algum tipo de corrupção nessa instância, o que poderia ser evitado caso houvesse uma alteração na LRF incluindo um controle dos gastos correntes.

É preciso destacar também a importância de se conhecer os custos dos serviços públicos, entendendo que custos e despesas têm significados diferentes. E ainda que, o conhecimento dos custos possibilita aos gestores tomar decisões mais direcionadas, tornando a gestão mais eficiente (FERREIRA, 2014).

Em suma nota-se que o governo através de ações e de legislações norteadoras, busca agir com governança dentro das finanças públicas, procurando atingir um equilíbrio financeiro, associado a atenção ao bem comum mediante o uso da transparência e participação popular, sendo o SUS e os hospitais públicos pontos de relevância e interesse tanto para a população quanto para o Estado.

2.2. O SUS e os Hospitais Públicos Universitários

O sistema público universal de saúde do Brasil teve como seu marco inicial a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), onde se atribuiu ao Estado a responsabilidade de proporcionar à população um sistema público de promoção à saúde, constituído por serviços e estruturas que possibilitam o acesso ao atendimento nos serviços de saúde à toda população, independente da posse de recursos para seu financiamento (BARBOSA, 2013).

Portanto, no país, a assistência e o financiamento público à saúde são realizados por intermédio do SUS. Tal sistema foi implantado a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 e tem como princípios básicos: a universalidade, integralidade e equidade, que são regidos por uma rede descentralizada e hierarquizada, constituindo um sistema democrático por meio da participação social na elaboração e controle das políticas públicas estabelecidas pelas três esferas governamentais (VIEIRA et al., 2016).

O SUS enquanto financiador da área de saúde pública experimenta problemas diários para a sua manutenção: recursos financeiros insuficientes, dificuldades de execução de seus princípios fundamentais, dificuldade em se alicerçar como política pública, impossibilitando ter uma assistência à saúde de qualidade (SANTOS et al., 2012).

Vieira et al. (2016), no que lhe concerne, aponta que o financiamento do SUS tem sido tema recorrente em debates nos meios acadêmicos, nos movimentos sociais e nas instâncias gestoras do sistema, desde a Constituição Federal, por ser considerado insuficiente para atender às necessidades da população brasileira.

Além disso, os hospitais são instituições complexas devido ao tipo de função que desempenham. Apresentam custos cada vez maiores resultantes do perfil epidemiológico e demográfico da população, e do crescente desenvolvimento tecnológico. Estes custos esbarram no constante subfinanciamento do governo brasileiro, apresentando-se como um problema para a manutenção e funcionamento dessas instituições hospitalares (BLANSKI, 2015).

Carvalho (2016) reforça a ideia do aumento de custos, que segundo ele ocorre devido ao crescimento significativo da oferta de novas tecnologias e medicamentos. Que vai na contramão de um SUS que apresenta um financiamento insuficiente da saúde.

Nesse sentido, a eficiência é uma das preocupações centrais dos formuladores e gestores de políticas de saúde, e justificadamente. O cuidado ineficiente pode levar a resultados ruins para os pacientes, seja em termos de saúde, seja em sua experiência no sistema de saúde. Além disso, a ineficiência em qualquer parte do conjunto provavelmente nega a melhoria da saúde aos pacientes que poderiam ter sido tratados se os recursos tivessem sido melhor usados. Melhorar a eficiência é, portanto, uma meta política atraente, especialmente em sistemas que enfrentam sérios problemas financeiros (CYLUS; PAPANICOLAS; SMITH, 2016).

Para Biscaia (2013), é imprescindível a avaliação do gerenciamento desenvolvido nos hospitais universitários. Porque a partir dessa observação será possível alcançar os propósitos fundamentais da governança pública.

Os hospitais universitários (HU'S) ocupam uma posição especial dentro da rede pública de atenção à saúde. Estes têm a função de desenvolver e capacitar profissionais da área da saúde e ainda, aperfeiçoar técnicas e tecnologias usadas na assistência da comunidade, sendo diferentes em relação ao auxílio prestado, amplitude do atendimento e capacidade tecnológica. Ainda assim, todos tem grande importância para a população atendida (BRASIL, 2018).

Biscaia 2013, reforça a ideia da importância dos HU's:

Vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) do Ministério da Educação (MEC) os HUs foram criados para complementar a formação de profissionais da saúde de nível universitário. As funções de ensino e pesquisa sempre foram imprescindíveis a essas instituições. São reconhecidos atualmente por desempenharem papel imprescindível na prestação de serviços aos usuários do Sistema Único de Saúde, com ênfase na atenção de médias e altas complexidades, nos níveis de atenção hospitalar e ambulatorial (BISCAIA, 2013, pag. 36).

Quando os HUs foram criados estes eram custeados integralmente pelo MEC. No entanto, desde 1990 os HUs passaram a receber verbas tanto do MEC quanto do SUS (BISCAIA, 2013).

O Art. 45, da Lei 8080/90 regulamenta o convênio estabelecido entre o SUS e os HUs:

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

Hoje o financiamento dos HUs é feito de maneira bastante complexa, com o recebimento de verbas referentes a produção hospitalar, fomento ao ensino, credenciamento de metas e credenciamento referente aos atendimentos de alta complexidade (PORTILHO, 2016).

Essas metas são definidas em contratos realizados entre os HUs e o SUS. A contratualização é composta de metas motivacionais e controle da execução dos serviços prestados. Portanto, os objetivos dos contratos são definidos previamente e direcionados para resultados (ALEMÃO, 2017).

Os gestores públicos encontram dificuldades para gerir os hospitais, inclusive os universitários devido à falta de capital. O que resulta em uma “saia justa”, onde é preciso definir que tipo de atendimento será priorizado, gerando prejuízo aos pacientes que não fazem parte dessa primazia. Tal fato se deve a complexidade da atividade prestada, que se refere exclusivamente a vidas humanas. Além do que, um recurso que não é empregado corretamente pode acarretar escassez do mesmo (SCHULTZ et al., 2007).

Os hospitais públicos são difíceis de gerir desde a sua criação, estes contam com o constante aumento dos custos devido a inovação tecnológica recorrente, juntamente de ações gestoras acanhadas, realizadas a partir do consenso de um grupo ou baseado em situações prévias, com a participação de gestores despreparados e sem incentivo do governo (SCHULTZ et al., 2007).

Schultz et al. (2007), complementa que os HUs enfrentam conflitos de metas e objetivos, devido ao seu caráter educativo e assistencial. Exemplificando: em um hospital escola é difícil a cobrança pela execução de determinada quantidade de procedimentos, uma vez que os profissionais não apenas atendem o paciente, mas também, orientam alunos.

A crise dos HUs é composta por diversos fatores que torna a resolução do problema ainda mais complexo. Sendo derivada de um contexto histórico onde os hospitais universitários não contam com um compromisso e perspectiva de resultados futuros definidos, não possuem mecanismos que avaliem o desempenho dos serviços prestados, e ainda, enfrentam a modificação do padrão de cuidado ao paciente (aumento da expectativa de vida; aumento constante de inovações tecnológicas; diversidade de intervenções) (MARTINS, 2011).

Os hospitais universitários são instituições que apresentam grande dificuldade de gestão, primeiramente por ter uma composição de objetivos muito diversa e ainda, possuem processos de gerenciamento ultrapassados, resultando em constantes crises. Diante disso foram necessárias algumas intervenções do governo. Em 2003 foi criado um comitê para identificar quais problemas aconteciam nos HUs que não permitiam que estes alcançassem seus propósitos. A partir do diagnóstico situacional desse comitê foi criado o Programa Nacional de

Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) em 2010, com a intenção de resolver problemas institucionais e materiais. E em 2011, foi criada a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) com foco em solucionar principalmente questões relacionadas a gestão de funcionários. Essas iniciativas ainda não podem ser avaliadas de maneira concreta quanto a sua efetividade, devido ao seu pouco tempo de atuação (BARROS, 2013).

Segundo Pinheiro (2019), a atuação administrativa da EBSERH trouxe resultados danosos, com reposição incompleta do número de funcionários e por vezes sem elaboração e sem recolocação total dos funcionários terceirizados.

O Hospital de Clínicas da UFU (HCU), hospital universitário alvo deste trabalho vive em constante crise financeira, como os outros HU's do Brasil. Tal fato pode ser comprovado pelos inúmeros documentos (ofícios, memorandos) confeccionados pelos gestores do HC. Estes registros trazem relatos da falta de leitos, medicamentos, funcionários, equipamentos e foram elaborados para comunicação interna entre os setores e a direção do hospital, e externa, para comunicação entre a diretoria do hospital e os órgãos governamentais envolvidos como por exemplo: MEC, Ministério Público (MP) e Fundo Nacional de Saúde (FNS) (PORTILHO, 2016).

Baseado nesta polêmica, o termo governança tem sido palco de muitas discussões acadêmicas e é presença constante em reuniões de órgãos públicos, e tudo isso na busca por soluções mais eficientes para problemas que acometem a sociedade, principalmente em relação a área econômica (PETERS, 2013). Portanto, para uma gestão hospitalar eficiente é necessário conhecer a realidade financeira da instituição, principalmente no que se refere aos custos.

2.3. Custos na área de Saúde no Serviço Público

2.3.1. Custos na área da saúde: aspectos gerais

Nos anos 1970 o Brasil encontrava-se em uma situação financeira confortável e não havia uma preocupação com os custos públicos. Mas a partir da década seguinte a situação mudou. Crise e concorrência internacional obrigaram o país a diminuir despesas e começar a se preocupar em conhecer os gastos dos serviços que o governo prestava (ALONSO, 1999).

Em 1986 foi criada a Secretaria do Tesouro Nacional, e posteriormente o Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI) que tinha a função de fiscalizar a execução das

despesas. Foi uma grande evolução para a gestão pública, possibilitando conhecer as despesas, mas não os custos, ou seja, não era possível identificar onde ocorriam as perdas e onde o capital federal era melhor aproveitado, o que tornou o estudo dos custos públicos muito importante para a administração (ALONSO, 1999).

As ações desenvolvidas pelo governo federal para a apuração dos custos públicos começaram em 2005 com a criação de uma Comissão Interministerial, que tinha a função de “elaborar estudos e propor diretrizes, métodos e procedimentos para subsidiar a implantação de Sistema de Custos na Administração Pública Federal”. Em 2008 aconteceu uma oficina de trabalho, que gestou um projeto executivo do sistema de custos. Após o desenvolvimento desse projeto, em março de 2010 o mesmo começou a funcionar, sendo chamado de Sistema de Informações de Custos do Governo Federal (SIC). Este retira informações de outros sistemas base do Governo Federal (SIAPE - Sistema Integrado de Administração de Pessoal; SIAFI, entre outros), possibilita a avaliação dos serviços públicos, orienta na tomada de decisão dos gestores, permite o uso adequado do capital social (MINISTÉRIO DA FAZENDA, 2018).

O conhecimento dos custos pelo governo federal é imprescindível para o alcance da eficiência, podendo orientar as decisões dos gestores, verificar diferenças na prestação de serviços das instituições e ainda oferecer parâmetros para a definição do orçamento público (MACHADO; HOLANDA, 2010).

Nesse sentido, Oliveira (2013) vem reafirmar o direito do cidadão ao acesso aos serviços de saúde, enfatizando que para que isso seja possível, é necessário que o Estado disponibilize de recursos financeiros e que tenha uma gestão satisfatória, apesar de o Brasil contar com um Estado burocrático e inábil.

Nessa perspectiva, é preciso ressaltar que os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), previstos na Constituição Federal de 1988, asseguram uma base para a execução da política de saúde. Da mesma forma, o artigo nº 165 desta Constituição estabelece os instrumentos do processo orçamentário público, o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), que compreendem as metas e prioridades a serem executadas da administração pública, em geral, e da saúde, em particular (WEILLER; MENDES, 2016).

A saúde pública no Brasil passou por diversas mudanças ao longo dos tempos. No entanto, a abordagem deste trabalho ocorrerá a partir do ano de 1988 com a criação do SUS, e da sua ligação com os hospitais universitários.

Em 2006 o Ministério da Saúde no uso de suas atribuições criou o PNGC (Programa Nacional de Gestão de Custos), com o intuito de conhecer os custos das instituições prestadoras

de serviços de saúde, e usar essas informações para melhorar a gestão dessas unidades, tanto no sentido econômico quanto social. A primeira ação realizada foi a construção de um manual de orientação para os serviços de saúde, intitulado: Programa Nacional de Gestão de Custos: Manual Técnico de Custos – Conceitos e Metodologia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Como este trabalho trata da verificação de custos nos serviços de saúde pública, a seguir serão explicitados alguns conceitos, e considerações a respeito da importância do conhecimento acerca dos custos.

Pinto et al. (2018) definem custo como um aglomerado de gastos necessário para concretizar uma ação, comprar um produto ou confeccionar uma mercadoria.

Bertó e Beuke (2013, pag. 20), baseados nas concepções mais utilizadas, resumiram que os custos podem ser definidos da seguinte forma: “constitui a expressão monetária dos insumos e consumos ocorridos para a produção e venda de um determinado produto ou serviço.” Mas os autores enfatizam que essa definição é inconclusa, sendo necessário conhecer as particularidades da instituição e a maneira como o serviço é executado.

Para qualquer instituição tomar decisões, é relevante conhecer a condição financeira da empresa, porém, um fator preocupante é nível das informações colhidas relacionadas aos custos. Uma dificuldade encontrada é conseguir instalar um programa de averiguação dos custos que consiga ser competente e produtivo, apesar da complexidade esse sistema é fundamental. Portanto, deve-se procurar a maneira mais acertada de implantá-lo (BORINELLI; BEUREN; GUERREIRO, 2003).

Nos hospitais, a principal justificativa para se conhecer os custos é possibilitar saber quanto é gasto em cada cuidado oferecido ao paciente, nos diversos setores da instituição. A análise dos custos funciona como instrumento de avaliação, administração de rendimento, definição de metas e intervenções, e ainda, fornece o conhecimento da condição financeira hospitalar (VARISCO, 2004).

A implantação de um sistema de custos nos hospitais é necessária, mas, a escolha do melhor método de custeio deve se basear nas especificidades de cada instituição, considerando a complexidade das atividades desenvolvidas e a composição da equipe multidisciplinar (GUIMARÃES; COSTA, 2005).

Segundo Varisco (2004) os custos podem ser caracterizados em vários tipos, porém, nas instituições hospitalares os que merecem destaque e precisam ser conhecidos são: custo fixo (custo constante, que não depende da quantidade de atendimentos realizados), variável (que varia conforme a quantidade de serviços prestados), direto (calculado de acordo com o que é

gasto em cada unidade hospitalar, ou diretamente com o paciente) e indireto (calculado com base em gastos gerais, quando não é possível calcular o gasto individual, energia por exemplo).

Os métodos de custeio mais utilizados em instituições de saúde são sistema de custeio por absorção, sistemas de custeio variável e sistema de custeio baseado em atividades (ABC) (PROGRAMA NACIONAL DE GESTÃO DE CUSTOS, 2006). Em seguida serão apresentadas algumas definições e considerações sobre os mesmos, lembrando que as entidades podem escolher o método mais adequado para sua realidade, e ainda pode ser utilizado mais de um método por instituição.

O método de custeio por absorção pode ser definido como: “apropriação de todos os custos de produção aos bens elaborados, e só os de produção; todos os gastos relativos ao esforço de produção são distribuídos para todos os produtos ou serviços feitos” (MARTINS et al., 2003, pag.24).

O custeio por absorção historicamente é o mais implantado em instituições hospitalares, sendo necessário para sua implantação dividir a entidade em centros de custo (DALLORA; FORSTER, 2008). Segundo Asta, Barbosa (2014) pode ser classificado de duas formas: integral (todos os custos, independente da sua classificação são destinados ao produto ou serviço) e ideal (o cálculo do custo do produto ou serviço é feito separando o que é custo do que é desperdício).

O custeio variável só calcula os custos variáveis. Os custos fixos são tratados como despesas de determinado intervalo de tempo, e são alocados diretamente no final do cálculo (MARTINS et al., 2003).

O custeio ABC é um método complexo, porém, mais abrangente. Possibilita conhecer os custos através da compreensão das atividades desenvolvidas nas instituições e a relação destas com os produtos ou serviços. Adota uma estrutura que reduz os desvios causados pela divisão fortuita dos custos indiretos, sendo uma importante ferramenta de gestão (MARTINS et al., 2003).

2.3.2. Custos na área da saúde: problematização

Os hospitais encaram diversos problemas relacionados a sua manutenção financeira. Tal fato ocorre desde a criação dos mesmos, onde os gestores não se preocupavam com os custos e ainda hoje o estabelecimento de sistemas de custeio é visto por muitos de maneira negativa. Além disso outros fatores prejudicam a implantação de mecanismos de acurácia dos custos: caráter social e eventualmente religioso da entidade; presença da figura médica como

administrador, mesmo este não tendo competência técnica para tal função; questões legais, já que toda a população tem direito ao acesso gratuito assegurado por lei (JERICÓ; CASTILHO, 2010). Negra e Negra (2001), acrescentam outros fatores além destes, a saber: complexidade em compreender o vocabulário médico e ausência de disposição dos funcionários na busca de conhecer a realidade econômica da instituição.

Negra e Negra (2001), destacam várias vantagens na implantação de sistemas de custos hospitalares: possibilidade de identificar se o custo dos procedimentos realizados é maior ou menor que o repasse do governo, apresentação da descrição temporal da evolução dos custos, permite diferenciar custo fixo de custo variável, uniformiza o conhecimento a respeito da vida financeira hospitalar, aponta para procedimentos que apresentam custos mais elevados e precisam ser acompanhados mais de perto.

A preocupação com a eficiência da gestão hospitalar tem aumentado. Pereira e Schutz (2012) reforçam a necessidade da implantação de ferramentas de custeio, já que a gestão hospitalar é limitada devido à falta de conhecimentos acerca dos atendimentos prestados, dos materiais e medicamentos utilizados e ainda do custo real dessa assistência.

O gerenciamento de custos é uma ferramenta administrativa indispensável em qualquer empresa, seja ela pública ou privada. Essa ferramenta possibilita o manejo do capital, conhecimento real dos custos, oportunizando planejamentos mais funcionais (OLIVEIRA et al., 2012). Propicia a construção de um orçamento com veracidade e ainda, serve de subsidio para questionar o estado quanto aos valores repassados aos hospitais públicos (MADEIRA, TEXEIRA, 2004).

Uma grande inquietação dos administradores públicos é a busca por melhoria da gestão hospitalar, a partir disso tem-se buscado uma adequação do controle dos gastos, que tem seu aumento justificado pelo crescimento da demanda por atendimentos de alta tecnologia e pela constante queda dos recursos públicos (BONACIM; ARAÚJO, 2010).

Os hospitais públicos têm apresentado um aumento da preocupação em relação à eficiência. E um diferencial para se alcançar esse propósito é a qualidade dos insumos adquiridos por essas instituições. Para se conseguir atingir a eficiência é preciso comprar produtos de qualidade, em quantia apropriada e valor aceitável (LUIZA; CASTRO; NUNES, 1999).

Kara-Junior et al. (2010) destacam que um dos princípios básicos de economia em saúde pública é o de adotar medidas racionalizadas, que propiciem redução de custos, sem aumentar os riscos à saúde. Consoante Weiller e Mendes (2016), a política de saúde, com vistas a um processo de mudança e melhora das condições de vida da população, deve vir sempre

acompanhada de um contexto que apresente um modo de gestão dessa ação pública e seus respectivos monitoramento e avaliação.

O levantamento dos custos em hospitais públicos é uma atividade multifacetada devido à variedade dos atendimentos fornecidos. Para que esse levantamento seja fidedigno é necessário o uso de um sistema de informações eficaz e que sejam delimitadas centrais de custo. A partir de uma apuração de custos eficiente podem ser implementadas diversas ações /gestoras: determinação saldos por atendimento, orientação das atividades, reconhecimento de áreas inoperantes gerando um crescimento dos serviços prestados à população (BONACIM; ARAÚJO, 2010).

As constantes crises dos hospitais públicos, as modificações globais e a fragilidade financeira tornam o gerenciamento de custos um instrumento obrigatório de gestão. O uso de uma ferramenta que identifique os gastos hospitalares proporciona o conhecimento destes, possibilitando a melhoria do atendimento prestado, a aquisição de inovações tecnológicas, o planejamento mais eficiente e coordenado das ações administrativas. Além de implantar um sistema de custos é também necessário que os gestores tenham um comportamento mais atuante e que os funcionários públicos mudem os seus conceitos, para que sejam conduzidos a perceber a importância em registrar e apresentar as atividades desempenhadas (OLIVEIRA et al., 2012).

Em todo o mundo é consenso que a gestão hospitalar é uma situação problemática, devido a heterogeneidade da atividade prestada, que inclui a grandiosidade e a relevância de se cuidar de vidas e ainda, por contar com equipe pluridisciplinar, que tem independência para definir a assistência mais adequada ao paciente. Além disso, o hospital conta com diversas atividades em sua estrutura (centro cirúrgico, lavanderia, farmácia, entre outros) o que o torna mais complexo (ALEMÃO; GONÇALVES; DRUMOND, 2013).

Para a sociedade brasileira é unânime a opinião de que a vida financeira dos hospitais públicos vive em desalinho. Fato que pode ser explicado pela falta de identificação dos custos, pelo não uso de métodos de custeio, o que dificulta a elaboração de ferramentas de gestão, impossibilitando o melhor uso do dinheiro público (ALEMÃO; GONÇALVES; DRUMOND, 2013).

Oliveira et al. (2014) concordam que é preciso mudar a cultura do servidor, e ainda completam que é necessário que as instituições hospitalares apurem os custos ocorridos, divulguem esses dados, disponibilizem treinamentos que explicitem maneiras de reduzir custos e diminuir os desperdícios. E ainda, que os trabalhadores de hospitais escola devem atuar como disseminadores da importância do gerenciamento dos custos.

É consenso entre os autores referenciados que os hospitais públicos sempre enfrentaram crises financeiras, devido à sua dificuldade de gestão e ao capital recebido sempre abaixo do necessário, tornando inadiável o conhecimento das finanças destas instituições, sendo recomendado que essa percepção comece pelos custos. Dada a importância de tal assunto, o próximo conteúdo deste estudo mostra a busca por pesquisas empíricas que tratem do tema custos e hospital universitário.

2.4 Custos em hospitais universitários: pesquisas empíricas

Para realização desta etapa do trabalho foi feita uma busca na base de dados do Portal de Periódicos Capes, utilizados como balizadores as palavras custos e hospital universitário, pois, estas representam especificamente o tema deste estudo. E ainda definido que seriam utilizados apenas publicações caracterizadas como artigos que foram publicados nos últimos dez anos.

Nessa primeira busca as palavras custos e hospital universitário poderiam se localizar em qualquer lugar do estudo, foram encontrados então 368 artigos que satisfaziam essa pesquisa. Porém, ao começar a leitura dos mesmos, a autora notou que o assunto procurado não estava presente no desenvolvimento destes, aparecendo muitas vezes essas palavras nas referências bibliográficas.

Foi realizada uma nova pesquisa, onde a palavra custos deveria aparecer no assunto, e o termo hospital universitário poderia aparecer em qualquer local do artigo. Mantendo apenas artigos publicados nos últimos dez anos. Foram encontrados nessa busca 18 estudos, destes 4 foram excluídos: 1 por estar repetido e 3 por não abordar o tema pesquisado (1 tratava das dificuldades de acesso dos pacientes à cirurgia de catarata; 1 falava dos fatores relacionados à interrupção do tratamento de glaucoma e outro era relacionado a pesquisa dos fatores que estão associados as internações por hipertensão arterial). Após essa explanação concluímos que apenas 14 artigos satisfazem a nossa pesquisa, estes aparecem por ordem de relevância na figura 1.

Figura 1- Quadro de estudos sobre custos em hospitais universitários

Autores	Objetivos	Aspectos metodológicos	Principais resultados
COSTA ET AL. (2012)	Analisar os custos diretos e indiretos dos programas de educação	Estudo transversal e quantitativo	O setor analisado no estudo é passível de instalação integral de um sistema de análise de custos;

	continuada para a equipe de enfermagem de um hospital universitário público.		Reforça a importância da gestão de custos nas instituições hospitalares, através da implantação de sistemas de custeio;
BORGES (2015)	Levantar se o valor repassado pelo SUS é suficiente para cobrir os custos das diárias de UTI pediátrica em hospitais Universitários de Ensino.	Revisão bibliográfica; Estudo de caso.	O estudo demonstrou um déficit referente ao que é gasto nas diárias da UTI pediátrica e o que o SUS repassa ao hospital. Reforçou a possibilidade de cobrar do Ministério da Saúde o aumento da tabela de repasse do SUS.
LIMA ET AL. (2012)	Identificar os custos das internações de gestantes portadoras de Diabetes Mellitus (DM) de um Hospital Universitário.	Estudo observacional, quantitativo com análise descritiva dos dados.	O estudo concluiu que é importante conhecer os custos desse tipo de atendimento, porque o mesmo acontece várias vezes durante a gestação tornando-se dispendioso.
PORTELA ET AL. (2010)	Determinar o custo do transplante hepático realizado em um hospital de ensino do Ceará, comparando com o valor repassado pelo SUS.	Estudo quantitativo com busca de informações em prontuário e sistema administrativos do hospital.	O custo dos transplantes hepáticos realizados no hospital estudado é semelhante ao de outros hospitais do Brasil; Do ponto de vista econômico, baseado no repasse feito pelo SUS, o transplante de fígado é um procedimento viável.
SALGADO JÚNIOR, 2010	Avaliar os efeitos de algumas providências para reduzir os custos da cirurgia bariátrica, adotando como referência a remuneração do procedimento pelo Sistema Único de Saúde	Análise retrospectiva; Período: 2004 a 2007	Mesmo com a implantação de medidas que visavam a economia na realização do procedimento, isso não ocorreu, devido ao aumento nos custos dos procedimentos médicos. Tal fato reforçou a importância de manter o conhecimento dos custos dos tratamentos, e a avaliação constante da viabilidade dos repasses do SUS.
BONACIM; ARAÚJO, (2010)	Analisar a situação do sistema de custos do HC da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), e avaliar a proposta de mudança de metodologia de custeio: do método absorção para o custeio baseado em atividades (ABC).	Estudo descritivo, qualitativo. Estudo de caso. Triangulação de dados.	Dificuldade de usar método de custeio ABC, devido a incompatibilidade entre os sistemas de informação, ou a falta destes. Ausência de confiabilidade das informações. Importância da implantação de métodos de custeio como facilitador para melhor gestão do capital público.
SCHUTZ ET AL. (2012)	Estimar o custo da assistência de enfermagem na UTI de um hospital universitário; identificando o tempo médio de assistência de cada plantão.	Pesquisa de campo, prospectiva, de abordagem quantitativa, do tipo descritivo-exploratória.	Possibilitou a criação de uma metodologia de cálculo de custos válida; Destacou a importância do conhecimento dos custos tanto em instituições hospitalares públicas ou privadas;

LIMA, S.A.M ET AL. (2012)	Analisar os custos diretos do tratamento cirúrgico conservador do câncer mamário, realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em um HU, verificando o impacto da abordagem oncolástica sobre estes custos.	Estudo de caso; Período: 2005 a 2010.	A opção pelo método de tratamento oncolástico é mais caro, gerando maiores custos para o SUS.
NOGUEIRA; CASTILHO (2016)	Mapear e validar os subprocessos do manejo de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) no Centro Cirúrgico (CC) e calcular o custo dos materiais.	Pesquisa exploratória descritiva; Quantitativa; Estudo de caso.	O estudo demonstrou ser possível conhecer os custos e a sua projeção através da implantação do mapeamento dos mesmos, e destacou a importância desse conhecimento.
SCHNEIDER ET AL. (2013)	Avaliar o custo total com resíduos de serviços de saúde (RSS) em um hospital escola.	Estudo de caso, com implantação de um método de gerenciamento de RSS	A implantação do método de gerenciamento de RSS testado geraria importante economia;
SILVA, BORGERT, SCHULTZ (2009)	Sistematização de uma metodologia de custeio, para mensuração de custos de procedimentos médicos hospitalares.	Pesquisa bibliográfica; Teste do modelo conceitual;	O estudo concluiu que o método de custeio baseado em atividades pode ser utilizado para mensuração de custos e como ferramenta de gerenciamento hospitalar.
SCHULTZ; WEISE; BORGERT (2009)	Análise das diferentes formas de cálculo da depreciação na legislação fiscal no Brasil e na Alemanha	Estudo descritivo, que analisou a depreciação de um tomógrafo, e da construção anexa em um hospital público e em um privado.	O estudo demonstrou que na Alemanha a mesma taxa de depreciação é aplicada para hospitais públicos e privados, enquanto que, no Brasil essa taxa é aplicada apenas em hospitais privados.
OGATA ET AL. (2016)	Estimar os custos das internações de bebês prematuros que a mãe tenha recebido ou não corticoides.	Corte retrospectivo; Bebês prematuros de 26 a 32 semanas; Período: 2006 a 2009	O estudo mostrou que o uso de corticoides antenatal diminuiu os custos das internações dos recém-nascidos.
AZEVEDO ET AL. (2016)	Descrever o uso de recursos públicos para o tratamento da espondilite anquilosante (EA) em um hospital terciário; Estabelecer os custos diretos e indiretos para tratamento da EA	Estudo transversal; Período: 2011 a 2012.	Aumento do custo do tratamento de EA devido a introdução de novas tecnologias.

Fonte: elaborado pela autora a partir de publicações

Pode-se observar que a maioria dos estudos que aparecem na figura 1 objetivam conhecer os custos de algum procedimento hospitalar, mas em nenhum o serviço prestado é o mesmo, como é o caso de Costa et al. (2012); Borges (2015); Lima et al. (2012); Portela et al. (2010); Salgado Júnior (2010); Schutz et al. (2012); Lima et al. (2012); Ogata et al. (2016); Azevedo et al. 2016.

Quando nos referimos aos principais resultados dessas pesquisas, identificamos analogia entre alguns autores que enfatizam a importância do conhecimento dos custos e da implantação de métodos de custeio, corroboram com esse pensamento Costa et al. (2012); Lima et al (2012); Salgado Júnior (2010); Bonacim, Araújo (2010); Schutz et al. (2012); Nogueira, Castilho (2016).

Uma outra observação importante apontada por alguns autores é que o valor repassado pelo SUS não é suficiente para cobrir os custos dos procedimentos estudados, colaborando para aumentar as dificuldades financeira enfrentadas pelos hospitais públicos brasileiros (BORGES, 2015; SALGADO JÚNIOR, 2010).

Nos parágrafos seguintes são apresentadas algumas pesquisas empíricas, encontradas na base de dados Google Acadêmico, que tratam de custos em unidades de saúde públicas e privadas, estes estudos não foram contemplados na investigação realizada anteriormente, mas, colaboram para demonstrar a complexidade e importância dessa pesquisa, sendo apresentados em ordem cronológica.

Schultz (2007) procurou identificar e descrever os fatores envolvidos na gestão de custos em HUs de alta complexidade. Estudo realizado entre fevereiro de 2006 e junho 2007, trouxe como principais resultados: O HU não possuía um setor de patrimônio; O método de custeio implantado possuía limitações devido à falta de integração entre os sistemas de informação e que o ressarcimento do SUS não era suficiente para cobrir os custos;

Segundo Borgert, Alves e Schultz (2010), os trabalhos publicados em revistas científicas e congressos apresentam-se em número reduzido, sendo a maioria relacionados aos conhecimentos de custos de determinados procedimentos ou a respeito da implantação de métodos de custeio. Uma minoria destes estudos trata dos motivos que atrapalham a implantação dessas ferramentas, onde os autores acreditam que isso aconteça devido a heterogeneidade e as dificuldades de entrada no âmbito hospitalar.

Jericó e Castilho (2010) em um estudo de caso avaliaram a implantação do método de custeio ABC em uma central de material e esterilização (CME) de um hospital universitário no ano de 2006. Eles puderam fazer algumas observações: que existe dificuldade em implantar o método ABC, devido a sua complexidade; a maneira de executar as atividades pode influenciar

nos custos; e ainda reafirmaram a importância do conhecimento dos custos como ferramenta de gestão.

Uma pesquisa desenvolvida em um hospital do estado do Mato Grosso no ano de 2008, buscou conhecer a realidade econômica e administrativa da instituição. O hospital em questão é municipal e público e recebia recursos apenas do SUS. Os autores evidenciaram a importância de se identificar a situação financeira da casa de saúde e ainda, reafirmaram a relevância da implantação de métodos de custeio, como norteadores de gestão. O estabelecimento contava com um cenário econômico deficitário, tendo como possibilidade de aumento do subsídio, o aumento dos atendimentos, já que o mesmo contava com áreas subutilizadas (SOUZA; SCATENA, 2010).

Schultz e Siqueira (2011), desenvolveram uma revisão bibliográfica referente as publicações ocorridas entre os anos 2000 e 2010, em revistas latino americanas, espanholas e brasileiras sobre o tema “custos hospitalares”, relacionados a atuação da equipe de enfermagem. Os mesmos não encontraram quantidade significativa de produções, enfatizando que tal fato é desfavorável à condição econômica do hospital, visto que a equipe de enfermagem é quem mais tem contato com os materiais utilizados na assistência ao paciente, e ainda o enfermeiro tem dentre suas atribuições a responsabilidade de gerenciar o ambiente.

Zuliani et al. (2012) caracterizaram as unidades pediátricas semi-intensivas e intensivas de um hospital de ensino e verificaram o consumo e os custos de materiais utilizados na assistência a pacientes internados nessas unidades. Demonstraram que o método de custeio ABC é indicado para averiguar custos em UTIs devido à complexidade do serviço, servindo como ferramenta para reduzir desperdícios e maximizar o uso de recursos.

Em um estudo realizado em um hospital privado do Mato Grosso do Sul, no ano de 2009, que buscava conhecer o resultado da apuração de custos por procedimentos médico-hospitalares, os autores reforçam a importância da implantação de sistemas de custos em hospitais, mas, relatam que a implantação do sistema de custeio ABC é muito complexa e praticamente impossível de ser realizado em todo o hospital, sendo indicado para ser usado em setores específicos. Acreditam ainda, que o ideal é a implantação de centros de custo na instituição, com a intenção de conhecer a realidade financeira e replicar essas informações para a equipe buscando estratégias de gestão (LEONCINE; BORNIA; ABBAS, 2012).

Carmo, Martins e Gandolfi, (2012) avaliaram o uso de metodologia estatística de regressão linear múltipla como ferramenta de análise de custos em um hospital público. Concluindo que a estatística linear múltipla pode ser usada como ferramenta de previsão de custos com medicamentos na unidade estudada.

Bócoli et al. (2013) analisaram os custos do tratamento cirúrgico de carcinomas cutâneos, realizado em um HU. Concluindo que o SUS repassa um valor insuficiente para cobrir os custos dos procedimentos estudados e reforçando a importância da implantação de um método de custeio como ferramenta de gestão.

Alemão, Gonçalves e Drumond (2013) realizaram um trabalho intitulado: “Estudo da utilização da informação de custos como ferramenta de gestão em organização pública: o estudo do SIGH–CUSTOS”, desenvolvido com o objetivo de criar uma base de conhecimento fundamentada em informações de custos padronizados na Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG) no período de 2010 a 2013. Os autores puderam concluir que a implantação de uma ferramenta de gestão de custos é fundamental para auxiliar na tomada de decisão, tanto relacionada a vida financeira do hospital quanto as ações de reconhecimento dos processos de trabalho, sendo útil em qualquer tipo de instituição pública. A implantação do sistema de informações em questão possibilitou várias evoluções dentro da organização, dentre elas: melhor entendimento entre os diversos setores, aumento da disponibilidade dos trabalhadores em dividir conhecimento, possibilitou evidenciar situações de conflito que necessitavam de atuação imediata, e ainda permitiu a criação de parâmetros de performance nas diversas áreas.

Oliveira et al., (2014) em seu estudo sobre o custo de tratar o pé diabético, desenvolvido em um hospital público de média complexidade, no período de janeiro de 2011 a abril de 2012, relatam que na maioria das instituições que recebem pelo SUS, o mesmo paga apenas um valor de tabela referente ao procedimento. Geralmente não são pagos custos adicionais referentes a medicamentos e materiais, o que gera um saldo negativo entre a receita e a despesa das hospitalizações. Nesse estudo particularmente, dos 44 casos estudados, apenas 4,7% dos casos os valores pagos pelos SUS foram compatíveis com os custos hospitalares.

Um relato de caso desenvolvido na Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG), relacionado ao conhecimento dos custos do transplante de fígado, a partir da implantação do método de custeio ABC trouxe confirmação da necessidade de estabelecimento de sistemas de custeio em instituições hospitalares. Além disso mostrou a importância do uso do sistema ABC, concluindo que o mesmo possibilita conhecer a correspondência entre as atividades prestadas, determinando parâmetros, identificando diferença de custos entre procedimentos, auxiliando nas decisões estratégicas dos gestores (ALEMÃO et al., 2015).

Regonha, Baungartner e Scarpi (2016), em seu estudo sobre a relação entre custos e preços em clínicas oftalmológicas, desenvolvido de setembro a novembro de 2003, reforçam a influência do conhecimento dos custos nas decisões dos gestores hospitalares, afirmando que conhecer os custos nos fornecem informações essenciais. Sendo necessário também confrontar

a receita e os custos, e ainda definir um método de custeio que seja mais adequado a instituição de saúde em questão.

Em um estudo realizado para se conhecer as publicações nacionais e internacionais, realizadas entre 1995 e 2015 que tratavam dos métodos de custeio ABC e TDABC utilizados em hospitais, os autores puderam concluir que dos 39 trabalhos encontrados apenas um tratava do método TDABC, ou seja, isso mostra que a ferramenta de aferição de custos ABC é a mais utilizada nas instituições hospitalares pesquisadas (ABBAS et al., 2016).

Rached e Mathias (2018), em seu estudo “Monitoramento do faturamento nos setores de urgência/emergência no Sistema Único de Saúde: proposta de um roteiro para auxiliar o gestor”, buscou desenvolver um mecanismo para avaliar a precisão das informações a respeito dos procedimentos realizados, analisando se tudo o que é feito, é realmente lançado no sistema de informações ambulatoriais (SIA). Essa pesquisa foi feita no âmbito municipal em instituições de saúde credenciadas ao SUS. Essas entidades recebem recursos do SUS através de pactuação e não de acordo com a produção. Os autores comprovaram que os atendimentos prestados não são anotados em sua totalidade. Evidenciando a importância da mudança de comportamento em relação a relevância de se registrar de maneira fidedigna todo atendimento prestado. Informações confiáveis servem de embasamento para decisões acertadas a respeito de políticas públicas, ou seja, necessidades reais da população e ainda, uma avaliação acertada do faturamento da instituição.

Selmo (2018), em seu trabalho intitulado: “A Crise no Orçamento Público da Saúde: O impacto das Decisões Judiciais no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)” relata que segundo o gestor da unidade, o HC da UFPE recebe recursos do SUS de acordo com os procedimentos que executa, e também do REHUF, porém, esses recursos são insuficientes. Mas que a partir da intervenção da empresa EBSEH, o capital recebido aumentou.

Em um estudo desenvolvido por Magalhães et al. (2018), foi comparado o valor repassado pelo SUS, durante os anos 2008 a 2017, referente a cirurgias neurológicas e o valor gasto pelo hospital nesses procedimentos. Os autores puderam concluir que aconteceram insignificantes aumentos nos repasses do SUS, e que em torno de 80% dos procedimentos neurocirúrgicos estudados nesse trabalho estão recebendo valores que não tiveram nenhum aumento durante os anos estudados, e, portanto, devido a inflação os hospitais recebem do SUS valores inferiores ao que foi gasto.

Nessa segunda exposição de estudos desenvolvida aqui, pode-se observar que algumas considerações se repetem, e outras completam as observações feitas anteriormente. A maioria

dos autores trata da busca pelo conhecimento dos custos de algum procedimento médico hospitalar ou da implantação de algum método de custeio, são eles: Schultz (2007); Jericó, Castilho (2010); Zuliani et al. (2012); Leoncine, Bornia, Abbas (2012); Carmo, Martins, Gandolfi (2012); Bócoli et al. (2013); Alemão, Gonçalves, Drumond (2013); Oliveira, A. F. et al. (2014); Alemão et al. (2015); Regonha, Baungartner, Scarpi (2016).

Em relação as conclusões também ocorre a repetição de algumas constatações, uma delas é quando os autores ressaltam que é muito importante conhecer os custos e aplicar algum método de custeio nas instituições hospitalares, concordam com essa afirmação: Souza, Scatena (2010); Bócoli et al. (2013); Alemão, Gonçalves, Drumond (2013); Alemão et al. (2015); Regonha, Baungartner, Scarpi (2016).

Schultz (2007); Bócoli et al. (2013); Oliveira et al. (2014); Selmo (2018) e Magalhães et al. (2018) concluíram em seus estudos que o repasse do SUS é insuficiente para cobrir os custos com os procedimentos estudados.

Outra resposta relevante que foi encontrada nesses estudos refere-se especificamente ao método de custeio por atividades (ABC). Este método foi abordado em alguns estudos, e os autores concordam em dizer que o mesmo é adequado para ser utilizado em instituições hospitalares, devido a diversidade dos serviços prestados, porém, o ABC é de difícil implantação devido a sua complexidade (JERICÓ; CASTILHO, 2010); (ZULIANI et al., 2012); (LEONCINE; BORNIA; ABBAS, 2012); (ALEMÃO et al., 2015).

Borgert, Alves, Schultz (2010) e Schultz, Siqueira (2011) em suas revisões bibliográficas puderam constatar que existiam poucas publicações relacionadas aos custos hospitalares, reforçando a necessidade de mais publicações na área.

Após a breve explanação desses estudos e considerações a respeito dos mesmos é possível perceber a importância de se conhecer os custos na área da saúde, em especial nos hospitais, e identificar qual a relação destes com o repasse feito pelo SUS, reforçando a importância do desenvolvimento deste trabalho. Na sessão seguinte será explicitado como esse estudo será desenvolvido.

3. ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 Tipologia da Pesquisa

Nessa parte do trabalho serão explicitados conceitos norteadores das pesquisas, e ainda como a investigação da qual trata esse estudo será elaborada, incluso todos os aspectos que a envolvem.

O método utilizado nessa pesquisa é o *ex-post-facto*, trazendo como objeto/ unidade de análise o procedimento cirúrgico, com coleta de dados em documentos e dados secundários. “A tradução literal da expressão *ex-post-facto* é “a partir do fato passado”. Isto significa que neste tipo de pesquisa o estudo foi realizado após a ocorrência de variações na variável dependente no curso natural dos acontecimentos” (GIL, 2007, pag. 49).

A pesquisa *ex-post-facto* tem como principal finalidade apurar a ocorrência de correlação entre as variáveis. O investigador busca conhecer eventos que já aconteceram e atuar sobre os mesmos, como se estes pudessem ser controlados (GIL, 2007).

Quanto à abordagem do problema a pesquisa é mista, ou seja, quantitativa e qualitativa. Quanto aos objetivos é descritiva. A coleta de dados foi realizada a partir de documentos, bases de dados secundários e observação. Os procedimentos de análises foram a análise estatística, análise documental e análise de conteúdo (observações).

Assim, como para responder à pergunta de pesquisa foi necessário buscar avaliar aspectos quantitativos dos dados de custos de internação, a pesquisa quantitativa utiliza amostragem abrangente, com apresentação de dados numéricos e análise destes por meio de técnicas estatísticas (LAKATOS; MARCONI, 2007). Neste trabalho foi utilizado o software SPSS, esta ferramenta proporciona inúmeras possibilidades de análises, aqui utilizadas média, mediana, valor máximo e valor mínimo.

Para tal análise, entende-se que a observação participante seja de fundamental importância pois segundo Lakatos e Marconi (2007, p.277) “implica na interação entre investigador e grupos sociais, visando coletar modos de vida sistemáticos, diretamente do contexto ou situação específica do grupo”. Portanto, além de quantitativa essa pesquisa também será qualitativa, tal fato se justifica porque a autora trabalha no ambiente estudado e devido a essa vivência, desenvolverá um diário de campo, relatando observações, reflexões e comentários acerca do tema em questão.

O caso de estudo aqui delimitado é o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Mais especificamente estudamos o repasse do SUS referente as cirurgias realizadas no centro cirúrgico do HC. Com o intuito de avaliar e comparar a relação entre os reais custos de cirurgias realizadas pelo Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU) e o valor que lhe é repassado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a título de reembolso, pretendeu-se então, responder a seguinte pergunta: Qual a relação entre o gasto real e o valor pago pelo SUS ao HC-UFU referente as cirurgias realizadas no centro cirúrgico?

O período estudado foi de janeiro de 2008 e dezembro de 2018. Foram utilizados dados referentes a cirurgia de média e alta complexidade. Os dados que foram colhidos estão disponíveis eletronicamente no sistema de informações hospitalares (SIH).

3.2. Procedimento técnico

Foi realizada a coleta de dados numéricos: dados referentes a cirurgia (porte, complexidade, procedimento e especialidades), dados referentes a gastos fixos e outras despesas do HC, e ainda, dados referentes aos gastos ocorridos diretamente nas cirurgias como materiais e medicamentos. Para melhor entendimento, nos próximos parágrafos será fundamentado como são calculados os gastos diretos que ocorrem no centro cirúrgico.

O consumo dos materiais e medicamentos utilizados no centro cirúrgico (CC) é controlado através do uso de um formulário chamado relatório de procedimento e consumo cirúrgico (anexo 1).

Para todas cirurgias realizadas no bloco cirúrgico é feito o agendamento no sistema de informação hospitalar (SIH), gerando o formulário cirúrgico. No mesmo constam dados do paciente, equipe multidisciplinar que participou do ato cirúrgico (médico anestesiológico, médico cirurgião, enfermagem, técnico de RX), nome da(s) cirurgia(s) realizada(s) com os devidos códigos da tabela SUS, entre outros. As cirurgias são reembolsadas ao HC pelo SUS de acordo com os códigos lançados, tendo cada cirurgia seu valor na tabela SUS.

Neste formulário ainda consta o kit cirúrgico e anestésico agendado para cada paciente.

No kit são descritos todos materiais e medicamentos agendados para determinada cirurgia. Esses materiais e medicamentos são controlados e distribuídos pela farmácia satélite do centro cirúrgico, levados para sala de cirurgia, utilizados, sendo anotado o consumo no formulário já citado, finalizada a cirurgia o restante do kit e o formulário são devolvidos à farmácia para conferência. Ao devolver o restante do kit, a equipe de farmácia faz a confirmação dos materiais e medicamento usados. Posteriormente, os dados do formulário são lançados no

SIH, mudando o status da cirurgia de autorizada para realizada. Em seguida encaminha-se o formulário para a farmácia central para lançamento do consumo, depois para o setor de faturamento. Ocorrido todo esse processo o formulário é juntado ao prontuário do paciente, geralmente após a alta do mesmo.

O processo inicial de conhecimento dos custos cirúrgicos são as informações contidas no relatório de procedimento e consumo cirúrgico explicitado nos parágrafos anteriores. Resumidamente essas informações são: a anotação do que é gasto nas cirurgias (materiais e medicamentos), quem são os profissionais participantes (mão de obra) e qual o(s) procedimento(s) foi(foram) executado(s). Após esses dados serem lançados no SIH, essas informações são relacionadas em tabelas com os valores referentes a cada item, e calculado o valor total do custo cirúrgico direto por paciente. A partir dessas tabelas foi construída a primeira base de dados deste estudo (exemplo – figura 5), que mostra o custo direto de cada cirurgia, permitindo fazer o cruzamento desse dado com a complexidade, procedimento e especialidades cirúrgicas.

Foram também agregadas despesas constantes no portal da transparência referentes ao Hospital de Clínicas da UFU, que podem ser divididas em três grupos: pessoal e encargos sociais, investimentos e outras despesas correntes (exemplo – anexo 1).

4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1 – Objeto de estudo: Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU)

4.1.1 – Um breve histórico sobre o Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU)

O Hospital de Clínicas de Uberlândia (HC-UFU) é um hospital público e de ensino ligado ao Ministério da Educação (MEC) e ao Sistema Único de Saúde (SUS). O atendimento prestado a população atinge 86 cidades da macro e micro regiões do Triângulo Norte. Sendo referência em serviços de alta e média complexidade, o maior prestador de atendimentos SUS no estado, o terceiro maior hospital universitário ligado ao MEC de Minas Gerais, e ainda, o único hospital regional porta de entrada 24 horas. Hoje conta com 520 leitos e mais de 50 mil m² de área construída (UFU, 2018).

A partir desses dados é possível identificar a magnitude da importância desse hospital para a população. Tal fato explicita o interesse no desenvolvimento deste trabalho, que busca colaborar com a saúde financeira e com a melhora dos atendimentos prestados pelo HC-UFU.

A cerimônia de início das obras do HC aconteceu em 30 de dezembro de 1966, na ocasião o então deputado Rondon Pacheco pediu que fosse realizada a primeira enxada. Segundo ele tal fato poderia despertar entusiasmo e empenho, resultando em uma finalização mais rápida da obra (UFU, 2018)

Em 19 de março de 1968, durante a inauguração da Escola de Medicina e Cirurgia de Uberlândia, o então Presidente da República fez algumas considerações a respeito do HC: *“Espero que o povo desta terra compreenda: o valor desta obra, que devia ser mostrada a todo Brasil”* (UFU, 2018).

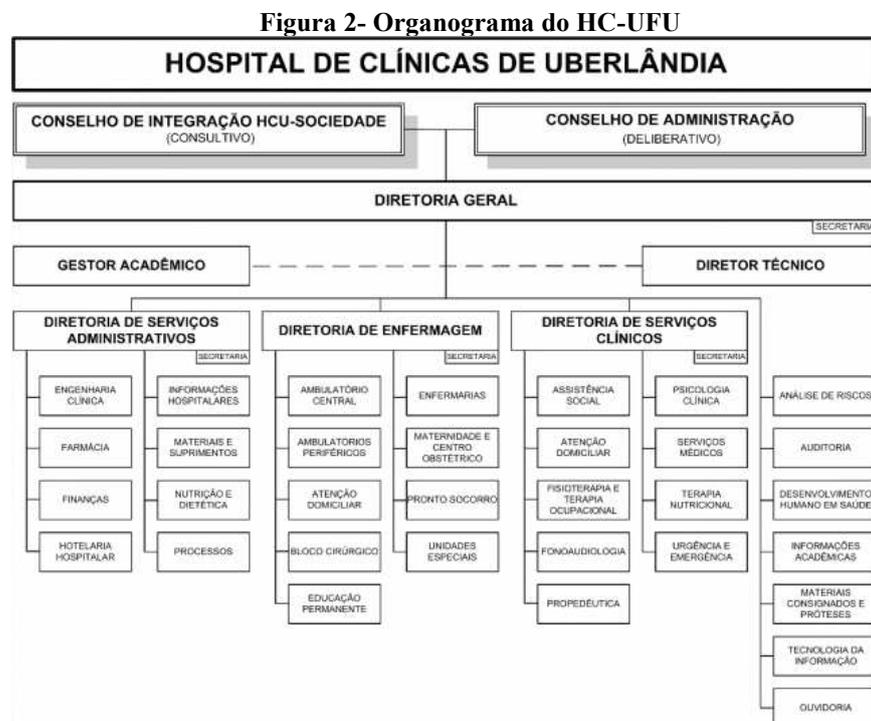
A inauguração oficial do Hospital de Clínicas aconteceu em 26 de agosto de 1970, com a presença do deputado Rondon Pacheco e do ministro da Educação Jarbas Passarinho. Os atendimentos começaram a ser realizados em outubro de 1970, a época o HC contava com 27 leitos (UFU, 2018).

O HC-UFU tem como missão *“Prestar à sociedade serviços de assistência à saúde com responsabilidade social pautada na excelência da formação dos recursos humanos e na geração do conhecimento científico com desenvolvimento pleno da cidadania”* (UFU, 2018).

O HCU presta serviços de alta e média complexidade, atendendo uma população de mais de 3 milhões de habitantes, com atendimentos de urgência, emergência, ambulatorial, internação e cirúrgico. A seguir a descrição de sua estrutura física:

- Atendimento de urgência e emergência em pronto socorro, com as principais especialidades: pediatria, clínica médica e cirúrgica, ortopedia e traumatologia, ginecologia e obstetrícia;
- Ambulatório: dividido em – ambulatório central, ambulatório Jaraguá e ambulatório psicossocial de álcool e drogas (175 consultórios médicos e 93 salas para consultas não médicas e procedimentos);
- Cirurgias: ambulatorial, centro cirúrgico (16 salas, sendo 12 com uso efetivo) e centro obstétrico (5 salas e sala de pré-parto);
- Internação: enfermarias cirúrgicas adulto (146 leitos); psiquiatria (34 leitos); UTI adulto (40 leitos); ginecologia e obstetrícia (19 leitos); médica geral (52 leitos); moléstia infecciosa (16 leitos); oncologia clínica (24 leitos); pronto socorro (94 leitos); queimados (8 leitos); transplante renal (7 leitos); unidades infantis (enfermaria, UTI e berçário - 111 leitos) (HC-UFU, 2019).

Em relação a sua estrutura funcional o Hospital de Clínicas de Uberlândia segue o seguinte organograma:



(HC-UFU, 2019)

O organograma (figura 2) demonstra a estrutura organizacional do HC – UFU, pode-se observar que todos estão ligados a diretoria geral, direta ou indiretamente. As diretorias de

serviços administrativos, enfermagem e serviços clínicos são subordinadas à administração geral. Atrelado a diretoria de serviços administrativos estão grupos de diferentes áreas: hotelaria hospitalar, farmácia, nutrição e dietética, entre outros. A diretoria de enfermagem é responsável por todos os grupos que contenham profissionais da enfermagem dentro do HC. Dentro da diretoria clínica de serviços se apresentam vários setores como fisioterapia, fonoaudiologia, médico, ouvidoria, tecnologia da informação.

A quantidade de servidores que trabalham no HCU e fazem parte dessa organograma é de 2978 servidores (UFU e FAEPU), estes compõem um quadro com diversas profissões, especialidades e subespecialidades, possibilitando prestar um atendimento completo e de qualidade à população (BRASIL, 2017).

No setor de centro cirúrgico, existem 16 salas cirúrgicas (14 com uso efetivo), sala de recuperação pós anestésica (SRPA), farmácia, secretária e salas administrativas. A equipe de enfermagem conta com 77 servidores. A anestesiologia é composta por 40 médicos anestesistas. Existem ainda, outros cinco servidores lotados no centro cirúrgico que tem cargos distintos. Além destes o centro cirúrgico conta com assistentes administrativos, maqueiros e equipe de higienização e limpeza que são funcionários terceirizados. A equipe de farmácia que desenvolve seus trabalhos no centro cirúrgico tem em média 12 funcionários, sendo estes lotados na farmácia central (HC-UFU, 2019).

4.1.2 O Hospital de Clínicas da UFU como campo de ensino

Além de todos os serviços prestados à população pelo HCU, o mesmo também serve como campo de estágio, aprendizado e treinamento para diversas áreas da saúde. No ano de 2015 haviam 126 alunos matriculados no curso de graduação em biomedicina; 408 no curso de graduação em enfermagem; 572 no curso de graduação em medicina; 357 no curso de graduação em nutrição; 475 no curso de graduação em odontologia e 501 no curso de graduação em psicologia (UFU, 2015).

Somando-se aos alunos citados no parágrafo anterior, o HCU também fornece campo de estudo para os cursos técnicos em saúde, oferecidos pela Escola Técnica de Saúde (ESTES), como é curso técnico em enfermagem (UFU, 2017).

E ainda, residência médica com entrada direta, totalizando 75 vagas nas seguintes áreas: Clínica Médica, Medicina de Família e Comunidade, Anestesiologia, Cirurgia Geral, Dermatologia, Infectologia, Neurologia, Obstetrícia e Ginecologia, Oftalmologia, Ortopedia e

Traumatologia, Otorrinolaringologia, Patologia, Pediatria, Psiquiatria, Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Radioterapia, Neurocirurgia (FAMED, 2019).

Residência médica com pré-requisito, 51 vagas nas áreas de: Cirurgia do Aparelho Digestivo, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vasculard, Coloproctologia, Urologia, Cancerologia Clínica, Cardiologia, Endocrinologia e Metabologia, Gastroenterologia, Geriatria, Nefrologia, Reumatologia, Medicina Intensiva, Clínica Médica, Cirurgia Crânio Maxilo Facial, Alergia e Imunologia Pediátrica, Endocrinologia Pediátrica, Medicina Intensiva Pediátrica, Neonatologia, Cardiologia Pediátrica, Neurologia Pediátrica, Ecocardiografia, Ortopedia e Traumatologia – R4, Cirurgia de Cabeça e Pescoço (FAMED, 2019).

Residência multiprofissional em saúde com 54 vagas nas seguintes áreas: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e residência uniprofissional em saúde: 03 vagas para Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (FAMED, 2019).

4.1.3 – Os serviços prestados pelo HC-UFU à população de 2009 a 2016

A tabela 1 demonstra os serviços que foram oferecidos a população no período de 2009 a 2016 pelo HCU.

Tabela 1 - Serviços prestados pelo HC-UFU à população de 2009 a 2016

SERVIÇOS EFETUADOS	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Dados								
Leitos ativados	510	510	525	525	510	520	520	510
Atendimento realizado ao SUS	888.639	1.027.157	933.091	826.588	761.888	698.424	579.170	593.756
Total de internações	21.279	22.134	20.587	19.966	20.127	20.111	17.178	16.678
Total de cirurgias	57.280	62.873	44.504	34.199	33.075	29.736	24.595	33.854
Centro Cirúrgico	16.835	17.003	15.874	14.049	14.004	14.190	11.458	12.329
Ambulatoriais	40.445	45.870	28.630	20.150	19.071	15.546	13.137	21.525
Total de partos – cesariano	1.419	1.549	1.679	1.770	1.750	1.536	1.489	1.533
Total de partos – normal	689	768	731	628	769	715	772	809
Exames Complementares								
Análises clínicas	1.137.800	1.172.309	1.185.700	1.229.560	1.346.262	1.312.415	1.095.318	952.135
Cintilografia	671	1.227	1.207	1.404	1.833	2.321	2.953	2.344
Duplex scanndoppler	2.048	2.309	2.470	1.778	1.265	1.128	1.058	1.033
Ecocardiograma	6.747	6.664	6.265	7.433	7.463	6.892	6.590	6.815
Eletrocardiograma	11.520	11.956	12.239	13.042	12.884	11.321	9.334	8.722
Eletroencefalograma	2.373	2.568	2.608	2.318	2.197	2.480	2.824	4.332

SERVIÇOS EFETUADOS	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Dados								
Gastroenterológicos	5.909	4.797	5.336	4.507	5.390	5.406	5.159	6.331
Hemodinâmicos	1.887	2.238	2.065	2.340	2.148	2.298	1.752	2.693
Hemodinâmicos (eletrofisiologia)	430	422	496	495	486	538	501	459
Laboratório de anatomia patologia	17.981	16.615	16.232	14.761	16.136	15.019	13.962	15.880
Radiológicos	73.039	66.920	63.163	46.073	66.104	62.794	56.791	72.623
Ressonância magnética	673	1.277	2.256	2.425	2.778	1.514	3.001	2.645
Ultrassonográficos	22.522	21.567	18.459	18.551	21.753	18.264	15.920	17.088
Atendimentos Ambulatoriais								
Consultas médicas	328.842	339.046	309.633	260.112	270.580	259.503	234.767	241.069
Consultas não médicas	142.471	186.169	171.278	139.960	131.800	112.391	78.388	113.446
Procedimentos	202.657	304.015	273.127	205.808	135.800	123.360	112.301	117.479
Atendimentos de Pronto Socorro								
Consultas médicas	70.065	71.289	59.388	55.193	54.205	47.066	36.235	26.078
Consultas não médicas	34.825	34.052	45.484	63.658	57.368	55.781	38.771	29.049
Procedimentos	109.779	88.357	69.393	72.480	80.651	69.430	46.179	40.296
Atendimentos								
Setor de psicologia - caps AD	32.848	29.819	26.626	15.828	9.760	7.535	4.818	4.903
Centro de Saúde Escola Jaraguá - incluso credesh	65.036	82.512	73.463	68.887	70.197	60.116	63.267	67.594
Núcleo de atenção a saúde do servidor	61.596	59.730	48.285	37.984	27.065	24.403	19.026	17.155
Setor de Oncologia								
Aplicações quimioterápicas	30.391	30.115	30.774	30.786	37.085	38.863	25.076	24.340
Aplicações radioterápicas	79.883	82.336	76.516	67.822	80.954	77.339	79.358	77.809
Exames radiológicos	73.039	66.920	63.163	46.073	66.104	62.974	56.791	72.623
Sessões de hemodiálise	7.311	7.393	7.800	7.301	6.818	7.005	7.169	6.922
Anestesia	15.843	16.978	14.709	12.882	12.984	11.055	9.987	8.902
Outros Serviços								
Refeições fornecidas	769.014	774.857	736.453	587.073	658.814	678.084	611.076	440.248
Lanches	1.246.035	1.240.629	1.159.260	1.278.279	1.505.615	1.287.427	1.209.127	720.450
Dietas enterais	75.465	82.987	84.464	97.636	101.762	110.764	73.963	70.164
Suplementos orais	39.377	30.201	23.164	21.431	17.047	9.711	13.986	11.085
Bolsas de solução parenteral	7.007	6.122	4.109	3.993	4.588	4.018	3.576	3.992
Roupas lavadas (kg)	1.955.956	1.731.629	1.266.515	1.385.699	1.462.500	1.419.152	1.178.293	1.205.154
Peças Fornecidas	6.976.170	6.863.580	4.483.140	4.672.182	5.024.407	5.205.607	4.888.969	3.648.613

Fonte: UFU, 2018

Até o momento o HCU foi descrito nos seus diversos aspectos, demonstrando a sua grandiosidade e importância tanto para a saúde da população, como em contribuição para a formação de profissionais e desenvolvimentos da ciência.

Aos observar a tabela anterior (tabela 1) e baseado no valor desta instituição, algumas informações causam preocupação. Pode-se notar que houve um decréscimo generalizado nos atendimentos no período de 2009 a 2016. O HC apresentou um número total de atendimentos pelo SUS em 2010 de 1.027.157, com uma queda progressiva ao longo dos anos, chegando a 593.756 atendimentos em 2016, um declínio de 42,2% dos serviços prestados.

As internações também seguiram o mesmo ritmo. Em 2010 aconteceram 22134 internações, em 2016 esse número foi reduzido para 16.678, apresentando uma queda de 24,6%.

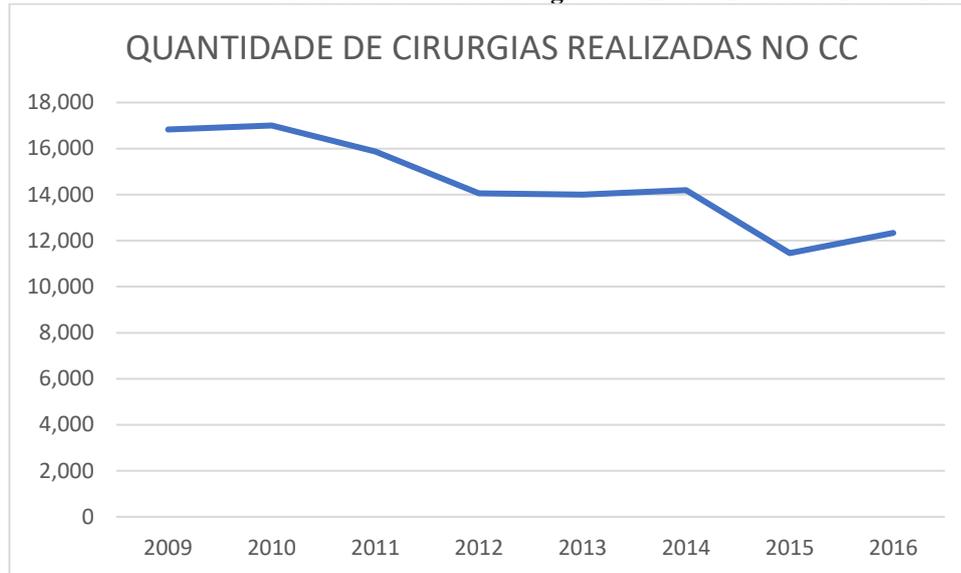
No geral, os atendimentos ambulatoriais tiveram seu melhor desempenho em 2010 com 829.230 no total, chegando a apenas 425.456 atendimentos em 2015, uma redução de 48,7%. Os atendimentos de pronto socorro tiveram uma queda de 63,3% de 2009 para 2016.

Os atendimentos de psicologia tiveram uma queda de 85,1%. No núcleo de atenção à saúde do servidor a queda dos atendimentos foi de 72,1%. Os outros atendimentos tiveram uma redução de 44,9% dos serviços prestados. O setor de oncologia foi o que apresentou a menor redução na prestação de serviços: 7,7%.

Em relação aos exames complementares, as diversas categorias dos mesmos se comportaram de diferentes maneiras. No total geral, houve um crescimento de 15,9% de 2009 para 2013 chegando a 1.486.699 exames realizados. Porém, esse crescimento foi seguido de uma redução de 26,5% nos atendimentos prestados, de 2013 para 2016.

Em relação as cirurgias realizadas também aconteceu uma queda progressiva ao longo do período apresentado. Em 2009 ocorreram 57280 procedimentos, chegando a apenas 24595 em 2015, uma redução de aproximadamente 57,1%.

Conforme proposto, o presente foco desse trabalho está relacionado as intervenções cirúrgicas realizadas dentro do centro cirúrgico que ao longo do período tiveram uma evolução negativa. Em 2010 foram realizadas 17003 cirurgias no setor, com queda progressiva dos números chegando a 11458 procedimentos realizados no ano de 2015, uma queda de 32,6%. Esses dados podem ser melhor observados no gráfico 1:

Gráfico 1- Total de cirurgias realizadas no CC de 2009 a 2016

Fonte: UFU, 2018

Os motivos da queda de cirurgias realizadas no centro cirúrgico apresentados no gráfico 1, podem estar atrelados à alguns problemas enfrentados pelo HC de 2013 a 2016, como descritos abaixo.

Um relatório de gestão feito pela administração do HCU referente aos anos de 2013 a 2016 relata que ocorreu no período citado a queda na realização de procedimentos de alta complexidade. Devido a alguns fatores: a redução do provimento de reservas devido à demora na transferência de recursos pelo FNS, o valor insuficiente pago pelos atendimentos prestados e as greves realizadas pelos servidores UFU e FAEPU (BRASIL, 2016). Não está explícito, mas, acredita-se que quando a administração fala em procedimentos de alta complexidade, se refere também aos que acontecem no centro cirúrgico.

O diretor- geral do HCU em 2017, o médico Eduardo Crosara Gustin, em entrevista ao jornal da UFU, falou sobre a crise do hospital: “*O Hospital de Clínicas atingiu o pico da crise em 2015. Isso se agravou em julho de 2016, quando alguns leitos tiveram de ser desativados e bloqueados e o hospital alcançou uma taxa de ocupação de 325 leitos*” (BRASIL, 2017). A desativação de leitos, têm consequências diretas no número de cirurgias realizadas, já que impede que novos pacientes sejam internados para procedimentos cirúrgicos eletivos.

4.1.4 Análise descritiva dos gastos do HCU

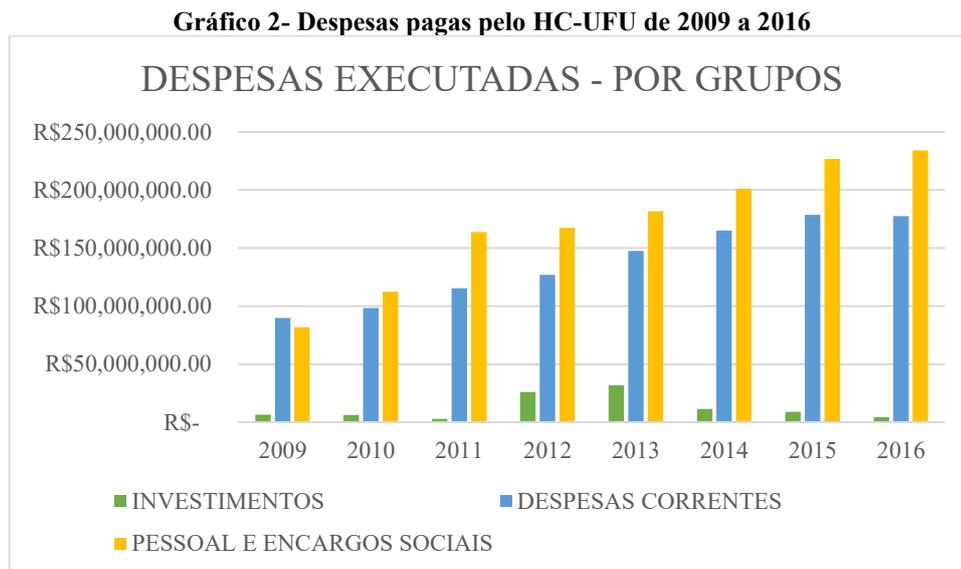
Os gastos do HCU podem ser divididos em grupos de despesas: gastos de investimento, despesas correntes e despesas de pessoal. Os gastos com investimentos se referem a verba

utilizada para o planejamento e execução de obras, aquisição e manutenção de equipamentos, entre outros.

As despesas correntes são relativas ao custeio da manutenção das atividades do hospital. Nessas despesas estão inclusos os gastos fixos como água, energia, telefonia. E outros gastos como: locação de mão-de-obra, material de consumo, obrigações tributárias e contributivas.

As despesas de pessoal estão relacionadas ao pagamento das obrigações com servidores. Eles são divididos em vários tipos de elementos de despesa, como por exemplo: obrigações patronais, sentenças judiciais, vencimentos e vantagens fixas de pessoa civil.

De forma geral, observa-se na gráfico 2 a evolução dos gastos de investimento, despesas correntes e de pessoal ao longo do período de 2009 a 2016. Dessas rubricas, os maiores gastos do HCU são referentes à pessoal e encargos sociais, neste grupo de despesas estão representados os gastos com servidores ativos, inativos, pensionistas e responsabilidades legais do empregador.

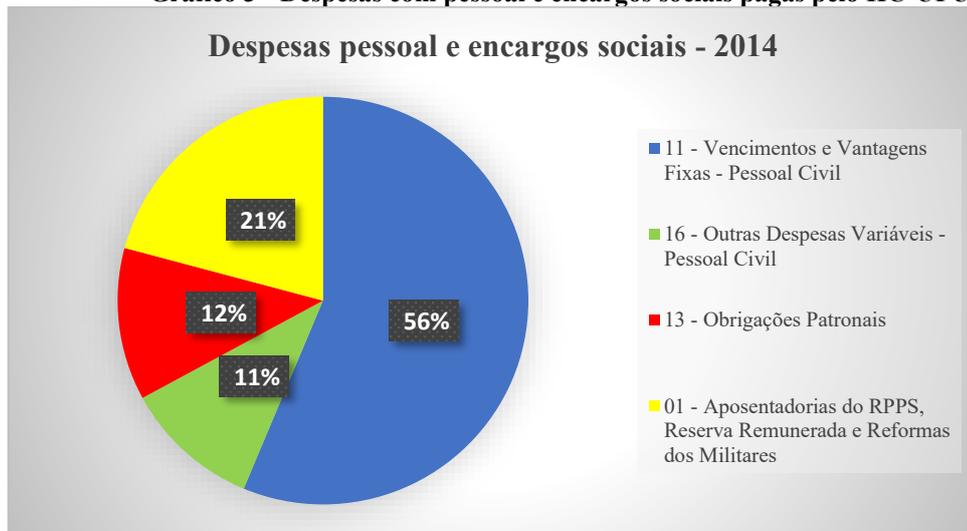


Fonte: PORTAL DA TRANSPERÊNCIA, 2019

As despesas com pessoal e encargos sociais apresentaram um crescimento progressivo ao longo dos anos, em 2009 o valor foi de R\$81.819.831,57, chegando a R\$233.972.446,12 em 2016, um aumento de aproximadamente 185%.

Buscando entender melhor onde dentro da rubrica de pessoal e encargos sociais esse aumento aconteceu, a seguir demonstraremos um comparativo desses gastos no ano de 2014 e 2018.

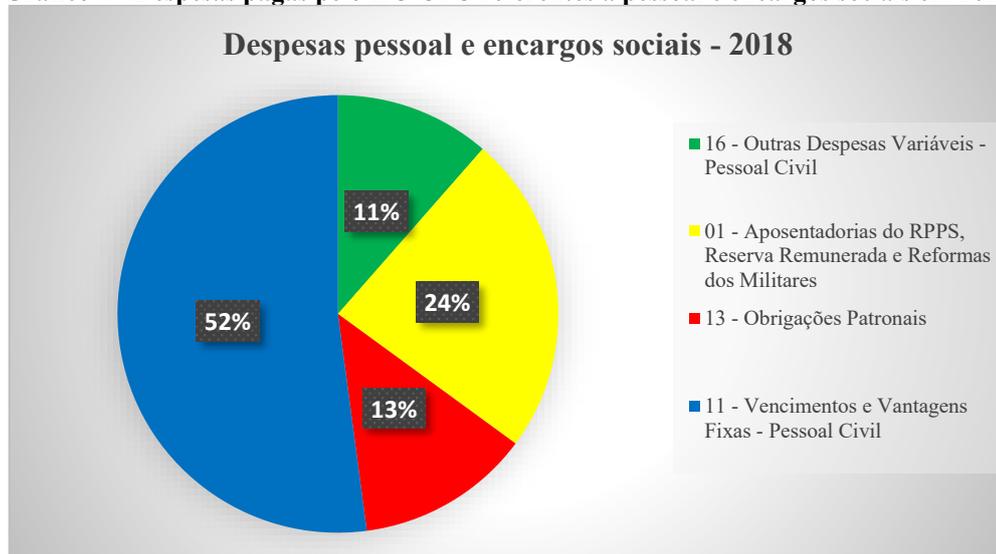
Gráfico 3 - Despesas com pessoal e encargos sociais pagas pelo HC-UFU em 2014



Fonte: PORTAL DA TRANSPARÊNCIA, 2019

As despesas de pessoal e encargos sociais do HCU em 2014 foram de R\$ 197.502.004,90 (gráfico 3), e em 2018 esse valor chegou a R\$ 253.957.770,96 (gráfico 4). Um aumento de R\$56.455.766,06, ou seja, 28,6%.

Gráfico 4 - Despesas pagas pelo HC-UFU referentes a pessoal e encargos sociais em 2018



Fonte: PORTAL DA TRANSPARÊNCIA, 2019

Porém ao analisar os elementos de despesa presentes dentro dessa rubrica, observa-se que mais de 50% do gasto é referente ao elemento – 11 – Vencimento e vantagens fixas – pessoa civil. Ao comparar a porcentagem gasta em 2014 e 2018 tem-se que o gasto com esse elemento diminuiu. Apesar disso, ao comparar os valores absolutos e não a porcentagem dentro do todo,

tem-se que em 2014 o valor gasto foi de R\$109.838.430,23 e em 2018 esse valor foi de R\$130.026.505,63, um aumento de 18,4%.

Outra observação importante se remete ao elemento de despesa – 01 Aposentadorias do RPPS, Reserva Remunerada e Reforma dos Militares – este representa o segundo maior gasto dentro do grupo de despesas com pessoal e encargos sociais. O mesmo era responsável por 21% das despesas em 2014, e passou a 24% em 2018, apresentando um aumento de 3%. Mas em valores absolutos esse aumento chega a 45,43%.

Além disso, comparativamente com os outros gastos, verifica-se que a coluna investimento aparece pouco, ou seja, os investimentos que aconteceram nesse período foram mínimos. Tal fato pode ser explicado pelo histórico de crises e dívidas do HCU, o hospital vive um subfinanciamento a anos, agravado por cortes de verba, atraso de repasses e aumento dos custos dos atendimentos. Essa situação é constantemente exposta pela mídia e pelos próprios canais de informação do HCU e da UFU. Nos próximos parágrafos apresenta-se alguns destes textos que demonstram essa situação.

No dia 29 de maio de 2015 os diretores do HCU estiveram em audiência pública na Câmara Municipal de Uberlândia e apresentaram relatos relativos ao financiamento e ao custo dos atendimentos hospitalares. O diretor – clínico do hospital na época, Dr. Hélio Lopes relatou: *“O hospital tem despesas que crescem em um ritmo muito maior do que a inflação. A “inflação” da ordem médica é, pelo menos, duas vezes maior do que a inflação da economia”*. E ainda falou sobre a evolução da medicina com aumento crescente da inclusão de novas tecnologias: *“A caneta do médico incorpora isso a todo o momento e a instituição não tem financiamento adequado para acompanhar”* (COMUNICA UFU, 2015).

Nesse mesmo dia o então diretor-executivo da FAEPU, Alair Benedito de Almeida, comentou sobre o distanciamento progressivo das despesas e das verbas recebidas pelo HC: *“O financiamento nunca acompanha o nível de despesa do hospital, ou seja, as receitas que o HC recebe estão, historicamente, abaixo do nível de atividade [hospitalar]”* (COMUNICA UFU, 2015).

No mesmo ano, em dezembro, a direção do HC-UFU convidou os deputados estaduais da bancada de Uberlândia para uma reunião, nesse encontro foi explicado qual era a situação do hospital e solicitado ajuda através de medidas provisórias para a compra de medicamentos e materiais médico-hospitalares, tal fato foi reportado no site do Hospital de Clínicas (HC-UFU, 2015).

Em 2016 o site da emissora Globo (G1) trouxe várias reportagens a respeito da situação do HC. Em um artigo publicado no dia 09 de março de 2016, o G1 reporta uma fala do reitor

(na época) da UFU, Elmiro Santos: “*Em 2015, o hospital fechou o ano com déficit R\$ 5 milhões e, hoje, seriam precisos cerca de R\$ 10 milhões para equilibrar a situação a partir do pagamento de servidores e abastecimento do hospital*” (G1, 2016).

Novamente o HCU vira notícia em 14 de junho de 2016, quando a diretoria do mesmo relatou que o hospital passava por uma crise nunca enfrentada antes. Tal fato se devia principalmente ao atraso e falta no repasse de verbas. O HC contava com escassez de medicamentos, insumos, e necessidade de manutenção de equipamentos. Naquele momento decidiu-se por fechar as portas e não realizar novos atendimentos, tal atitude buscava resguardar os pacientes que já estavam internados e os funcionários (G1, 2016).

No início de 2018 a UFU fez um comunicado a respeito do orçamento do ano em questão. O HC contava com 85% do seu orçamento comprometido com pessoal e encargos sociais, 10% para outras despesas correntes e apenas 5% para investimentos (COMUNICA UFU, 2018).

O atraso no repasse de verbas, subfinanciamento dos atendimentos (SUS não atualiza a tabela de pagamento desde 2007), encarecimento dos serviços médicos (evolução tecnológica), passivo de anos anteriores entre outros, mantém o HC-UFU em alerta financeiro, pois, compromete quase a totalidade de seu orçamento, com enfrentamento de diversas crises ao longo dos anos. O que resulta em cancelamento de atendimentos e conseqüente aumento das filas de espera, queda na qualidade dos atendimentos, já que a reserva para investimentos é sempre mínima. O HCU vêm buscando melhoras na gestão interna para que esses déficits sejam minimizados, mas, é claro que não é possível pagar uma conta que é bem maior do que o dinheiro em caixa.

4.2 Processo histórico da implementação dos kits

O centro cirúrgico é onde acontecem as cirurgias, sejam elas eletivas ou de urgência, de grande ou média complexidade. Para melhor atendimento das necessidades na sala cirúrgica e para controle e conhecimentos dos gastos cirúrgicos, os kits cirúrgicos foram criados e são utilizados no setor de centro cirúrgico. Devido as inovações tecnológicas dos últimos tempos, tanto da parte cirúrgica quanto anestésica, os procedimentos cirúrgicos tornaram-se multifacetados. Tal fato resulta em maiores gastos, porém, também podem agregar maiores retornos financeiros para as instituições hospitalares (BRUNNER; SUDDARTH, 2005).

O setor de Centro Cirúrgico do HC-UFU trabalha com kits cirúrgicos oriundos de sua farmácia satélite¹. O kit cirúrgico é o conjunto de materiais e medicamentos fornecido pela farmácia para determinada cirurgia. Esse kit não é padronizado para todos os hospitais, portanto, cada hospital que usa o kit cirúrgico o adapta conforme os procedimentos realizados na instituição.

O kit cirúrgico foi implantado em 2003 no centro cirúrgico do HC-UFU. A implantação aconteceu após a equipe de enfermagem e de farmácia conversar e identificar os problemas que aconteciam relativo a materiais e medicamentos. Com recorrência ocorria perda, desperdício, impossibilidade de controle do uso por paciente. O trabalho também era prejudicado, já que todas as salas eram repostas igualmente, mas é sabido que em cirurgias de diversas especialidades, seriam necessários materiais e medicamentos diferentes. Isso acarretava grande perda de tempo e cansaço nos funcionários, já que os mesmos precisavam com frequência ir à farmácia local.

Antes de 2003 os materiais e medicamentos ficavam dispostos nas salas de cirurgias. Todas eram abastecidas igualmente, independente da cirurgia que aconteceria. A reposição acontecia uma vez ao dia, o que gerava acúmulo de alguns materiais e falta de outros. A conferência do vencimento dos medicamentos nem sempre era realizada, o que resultava em perdas.

A partir desses problemas, a equipe de enfermagem e de farmácia do setor sugeriram a criação dos kits cirúrgicos. Solicitando ajuda também do setor de informática. Depois da decisão de implantar os kits, as equipes se dividiram e começaram a planejar para executar essa implementação.

¹ Farmácia Satélite é definida como uma farmácia localizada no próprio setor da dispensação, com a finalidade de estocar adequadamente os medicamentos e materiais e proporcionar uma assistência farmacêutica efetiva e direta de uma forma que o paciente seja prontamente atendido (CAVALLINI E BISSON, 2002).

A enfermagem se dividiu em grupos de acordo com seus conhecimentos técnicos. No geral de duas a três pessoas ficaram responsáveis pela descrição de cada especialidade. Os grupos de especialidades eram: urologia, geral, pediatria, ortopedia/traumatologia, otorrinolaringologia, vascular, neurologia, torácica (tórax), cardíaca.

Dentro do grupo de cada especialidade foram identificadas as cirurgias que eram realizadas com mais frequência.

E para cada cirurgia era descrito pelo grupo responsável os materiais e medicamentos necessários, com suas respectivas quantidades. Essa lista de materiais foi feita baseada na experiência do grupo em participar dessas cirurgias, como circulante de sala ou instrumentador. Após a descrição de todos os procedimentos, as equipes se reuniram para confirmar ou acrescentar itens, buscando chegar a melhor versão para início do seu uso.

Figura 3 - Imagem do kit de anestesia



Fonte: fotografia produzida pela autora

Para cada paciente não é restrito o uso de apenas um kit, pelo contrário, geralmente é agendado pelo menos dois kits por paciente. Isso se deve a divisão que foi feita entre os procedimentos: cirúrgico, anestésico e de enfermagem. A seguir exemplificaremos.

Para o procedimento de cateterismo vesical de demora, procedimento não exclusivo da enfermagem, mas que geralmente no CC do HCU é realizado pela enfermagem, foi criado um kit chamado sondagem vesical. Este kit é pequeno, sendo composto por seringa de 20 ml, água

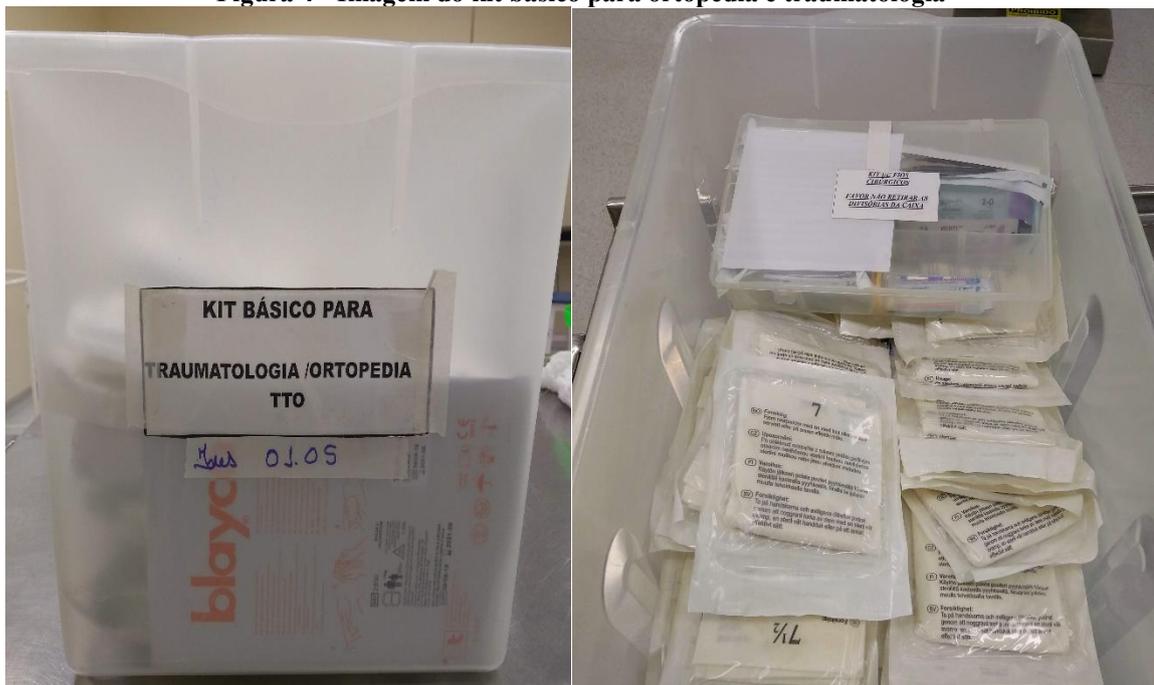
destilada, xilocaína geleia, coletor de urina sistema fechado e 3 tamanhos diferentes de sonda vesical de demora. Esse kit é colocado em um saquinho plástico e lacrado.

O kit anestesia (figura 3) é organizado em caixas plásticas brancas, com diversos compartimentos e divisões.

Ele contém várias medicações como: cloridato de midazolam 5mg, sulfato de efedrina, dipirona, marcaína pesada 0,5%, succinilcolina. E vários materiais como: seringas, agulhas, cateter de oxigênio, equipos de bomba de infusão. O kit de anestesia é utilizado para todos procedimentos realizados com anestesia.

Em outro exemplo, o kit cirúrgico (figura 4) é organizado em caixas plásticas grandes, transparentes, com tampa. No geral todos contém luvas estéreis, sonda aspiração, soros, equipos, fios de sutura, lâminas de bisturi, a quantidade e especificidade desses itens depende de cada cirurgia. Além desses itens, no kit cirúrgico são inclusos outros materiais como capa de microscópio, sonda gástrica, campo cirúrgico adesivo conforme necessidade.

Figura 4 - Imagem do kit básico para ortopedia e traumatologia



Fonte: fotografia produzida pela autora

A equipe de enfermagem após terminar a confecção dessas listas passou-as para as equipes de informática e de farmácia para que os mesmos pudessem dar continuidade ao processo.

A equipe de farmácia atuou na avaliação da viabilidade do processo, já que a ideia era que esses kits ficassem prontos, tanto para urgência quanto para as cirurgias eletivas, e para isso

seria necessário um estoque satisfatório. Além disso, o armazenamento, separação dos materiais e medicamentos, montagem, distribuição, controle e conferência dos kits também era responsabilidade da farmácia.

Figura 5 - Imagem do relatório de procedimento e consumo cirúrgico

RELATORIO DE PROCEDIMENTO E CONSUMO CIRURGICO		Nome	Plano	Data da Cirurgia
Cirurgias		Cirurgia:	Anestesia:	Clinica:
Principal: 0408020342-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO		Início:	Início:	Sala:
Compl.:		Fim:	Fim:	Cirulante
Origem	<input type="checkbox"/> Programada <input type="checkbox"/> Não Programada <input type="checkbox"/> Prótese <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Politraumatizado ASA:	Tipo de Anestesia		
Cirurgião Responsável	Cirurgião e Auxiliares		Carimbo	
Anestesiata responsável	Anestesiata e Auxiliares		Categoria	
Banco de Sangue	Usado (Circulante)	Confirmado (Farmácia)	Consignados	
Concentrado de Hemácias				
Cryoprecipitado				
Plaquetas				
Plasma				

KIT DE ANESTESIA		Pedido 8658402	02/05/2019	KIT DE ANESTESIA		Pedido 8658402	02/05/2019
Material	Quant	Usado	Confirm.	Material	Quant	Usado	Confirm.
1053500028 AGUA DESTILADA 20 ML AP	5,00 AMP			1054900135 MIDAZOLAM 5 MG 5 ML AP	1,00 AMP		
1054400327 AMINACIADOS 25 MG + CLOBANTEMIDOL 5 MG + METICILINA 5 MG + RETINOL 10.000 UI EM 1 G TB 3,5 G	1,00 TB			1053300320 MORFINA C,1 MG / ML 1 ML	1,00 AMP		
1053000028 ATROPINA 0,25 MG 1 ML AP	8,00 AMP			1053300192 NEOSTIGMINA 0,5 MG 1 ML AP	5,00 AMP		
1050500272 BUPIVACAINA CLORIDRATO 0,5% (5 MG / ML) + GLUCOSE 80 MG / ML 4 ML AP (PESADA)	1,00 AMP			1054300430 OXANDOLON 8 MG 4 ML AP	1,00 AMP		
105070022X CEFACOLINA 1000 MG FR / AP	2,00 F/A			1053300311 PEDIETANIL CLORIDRATO 3 MG / 2 ML FR / AP	1,00 F/A		
1050500477 CLONIDINA CLORIDRATO AP 150 MCG / ML AP 1 ML	1,00 AMP			105050014X SUXAMETONIOL 100 MG FR / AP	1,00 F/A		
1053200056 DESAMETASOR 4 MG/ML AP 2,5 ML	1,00 AMP			1052200047 TROSCICAM 20 MG FR / AP	2,00 F/A		
105040003X DIPIRONA 1000 MG 2 ML AP	2,00 AMP			1060407980 ADAPTADOR P/ FRASCO DE SORO SISTEMA FECHADO 3 MM	1,00 UC		
1051400047 EFEDRINA SULFATO 50 MG 1 ML AP	1,00 AMP			1060100019 AGULHA DESCARTAVEL 13 X 4	5,00 PC		
1051400123 ETILEFRINA CLORIDRATO 10 MG 1 ML AP	1,00 AMP			1060100066 AGULHA DESCARTAVEL 25 X 8	5,00 UN		
1050300050 FERTANILIA CITRATO 50 MCG / ML 5 ML AMP	1,00 AMP			1060100076 AGULHA DESCARTAVEL 40 X 12	5,00 UN		
1053200051 HIPOKORTISONA 500 MG FR / AP	1,00 F/A			1060100019 AGULHA DESCARTAVEL ESTERILIZADA P/ RAQUÍ N. 27	1,00 UN		
1050500064 LIDOCAINA CLORIDRATO 2% (20 MG / ML) (ASSOC. EPINEFRINA 0,005 MG/ML) 20 ML FR / AP	1,00 F/A			1060100124 AGULHA DESCARTAVEL P/ PAQUÍ 25 G	1,00 UN		
1050500021 LIDOCAINA CLORIDRATO 2% (20 MG/ML) S/ VASO CONSTRICTOR 20 ML FR/AP	1,00 F/A			1060200013 CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO 14 G X 1,75	1,00 PC		
1059000025 METILOCLORAMIDA CLORIDRATO 10 MG 2 ML AP	1,00 AMP			1060200030 CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO 20 G X 1,16	2,00 PC		
				1060200176 CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO 22 G X 1,00	2,00 PC		
				1060200186 CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO 24 G X 0,75	1,00 PC		
				1060200137 CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO CIBTO 16G X 1,00	1,00 PC		
02/05/2019 16:32:34	Pg: 1	Ag: 1		***Atenção ao preencher: Usado: circulante / Confirm.: Farmácia***			

KIT DE ANESTESIA		Pedido 8658402	02/05/2019	KIT BASICO PARA CIRURGIAS DA TRAUMATOLOGIA		Pedido 8658404	02/05/2019
Material	Quant	Usado	Confirm.	Material	Quant	Usado	Confirm.
1060200048 CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO CURTO 18G X 3,2 CM	2,00 PC			AG.3/8, 2,0 CM			
1060200196 CATETER P/ OXIGENIO TIPO OCULOS ADULTO	1,00 PC			1060300336 FIO C/8. MEMORILON PRETO 4-0 REF.14502	3,00 ENV		
1060300879 ELETRODO ADRELIVO CCM CEL PARA ECG - ADULTO	5,00 PC			1060300344 FIO C/8. MEMORILON PRETO 5-0 REF.14501	2,00 ENV		
1060400624 EQUIPO PARA INVASAO PARENTERAL EM NORMA DE IRRADIACAO	1,00 UT			1060300352 FIO C/8. MEMORILON PRETO 6-0 REF.14500	2,00 ENV		
106040015X EXTENSOR 120 CM 8 FR DESCARTAVEL PEDIATRICO	1,00 PC			AG.3/8, 2,0 CM			
1060407416 PROTETOR NUCLO E FEMRA	2,00 PC			1060300271 FIO C/8. MEMORILON PRETO N.2-0 REF.1215	5,00 ENV		
1060407053 SERINGA DESCARTAVEL 03 ML TIPO LUBR SLIP - RICO RETO	3,00 PC			AG.3/8, 3,0 CM			
1060407669 SERINGA DESCARTAVEL 05 ML TIPO LUBR SLIP - RICO RETO	3,00 PC			1060300611 FIO C/8. VICKRY INCLUM N.3-0 REF. J 123, 2-5 CM	2,00 ENV		
1060403689 SERINGA DESCARTAVEL 500 ML TIPO LUBR SLIP - RICO RETO	5,00 PC			AG. 2/8, 2,0 CM			
1060403950 SERINGA DESCARTAVEL PARA INSULINA 01 ML	2,00 PC			106030098X FIO C/8. VICKRY N. 2-0 REF.J 1818 C/ AG.	3,00 ENV		
1060400434 SERINGA P/ GASOMETRIA COM HEPARINA	1,00 PC			1060301316 FIO C/8. VICKRY N.1 REF.J 168 AG.1/2, 3,5 CM	4,00 ENV		
1060400405 TORSIRA DE 3 VIAS P/ INFUSAO VENOSA	2,00 PC			1060401745 LAMINA DE BISTURI N. 11	1,00 PC		
1071000121 TUBO PLASTICO ETIQUETADO P/ COLTA DE DANCER A VACUO COM SEDA 4 ML (TUBO ROKA)	2,00 PC			1060401768 LAMINA DE BISTURI N. 15	3,00 PC		
				1060401817 LAMINA DE BISTURI N. 24	3,00 PC		
				1060401771 LUVA LATEX CIRURGICA ESTERIL N. 6,0	2,00 PR		
				1060402180 LUVA LATEX CIRURGICA ESTERIL N. 6,5	3,00 PR		
				1060402198 LUVA LATEX CIRURGICA ESTERIL N. 7,0	8,00 PR		
				1060402201 LUVA LATEX CIRURGICA ESTERIL N. 7,5	10,00 PR		
				1060402210 LUVA LATEX CIRURGICA ESTERIL N. 8,0	8,00 PR		
				1060407505 PLACA ELETROCIRURGICA BIPOLAR UNIVERSAL	1,00 PC		
				1060800038 SONDA P/ ASPIRACAO TRAQUEAL C/ VALVULA N. 14	1,00 PC		
02/05/2019 16:32:34	Pg: 2	Ag: 1		***Atenção ao preencher: Usado: circulante / Confirm.: Farmácia***			

Fonte: imagem obtida através de digitalização de documento teste, realizado pela autora

A equipe de informática do HC criou no SIH a possibilidade do agendamento cirúrgico por paciente, com a inclusão de kits, e a impressão dos formulários para preenchimento.

O formulário criado pela equipe de informática é dividido em cabeçalho, e kits. A figura 5 é um exemplo de formulário, com agendamento de kit de anestesia, kit de sondagem vesical e kit básico da ortopedia.

No cabeçalho constavam algumas informações que deveriam ser preenchidas pela equipe de enfermagem durante a cirurgia. Os dados são os seguintes: nome e prontuário do paciente (preenchidos automaticamente durante o agendamento); nome da cirurgia, cirurgião responsável, cirurgião auxiliar, anestesista responsável, anestesista auxiliar, circulante de sala (nome e número do COREN – Conselho Regional de Enfermagem), horário de início e fim da anestesia e da cirurgia, classificação (urgência, emergência, eletiva, politraumatizado), classificação (limpa, potencialmente contaminada, contaminada, infectada), número da sala, classificação do paciente quanto ao seu estado de saúde, especialidade, convênio.

Na descrição dos kits aparece o nome do mesmo, como por exemplo, anestesia, seguido da lista dos materiais e medicamentos que lhe compõe, por ordem alfabética. Na frente de cada material ou medicamento contém dois espaços, para que a enfermagem anote a quantidade usada no primeiro espaço, e no segundo a equipe da farmácia confirme a quantidade após conferência do kit.

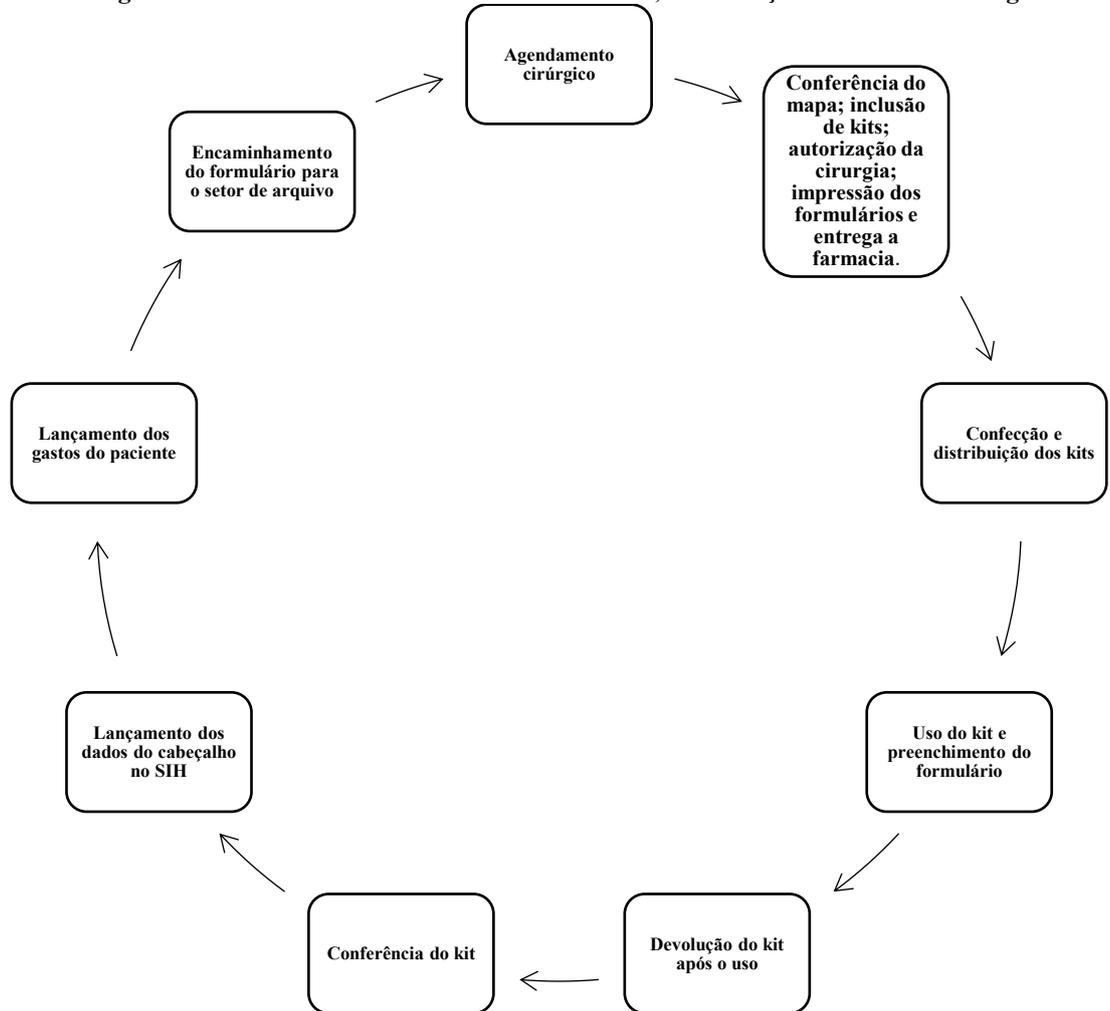
A implantação do novo processo aconteceu no ano de 2003, o treinamento e adaptação da equipe ocorreu durante três meses. No decorrer desse período a autora desse trabalho, que faz parte da equipe de enfermagem do CC do HC-UFU, atuou ativamente. No período da manhã a autora fazia o uso do kit cirúrgico, avaliando – o. E no período da tarde ficava na farmácia local auxiliando na montagem, conferência dos kits e avaliação das dificuldades dos funcionários das equipes de farmácia e enfermagem. E ainda participava explicando para a equipe médica sobre as mudanças e perspectivas de melhora.

No início do uso dos kits cirúrgicos foi criado um ciclo de trabalho, conforme apresentado na figura 7.

O ciclo é delineado pelos seguintes passos: agendamento cirúrgico realizado pelo cirurgião; conferência do mapa cirúrgico, inclusão dos kits, autorização da cirurgia e impressão dos formulários, realizado pela gerente do bloco cirúrgico e por um auxiliar administrativo; entrega dos formulários e do mapa cirúrgico a equipe de farmácia; confecção e distribuição dos kits pela equipe de farmácia; uso do kit e preenchimento do formulário pela equipe de enfermagem; devolução do kit para a farmácia após a finalização de cada procedimento cirúrgico; conferência do kit pela equipe de farmácia; lançamento dos dados do cabeçalho no sistema de informação hospitalar (SIH) realizado por um auxiliar administrativo; lançamento dos gastos por paciente no centro de custo da farmácia satélite do centro cirúrgico e finalmente,

encaminhamento do formulário para o setor de arquivo, para que o mesmo seja incluído no prontuário do paciente (figura 6).

Figura 6 - Fluxograma do ciclo de trabalho de desenvolvimento, distribuição e uso do kit cirúrgico



Fonte: criado pela autora

Hoje, 16 anos depois, os kits cirúrgicos continuam funcionando como descrito. Ao longo desses anos foram feitas algumas adaptações conforme as necessidades do serviço. As mudanças necessárias geralmente são identificadas e realizadas pela equipe de farmácia, que sempre avalia e se possível acata as sugestões feitas pela equipe médica e de enfermagem. Dentre as mudanças ocorridas exemplifica-se algumas. No início, dentro da especialidade de ortopedia/traumatologia existiam vários kits que levavam o nome da cirurgia (artroscopia, prótese de quadril, coluna, entre outros). Com o tempo observou-se que estes usavam materiais parecidos na maioria das vezes. A partir dessa constatação unificou-se os kits, criando apenas um kit com o nome de básico da traumato, que abrangia todas as cirurgias da especialidade. Para resolver o problema de alguns materiais muito específicos que a equipe utiliza, criou-se

um pequeno kit chamado artrodese, que geralmente é utilizado apenas em cirurgias grandes e de alta complexidade.

Outra mudança que aconteceu foi nos formulários. Hoje alguns itens são preenchidos durante o agendamento ou autorização da cirurgia, e quando os formulários são impressos esses dados já aparecem. São eles: nome da cirurgia, número da sala, classificação (limpa, potencialmente contaminada, contaminada, infectada), especialidade. Lembrando que o nome e prontuário do paciente já são preenchidos automaticamente desde o início do uso dos kits.

Em relação as alterações nos formulários é importante salientar que, mesmo que o impresso tenha algum item preenchido automaticamente, caso a informação esteja incorreta ou incompleta, ela pode e deve ser modificada.

Os dados que compõe o cabeçalho do formulário de kit cirúrgico são de grande importância e integram a estatística do centro cirúrgico. Algumas especialidades de residência médica pedem que o médico demonstre dados estatísticos com os procedimentos que o mesmo tenha participado. A partir dos dados apurados é possível também que a equipe administrativa do HC-UFU conheça a produção de cada especialidade, de cada cirurgião.

Os dados lançados nesse cabeçalho também são analisados durante o fechamento da conta do paciente, onde são apurados os gastos e enviados ao SUS para ressarcimento. Nesse momento são confrontados as informações contidas nesse impresso, na ficha operatória (que é preenchida pelo cirurgião), e na ficha de anestesia (preenchida pelo anestesista). Além de todas essas funções, a união dos dados do cabeçalho com a apuração do que foi gasto nas cirurgias permitiu desenvolver a base de dados que é utilizada neste trabalho, sendo item de extrema importância para o desenvolvimento do mesmo.

O kit cirúrgico desenvolvido e implantado pelas equipes do centro cirúrgico do HC-UFU demonstrou ao longo desses anos a sua importância, apresentando apenas aspectos positivos. O mesmo possibilita: contabilizar os gastos ocorridos no centro cirúrgico. Permite diminuir os custos, porque diminui a perda e o desperdício. Não há acúmulo de material na sala cirúrgica, o kit é trocado a cada paciente, o que diminui a chance de contaminação do material e de vencimento. Permite maior controle do estoque, possibilitando ao gestor fazer compras mais adequadas.

O kit também contribui para a melhoria do trabalho, aumentando a possibilidade de eficiência. O atendimento foi uniformizado, e o relatório cirúrgico padronizado. Como ele contempla quase a totalidade do que é usado na cirurgia, atua então como um antecipador das necessidades, o que resulta em agilidade. Se o kit contém tudo que é necessário, o circulante de sala, profissional da equipe de enfermagem, não precisa se deslocar até a farmácia satélite,

diminuindo o tempo cirúrgico e o cansaço do profissional. Além disso, o kit facilita a adaptação de funcionários novatos, independente de qual atividade desenvolva na sala cirúrgica.

4.3 Análise descritiva das cirurgias realizadas no Centro Cirúrgico de 2008 a 2018

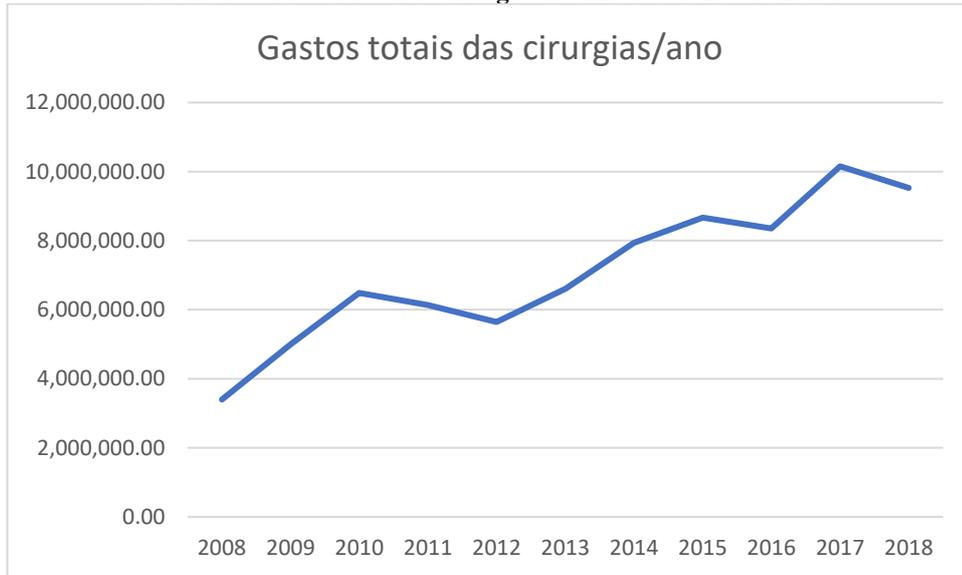
Nesse item do capítulo mostraremos análises feitas a partir da base de dados obtida na intranet do HC-UFU. Essas análises foram realizadas de acordo com alguns filtros:

- Recorte temporal: 2008 a 2018;
- Especialidades. Apenas as especialidades com horários cirúrgicos fixos no centro cirúrgico foram incluídas nesse filtro. Especialidades que realizaram procedimentos eventualmente no centro cirúrgico, não foram incluídas. Seguem as especialidades participantes: anestesia, aparelho digestivo, cabeça e pescoço, cardíaca, coluna, geral, joelho, membro superior, neurologia, neurocirurgia, odontologia, oftalmologia, oncologia, ortopedia, ortopedia pediátrica, otorrinolaringologia, pé e tornozelo, pediátrica, plástica, proctologia, quadril, TBMF, tórax, trauma, traumatologia, tumor, urologia, vascular. Totalizando 28 especialidades.
- Complexidade: média e alta complexidade. As cirurgias de baixa complexidade não serão abordadas, pois, estas em sua maioria são executadas no ambulatório, sendo uma exceção acontecerem no centro cirúrgico.

4.3.1 Evolução da quantidade e gastos das cirurgias no período

No gráfico 5 demonstra-se os custos ocorridos na realização de cirurgias segundo os filtros empregado nesse estudo. No total foram realizadas 109.064 cirurgias de média e alta complexidade, totalizando um gasto de R\$59.889.272,65.

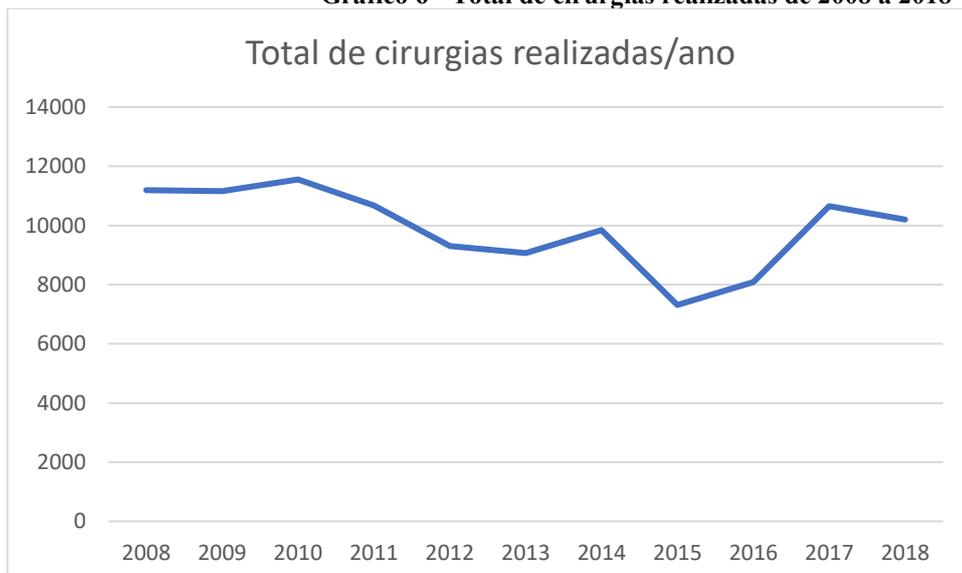
O custo total de cada cirurgia, apresentado no banco de dados em questão, é composto pelo valor do kit do material cirúrgico, pelo custo do kit consignado (quando usado) e pelo custo do funcionário FAEPU. Portanto, custos com funcionários UFU, custos com instrumentais cirúrgicos (compra, esterilização, manutenção), custos com uso de equipamentos (bisturi elétrico, aspirador ultrassônico, ventilador mecânico), custos com água, luz, telefonia, entre outros, não estão inclusos nesses valores. Sendo assim, o custo total é o custo apurado a partir da base de dados, porém, este custo é parcial, sendo o custo real maior.

Gráfico 5 - Gasto total de cirurgias realizadas de 2008 a 2018

Fonte: elaborado pela autora

O gráfico 5 apresenta o gasto total das cirurgias realizadas no centro cirúrgico de 2008 a 2018. Pode-se observar que 2017 foi o ano com maior custo para a realização de cirurgias, e foram realizados 10655 atos cirúrgicos, com um gasto total de R\$8.263.139,35.

Ao analisar o período com menor custo verificar-se que este ocorreu em 2008. Entretanto, no ano de 2008 foram realizadas 11193 cirurgias, 538 à mais do que em 2017. Em 2008 foram gastos no total R\$2.740.775,94.

Gráfico 6 - Total de cirurgias realizadas de 2008 a 2018

Fonte: elaborado pela autora

Ao observar o gráfico 5 dos gastos totais das cirurgias, verifica-se que ocorreram aumentos progressivos ao longo dos anos. Porém, em relação ao número de cirurgias realizadas (gráfico 6) essa expansão não ocorreu.

O ano de 2010 foi ano que mais ocorreram cirurgias, e 2015 foi o ano com menor número de procedimentos cirúrgicos, de 2010 para 2015 houve uma queda de 36,7%. No entanto, quando nos atentamos para os gastos totais das cirurgias realizadas, nota-se que de 2010 para 2015 aconteceu um aumento de 33,7% dos valores gastos.

Na tabela 2 apresenta a classificação das cirurgias segundo sua complexidade (média e alta) e o valor total gasto no período de 2008 a 2018. As cirurgias de alta complexidade são aquelas em que há uma ocorrência do uso de alta tecnologia e especialização médica, associada ao alto custo e ainda com a presença ou não de pacientes com múltiplas patologias. Na média complexidade acontecem cirurgias que demandam menor tempo que na alta complexidade, com maior abrangência, ou seja, são as mais necessitadas pela população. Estas carecem também de profissionais especializados e tecnologia, porém, em menor grau que a alta complexidade.

Tabela 2 - Classificação das cirurgias por complexidade, quantidade e soma total de gasto

Complexidade	Quantidade	Soma do gasto total
Média	89.129	R\$ 37.526.968,90
Alta	19.935	R\$ 22.362.303,75

Fonte: elaborado pela autora

Ao analisar a tabela 2 verifica-se que o maior número de cirurgias ocorre na média complexidade, custando uma média de R\$421,04 cada cirurgia. Na alta complexidade o gasto médio de cada cirurgia é de R\$1121,76.

O gasto médio na alta complexidade é 166,43% maior que na média complexidade. Inicialmente pode-se justificar esse gasto maior à característica das cirurgias realizadas na alta complexidade, já que estas demandam alta tecnologia.

Na tabela 3, é possível verificar a quantidade de procedimentos realizados por cada especialidade de 2008 a 2018, e o custo total que cada especialidade apresentou.

Tabela 3 - Classificação das cirurgias realizadas de 2008 a 2018, de acordo com: gastos totais x especialidade

Especialidades	Quantidade	Soma dos gastos
Anestesia	151	R\$39.142,88
Cabeça-pescoço	2530	R\$785.643,25
Cardíaca	1810	R\$6.483.266,44
Geral	15248	R\$9.366.483,64
Neurocirurgia	4652	R\$5.540.308,56
Odontologia	441	R\$181.038,76
Oftalmologia	9079	R\$2.382.384,38

Especialidades	Quantidade	Soma dos gastos
Ortopedia	13359	R\$7.876.087,65
Otorrinolaringologia	9821	R\$3.399.506,52
Pediátrica	4654	R\$1.264.374,26
Plástica	4721	R\$1.574.844,24
Proctologia	2109	R\$1.863.923,30
TBMF	1708	R\$2.543.529,04
Tórax	8564	R\$1.888.303,68
Traumatologia	13878	R\$8.338.161,48
Urologia	10585	R\$3.420.508,07
Vascular	5754	R\$2.941.766,43

Fonte: elaborado pela autora

A tabela 3 demonstra que os algumas especialidades se destacam em relação à quantidade de cirurgias realizadas, como é o caso da geral, ortopedia, traumatologia e urologia. E ao olhar para os gastos totais observa-se que algumas destas especialidades com maior número de cirurgias também tem os maiores custos como é o caso das especialidades geral, ortopedia e traumatologia.

Ainda em relação aos valores de gastos totais, a especialidade neurologia e a cardíaca aparecem dentre as que tiveram maior custo. Já a especialidade urologia, mesmo com alto número de cirurgias apresentou um custo cirúrgico mediano.

Na tabela 4 demonstra-se a quantidade de procedimentos realizados e a soma total dos gastos de cada especialidade. Diferente da tabela anterior, aqui foi inserida outra classificação, os valores gastos e a número de cirurgias realizadas foram fracionados de acordo com a complexidade cirúrgica.

Tabela 4 – Classificação das cirurgias realizadas de 2008 a 2018, de acordo com: gastos totais x complexidade x especialidade

Especialidades	Alta Complexidade		Média Complexidade	
	Quantidade	Soma dos Gastos	Quantidade	Soma dos Gastos
ANESTESIA	37	R\$7959,05	114	R\$31.183,83
CABECA-PESCOCO	809	R\$336.964,81	1721	R\$448.678,44
CARDIACA	1693	R\$6.333.677,40	117	R\$149.589,03
GERAL	1874	R\$2.504.298,93	13374	R\$6.862.184,71
NEUROCIRURGIA	1693	R\$2.695.961,57	2959	R\$2.844.346,99
ODONTOLOGIA	3	R\$2.437,64	438	R\$178.601,12
OFTALMOLOGIA	3260	R\$1.159.384,06	5819	R\$1.223.000,31
ORTOPEDIA	2553	R\$2.541.397,61	10806	R\$5.334.690,04
OTORRINOLARINGOLOGIA	678	R\$477.534,21	9143	R\$2.921.972,31
PEDIATRICA	321	R\$117.139,72	433	R\$1.147.234,54
PLASTICA	866	R\$318.916,14	3855	R\$1.255.928,09
PROCTOLOGIA	689	R\$1.082.732,26	1420	R\$781.191,04
TBMF	294	R\$676.314,49	1414	R\$1.867.214,55

Especialidades	Alta Complexidade		Média Complexidade	
	Quantidade	Soma dos Gastos	Quantidade	Soma dos Gastos
TORAX	1364	R\$810.855,22	7200	R\$1.077.448,46
TRAUMATOLOGIA	685	R\$667.709,03	13193	R\$7.670.452,45
UROLOGIA	1660	R\$1.220.611,92	8925	R\$2.199.896,14
VASCULAR	1456	R\$1.408.409,63	4298	R\$1.533.356,79

Fonte: elaborado pela autora.

Em relação a alta complexidade, a especialidade que mais realizou cirurgias foi a oftalmologia. E a odontologia foi a que menos realizou. Em relação a odontologia tal fato já é esperado, porque esta desenvolve seus tratamentos no centro cirúrgico devido a condição de saúde dos pacientes (são pacientes que não tem condições psiconeurológicas de colaborar com o procedimento e precisam ser anestesiados), desenvolvendo então em sua maioria procedimentos de média complexidade.

Em relação aos gastos na alta complexidade a cirurgia cardíaca apresenta os maiores gastos, mesmo estando um pouco acima da média em relação a quantidade de procedimentos realizados.

Em referência a média complexidade, as três especialidades que mais realizaram cirurgias foi geral, ortopedia e traumatologia. E estas também foram as que apresentaram o maior custo dentro da média complexidade.

Na tabela 5 está um resumo das especialidades que mais se destacaram em relação a quantidade de cirurgias realizadas e em relação aos valores gastos.

Tabela 5 – Tabela com resumo das principais especialidades, classificados por especialidade x complexidade x gasto total

Especialidades	Alta Complexidade		Média Complexidade	
	Quantidade	Soma dos Gastos	Quantidade	Soma dos Gastos
CARDIACA	1693	R\$6.333.677,40	117	R\$149.589,03
GERAL	1874	R\$2.504.298,93	13374	R\$6.862.184,71
NEUROCIRURGIA	1693	R\$2.695.961,57	2959	R\$2.844.346,99
ORTOPEDIA	2553	R\$2.541.397,61	10806	R\$5.334.690,04
TRAUMATOLOGIA	685	R\$667.709,03	13193	R\$7.670.452,45
UROLOGIA	1660	R\$1.220.611,92	8925	R\$2.199.896,14

Fonte: elaborado pela autora

No próximo item deste capítulo será abordado as particularidades de cada uma das especialidades em destaque.

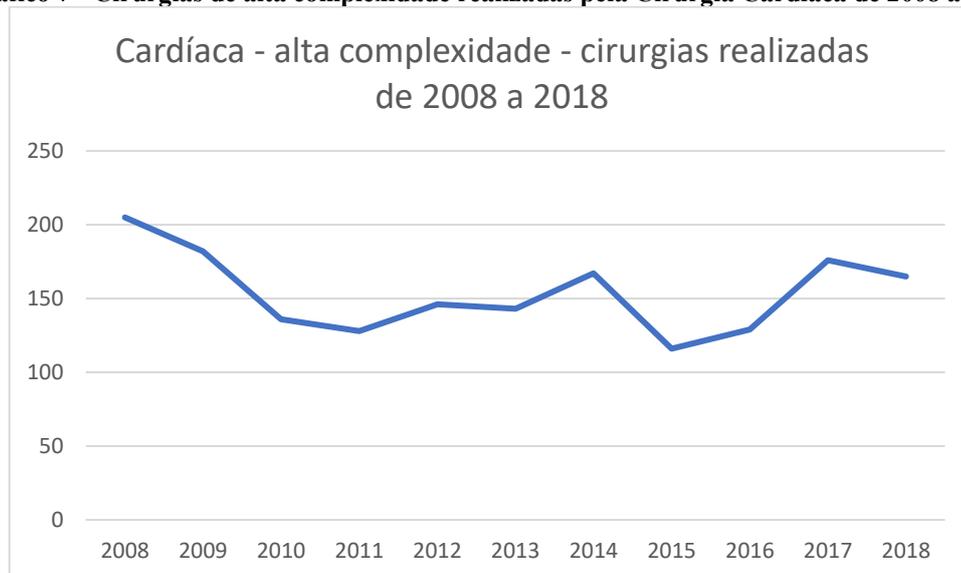
4.3.2. Análise das Principais Especialidades

4.3.2.1 Cirurgia Cardíaca

A cirurgia cardíaca é realizada em pacientes com doença cardiovascular, sendo mais comum em pacientes que apresentam cardiopatia coronariana ou doença valvular. É um procedimento cirúrgico que exige cuidados de alta qualidade e que apresenta crescentes custos (MORTON, 2007).

O ano em que foram realizadas o maior número de cirurgias de alta complexidade pela cirurgia cardíaca foi em 2008. A partir daí, as variações foram muitas com melhoras e piores no número de cirurgias realizadas, apresentando uma queda de 43,4% no número de cirurgias realizadas de 2008 para 2015 (gráfico 7).

Gráfico 7 - Cirurgias de alta complexidade realizadas pela Cirurgia Cardíaca de 2008 a 2018



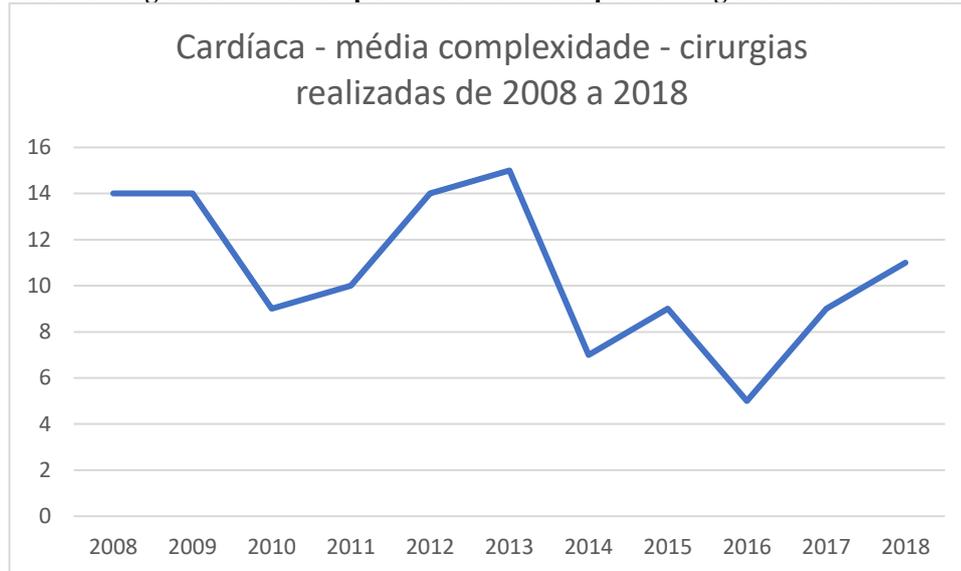
Fonte: elaborado pela autora

Divergente à queda do número de cirurgias está o gasto ocorrido nas cirurgias cardiológicas. De 2008 para 2015 houve um aumento de aproximadamente 47,6% no gasto destas cirurgias, mesmo com a queda da quantidade de procedimentos realizados. Seria necessário um estudo mais detalhado mas, uma das possibilidades é que esse aumento do custo está vinculado à inflação e também às inovações tecnológicas.

Outra observação que pode-se fazer em relação ao gráfico 7 é que mesmo o HC tendo saído da sua pior crise, que ocorreu em 2015, as cirurgias realizadas em 2018 foram 19,5% a menos do que em 2008.

De 2008 a 2018 foram realizadas 117 cirurgias cardíacas de média complexidade, como pode-se observar no gráfico 8:

Gráfico 8 - Cirurgias de média complexidade realizadas pela Cirurgia Cardíaca de 2008 a 2018



Fonte: elaborado pela autora

Em relação à média complexidade, o ano em que ocorreu o maior número de procedimentos cirúrgicos foi 2013, com decréscimos importantes em 2014 e 2016, apresentando uma queda de 53% e 66%, respectivamente.

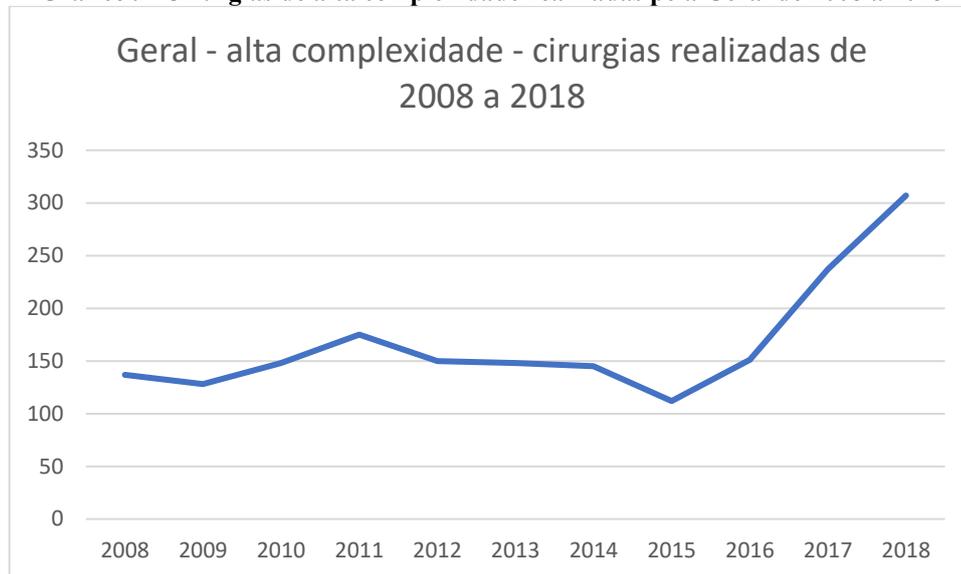
Quanto aos custos médios das cirurgias cardíacas de média complexidade realizadas em 2013, 2014 e 2016 estes foram: R\$1.930,65, R\$1.264,80, R\$4367,52. Ou seja, de 2013 para 2014 houve uma queda de 34,5% nos custos. Porém, de 2014 para 2016 esse custo médio aumentou 245%. Tal fato pode ser explicado pelo alto gasto ocorrido em alguns procedimentos realizados.

4.3.2.2 Cirurgia Geral

Esse grupo engloba as especialidades: aparelho digestivo, geral e oncologia. O mesmo realizou 15248 cirurgias entre 2008 e 2018, com custo total de R\$9.366.483,64.

De 2008 a 2018 o grupo Cirurgia Geral realizou 1874 cirurgias de alta complexidade, com um custo total de R\$2.504.298,93.

Gráfico 9- Cirurgias de alta complexidade realizadas pela Geral de 2008 a 2018



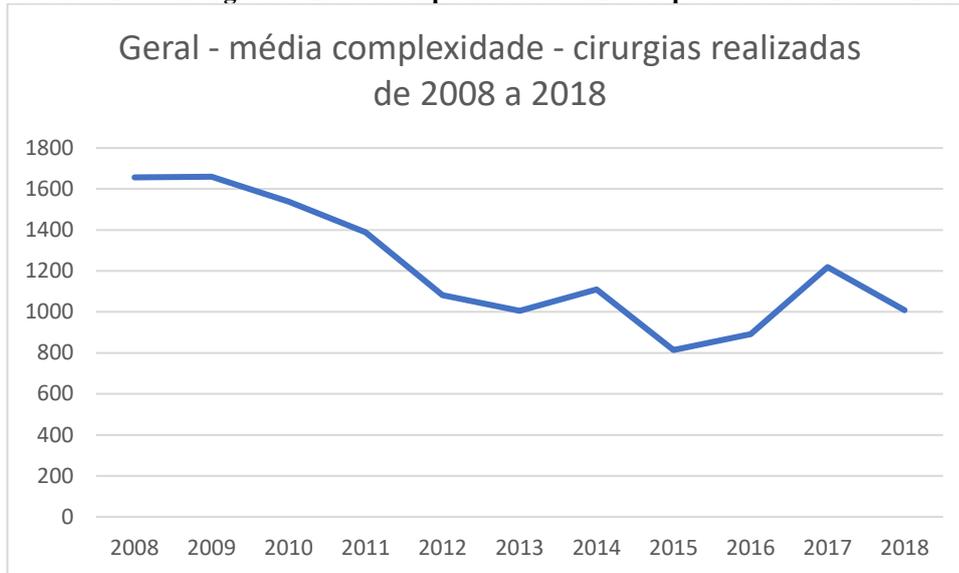
Fonte: elaborado pela autora

A cirurgia Geral apresentou seu pior desempenho em 2015, com a execução de 112 cirurgias de alta complexidade. A partir daí o número de cirurgias realizadas cresceu, chegando a 307 em 2018, um aumento de 174% (gráfico 9).

Ao analisar as subdivisões que existem dentro do grupo cirurgia geral, nota-se que o aumento ocorreu nas especialidades aparelho digestivo e oncologia. O crescente número na realização de cirurgias oncológicas pode ser explicado pela prioridade que essa patologia exige, já que quando não tratada inviabiliza a vida. As cirurgias oncológicas foram realizadas tanto pela equipe aparelho digestivo quanto pela equipe oncologia.

Outra cirurgia que teve grande aumento foi a cirurgia de redução de estômago, que é feita pela equipe aparelho digestivo, e que teve um crescimento de 220% no número de cirurgias realizadas de 2015 para 2018. Tal fato pode ser explicado pelo crescente número de obesos no país, e o conhecimento cada vez maior dos riscos da obesidade.

Na média complexidade o grupo Cirurgia Geral realizou 13.374 cirurgias, totalizando um gasto de R\$6.862.184,71.

Gráfico 10 - Cirurgias de média complexidade realizadas pela Geral de 2008 a 2018

Fonte: elaborado pela autora

Ao verificar o gráfico 10, das cirurgias de média complexidade realizadas pela Geral nota-se que, o crescimento ocorrido na alta complexidade não aconteceu na média complexidade, pelo contrário.

Em 2009 foram realizadas o maior número de cirurgias de média complexidade pelo grupo Cirurgia Geral, no total 1660 cirurgias. Depois de 2009 houveram quedas constantes do número de procedimentos cirúrgicos, chegando a 814 em 2015, uma queda de 49%.

De 2015 para 2017 houve um aumento, chegando a 1219 procedimentos realizados, um acréscimo de 49,8% em relação a 2015. Porém os procedimentos realizados em 2017 ainda foram um número 26,6% menor que 2009. E em 2018 houve uma nova queda, sendo realizados 1008 procedimentos cirúrgicos, 17,3% a menos do que 2017, 39,3% a menos do que 2009, e 23,8% a mais que 2015.

4.3.2.3 Cirurgia Neurológica

As cirurgias neurológicas são aquelas realizadas em pacientes que tem doenças no sistema nervoso periférico ou central. A equipe de neurocirurgia opera tanto pacientes adultos quanto crianças.

De 2008 a 2018 a neurocirurgia realizou 1693 procedimentos cirúrgicos de alta complexidade. Totalizando um gasto de R\$2.695.961,57 com essas cirurgias.

Gráfico 11 - Cirurgias de alta complexidade realizadas pela Neurocirurgia de 2008 a 2018

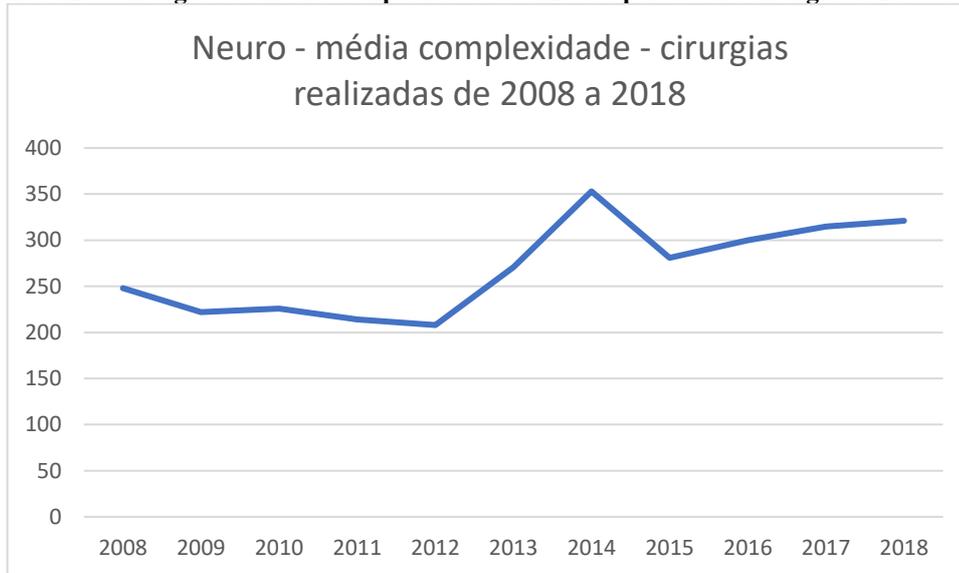
Fonte: elaborado pela autora

Em 2009 a neurocirurgia realizou 192 procedimentos de alta complexidade, apresentando nos próximos anos uma queda deste número, chegando a 171 cirurgias realizadas em 2011. De 2011 para 2012 a queda foi acentuada, sendo realizados apenas 99 procedimentos em 2012, uma redução de 48,4% quando comparado a 2009, e de 42,1% quando comparado a 2011 (gráfico 11).

Ao verificar a base de dados nota-se que essa queda de 2011 para 2012 ocorreu em vários procedimentos cirúrgicos. Tendo destaque para três grupos: cirurgias de coluna, cirurgias de aneurisma cerebral e cirurgias de tumor craniano. Os três grupos reduziram a quantidade de cirurgias em torno de 34% cada grupo, em relação as cirurgias realizadas em 2011.

A partir de 2013 nota-se um retorno ao crescimento do número de cirurgias realizadas. Chegando a 182 procedimentos em 2018, um aumento de 83,8% em relação a 2012, mas ainda 5,2% inferior a 2009.

A neurocirurgia realizou um total de 2959 cirurgias de média complexidade de 2008 a 2018, totalizando um gasto de R\$2.844.346,89.

Gráfico 12 - Cirurgias de média complexidade realizadas pela Neurocirurgia de 2008 a 2018

Fonte: elaborado pela autora

Em relação as cirurgias de média complexidade executadas pela neurocirurgia, nota-se que a maior queda ocorreu também em 2012, igual as cirurgias neurológicas de alta complexidade (gráfico 12).

Em 2008 foram realizadas 248 cirurgias, em 2012 esse número caiu para 208, um decréscimo de 16,1%. De 2012 para 2014 houve uma aumento substancial, chegando a 353 cirurgias realizadas, um acréscimo de 69,7%.

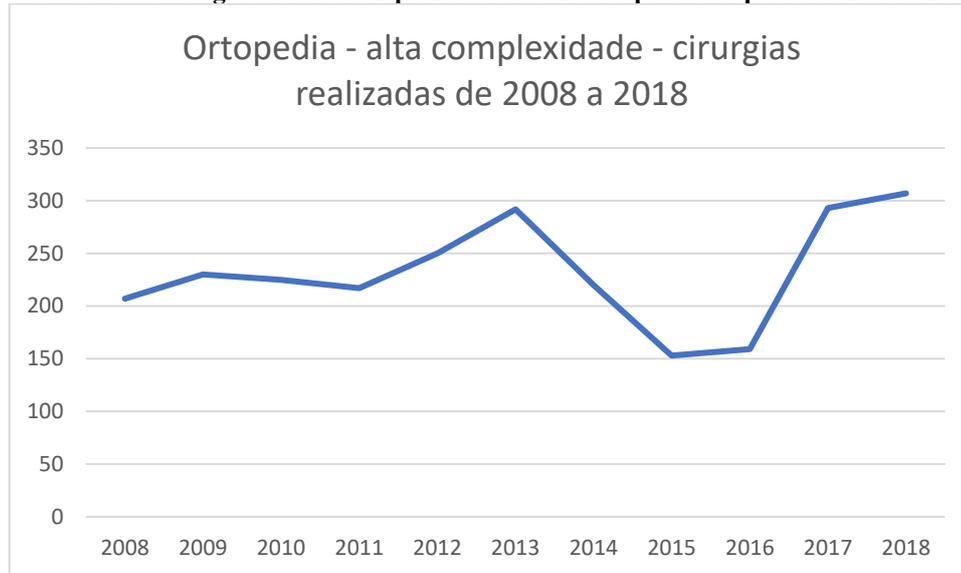
Em 2015 esse número caiu para 281 cirurgias realizadas, 20,4% a menos do que 2014. Mas, ainda assim ocorreram 35,1% de cirurgias a mais do que em 2012.

O crescimento voltou a ocorrer após 2015, de maneira discreta, chegando a 321 procedimentos realizados em 2018. Esse número é 54,3% maior do que 2012 (ano de pior desempenho da neurocirurgia), e 9% menor do que 2014 (ano de melhor desempenho).

4.3.2.4 Cirurgia Ortopédica

A cirurgia ortopédica trata das doenças que acometem o aparelho locomotor, ou seja, ossos, nervos, músculos, tendões. O grupo da Cirurgia Ortopédica aqui abordado, é dividido em subespecialidades: coluna, joelho, membro superior, ortopedia, ortopedia pediátrica, pé e tornozelo, quadril e tumor.

O grupo ortopedia realizou 2553 cirurgia de alta complexidade de 2008 a 2018, totalizando um gasto de R\$2.541.397,61, uma média de R\$995,45 por cirurgia.

Gráfico 13 - Cirurgias de alta complexidade realizadas pela Ortopedia de 2008 a 2018

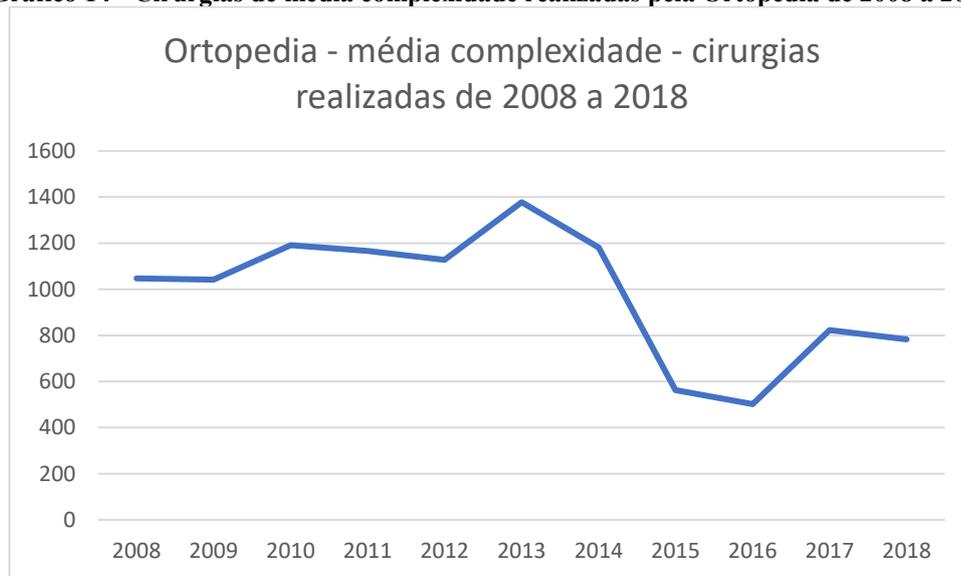
Fonte: elaborado pela autora

O ano de 2015, período em que o hospital suspendeu muitos procedimentos cirúrgicos por falta de verba, foi o ano em que a ortopedia realizou menos procedimentos cirúrgicos de alta complexidade, 153 apenas (gráfico 13).

Em 2013 a ortopedia realizou 292 cirurgias, portanto, o ano de 2015 apresentou uma queda de 47,6% dos procedimentos realizados em relação a 2013. Após esse período de crise enfrentado em 2015, os números cirúrgicos da ortopedia de alta complexidade voltaram a crescer, chegando a 307 cirurgias realizadas em 2018, um aumento de 100,6% em relação a 2015 (gráfico 13).

Em 2015 a ortopedia apresentou um gasto total de R\$338.842,86, uma média de R\$2214,65 por cirurgia. Em 2018 o gasto total foi de R\$399.577,87, uma média de R\$ 1301,55 por cirurgia. Ou seja, o valor médio por cirurgia caiu 41,2% de 2015 para 2018.

Em relação as cirurgias de média complexidade realizadas pela Ortopedia, de 2008 a 2018 estas totalizaram 10806 procedimentos. Com um valor total gasto de R\$5.334.690,04, uma média de R\$493,67 por cirurgia.

Gráfico 14 - Cirurgias de média complexidade realizadas pela Ortopedia de 2008 a 2018

Fonte: elaborado pela autora

O ano em que ocorreram o maior número de cirurgias de média complexidade foi 2013, com um total de 1378 procedimentos realizados, seguido por constantes quedas, chegando em 2016 a apenas 502 procedimentos, totalizando um decréscimo de 63,5% (gráfico 14).

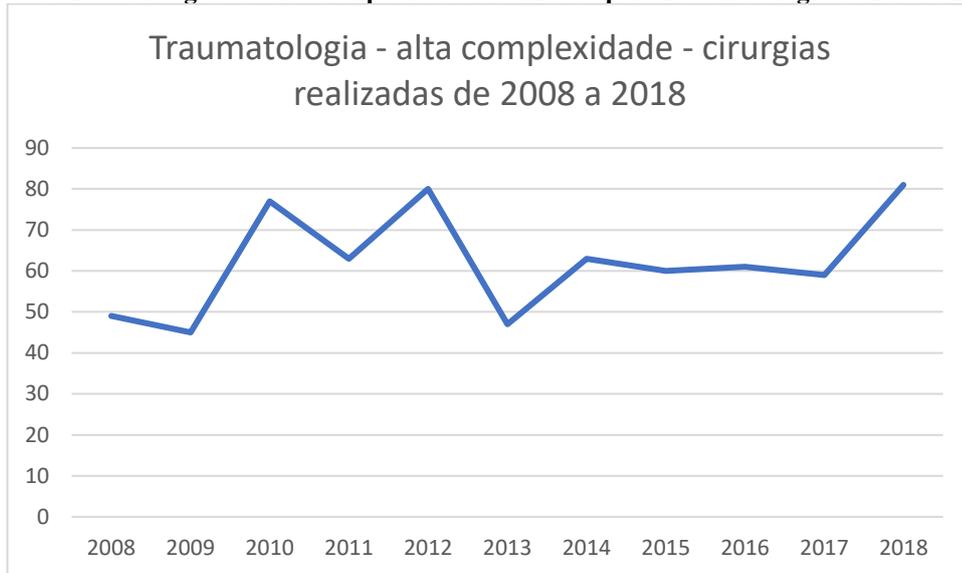
De 2016 para 2017 houve um aumento no número de cirurgias, foram feitas 321 cirurgias a mais do que em 2016. Porém, em 2018 houve uma discreta queda, sendo realizados 783 procedimentos cirúrgicos (gráfico 14).

O ano de 2018 apresentou um número de cirurgias 43,1% menor do que 2013. Em relação aos custos médios por cirurgia, em 2013 esse valor foi de R\$524,04, e em 2018 esse valor foi de R\$687,98, um aumento nos custos médios de 31,2%.

4.3.2.5 Cirurgia Traumatológica

A cirurgia traumatológica trata dos traumas ocorridos aos órgãos pertencentes ao sistema osteomuscular, ou locomotor. Esse grupo engloba as subespecialidades: traumatologia e trauma.

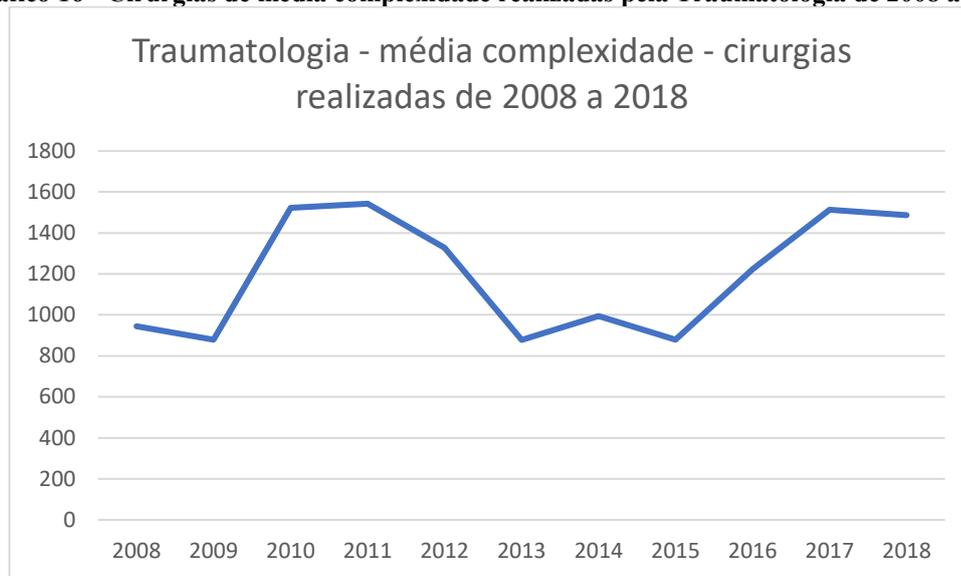
De 2008 a 2018 esse grupo realizou 685 cirurgias de alta complexidade, totalizando um gasto de R\$667.709,03. Uma média de R\$974,75 por cirurgia.

Gráfico 15 - Cirurgias de alta complexidade realizadas pela Traumatologia de 2008 a 2018

Fonte: elaborado pela autora

O gráfico 15, que mostra as cirurgias de alta complexidade realizadas pela traumatologia é constituído de forma diferente dos demais, apresentando alternadamente redução e aumento no número de cirurgias, tal acontecimento pode ser influenciado pelo fato de grande parte das cirurgias traumatológicas serem de urgência, ou seja, estão relacionadas com os traumas sofridos pela população.

Na alta complexidade o menor número de cirurgias traumatológicas ocorreu no início do período, em 2009 a traumatologia realizou 45 procedimentos. No final do período estudado, 2018, foram feitas 81 cirurgias, um aumento de 80%.

Gráfico 16 - Cirurgias de média complexidade realizadas pela Traumatologia de 2008 a 2018

Fonte: elaborado pela autora

De 2008 a 2018 foram realizadas 13193 cirurgias de média complexidade pela traumatologia, apresentando um gasto total de R\$7.670.452,45, uma média de 581,40 por procedimento cirúrgico.

Em 2009 foram realizados 880 procedimentos de média complexidade, após 2009 aconteceram aumentos sucessivos, chegando a 1543 cirurgias realizadas em 2011, um acréscimo de 75,3% (gráfico 16).

De 2011 para 2013 houve uma queda acentuada no número de procedimentos realizados, chegando a 878 procedimentos, quantidade quase igual a 2009. De 2013 para 2015 esse valor se manteve, acontecendo 879 cirurgias em 2015.

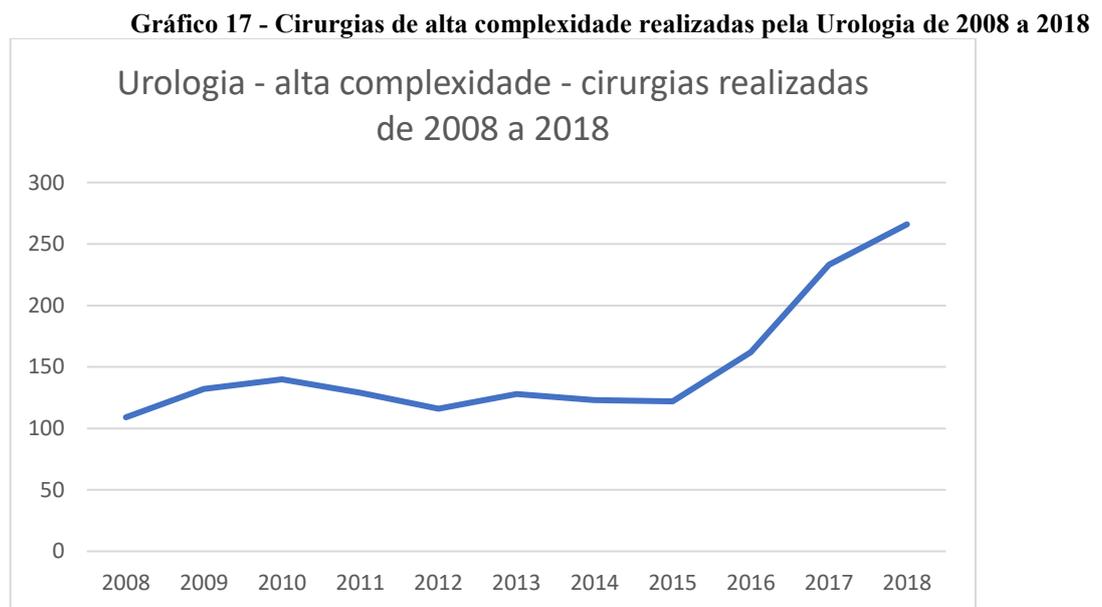
De 2015 para 2017 houve um aumento significativo de 72,1% no número de cirurgias realizadas, chegando a 1513 procedimentos. E 2018 apresentou uma nova queda, com 1487 procedimentos, 1,7% a menos que 2017.

Estes altos e baixos apresentados também ocorreram nas cirurgias de alta complexidade da traumatologia, podendo ser explicado pela característica da especialidade que trabalha com cirurgias de urgência.

4.3.2.6 Cirurgia Urológica

A Cirurgia Urológica é realizada em pacientes que apresentam problemas no sistema urinário de ambos os sexos e problemas no sistema reprodutor masculino.

De 2008 a 2018 essa especialidade realizou 1660 procedimentos de alta complexidade, apresentando um gasto total de R\$1.220.611,92, uma média de R\$735,30 por procedimento.

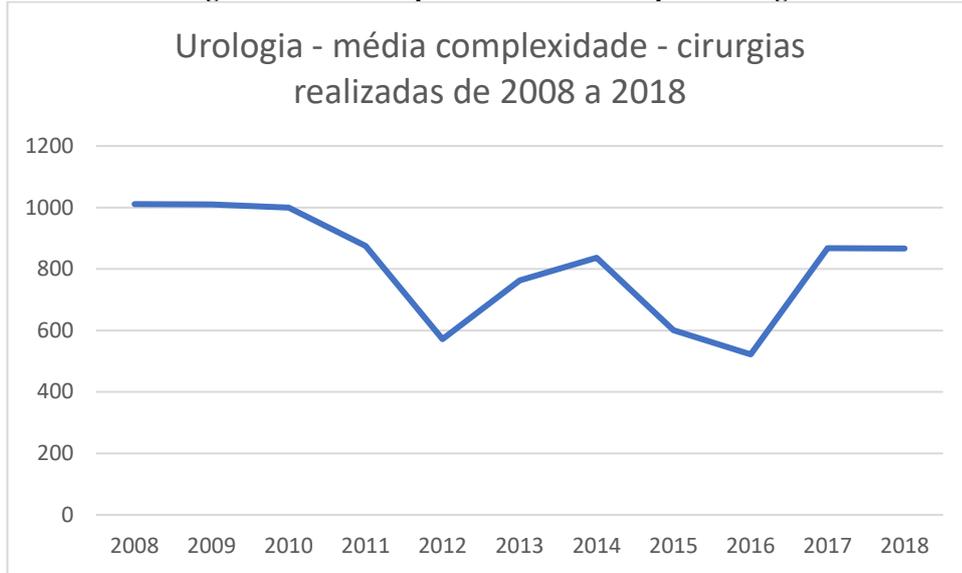


Fonte: elaborado pela autora

Em 2008 a equipe da urologia realizou 109 cirurgias de alta complexidade. De 2009 a 2015 ocorreram aumentos e reduções no número de cirurgias de maneira bem discreta.

A partir de 2016 ocorreram aumentos expressivos e sucessivos até 2018. Em 2016 foram realizados 162 procedimentos, em 2017 aconteceram 233 cirurgias e em 2018, 266 procedimentos (gráfico 17).

Observa-se que 2018 foi o ano com maior número de cirurgias realizadas no período estudado, um aumento de 146,2% de 2008 para 2018. Em 2008 o custo médio por cirurgia foi de R\$457,02, e em 2018 foi de R\$853,02, um aumento de 86,6% no total e de em média 7,87% a cada ano.

Gráfico 18 - Cirurgias de média complexidade realizadas pela Urologia de 2008 a 2018

Fonte: elaborado pela autora

A equipe de urologia realizou 8925 cirurgias de média complexidade de 2008 a 2018 (gráfico 18), totalizando um gasto de R\$2.199.896,14, uma média de R\$246,48 por cirurgia.

O melhor desempenho da urologia em média complexidade foi no ano de 2008, com 1011 cirurgias realizadas, e com um gasto médio de R\$167,61. O ano de 2016 foi o que apresentou pior desempenho, 522 cirurgias realizadas, com um custo médio de R\$384,85 por cirurgia.

De 2008 para 2016 houve uma queda de 48,3% no número de cirurgias realizadas, e um aumento de 129,6% no gasto médio realizado nessas cirurgias. Apesar desse aumento, ao observar os custos de outras especialidades verifica-se que o custo médio das cirurgias de média complexidade da urologia são menores.

4.3.2.7 Quadro Resumo das Especialidades

Após essa análise das especialidades que se destacaram não pode-se atribuir a queda do número de cirurgias somente à crise vivenciada pelo HC-UFU, que apresentou o menor número total de cirurgias realizadas em 2015 (gráfico 1), porque as reduções ocorridas dentro das especialidades nem sempre ocorreram nesse ano.

Como observado na tabela 6:

Tabela 6 - Análise resumo das especialidades

Análise resumo das especialidades			
Alta complexidade			
Especialidade	Ano e valor com melhor desempenho	Ano e valor com pior desempenho	%
Cardíaca	2008 (205)	2015 (116)	-43,4
Geral	2018 (307)	2015 (112)	174
Neuro	2009 (192)	2012 (99)	-48,4
Ortopedia	2018 (307)	2015 (153)	100,6
Traumatologia	2018 (81)	2009 (45)	80
Urologia	2018 (266)	2008 (109)	144,1
Média complexidade			
Especialidade	Ano e valor com melhor desempenho	Ano e valor com pior desempenho	%
Cardíaca	2013 (15)	2016 (5)	-66,6
Geral	2009 (1660)	2015 (814)	-51
Neurocirurgia	2014 (353)	2012 (208)	69,7
Ortopedia	2013 (1378)	2016 (502)	-63,5
Traumatologia	2011 (1543)	2013 (878)	-43,1
Urologia	2008 (1011)	2016 (522)	-48,3

Fonte: autoria própria

Na alta complexidade apenas a cirurgia cardíaca, a ortopedia e a cirurgia geral tiveram seus piores números em 2015. Em relação à média complexidade a cirurgia geral teve o seu pior desempenho em 2015. Outras como cardíaca, ortopedia e urologia tiveram um número menor de cirurgias em 2016.

Algumas especialidades estudadas aqui demonstram um comportamento diferente das demais, o que pode levar a pensar que estas tiveram algum problema específico, como problemas em equipamentos (quebra), redução do número de profissionais da equipe, entre outros. A identificação das dificuldades enfrentadas por cada especialidade é importante para a melhora do número de cirurgias realizadas, afinal a cada procedimento cirúrgico que ocorre é

uma pessoa a mais que é atendida, e isso reflete diretamente na população de Uberlândia e região.

4.4 Análise descritiva do repasse do SUS

4.4.1 Processo de repasse do SUS para o HC

Como dito no início do texto, o HCU recebe recursos de várias fontes, sendo que a maior parte é devida aos serviços prestados – SUS, Rehuf, FNS, Prohosp e Prourg (BRASIL, 2017).

O repasse vindo do SUS é gerenciado pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), sendo os valores recebidos referentes aos serviços prestados, que são pagos de acordo com os valores da tabela única de procedimentos do SUS (BRASIL, 2019).

A tabela de procedimentos do SUS é unificada e contém todos os procedimentos de saúde que as instituições conveniadas ao SUS prestam. Como dito, independente da instituição prestadora, o valor pago pelo procedimento é o mesmo.

Quando acessamos o portal SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS) é possível pesquisar os procedimentos de várias formas: por nome, código, grupo. Ao identificarmos o procedimento procurado, clicamos em localizar (desenho de uma lupa), e são abertas todas as informações referente ao mesmo.

4.4.2 Os repasses e o “saldo” dos serviços

Nesse tópico do trabalho será abordado o saldo ou déficit, e a relação destes com o repasse do SUS. Quando há saldo, quer dizer que o valor reembolsado pelo SUS, foi maior que o valor gasto na cirurgia. E quando há déficit, o valor reembolsado pelo SUS foi menor que o valor gasto na cirurgia.

O valor total gasto na cirurgia refere-se a somatória do gasto com materiais e medicamentos, gasto com material consignado (se houver) e gasto com funcionário FAEPU. Não estando inclusos gasto com funcionário UFU, manutenção e compra de equipamentos, entre outros.

A tabela 7 apresenta a reanálise das especialidades, com inclusão do item de gasto médio/cirurgia. Para uma análise mais completa, foram incluídas 2 especialidades, portanto a seguir serão analisadas 8 especialidades ou grupos de especialidades, estas se destacaram devido a quantidade de cirurgias realizadas e ao alto custo despendido.

Tabela 7 - Gastos totais x complexidade x especialidade

Especialidades	Alta Complexidade			Média Complexidade		
	Qtd	Soma dos Gastos	Valores médios	Qtd	Soma dos Gastos	Valores médios
ANESTESIA	37	R\$7959,05	R\$215,10	114	R\$31.183,83	R\$273,54
CABECA-PESCOCO	809	R\$336.964,81	R\$416,52	1721	R\$448.678,44	R\$260,70
CARDIACA	1693	R\$6.333.677,40	R\$3.741,09	117	R\$149.589,03	R\$1278,53
GERAL	1874	R\$2.504.298,93	R\$1336,33	13374	R\$6.862.184,71	R\$513,09
NEUROCIRURGIA	1693	R\$2.695.961,57	R\$1592,41	2959	R\$2.844.346,99	R\$961,25
ODONTOLOGIA	3	R\$2.437,64	R\$812,54	438	R\$178.601,12	R\$407,76
OFTALMOLOGIA	3260	R\$1.159.384,06	R\$355,63	5819	R\$1.223.000,31	R\$210,17
ORTOPEDIA	2553	R\$2.541.397,61	R\$995,45	10806	R\$5.334.690,04	R\$493,67
OTORRINO	678	R\$477.534,21	R\$704,32	9143	R\$2.921.972,31	R\$319,58
PEDIATRICA	321	R\$117.139,72	R\$364,92	433	R\$1.147.234,54	R\$2649,50
PLASTICA	866	R\$318.916,14	R\$368,26	3855	R\$1.255.928,09	R\$325,79
PROCTOLOGIA	689	R\$1.082.732,26	R\$1571,45	1420	R\$781.191,04	R\$550,13
TBMF	294	R\$676.314,49	R\$2300,38	1414	R\$1.867.214,55	R\$1320,51
TORAX	1364	R\$810.855,22	R\$594,46	7200	R\$1.077.448,46	R\$149,64
TRAUMATOLOGIA	685	R\$667.709,03	R\$974,75	13193	R\$7.670.452,45	R\$581,40
UROLOGIA	1660	R\$1.220.611,92	R\$735,30	8925	R\$2.199.896,14	R\$246,48
VASCULAR	1456	R\$1.408.409,63	R\$967,31	4298	R\$1.533.356,79	R\$356,76

Fonte: elaborado pela autora.

A Cirurgia cardíaca apresentou o maior gasto total nas cirurgias de alta complexidade, e conseqüente, maior média de gasto por cirurgia. Foi a quarta especialidade que mais realizou cirurgias de alta complexidade. Em relação à média complexidade, a cirurgia cardíaca apresentou a terceira maior média de custo/cirurgia.

A Cirurgia geral em relação a alta complexidade foi a terceira especialidade que mais realizou cirurgias, e apresentou o quarto maior custo total. Na média complexidade, foi a especialidade que mais realizou cirurgias, tendo o segundo maior gasto total.

A Neurocirurgia foi especialidade que realizou o quinto maior número de cirurgias de alta complexidade e teve o segundo maior gasto total, resultando na terceira maior média de gasto/cirurgia. Na média complexidade, apresentou o quinto maior gasto total.

A Oftalmologia foi a especialidade que mais realizou procedimentos cirúrgicos na alta complexidade, apresentando o sétimo maior gasto total, e a segunda menor média de gasto/cirurgia. Na média complexidade foi a sétima especialidade que mais realizou cirurgias, apresentando a segunda menor média de gasto/cirurgia. Tanto na alta quanto na média complexidade, a oftalmologia apresenta uma média de gasto/cirurgia pequena.

A Ortopedia foi a segunda especialidade que mais realizou cirurgias na alta complexidade, apresentando o terceiro maior gasto total. Na média complexidade foi a terceira especialidade que mais realizou procedimentos, apresentando o terceiro maior gasto total.

A Traumatologia na média complexidade foi a segunda especialidade que mais realizou procedimentos, e que apresentou o maior custo total para realiza-los.

A especialidade TBMF na alta complexidade apresentou o segundo maior custo médio por cirurgia, mesmo realizando apenas 294 procedimentos de 2008 a 2018. Na média complexidade, o gasto total das cirurgias realizadas foi o sétimo maior, apresentando o segundo maior custo médio/cirurgia.

A Urologia foi a especialidade que realizou o sexto maior número de cirurgias de alta complexidade, apresentando o sexto maior gasto total. Na média complexidade foi a quinta especialidade que mais realizou procedimentos, apresentando o sexto maior gasto total e a terceira menor média de gasto/cirurgia.

Na tabela 7, a seguir, esta demonstrada a cirurgia mais realizada em cada especialidade: geral, cardíaca, oftalmologia, ortopedia, traumatologia, TBMF, neurologia e urologia, de acordo com complexidade. Demonstrados os valores pagos por cada uma pelo SUS. E ainda o valor médio gasto pelo HC-UFU para realiza-las. Lembrando que, o valor gasto aqui demonstrado se refere apenas ao atendimento prestado no centro cirúrgico, e que é composto por: custo kit material cirúrgico + custo kit material consignado + custo funcionário FAEPU.

Na tabela 7 foram mostradas apenas a cirurgia mais realizada por cada uma das especialidades analisadas, divididas por complexidade. Pode-se observar que, na alta complexidade seis das oito cirurgias apresentadas têm reembolso maior que o custo total, variando de 10% a 557%. E duas apresentam reembolso menor que o custo, variando de 30 a 70% de déficit.

Tabela 8 - Especialidades x cirurgia mais realizada x complexidade

Alta complexidade			
Especialidade	Procedimento	Tabela SUS	Valor total médio gasto
Cardíaca	Revascularização miocárdica c/ uso de extracorpórea (c/ 2 ou mais enxertos)	R\$6956,37	R\$4330,24
Geral	Gastroplastia c/ derivação intestinal	R\$4.350,00	R\$1917,57
Neurologia	Microcirurgia para tumor intracraniano (com técnica complementar)	R\$3824,25	R\$2110,61
Oftalmologia	Facoemulsificacao c/ implante de lente intra-ocular dobrável	R\$771,60	R\$259,23
Ortopedia	Artroplastia total primaria do quadril não cimentada / hibrida	R\$1214,72	R\$1887,45
Traumatologia	Redução incruenta c/ manipulação de luxação espontânea / progressiva do quadril com aplicação de dispositivos de contenção	R\$150,04	R\$136,73
TBMF	Osteotomia da mandíbula	R\$659,03	R\$2206,82
Urologia	Prostatectomia em oncologia	R\$3983,29	R\$606,00
Média complexidade			
Especialidade	Procedimento	Tabela SUS	Valor médio gasto
Cardíaca	Drenagem c/ biopsia de pericárdio	R\$269,75	R\$ 610,90
Geral	Laparotomia exploradora	R\$637,19	R\$729,58
Neurologia	Tratamento cirúrgico de hematoma subdural crônico	R\$1500,72	R\$693,48
Oftalmologia	Facetomia c/ implante de lente intra-ocular	R\$531,60	R\$308,87
Ortopedia	Tratamento cirúrgico de fratura da diáfise da tíbia	R\$846,36	R\$941,37
Traumatologia	Tratamento cirúrgico de fratura da diáfise da tíbia	R\$846,36	R\$1010,51
TBMF	Redução cruenta da fratura bilateral da mandíbula/ Osteossíntese de fratura unilateral do côndilo mandibular	R\$461,67	R\$1408,21
Urologia	Cistoscopia e/ou ureteroscopia e/ou uretroscopia	R\$18,00	R\$67,17

Fonte: elaborado pela autora

Na média complexidade, o comportamento é exatamente o oposto. Apenas 2 das 8 cirurgias apresentam um reembolso maior do que os custos, variando de 72 a 116%. Enquanto isso, outras 6 cirurgias apresentam um déficit que varia de 10 a 73%. E ainda é necessário lembrar que, de 2008 a 2018 foram realizadas no total 109.064 cirurgias, e destas 81% eram de média complexidade.

Na tabela 9 representa-se a estatística descritiva da diferença (valor repasse do SUS – valor gasto nas cirurgias) para a alta complexidade. Fazem parte dessa análise os valores de média, mediana, mínimo e máximo.

Tabela 9 - Estatística descritiva dos valores (em reais) que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: valor agregado de todas as cirurgias de alta complexidade classificados por especialidade

ALTA COMPLEXIDADE								
ESPECIALIDADE	Cardíaca	Geral	Neurocirurgia	Oftalmologia	Ortopedia	TBMF	Traumatologia	Urologia
Média	5600,17	2538,99	1391,25	987,79	1195,21	140,54	889,43	6292,03
Mediana	4359,87	2735,40	1349,05	655,09	977,25	46,54	900,29	2725,79
Mínimo	-5184,34	-2283,96	-4676,99	-3671,19	19597,85	3223,44	-7250,42	-8807,20
Máximo	26973,41	68615,48	24114,76	3269,84	22897,30	3865,65	7084,26	68680,17

Fonte: autoria própria

Em todas as especialidades o valor mínimo aparece negativo (tabela 9), o que demonstra que não recebe-se por essas cirurgias nem mesmo o que foi gasto. Mas, nos valores máximos aparecem valores consideravelmente elevados como é o caso das especialidades Geral e Urologia.

Devido a ocorrência de valores muito distantes, a média não é a estatística mais adequada, sendo a mediana mais apropriada. Na alta complexidade, a mediana não apresenta nenhum dado negativo (tabela 9), ou seja, a maior parte das cirurgias não apresentam déficit.

Na tabela 10 representa-se os valores da estatística descritiva da diferença nas cirurgias de média complexidade.

Tabela 10 - Estatística descritiva dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: valor agregado de todas as cirurgia de média complexidade classificados por especialidade

MÉDIA COMPLEXIDADE								
ESPECIALIDADE	Cardíaca	Geral	Neurocirurgia	Oftalmologia	Ortopedia	TBMF	Traumatologia	Urologia
Média	-26,93	166,87	568,23	-302,42	194,34	-192,49	142,43	94,49
Mediana	-67,57	219,14	811,88	-200,33	125,86	-136,25	110,15	10,15
Mínimo	-4833,54	-4246,52	-5179,15	-1856,57	-8941,61	-3596,74	-8264,99	-3356,63
Máximo	3759,53	2003,46	1679,99	3623,21	1945,58	2326,09	2335,81	1620,89

Fonte: autoria própria

Conforme a tabela 10, na média complexidade todos os valores de mínimo são negativos, igual a alta complexidade. Nos valores máximos não há números muito elevados, sendo o maior na especialidade Cardíaca.

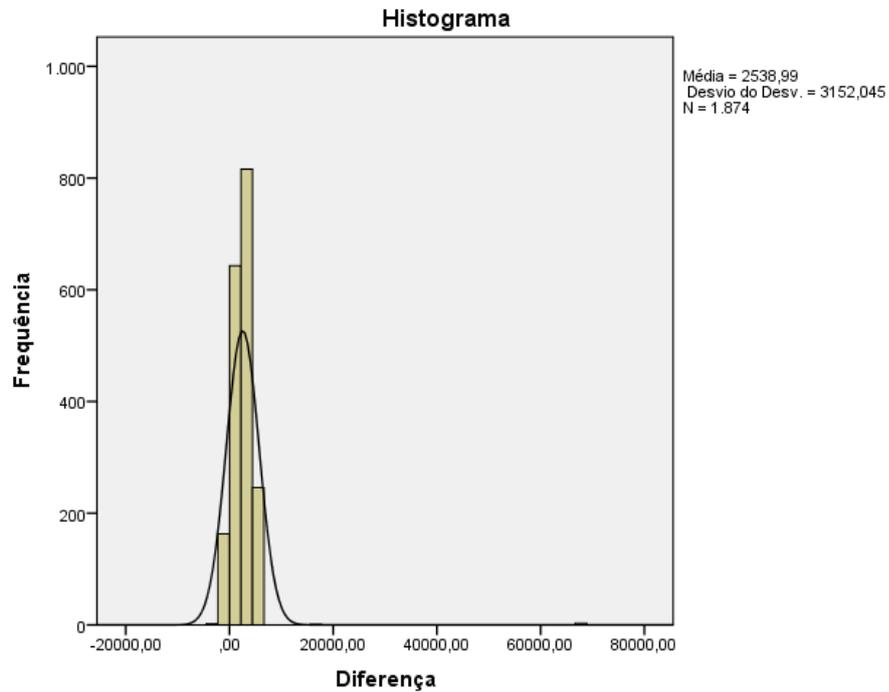
Na mediana têm-se valores negativos em três especialidades: cardíaca, oftalmologia e TBMF, o que é prejudicial para o HC, já que isso indica que a maioria destas cirurgias apresentam déficit, ou seja, o SUS não reembolsa o que foi gasto.

4.4.2.1 Os repasses e o “saldo” dos serviços para Especialidade Geral

Na especialidade Geral foram realizadas 1874 cirurgias de alta complexidade. Com um gasto total de R\$2.504.298,93. Conforme tabela 8, pode-se observar que mais de 50% das cirurgias realizadas tiveram um saldo de R\$2735,40 ou acima disso. Porém, como aconteceram cirurgias em que houve déficit, a média se apresentou menor que a mediana.

As variações são díspares, apresentado valores muito distantes entre mínimo (R\$-2.283,96) até o máximo (R\$68.615,48), conforme pode-se observar no histograma (gráfico 19):

Gráfico 19 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor do repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: valor agregado de todas as cirurgias da especialidade Geral de alta complexidade



Fonte: autoria própria

Conforme apresentado no histograma (gráfico 19), a mediana das cirurgias de alta complexidade da especialidade Geral não apresenta déficit, tendo um saldo positivo em 91,2%.

A figura 7 demonstra a pesquisa do procedimento cirúrgico Gastroplastia c/ derivação intestinal na tabela SIGTAP, cirurgia de alta complexidade mais realizado pelo grupo Cirurgia Geral.

Figura 7- Imagem das informações da cirurgia Gastroplastia c/ derivação intestinal na tabela SIGTAP

Procedimento: 04.07.01.017-3 - GASTROPLASTIA C/ DERIVACAO INTESTINAL									
Grupo:	04 - Procedimentos cirúrgicos								
Sub-Grupo:	07 - Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal								
Forma de Organização:	01 - Esôfago, estômago e duodeno								
Competência:	05/2019 Histórico de alterações								
Modalidade de Atendimento:	Hospitalar								
Complexidade:	Alta Complexidade								
Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)								
Sub-Tipo de Financiamento:	Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal(inclui pré e pós operatório)								
Instrumento de Registro:	AIH (Proc. Principal)								
Sexo:	Ambos								
Média de Permanência:	4								
Tempo de Permanência:									
Quantidade Máxima:	1								
Idade Mínima:	16 anos								
Idade Máxima:	130 anos								
Pontos:	386								
Atributos Complementares:	Inclui valor da anestesia Admite permanência à maior CNRAC Exige Informação da OPM Permite Informação de Equipe Cirúrgica								
Valores:									
Serviço Ambulatorial:	RS 0,00								
Total Ambulatorial:	RS 0,00								
Serviço Hospitalar:	RS 2.350,00								
Serviço Profissional:	RS 2.000,00								
Total Hospitalar:	RS 4.350,00								
Descrição	CID CBO Leito Serviço Classificação Habilitação Redes Origem Regra Condicionada Renases TUSS								
<i>Descrição</i> PROCEDIMENTO COM COMPONENTE RESTRITIVO E DISABSOTIVO, QUE CONSISTE EM GRAMPEAMENTO COM TRANSECÇÃO DO ESTÔMAGO, CRIANDO UMA PEQUENA CÂMARA GÁSTRICA, NA QUAL SE PODE COLOCAR OU NÃO ANEL DE SILICINE E A SEGUIR O TRÂNSITO GASTRO-INTESTINAL É CONSTITUÍDO DE Y DE ROUX.									

Fonte: DATASUS, 2019.

Como pode-se observar na imagem (figura 7), é informado que Gastroplastia c/ derivação intestinal é um procedimento cirúrgico, de alta complexidade, que pode ser realizado em pacientes de ambos os sexos, com idade entre 16 e 130 anos, os valores pagos pelo SUS, entre outros. E ainda no final da imagem é descrito a definição da cirurgia. Na tabela 11 têm-se a análise descritiva da cirurgia Gastroplastia c/ derivação intestinal:

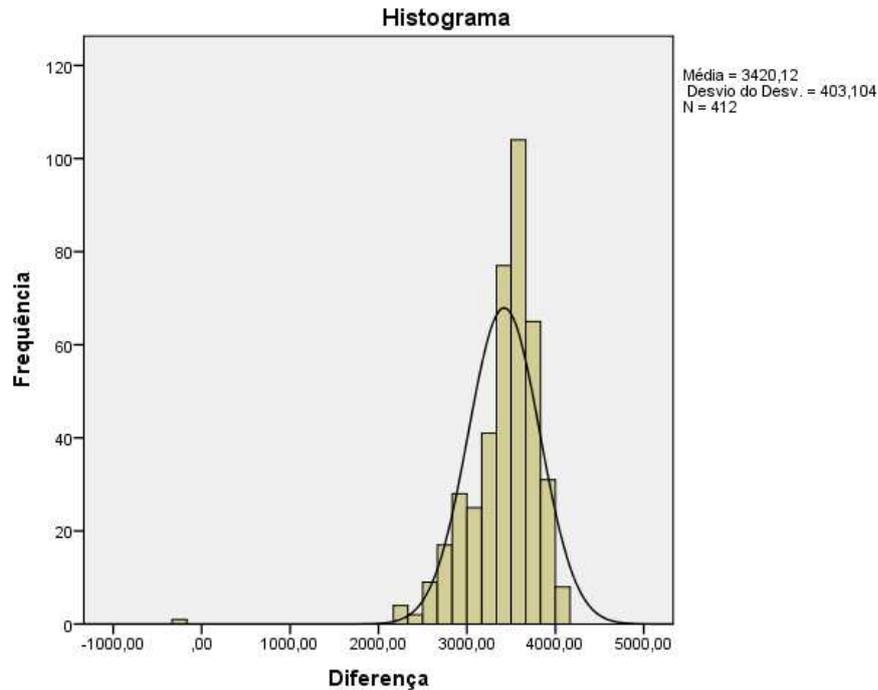
Tabela 11 - Estatística descritiva dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto da cirurgia Gastroplastia com derivação intestinal.

N	Válido	
		412
Média		3420,1222
Mediana		3501,3817
Mínimo		-332,49
Máximo		4110,41

Fonte: autoria própria

Foram realizadas 412 Gastroplastia c/ derivação intestinal, apresentando um saldo positivo de 99,8%. Com apenas uma cirurgia com déficit, conforme verificado no histograma (gráfico 20):

Gráfico 20 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: Gastroplastia c/ derivação intestinal

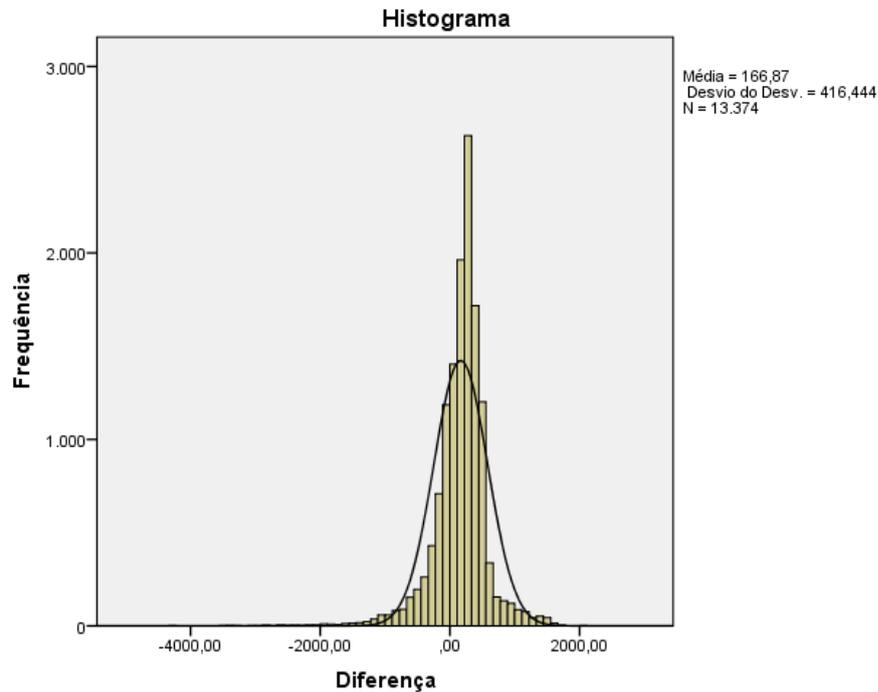


Fonte: autoria própria

Como pode-se observar no histograma (gráfico 20), apenas uma cirurgia apresentou déficit, e este foi de R\$-332,49.

A cirurgia geral realizou 13374 cirurgias de média complexidade, com um custo total de R\$6.862.184,71. A mediana é um valor positivo, demonstrando que as cirurgias de média complexidade da especialidade Geral na sua maioria não apresentam déficit. Pode-se visualizar melhor no histograma (gráfico 21):

Gráfico 21 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor do repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: valor agregado de todas as cirurgias da especialidade Geral de média complexidade



Fonte: elaborado pela autora

Apesar de apresentar algumas cirurgias com saldo negativo, chegando em R\$- 4.246,52. O valor da mediana é positivo, sendo de R\$219,13. Das 13374 cirurgias de média complexidade, 74,6% tiveram saldo, ou seja, não tiveram déficit (gráfico 21)

Na média complexidade a cirurgia mais realizada pela especialidade geral foi Laparotomia exploradora. Para pagamento destas pelo SUS não há limitação de idade, e pode ser realizada em pacientes de ambos os sexos. É definida como uma cirurgia onde a cavidade abdominal é aberta, com o intuito de investigar se existe algum problema, e caso exista pode ser efetuado um tratamento (ALBUQUERQUE, 2016). Na tabela 12 demonstra-se a análise estatística da cirurgia Laparotomia exploradora:

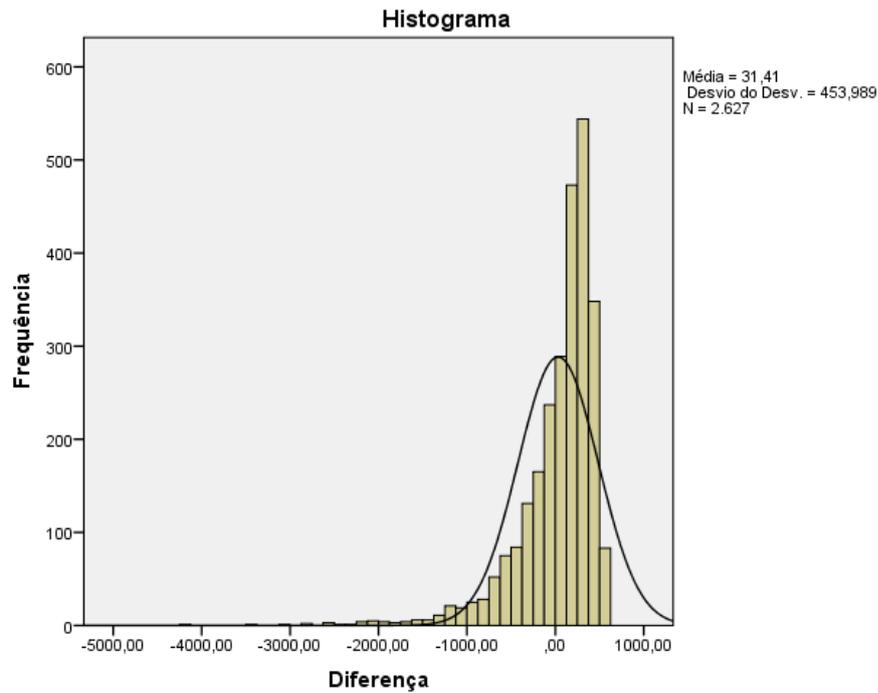
Tabela 12 - Estatística descritiva dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto da cirurgia Laparotomia exploradora.

N	Válido	2627
Média		31,4070
Mediana		161,4430
Mínimo		-4246,52
Máximo		614,79

Fonte: autoria própria

Pode-se observar na tabela 12 que o valor da média e mediana são positivos, porém, distantes. Tal fato refere-se ao valor mínimo ser consideravelmente menor que o valor máximo. Segue a análise no histograma (gráfico 22) para melhor visualização.

Gráfico 22 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto da cirurgia Laparotomia exploradora.



Fonte: elaborado pela autora

Foram realizadas 2267 Laparotomia exploradora, destas 890 apresentaram déficit. Ou seja, 33,9% destas cirurgias receberam reembolso insuficiente para cobrir suas despesas.

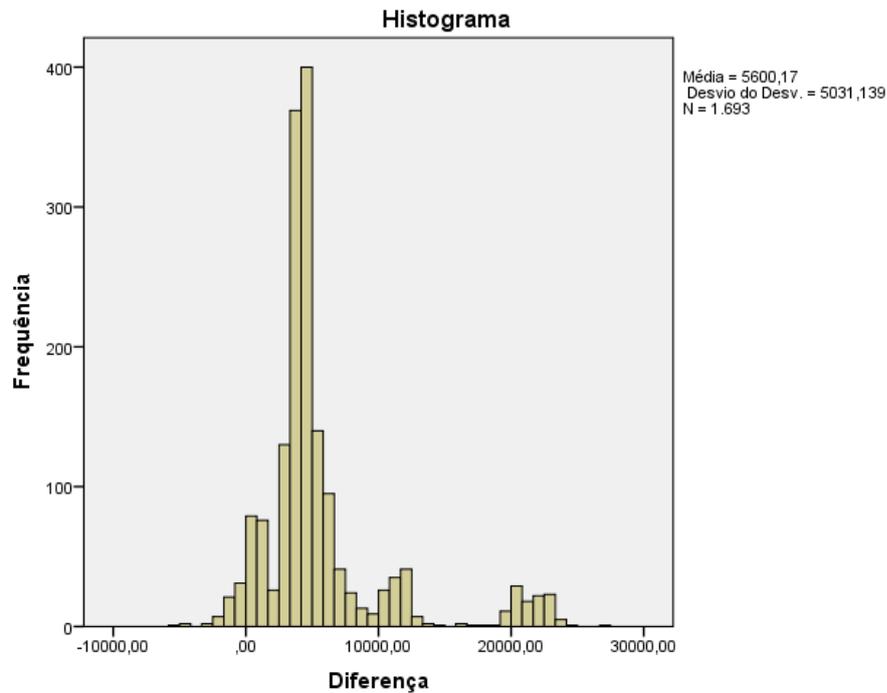
4.4.2.2 Os repasses e o “saldo” dos serviços para Especialidade Cardíaca

A cirurgia cardíaca realizou 1693 cirurgias de alta complexidade de 2008 a 2018, com um gasto total de R\$6.333.677,40. Na tabela 8 pode-se verificar que o valor da média e mediana estão muito distantes. A média está acima da mediana, o que demonstra que existem valores altos nas extremidades, não sendo a média a medida mais adequada para essa amostra.

Em relação a mediana, esta demonstra que a diferença não é deficitária, ou seja, o valor pago pelo SUS é maior do que o valor gasto na maioria das cirurgias de alta complexidade. Ainda assim verifica-se que existem cirurgias em que o saldo é negativo, como é o caso

apresentado no valor mínimo. Isso pode ser confirmado ao analisar a distribuição no histograma (gráfico 23).

Gráfico 23 Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: valor agregado de todas as cirurgias cardíacas de alta complexidade.



Ao analisar o histograma (gráfico 23) verifica-se que na maioria das cirurgias cardíacas de alta complexidade a diferença é maior que zero, positiva, ou seja, não apresenta déficit em 96,1% dos casos.

Em termos específicos, dentro da alta complexidade da cirurgia cardíaca, destaca-se a intervenção Revascularização miocárdica c/ uso de extracorpórea (c/ 2 ou mais enxertos), este destaque se deve ao fato desta ter sido a cirurgia mais realizada, 378 procedimentos.

A Revascularização miocárdica c/ uso de extracorpórea (c/ 2 ou mais enxertos) é definida pelo SUS como: “Implantes de ponte/s de artéria/s e/ou veia/s, para perfundir melhor o coração. Realizada por toracotomia e com circulação extracorpórea. Está incluído no procedimento a retirada dos enxertos” (DATASUS, 2019). Segue na tabela 13 a análise específica da cirurgia Revascularização miocárdica c/ uso de extracorpórea:

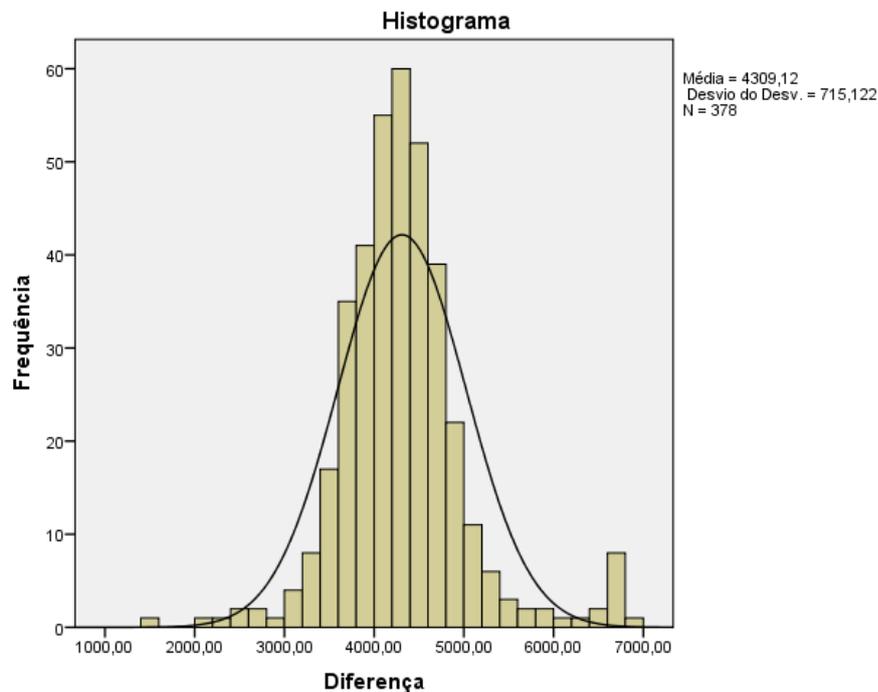
Tabela 13 - Estatística descritiva dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto nas cirurgias de Revascularização miocárdica c/ uso de extracorpórea (c/ 2 ou mais enxertos)

N	Válido	378
Média		4309,1223
Mediana		4257,6848
Mínimo		1498,38
Máximo		6805,00

Fonte: autoria própria

Na tabela 13 pode-se observar que nenhuma das 378 cirurgias realizadas foi deficitária, apesar de apresentar uma diferença importante entre os valores máximo e mínimo, como pode-se verificar no histograma (gráfico 24).

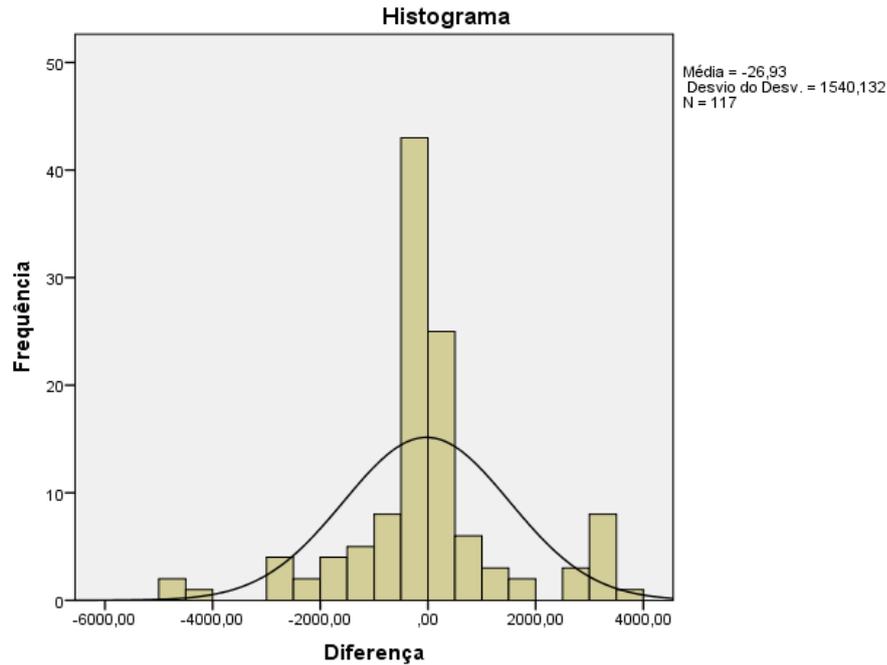
Gráfico 24 Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto da cirurgia Revascularização miocárdica c/ uso de extracorpórea (c/ 2 ou mais enxertos)



Fonte: elaborado pela autora

A cirurgia cardíaca realizou 117 cirurgias de média complexidade de 2008 a 2018, com um gasto total de R\$149.589,03. Na média complexidade, a situação é oposta da alta complexidade. A mediana apresenta-se negativa, ou seja, o valor pago pelo SUS na maioria das cirurgias é menor que o valor gasto, como demonstrado no histograma (gráfico 25):

Gráfico 25 Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: valor agregado de todas as cirurgias cardíacas de média complexidade.



Fonte: elaborado pela autora

Pode-se observar no histograma (gráfico 25) que mais da metade das cirurgias realizadas tiveram um déficit, sendo este de 69%.

Na média complexidade, a cirurgia mais realizada foi Drenagem com biopsia de pericárdio, esta não tem limitação de idade e sexo. Sendo definida como: “Ressecção de fragmento de pericárdio para exame diagnóstico e drenagem descompressiva do líquido pericárdico” (DATASUS, 2019). Na tabela 14 apresenta-se a análise descritiva da cirurgia drenagem com biopsia de pericárdio:

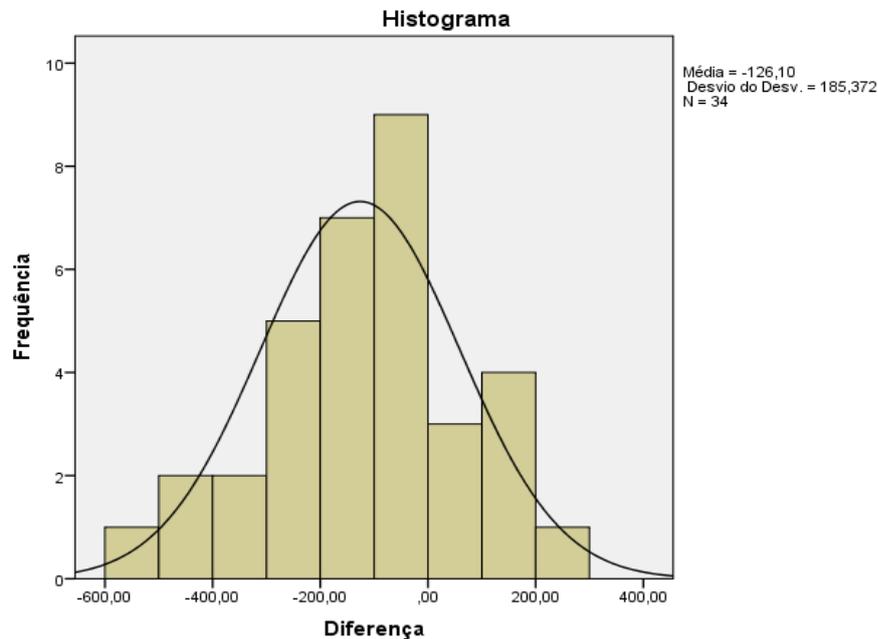
Tabela 14 - Estatística descritiva dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto da cirurgia Drenagem com biopsia de pericárdio.

N	Válido	34
Média		-126,0955
Mediana		-103,4890
Mínimo		-583,88
Máximo		207,90

Fonte: autoria própria

Ocorreram 34 cirurgias de drenagem com biopsia de pericárdio entre 2008 e 2018, apresentando um reembolso deficitário em sua maioria, com uma mediana negativa, chegando a um valor mínimo de – R\$583,88, como demonstrado no histograma (gráfico 26):

Gráfico 26 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto da cirurgia Drenagem com biópsia de pericárdio.



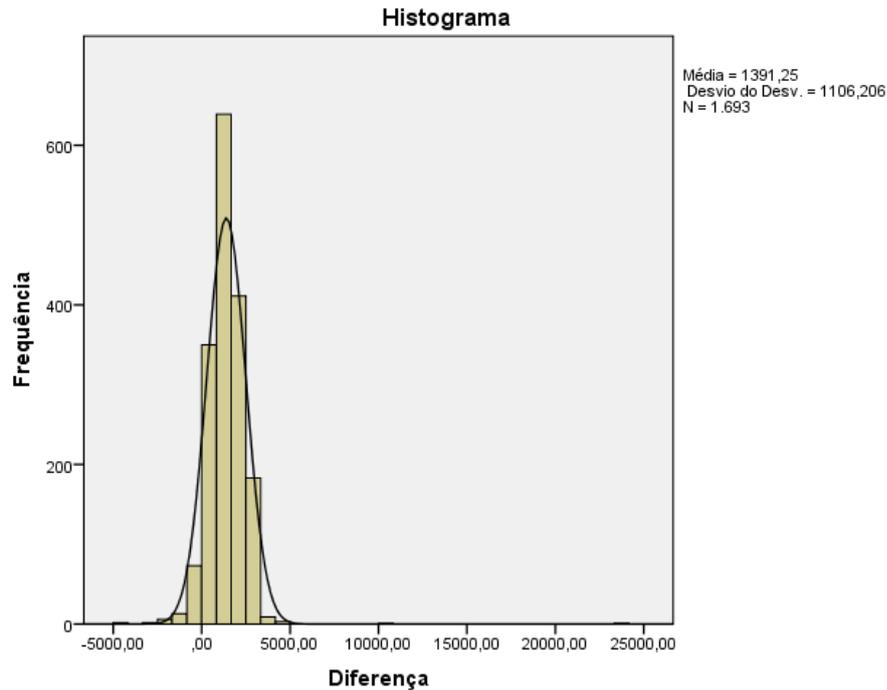
Fonte: elaborado pela autora

Ao analisar o histograma (gráfico 26), verifica-se que das 34 cirurgias de Drenagem com biópsia de pericárdio realizadas, 26 foram deficitárias, para essa cirurgia então, 76,5% delas o valor reembolsado pelo SUS foi menor que o gasto.

4.4.2.3 Os repasses e o “saldo” dos serviços para Especialidade Neurocirurgia

A neurocirurgia realizou 1693 cirurgias de alta complexidade no período de 2008 a 2018. O valor de custo destas foi de R\$2.695.961,57. Na tabela 8 pode-se observar que o valor da mediana é positivo, isso demonstra que a maior parte das cirurgias de alta complexidade não apresentam déficit. O histograma (gráfico 27) demonstra essa relação de maneira mais clara:

Gráfico 27 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: valor agregado de todas as cirurgias neurológicas de alta complexidade



Fonte: elaborado pela autora

O percentual de cirurgias que apresentaram déficit foi de apenas 5,7%. Estando quase a totalidade das cirurgias de alta complexidade da neurocirurgia dentro da curva de normalidade.

Na neurocirurgia, dentro da alta complexidade a cirurgia mais realizada foi Microcirurgia para tumor intracraniano (com técnica complementar), tal cirurgia não apresenta restrições de idade e sexo. Sendo definida como: “Procedimento neuromicrocirúrgico para resseção de tumor cerebral com o uso de técnica adicional como estereotáxia, endoscopia, videocirurgia ou aspirador ultrassônico” (DATASUS, 2019).

Foram realizadas 250 cirurgias de Microcirurgia para tumor intracraniano (com técnica complementar) de 2008 a 2018, conforme análise demonstrada na tabela 15:

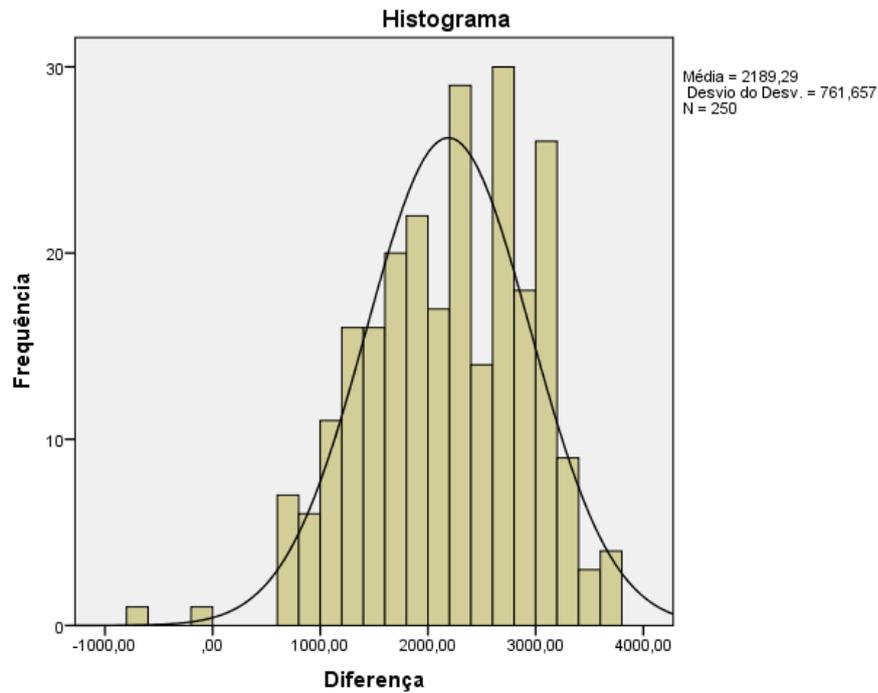
Tabela 15 - Estatística descritiva dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto da cirurgia Microcirurgia para tumor intracraniano (com técnica complementar)

N	Válido	250
Média		2189,2873
Mediana		2259,4095
Mínimo		-635,54
Máximo		3674,12

Fonte: autoria própria

Têm-se uma média e mediana positivas, o que demonstra que a maioria das cirurgias apresentou um saldo. Mesmo com o mínimo de R\$-635,54. Na figura (gráfico 28) demonstra-se essa relação:

Gráfico 28 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto da cirurgia Microcirurgia para tumor intracraniano (com técnica complementar)

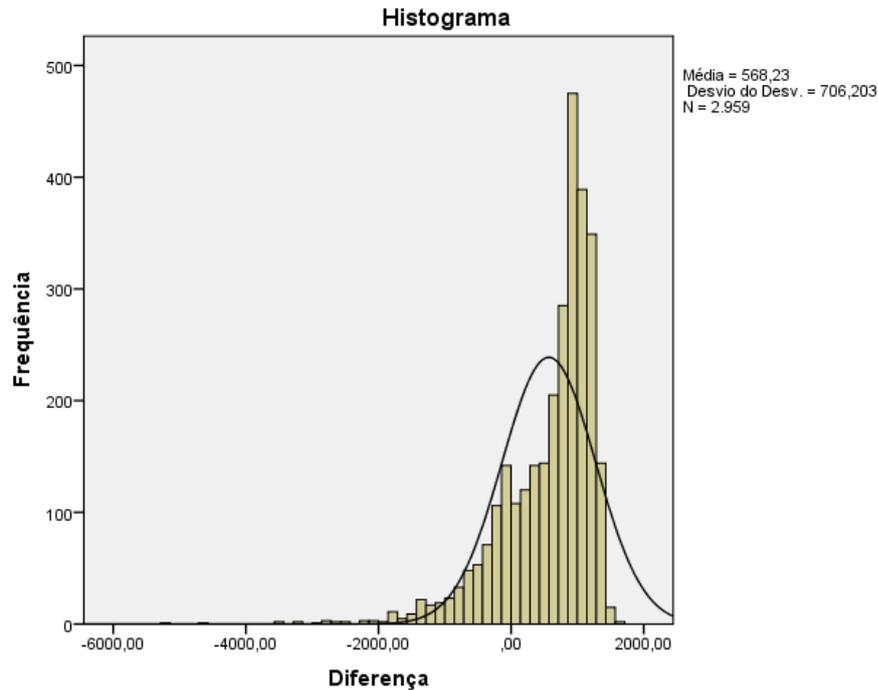


Fonte: elaborado pela autora

No gráfico 28 é perceptível que apenas duas cirurgias foram deficitárias, ou seja, 0,8%.

A neurocirurgia realizou entre 2008 e 2018, 2959 cirurgias de média complexidade. Com um gasto total de R\$2.844.346,99. Na tabela 9, apresenta-se valores distantes entre mínimo e máximo, esses valores extremos retornam a valores também distantes entre média e mediana. Porém, a mediana mostra que a maior parte das cirurgias de média complexidade da neurocirurgia não são deficitárias. Conforme figura (gráfico 29):

Gráfico 29 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: valor agregado de todas as cirurgias neurológicas de média complexidade



Fonte: elaborado pela autora

Apesar de apresentar um valor mínimo de R\$-5.179,15, as cirurgias de média complexidade da neurocirurgia apresentam um déficit de 19,6%, como demonstrado no histograma (gráfico 29).

Na média complexidade, a cirurgia mais realizada pela neurocirurgia foi Tratamento cirúrgico de hematoma subdural crônico, que é definido como “Drenagem cirúrgica de hematoma subagudo na vigência de sangramento ou hipertensão craniana” (DATASUS, 2019). Nessa cirurgia o gasto total médio foi de R\$693,48, e o repasse do SUS foi de 1550,72. Na tabela 16 segue uma descrição mais adequada dos números do tratamento cirúrgico de hematoma subdural crônico.

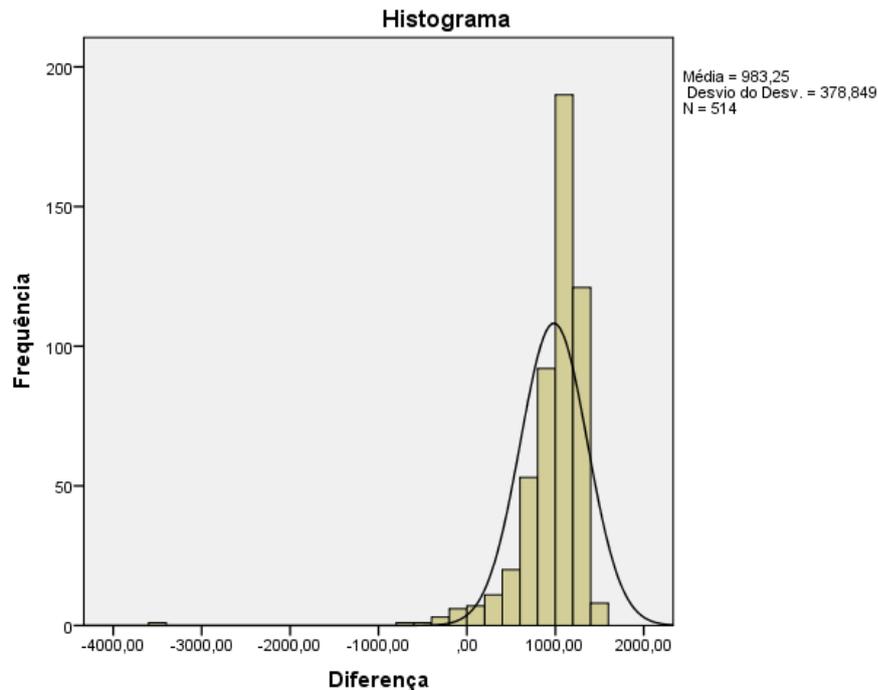
Tabela 16 - Estatística descritiva dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto da cirurgia Tratamento cirúrgico de hematoma subdural crônico.

N	Válido	514
Média		983,2537
Mediana		1091,2143
Mínimo		-3507,88
Máximo		1449,31

Fonte: autoria própria

O tratamento cirúrgico de hematoma subdural crônico apresenta uma mediana de R\$1.091,21, ou seja, 50% ou mais destes procedimentos recebem como reembolso esse valor ou acima disto. Observe histograma (gráfico 30):

Gráfico 30 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto da cirurgia Tratamento cirúrgico de hematoma subdural crônico



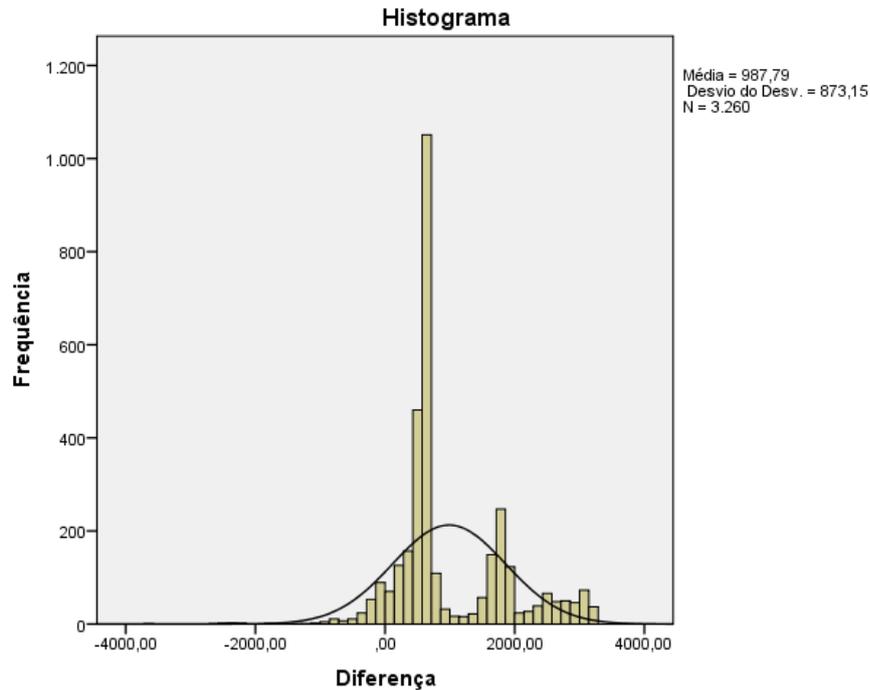
No histograma (gráfico 30) pode-se observar alguns valores negativos, porém, quando verifica-se a totalidade dos procedimentos Tratamento cirúrgico de hematoma subdural crônico, evidencia-se que apenas 2,33% destas cirurgias são deficitárias.

4.4.2.4 Os repasses e o “saldo” dos serviços para Especialidade Oftalmologia

A especialidade Oftalmologia realizou 3260 cirurgias de alta complexidade entre 2008 e 2018, com um gasto de R\$1.159.384,06.

Na tabela 8 pode-se verificar que a mediana das cirurgias de alta complexidade da oftalmologia é de R\$655,08, portanto, a maior partes destas não apresenta déficit. Esse saldo é demonstrado no histograma (gráfico 31):

Gráfico 31 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: valor agregado de todas as cirurgias oftalmológicas de alta complexidade



Fonte: elaborado pela autora

No histograma observa-se alguns valores fora da linha da normalidade, como é o caso do valor máximo. Das cirurgias de alta complexidade, 214 apresentaram déficit, representando um percentual de 6,6%.

Na alta complexidade, a cirurgia mais realizada pela Oftalmologia foi Facoemulsificação c/ implante de lente intra-ocular dobrável, sendo definida como: “Procedimento cirúrgico para o tratamento de catarata (senil, traumática, congênita, complicada, e outras) com uso de facoemulsificador com implante de lente intra-ocular dobrável acrílica ou de silicone – lente inclusa no procedimento” (DATASUS, 2019). Na tabela 17 está demonstrada a estatística descritiva da cirurgia de Facoemulsificação c/ implante de lente intra-ocular dobrável.

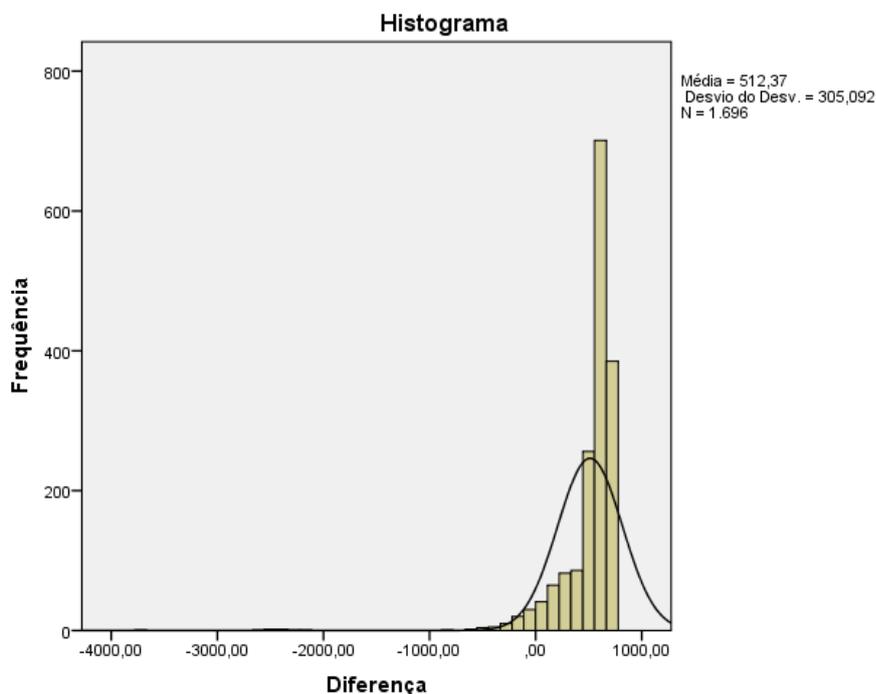
Tabela 17- Estatística descritiva dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto da cirurgia Facoemulsificação c/ implante de lente intra-ocular dobrável

N	Válido	1696
Média		512,3662
Mediana		604,2056
Mínimo		-3671,19
Máximo		752,45

Fonte: autoria própria

Na tabela 17 pode-se verificar a mediana é positiva, mesmo apresentando um valor mínimo de R\$-3.671,19. No gráfico 32 apresenta-se a análise gráfica dos dados desta cirurgia.

Gráfico 32 – Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto da cirurgia Facoemulsificação c/ implante de lente intraocular dobrável

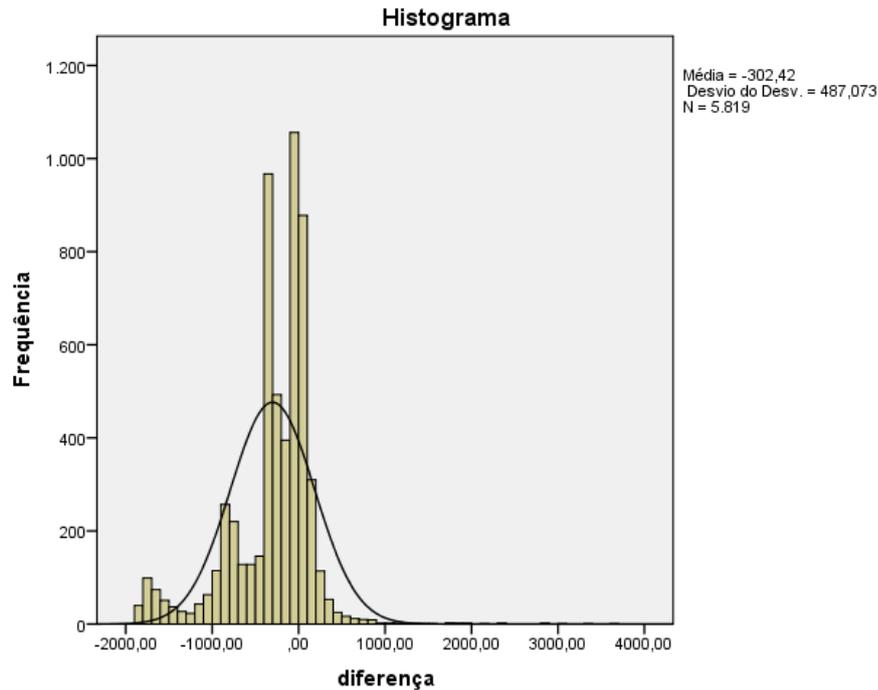


Fonte: autoria própria

Foram realizadas 1696 cirurgias de Facoemulsificação c/ implante de lente intraocular dobrável, destas 80 apresentaram saldo negativo, um percentual de 4,7%.

Na média complexidade a oftalmologia realizou 5819 procedimentos, totalizando um valor gasto de R\$1.223.000,31. A tabela 9 apresenta média, mediana e mínimo com valores negativos, mesmo com um valor máximo de R\$3.623,21. No histograma (gráfico 33), demonstra-se a análise gráfica destes valores:

Gráfico 33 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: valor agregado de todas as cirurgias oftalmológicas de média complexidade



Fonte: elaborado pela autora

Das 5819 cirurgias de média complexidade realizadas pela oftalmologia, 4362 apresentaram déficit, contabilizando um total de 74,9%.

Facectomia c/ implante de lente intra-ocular foi a cirurgia de média complexidade mais realizada pela oftalmologia, sendo definida como: “Procedimento cirúrgico com finalidade terapêutica, sob anestesia local ou geral (crianças e pacientes especiais), para o tratamento de catarata (senil, traumática, congênita, complicada, e outras) com implante de lente intra-ocular” (DATASUS, 2019). A tabela 18 apresenta a análise estatística da cirurgia Facectomia c/ implante de lente intraocular.

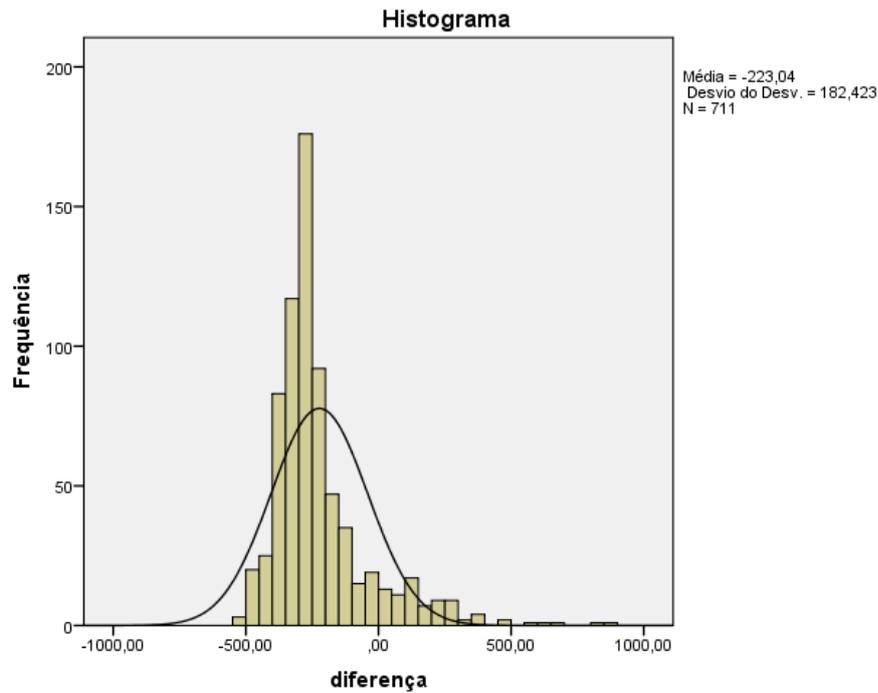
Tabela 18 - Estatística descritiva dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto da cirurgia Facectomia c/ implante de lente intraocular.

N	Válido	711
Média		-223,0399
Mediana		-269,1672
Mínimo		-523,73
Máximo		896,05

Fonte: autoria própria

O valor máximo da diferença para a cirurgia de Facectomia c/ implante de lente intraocular foi de R\$896,05, porém, o valor da média e da mediana se apresentaram negativos. Como pode-se verificar no histograma (gráfico 34).

Gráfico 34 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto da cirurgia Facectomia c/ implante de lente intraocular

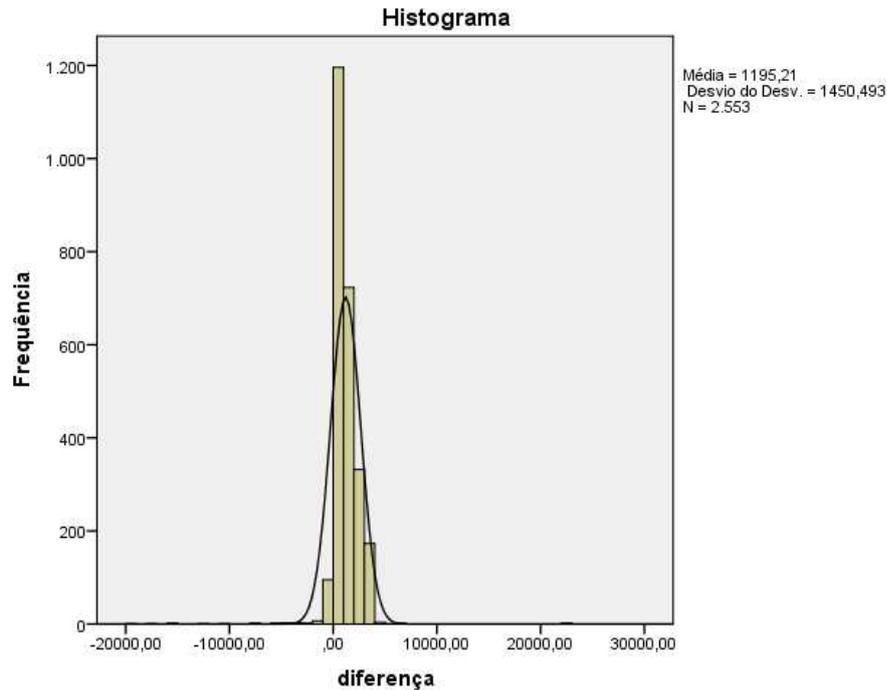


Foram realizadas 711 cirurgias de Facectomia com implante de lente intraocular. Destas 88,9% apresentaram déficit, ou seja, 632 cirurgias receberam reembolso menor do que o valor gasto.

4.4.2.5 Os repasses e o “saldo” dos serviços para Especialidade Ortopedia

A ortopedia realizou 2553 cirurgias de alta complexidade, com um gasto total de R\$2.541.397,61. Na alta complexidade da ortopedia, aparecem altos valores mínimo e máximo, o que resulta em um valor de média acima da mediana (tabela 8).

Gráfico 35 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: valor agregado de todas as cirurgias ortopédicas de alta complexidade



Fonte: autoria própria

A mediana tem valor de R\$977,25. Para as 2553 cirurgias feitas pela ortopedia de alta complexidade, apenas 4,7% destas apresentam algum valor de déficit (gráfico 35).

Na especialidade ortopedia a cirurgia de alta complexidade mais realizada foi Artroplastia total primária do quadril não cimentada / híbrida. Esta não tem restrição de sexo, sendo restrita à idade de 15 a 130 anos. É definida como: “Procedimento de substituição da articulação coxofemoral biológica, por componentes articulares inorgânicos metálicos ou de polietileno. Admite uso da cimentação” (DATASUS, 2019). Nesse procedimento o gasto total médio foi de R\$1887,45, e o reembolso do SUS de R\$1214,72. Na tabela 19 tem-se uma estatística descritiva mais adequada:

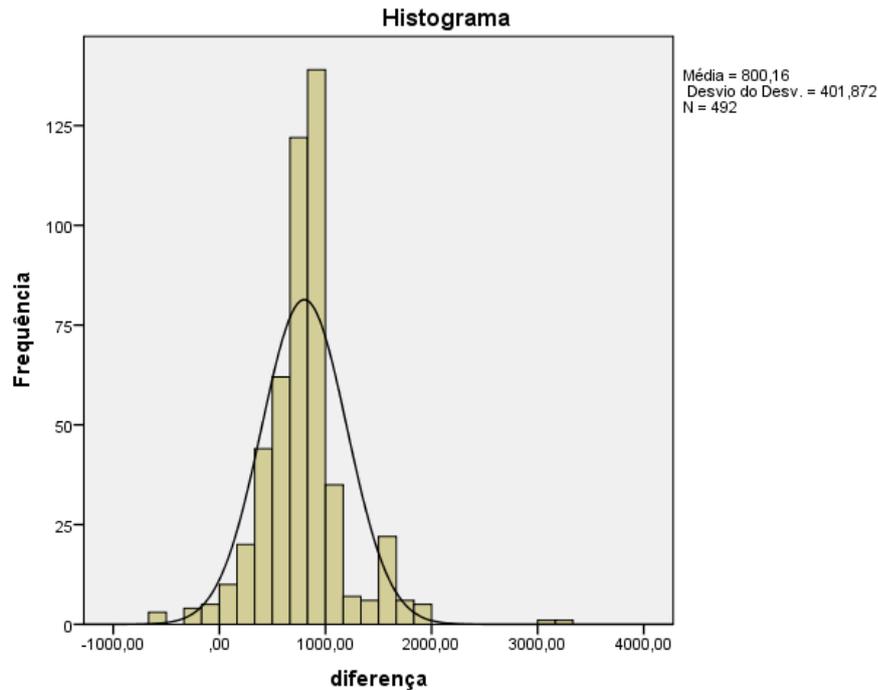
Tabela 19 - Estatística descritiva dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto da cirurgia Artroplastia total primária do quadril não cimentada/ híbrida.

N	Válido	492
Média		800,1619
Mediana		812,9676
Mínimo		-606,51
Máximo		3189,99

Fonte: autoria própria

Apesar de apresentar valores negativos, a mediana se apresenta próxima da média, sendo de R\$812,96. Foram realizadas 492 Artroplastia total primária do quadril não cimentada/híbrida, destas apenas 12 apresentaram déficit, ou seja, 2,4%. Conforme verifica-se no histograma (gráfico 36):

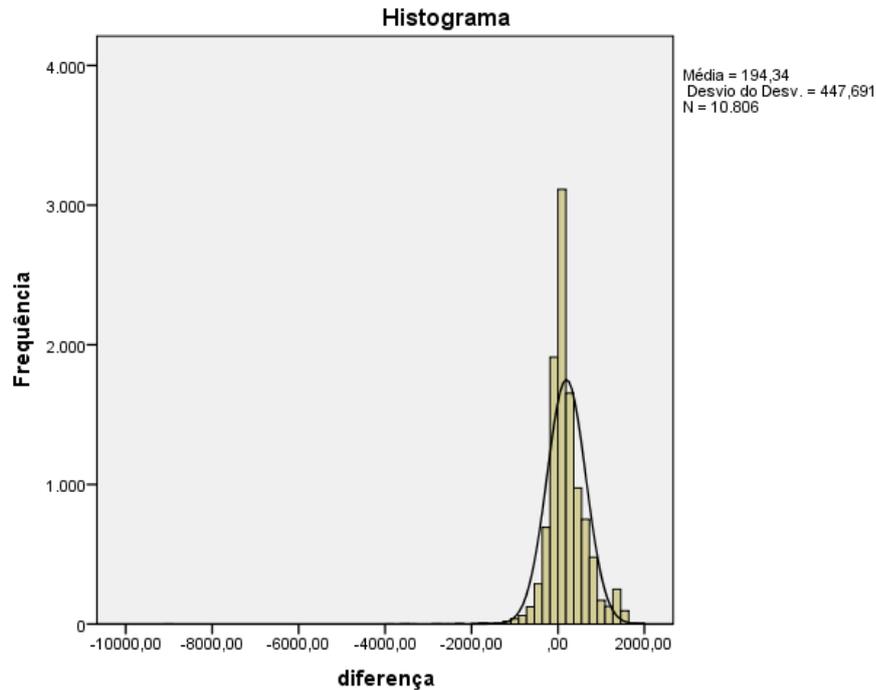
Gráfico 36 – Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto da cirurgia Artroplastia total primária do quadril não cimentada/ híbrida.



Fonte: elaborado pela autora

A ortopedia realizou 10806 cirurgias de média complexidade no período de 2008 a 2018, tendo um gasto total de R\$5.334.690,04. Pode-se observar que o valor mínimo é muito inferior ao máximo, porém, a média e mediana são próximas (tabela 9). Das 10806 cirurgias de média complexidade realizadas pela ortopedia, 3178 apresentaram déficit, um percentual de 29,4%. Conforme histograma (gráfico 37):

Gráfico 37 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: valor agregado de todas as cirurgias ortopédicas de média complexidade



Fonte: autoria própria

Na média complexidade a cirurgia mais realizada foi Tratamento cirúrgico de fratura da diáfise da tíbia, esta não apresenta limitação para idade ou sexo. Sendo definida como: “Procedimento de redução e fixação da fratura diafisária de tíbia. Admite uso de instrumentação” (DATASUS, 2019). Nessa cirurgia o gasto total médio foi de R\$941,37, e o reembolso do SUS de R\$846,36. A tabela 20 apresenta a estatística descritiva da diferença da cirurgia tratamento cirúrgico de fratura da diáfise da tíbia:

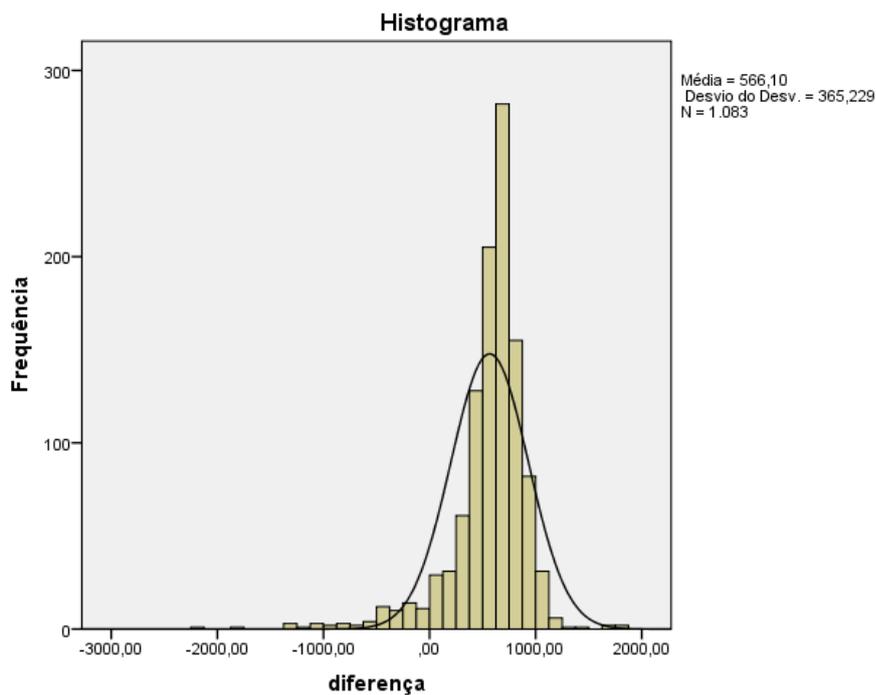
Tabela 20 - Estatística descritiva dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: tratamento cirúrgico de fratura da diáfise da tíbia

N	Válido	1083
Média		566,0950
Mediana		632,7009
Mínimo		-2201,62
Máximo		1863,22

Fonte: autoria própria

Foram realizadas 1083 cirurgias, destas 67 apresentaram déficit, apresentando um percentual de 6,2% de saldo negativo. Conforme mostrado no histograma (gráfico 38).

Gráfico 38 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura da diáfise de tíbia

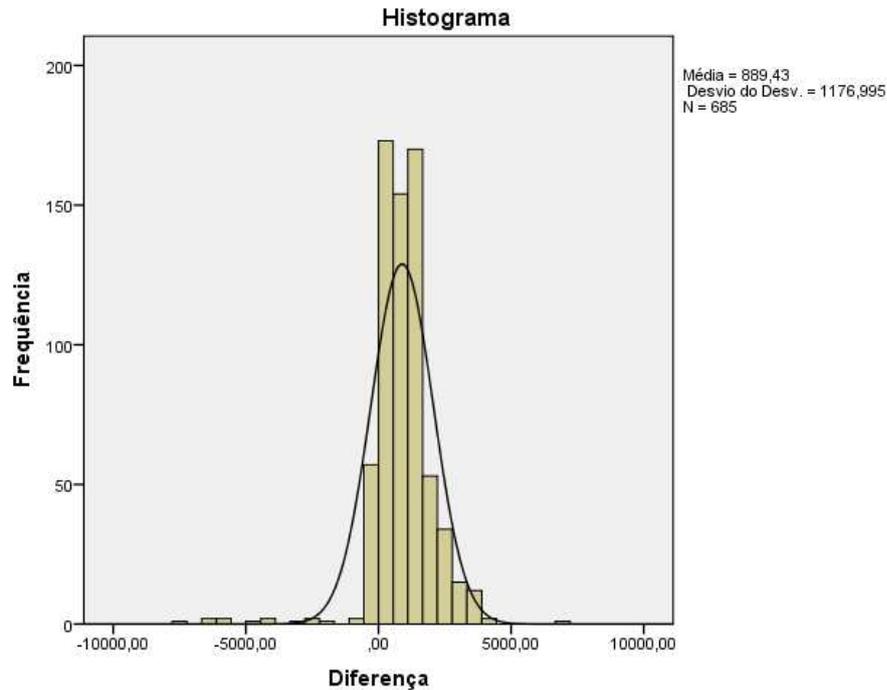


Fonte: elaborado pela autora

4.4.2.6 Os repasses e o “saldo” dos serviços para Especialidade Traumatologia

A traumatologia realizou 685 cirurgias de alta complexidade no período estudado, com um gasto total de R\$667.709,03. Conforme tabela 8, com uma mediana de R\$900,29 pode-se afirmar que, mais da metade dos procedimentos tiveram um saldo desse valor ou acima disso. E apenas 10,3% destas cirurgias apresentaram déficit, ou seja, 71 cirurgias.

Gráfico 39 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: valor agregado de todas as cirurgias traumatológicas de alta complexidade



Fonte: autoria própria

No histograma (gráfico 39) pode-se observar que quase totalidade dos valores se apresentam dentro da curva de normalidade.

Na especialidade de traumatologia, a cirurgia de alta complexidade mais realizada foi Redução incruenta c/ manipulação de luxação espontânea / progressiva do quadril com aplicação de dispositivos de contenção. Essa cirurgia pode ser realizada em pacientes de ambos os sexos, tendo limitação de idade de 0 a 2 anos. É definida como “procedimento de restauração anatômica da articulação coxofemoral, através de manobras ortopédicas, podendo haver instalação de tração transesquelética de contenção” (DATASUS, 2019). Nesse procedimento o reembolso do SUS é de R\$150,04, e o gasto total médio foi de R\$136,73. A seguir a tabela 21 mostra a análise destes dados:

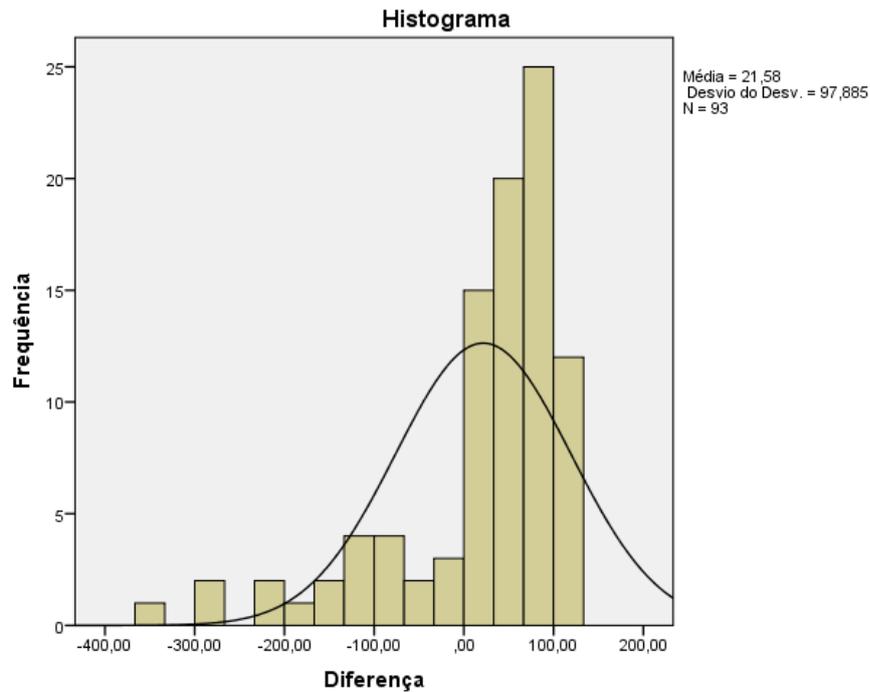
Tabela 21 - Estatística descritiva dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: Redução incruenta c/ manipulação de luxação espontânea / progressiva do quadril com aplicação de dispositivos de contenção.

N	Válido	93
Média		21,5829
Mediana		56,9034
Mínimo		-343,47
Máximo		121,40

Fonte: autoria própria

Foram 93 cirurgias, destas 22,6% apresentaram déficit, ou seja, 21 cirurgias. Com uma mediana de R\$56,90. Conforme demonstrado no histograma (gráfico 40):

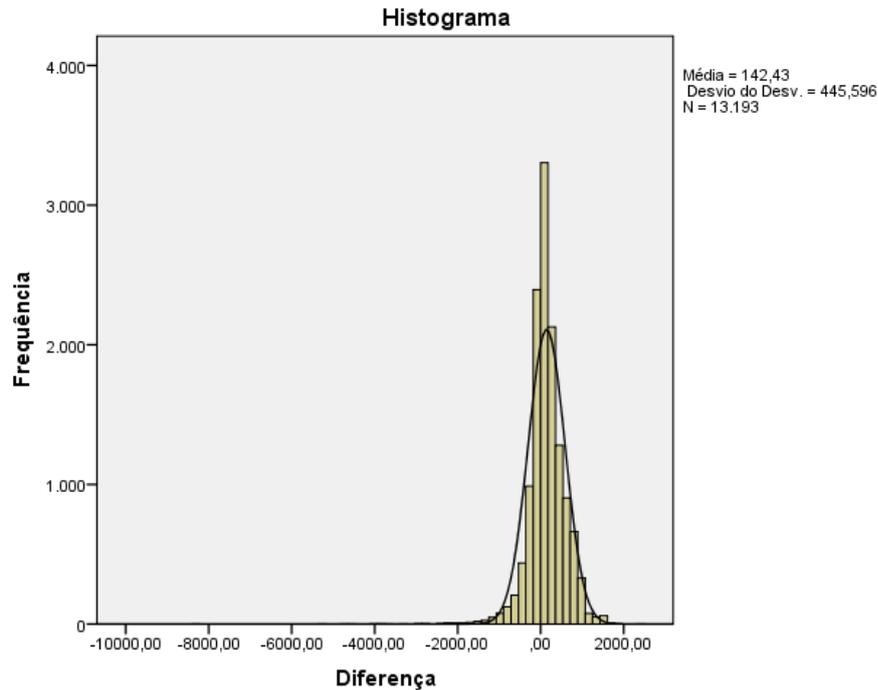
Gráfico 40 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: Redução incruenta c/ manipulação de luxação espontânea / progressiva do quadril c/ aplicação de dispositivos de contensão.



Fonte: autoria própria

A traumatologia realizou 13193 cirurgias de média complexidade no período estudado, com um gasto total de R\$7.670.452,45. De acordo com a tabela 9, apesar de apresentar uma mediana positiva, ou seja, mais de 50% dos procedimentos tiveram algum saldo, esta apresenta um baixo valor, R\$110,15. Enquanto que, há um valor mínimo de R\$-8.264,99.

Gráfico 41 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: valor agregado de todas as cirurgias traumatológicas de média complexidade



Fonte: elaborado pela autora

Dos valores apresentados no histograma (gráfico 41), 33,2% apresentaram déficit, correspondendo a 4382 cirurgias.

Na média complexidade a cirurgia mais realizada foi Tratamento cirúrgico de fratura da diáfise da tíbia, acontecendo igualmente na ortopedia. Mas, diferentemente da ortopedia, aqui o gasto total médio foi de R\$1010,51, e o reembolso do SUS se manteve em R\$846,36, conforme tabela 22:

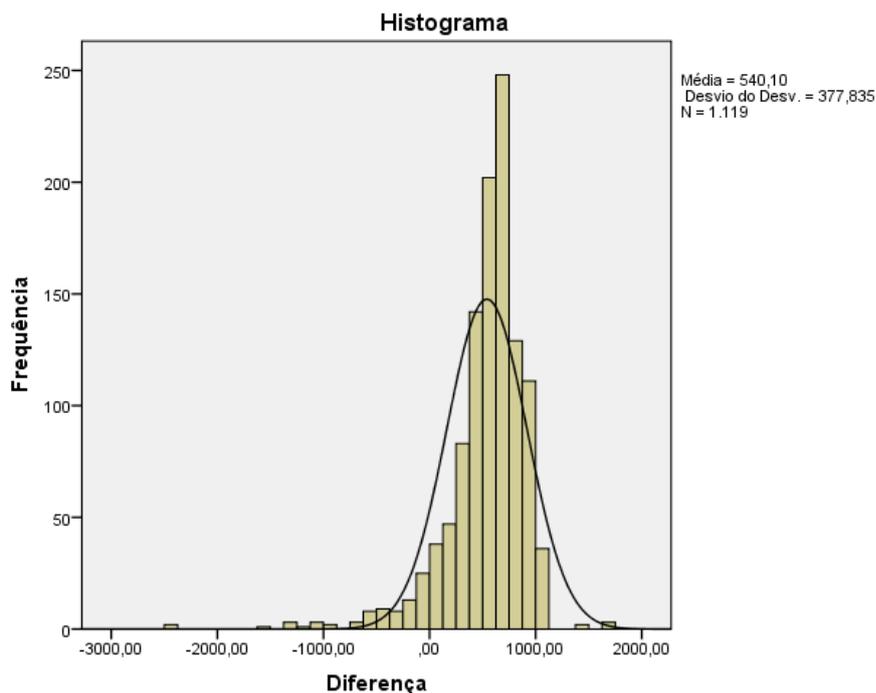
Tabela 22 – Estatística descritiva dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura da diáfise da tíbia.

N	Válido	1119
Média		540,0966
Mediana		606,7256
Mínimo		-2446,70
Máximo		1665,26

Fonte: autoria própria

Das 1119 cirurgias de tratamento cirúrgico de fratura da diáfise da tíbia, 78 apresentaram déficit, um percentual de 7%. Conforme demonstrado no histograma (gráfico 42):

Gráfico 42 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: tratamento cirúrgico de fratura da diáfise da tibia



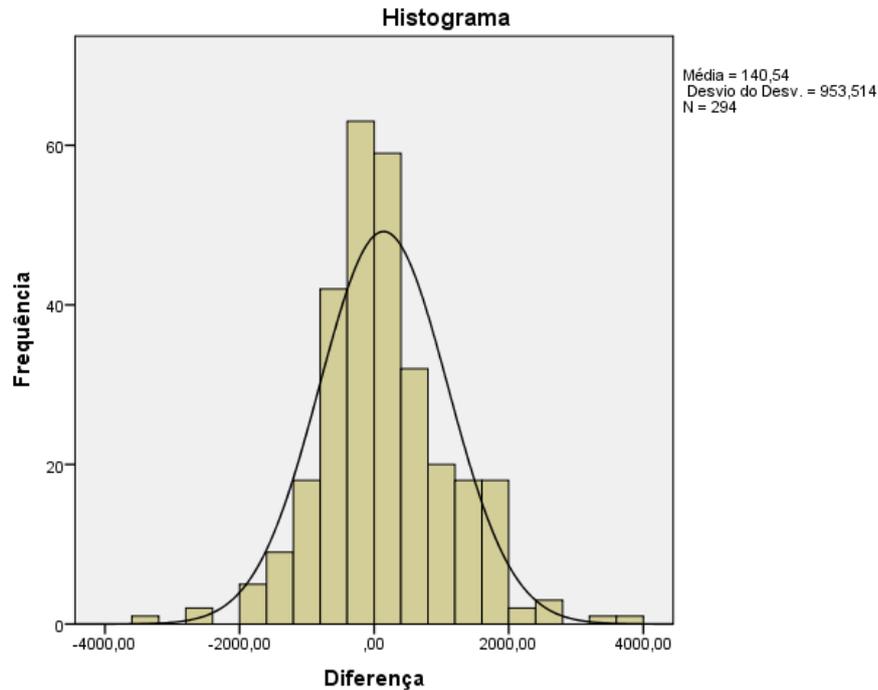
Fonte: autoria própria

4.4.2.7 Os repasses e o “saldo” dos serviços para Especialidade TBMF

A TBMF realizou 294 cirurgias de alta complexidade, totalizando um gasto de R\$ 676.314,49.

Das 294 cirurgias, 140 apresentaram déficit, um percentual de 47,6%. Tal fato demonstra que apenas 52,4% destas cirurgias tem saldo positivo, com uma mediana de R\$140,54.

Gráfico 43 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: valor agregado de todas as cirurgias da especialidade TBMF de alta complexidade



Fonte: elaborado pela autora

No histograma (gráfico 43) verifica-se o equilíbrio entre o saldo e o déficit destas cirurgias, uma paridade entre déficit e saldo.

Na especialidade TBMF, a cirurgia mais realizada na alta complexidade foi Osteotomia da mandíbula, tal procedimento é definido como “seccionamento cirúrgico do osso, denominado osteotomia, com o fim de corrigir ou restaurar deformidades do esqueleto, corrigir consolidação viciosa de fratura ou ainda por anomalias congênicas ou por deformidades adquiridas” (DATASUS, 2019). O valor médio gasto nesse procedimento foi de R\$2206,82, e o reembolso do SUS de apenas R\$659,03, conforme demonstrada a diferença na tabela 23:

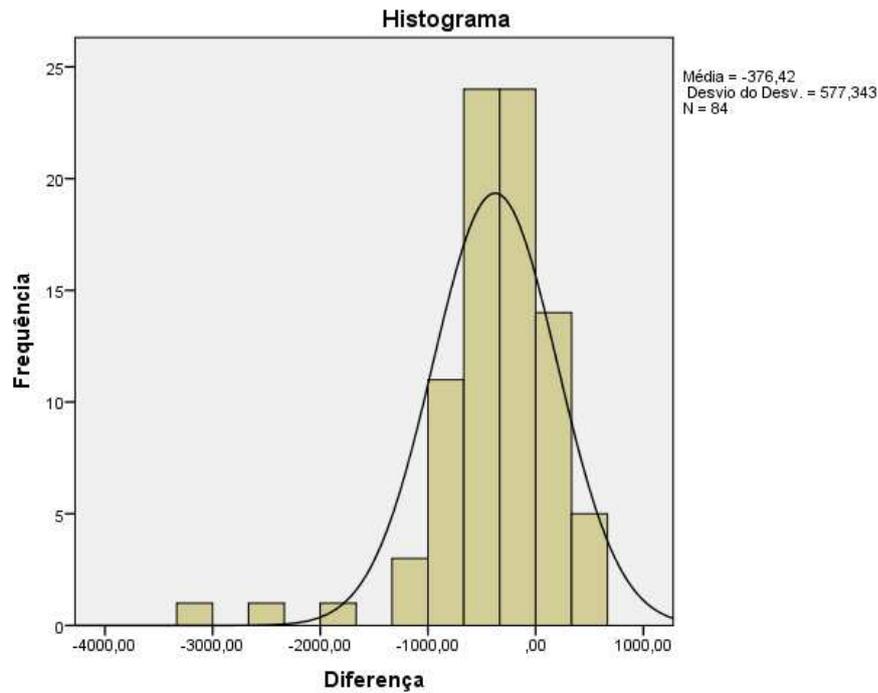
Tabela 23 – Estatística descritiva dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto da cirurgia Osteotomia da mandíbula

N	Válido	84
Média		-376,4199
Mediana		-320,2674
Mínimo		-3223,44
Máximo		458,23

Fonte: autoria própria

A cirurgia de Osteotomia de mandíbula apresenta uma mediana negativa de R\$-320,26. Portanto, das 84 cirurgias realizadas, mais de 50% apresentam déficit. Como pode-se verificar no histograma (gráfico 44).

Gráfico 44 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: Osteotomia de mandíbula

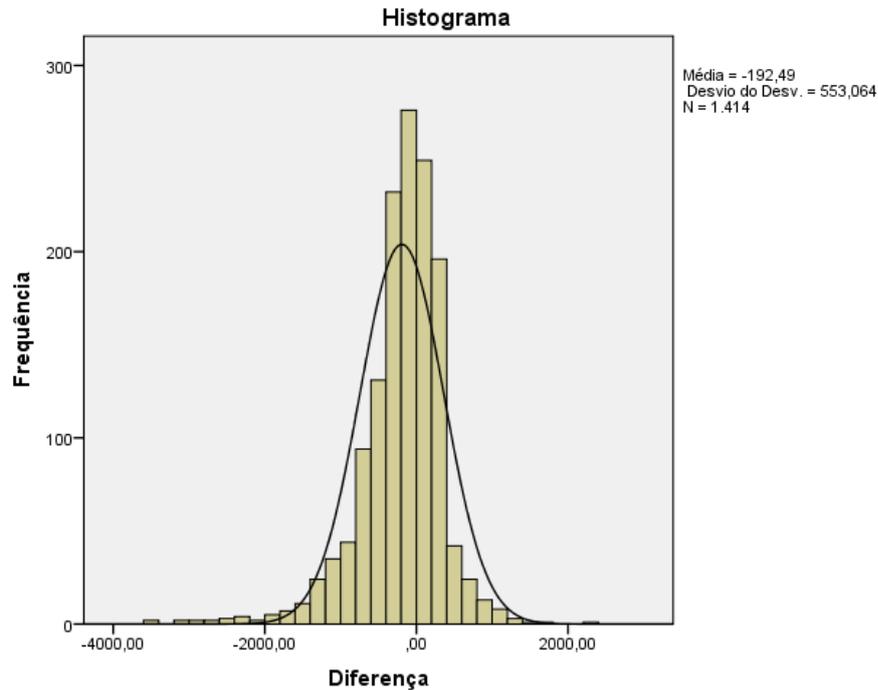


Fonte: elaborado pela autora

O percentual de déficit nesta cirurgia é de 77,4%. Apresentando como valor mínimo de R\$-3223,44.

A especialidade de TBMF realizou 1414 cirurgias de média complexidade de 2008 a 2018, com um custo total de R\$1.867.214,55. Apesar de apresentar um valor máximo positivo, apresenta-se valores mínimo, de média e mediana negativos, conforme demonstrado na tabela 9 e no histograma (gráfico 45):

Gráfico 45 Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: valor agregado de todas as cirurgias da especialidade TBMF de média complexidade



Fonte: elaborado pela autora

Das 1414 cirurgias de média complexidade realizadas pela TBMF, 876 apresentaram déficit, ou seja, 62% destas cirurgias tiveram um reembolso menor que o valor gasto.

Na média complexidade a cirurgia mais realizada foi Redução cruenta de fratura de mandíbula bilateral, este procedimento foi revogado em junho de 2011, sendo substituído pelo procedimento Osteossíntese de fratura unilateral do côndilo mandibular. Sem restrições de idade ou sexo o mesmo é definido como um “procedimento cirúrgico de redução de fratura uni ou bilateral de côndilo mandibular, seguido de fixação rígida” (DATASUS, 2019). O gasto total médio apresentado foi de R\$1408,21, e o reembolso de R\$461,67. Conforme análise apresentada na tabela 24:

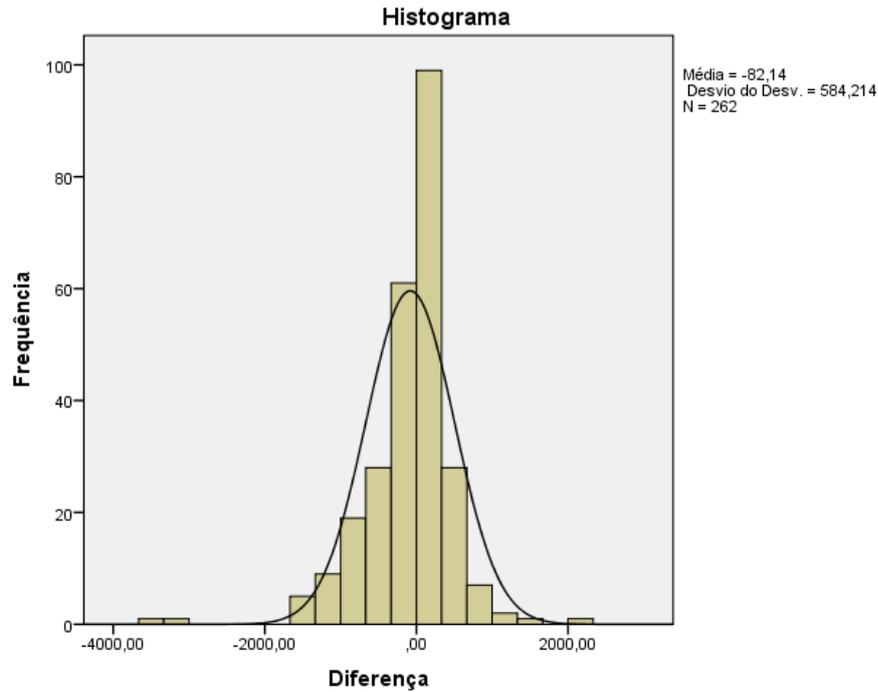
Tabela 24 - Estatística descritiva dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: Redução cruenta de fratura de mandíbula bilateral/ Osteossíntese de fratura unilateral do côndilo mandibular.

N	Válido	262
Média		-82,1381
Mediana		18,1999
Mínimo		-3571,21
Máximo		2326,09

Fonte: autoria própria

Nesta cirurgia o valor mínimo foi de R\$-3571,21, e a mediana de apenas R\$18,19. Apesar do alto valor de déficit do valor mínimo, a maior parte das cirurgias não apresentaram déficit, como pode-se verificar no histograma (gráfico 46):

Gráfico 46 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: Redução cruenta de fratura de mandíbula bilateral/ Osteossíntese de fratura unilateral do côndilo mandibular



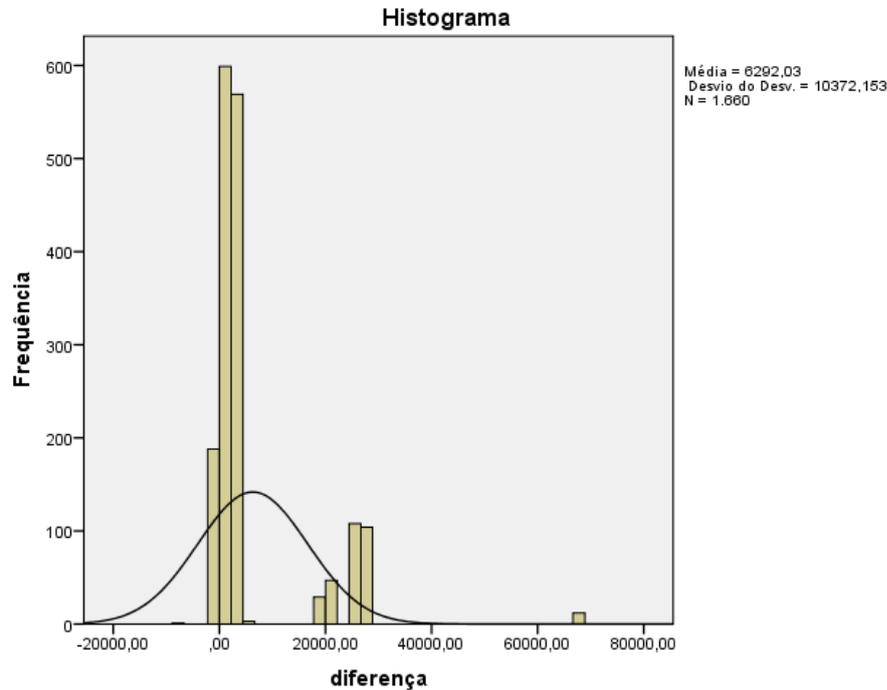
Essa cirurgia apresentou um déficit de 47,3%, ou seja, das 262 cirurgias realizadas, 124 apresentaram um saldo negativo.

4.4.2.8 Os repasses e o “saldo” dos serviços para Especialidade Urologia

A urologia realizou de 2008 a 2018, 1660 cirurgias de alta complexidade, com um custo de R\$1.220.611,92.

Essa especialidade apresenta características diferentes das demais, com um valor máximo muito elevado, com um valor mínimo alto, e com média e mediana muito distantes entre si. Pode-se verificar melhor no histograma (gráfico 47):

Gráfico 47 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: valor agregado de todas as cirurgias urologia de alta complexidade



Fonte: elaborado pela autora

O histograma (gráfico 47) se apresenta diferente dos demais, com muitos valores fora da faixa de normalidade e também muito distantes entre si. Apesar dos altos valores de saldo, 11,4% das cirurgias realizadas apresentaram déficit.

Na especialidade urologia, na alta complexidade, a cirurgia mais realizada foi Prostatectomia em oncologia, esta conta com limitação de idade, podendo ser feita de 40 a 130 anos, sendo restrita ao sexo masculino. É definida como “ressecção total ou parcial da próstata com ou sem outras estruturas pélvicas por tumor maligno” (DATASUS, 2019). Por essa cirurgia é recebido um reembolso de R\$3823,29, e o valor total médio gasto foi de R\$606,00. A mediana da diferença é de R\$3492,49 conforme tabela 25:

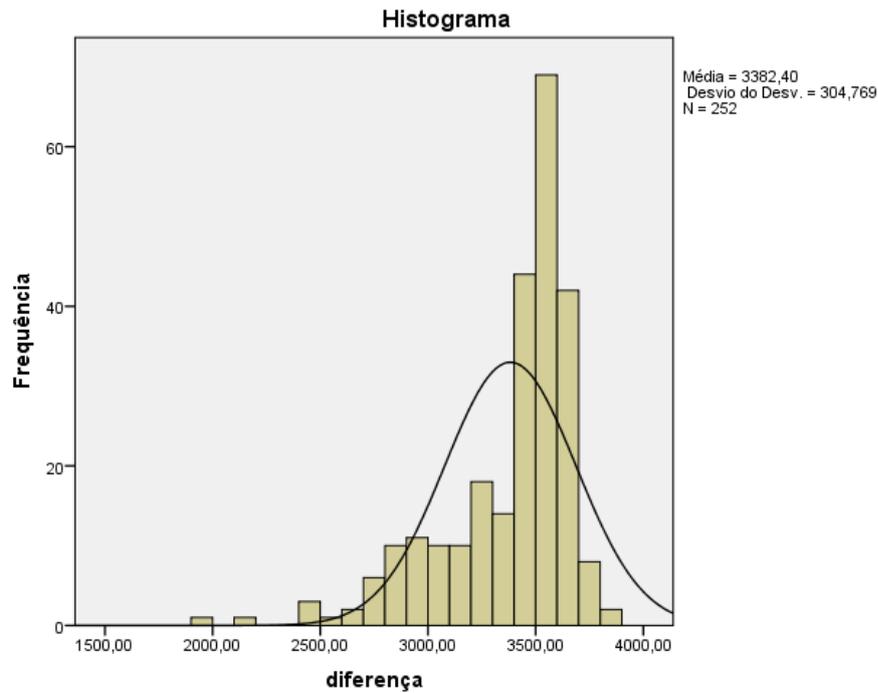
Tabela 25 – Estatística descritiva dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: Prostatectomia em oncologia.

N	Válido	252
Média		3382,3969
Mediana		3492,4926
Mínimo		1934,56
Máximo		3806,75

Fonte: autoria própria

Na cirurgia Prostatectomia em oncologia têm-se valores de média e mediana muito próximos, com um percentual de 100% de cirurgias com saldo positivo. Conforme verifica-se no histograma (gráfico 48):

Gráfico 48 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: Prostatectomia em oncologia



Fonte: elaborado pela autora

A urologia realizou 8925 cirurgias de média complexidade, com um gasto total de R\$2.199.896,14. Os valores da diferença são apresentados na tabela 26:

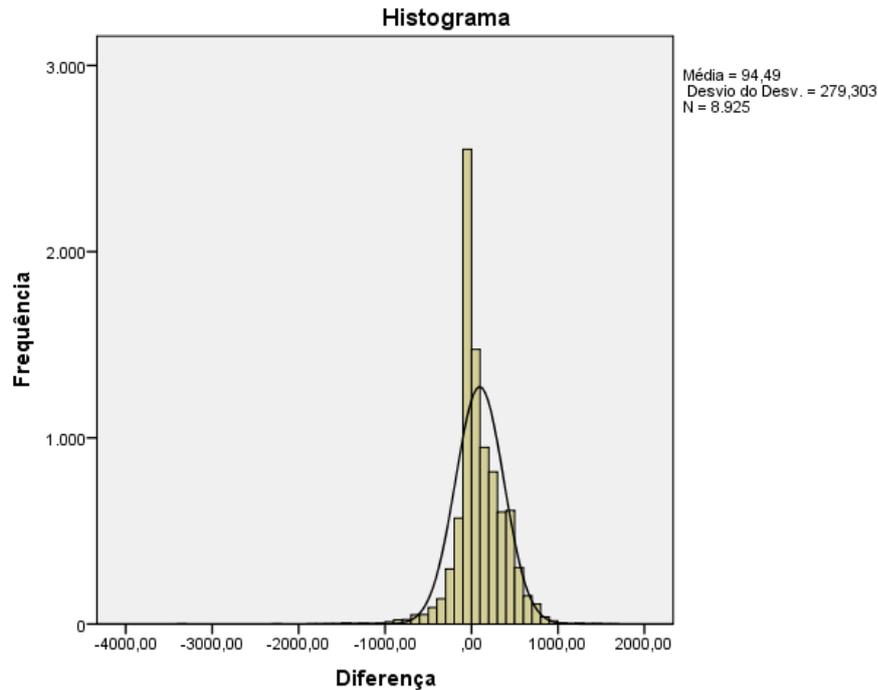
Tabela 26 – Estatística descritiva dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: valor agregado de todas as cirurgias da especialidade Urologia de média complexidade.

N	Válido	8925
Média		94,4946
Mediana		10,1478
Mínimo		-3356,63
Máximo		1620,89

Fonte: autoria própria

Na média complexidade da urologia têm-se valores mínimos negativos, com média e mediana distantes, porém positivas. Como verifica-se no histograma (gráfico 49):

Gráfico 49 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: valor agregado de todas as cirurgias urológicas de média complexidade



Fonte: elaborado pela autora

Das 8925 cirurgias de média complexidade realizadas pela urologia, 3831 apresentaram déficit, um percentual de saldo negativo de 43%.

Na média complexidade a cirurgia mais realizada foi cistoscopia e/ou ureterosopia e/ou uretroscopia, sem restrições de idade ou sexo, é definida como “exame das vias urinárias por meio de endoscópio, podendo haver realização de prova de função, com uso ou não de cateter, uni ou bilateral” (DATASUS, 2019). Aqui, ao contrário da alta complexidade, o valor reembolsado pelo SUS foi inferior ao gasto: valor de reembolso de R\$18,00, e o valor médio gasto de R\$67,17.

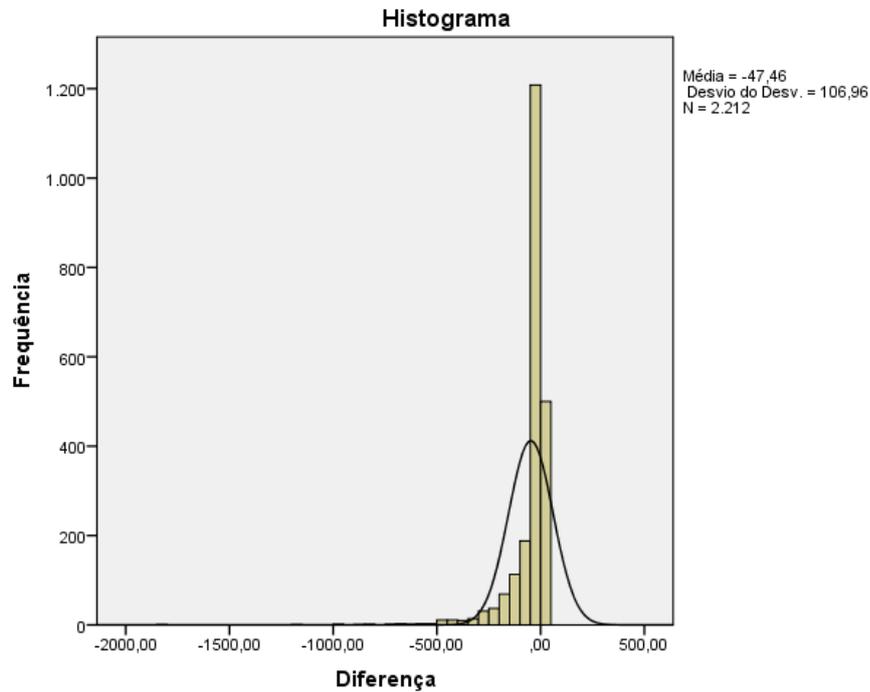
Tabela 27 – Estatística descritiva dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: cistoscopia e/ou ureterosopia e/ou uretroscopia

N	Válido	2212
Média		-47,4572
Mediana		-10,5847
Mínimo		-1822,64
Máximo		14,33

Fonte: autoria própria

Nessa cirurgia observa-se que há um valor máximo positivo, porém, de pouco expressão, apenas R\$14,33. Enquanto que, têm-se um mínimo de R\$-1822,64.

Gráfico 50 - Análise gráfica dos valores que compõem a diferença entre o valor de repasse do SUS e o gasto de cada cirurgia: cistoscopia e/ou ureterosopia e/ou uretroscopia



Fonte: autoria própria

Das 2212 cirurgias de Cistoscopia e/ou ureterosopia e/ou uretroscopia realizadas, 1712 foram deficitárias, um percentual de 77,4% (gráfico 50).

4.4.2.9 Resumo dos déficits das especialidades.

Na tabela 28 está disposto o déficit apresentado por cada especialidade analisada anteriormente, de acordo com a complexidade:

Tabela 28 - Resumo dos déficits da diferença apresentados, de acordo com a especialidade

Especialidade	Alta complexidade	Média complexidade
Cardíaca	3,9%	69%
Geral	0,2%	33,9%
Neurologia	5,7%	19,6%
Oftalmologia	6,6%	74,9%
Ortopedia	2,4%	29,4%
TBMF	47,6%	62%
Traumatologia	10,3%	33,2%
Urologia	11,4%	77,4%

Fonte: autoria própria

À análise é possível verificar que todas as especialidades apresentam déficit, tanto na alta complexidade quanto na média. A média complexidade apresenta percentuais mais acentuados de débito.

Na alta complexidade o menor déficit é na especialidade Geral, na média complexidade o menor déficit é na neurocirurgia. As piores diferenças estão na TBMF na alta complexidade e, na urologia na média complexidade.

A média complexidade desperta preocupação, uma vez que 4 das 8 especialidades apresentadas tiveram um déficit maior que 60%, e a com menor déficit, esse foi de 19,6%.

4.5 – Discussão das análises e elementos que possam contribuir para a melhoria dos processos e gestão dos recursos.

Após as várias análises realizadas é possível observar que não há uma linearidade nos dados encontrados, as variações acontecem tanto em relação a quantidade, valores, comportamento das especialidades, entre outros. Tal constatação permite identificar inicialmente a complexidade da administração hospitalar, mesmo quando analisa-se apenas o setor de centro cirúrgico.

Outro fator que dificulta um estudo mais objetivo da situação é que os dados dos gastos obtidos são parciais. Neles não estão incluídos os gastos fixos como água, luz, telefonia. Também não estão inclusos gastos com instrumental cirúrgico (esterilização, compra, manutenção), e com equipamentos (bisturi elétrico, aspirador, perfurador), outro gasto que também não foi incluso são os gastos relacionados aos funcionários UFU.

Tal fato reforça a necessidade e a importância do conhecimento dos custos dispendidos durante o tratamento hospitalar, em todas as áreas da instituição e não apenas no centro cirúrgico. Alguns autores também reforçam essa ideia, como Costa et al. (2012); Lima et al (2012); Salgado Júnior (2010); Bonacim, Araújo (2010); Schutz et al. (2012); Nogueira, Castilho (2016), Souza, Scatena (2010); Bócoli et al. (2013); Alemão, Gonçalves, Drumond (2013); Alemão et al. (2015); Regonha, Baungartner, Scarpi (2016).

Apesar dos obstáculos em fazer uma análise mais objetiva da situação, é de conhecimento geral que o HC-UFU passa por constantes crises financeiras, tal fato é noticiado com frequência pela mídia.

Em 2016 foi publicado um relatório de gestão relativo aos anos 2013 a 2016, nesse parecer foram apresentados alguns motivos pelos quais o HC enfrenta problemas financeiros, segue alguns: tabela SUS sem correção desde 2007; aumento do custo com recursos humanos; aumento do custo com recursos tecnológicos, que não são contemplados na tabela SUS; serviços que foram credenciados, mas sem remuneração adequada (BRASIL, 2016).

O déficit apresentado entre o que o hospital gasta e o que é reembolsado pelo SUS não acontece apenas no HC-UFU, mas em diversas instituições apresentadas em publicações científicas. Não há uma correção dos valores pagos pelo SUS desde 2007, o que agrava a crise das instituições de saúde. Essa ausência de correção mostra a necessidade de uma constante cobrança ao SUS para adequação desses valores. Conclusão semelhante foi apresentada pelos autores Borges (2015), Salgado Júnior, (2010), Schultz (2007); Bócoli et al. (2013); Oliveira et al. (2014); Selmo (2018) e Magalhães et al. (2018).

Outro fator que piora o déficit enfrentado pelos hospitais conveniados ao SUS é o constante aumento dos custos dos tratamentos cirúrgicos, já que esses exigem cada dia mais o uso de novas tecnologias, e estas são de alto custo, conforme concorda Azevedo et al. (2016).

Borgert, Alves, Schultz (2010) e Schultz, Siqueira (2011) publicaram artigos de revisão bibliográfica a respeito de custos hospitalares, os mesmo concluíram que existem poucas publicações a esse respeito. Para melhor entendimento de qualquer assunto é necessário estudos sobre o mesmo, quanto mais um assunto de alta relevância como custos hospitalares. Como os autores concluíram é necessário mais estudos sobre o tema.

Mas, falando especificamente do setor de centro cirúrgico, o que poderia ser melhorado para obtenção de um melhor saldo relativo à soma da diferença?

Uma ação que gerou melhoria da logística de trabalho e resultou em economia foi a criação dos kits cirúrgicos. E estes também proporcionaram a criação da base de dados que hoje utilizamos, já que esta base foi desenvolvida a partir dos dados coletados nos formulários de kits cirúrgicos.

Outra ação que também proporcionou a melhoria da qualidade de trabalho, unificação de dados e economia foi a criação de formulários de kits consignados. Atividade desenvolvida pela equipe de enfermagem do centro cirúrgico (CC) e pela equipe do SEMAC (setor de materiais especiais e consignados).

O CC não conta com uma equipe de auditoria. Um grupo de auditoria no setor poderia identificar possíveis erros de lançamento, de nomenclatura, de preenchimento dos relatórios cirúrgicos. E evitar que esses erros acontecessem proporcionando uma correção imediata.

As equipes que atuam no CC (enfermagem, cirurgiões e anestesistas) em geral não tem conhecimento dos custos cirúrgicos, não conhecem o valor dos materiais utilizados. Seria ideal que houvesse uma conscientização de toda a equipe, em relação aos custos, a otimização do tempo, do uso das salas, da necessidade de evitar o desperdício.

A partir das análises feitas também pode-se verificar que cirurgias de alta complexidade geram um melhor retorno, do que as de média complexidade. Trabalhos futuros podem ser realizados para demonstrar se essa relação é mesmo verdadeira, e quais ações podem ser tomadas para melhor adequação das cirurgias de alta complexidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo traçado para este estudo foi buscar entender a relação entre os reais custos de cirurgias de média e alta complexidade realizadas pelo Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU) no centro cirúrgico e o valor de reembolso que lhe foi repassado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no período de 2008 a 2018.

Para o alcance desse objetivo geral, buscou-se descrever o processo histórico dos kits, identificar, classificar, descrever e avaliar os gastos e custos das cirurgias, levando-se em consideração a complexidade, o procedimento e as especialidades, comparando custos apurados e repasses do SUS, e ainda apontar elementos que possam contribuir para a melhoria dos processos e gestão dos recursos.

Inicialmente apresentou-se o HC/UFU, sua importância, complexidade e abrangência.

Ao longo dos 49 anos de vida, o HC-UFU têm mostrado sua importância para Uberlândia e região. O mesmo além de prestar serviços de saúde, atua como hospital escola e empregador. Referência em atendimentos de alta e média complexidade, presta serviços totalmente pelo SUS, atendendo mais de 3 milhões de pessoas. Comporta alunos de cursos técnicos, graduação e pós-graduação. Além disso, também é fonte de renda para os funcionários UFU e FAEPU, e para os trabalhadores das empresas terceirizadas que prestam serviço ao mesmo.

De 2009 a 2016 o HC prestou à população uma média de 788.589 atendimentos por ano. Porém, notou-se uma queda no número desses atendimentos, principalmente em 2015 e 2016, o que gerou uma apreensão na comunidade hospitalar. Esse decréscimo no número de procedimentos também ocorreu no setor Centro Cirúrgico, provavelmente relacionado a crise financeira que o HC enfrentou nesses anos.

Os gastos do HC apresentaram aumentos contínuos de 2009 a 2018, tendo maior concentração nas despesas relacionadas a pessoal e encargos sociais. As despesas com aposentadoria aumentaram consideravelmente quando comparado ao total das despesas com pessoal. Por outro lado, os investimentos tiveram queda, em razão de não ser possível fazê-los se não há dinheiro remanescente em caixa.

Para atender ao primeiro objetivo específico foi descrito o processo histórico dos kits cirúrgicos. Em 2003 foi implantado o kit cirúrgico, no setor de Centro Cirúrgico, sendo o mesmo desenvolvido e implementado pelas equipes de enfermagem, farmácia e informática. Hoje, 16 anos após a implantação, o mesmo funciona sobre os mesmos princípios iniciais, com singelas modificações. Trouxe inúmeros benefícios ao setor, possibilitando ainda criar

informações seguras a respeito dos atendimentos prestados no centro cirúrgico, tanto em relação a materiais e medicamentos usados, quanto em profissionais envolvidos e procedimentos realizados.

O kit cirúrgico permitiu controlar melhor o estoque, permitindo previsões seguras, com pedidos de compra mais acertados. Atendimento durante a cirurgia com maior abrangência e agilidade, permitindo ao circulante prestar um atendimento mais qualificado, já que o mesmo não precisa se deslocar várias vezes à farmácia. Trouxe economia, e queda no desperdício de material. Permitindo a busca de dados relacionados a cirurgia, aos participantes, aos valores gastos, já que todos os dados do relatório cirúrgico são lançados no sistema. Hoje a maioria dos hospitais de Uberlândia, tanto públicos quanto privados, são usuários do sistema de kits cirúrgicos.

Para se atender ao segundo objetivo específico, considerou-se a complexidade, o procedimento e as especialidades, e a partir disso, foi realizado a identificação, classificação, descrição e avaliação dos custos e gastos das cirurgias.

Quando analisado as cirurgias realizadas no centro cirúrgico, estas foram feitas por 28 especialidades ou subespecialidades, totalizando 109.064. O ano com maior número de cirurgias foi 2010, em 2015 ocorreu o menor número de procedimentos. Em relação aos custos, 2008 teve o menor custo total, e em 2017 o maior.

A maior parte das cirurgias realizadas estão classificadas como média complexidade. As cirurgias de alta complexidade, em média, tem um custo 166,43% maior que a média complexidade. No geral, as especialidades que apresentaram o maior número de cirurgias realizadas e o maior custo, concomitantemente foram: geral, ortopedia e traumatologia.

Na alta complexidade a especialidade que mais realizou cirurgias foi a oftalmologia, e na média foi a geral. Em relação aos custos, a cardíaca foi quem teve maiores custos na alta complexidade, e na média foi a especialidade traumatologia.

A cirurgia cardíaca realizou seu maior número de cirurgias de alta complexidade em 2008, tendo decréscimo desse número nos anos seguintes, porém, com aumento dos custos, apresentando a maior média de gasto total/cirurgia. Na média complexidade a especialidade apresentou altos e baixos, tanto no número de cirurgias realizadas quanto nos valores gastos.

A cirurgia geral apresentou seu menor número de procedimentos de alta complexidade realizados no ano de 2015, e a partir daí teve um crescimento expressivo no número desses procedimentos. Porém, na média complexidade isso não aconteceu, 2018 finalizou com a realização de menos procedimentos do que 2008. No entanto, a geral foi a especialidade que mais realizou procedimentos de média complexidade, apresentando o 2º maior gasto total.

A neurocirurgia teve seu maior número de cirurgias de alta complexidade realizadas em 2009, e o menor número em 2012. Essa especialidade apresentou o 2º maior gasto total nas cirurgias de alta complexidade. Na média complexidade o ano com menor número de procedimentos também foi 2012, e 2014 com a maior quantidade de cirurgias realizadas.

A ortopedia apresentou o menor número de procedimentos de alta complexidade em 2015, e o maior em 2018. No entanto, o custo médio das cirurgias diminuiu de 2015 para 2018, apresentando o 2º maior número de procedimentos realizados e o 3º maior custo total. Na média complexidade o ano com maior realização de procedimentos foi 2013, e 2016 foi o ano de pior desempenho, mas, contrariamente a alta complexidade, aqui o custo médio aumentou de 2013 para 2018.

A traumatologia enfrentou altos e baixos em relação ao número de cirurgias realizadas na alta complexidade, tendo a menor quantidade de procedimentos realizados em 2009 e a maior em 2018. Na média complexidade aconteceu algo parecido, sendo 2017 o ano com maior número de cirurgias, a 2ª maior quantidade de cirurgias realizadas, e o maior custo total.

A urologia manteve um número constante de procedimentos de 2008 a 2015 na alta complexidade, apresentando um aumento a partir de 2016, que foi acompanhando do aumento dos custos. Na média complexidade o ano com maior número de procedimentos foi 2008, com quedas significativas nos anos de 2012 e 2016, apresentando o 3º menor custo médio/procedimento.

A oftalmologia foi a especialidade que mais realizou procedimentos na alta complexidade, com a 2ª menor média de gasto/cirurgia.

A TBMF apresentou o 2º maior custo médio por procedimento, tanto na alta quanto na média complexidade.

Para se atender ao terceiro objetivo específico que foi comparar custos apurados e repasses do SUS, foi realizado a análise de oito especialidades. Na análise foram usados quatro dados estatísticos, sendo estes média, mediana, valor máximo e valor mínimo. O valor analisado foi chamado de diferença, que se refere ao valor reembolsado pelo SUS para o procedimento menos o valor gasto, podendo esse valor ser positivo ou negativo.

Das oito especialidades analisadas, todas apresentaram algum grau de defasagem, ou seja, todas apresentaram um percentual negativo, o que quer dizer que todas as especialidades analisadas em algum momento não receberam o valor total gasto nas cirurgias.

Na alta complexidade os valores de déficit foram menores, variando de 0,2% na especialidade Geral à 47,6% na especialidade TBMF. A especialidade Geral na alta complexidade é a única que pode-se considerar que recebe um valor justo frente aos

procedimentos. Diferente da especialidade TBMF que não recebe de reembolso quase que a metade do que produz.

Na média complexidade os valores de déficit são altos, variando de 19,6% na especialidade Neurologia à 77,4% na especialidade Urologia. A média complexidade é o tipo de cirurgia mais realizada, com tal taxa de déficit torna-se dificultosa a execução destas, mas como o HC-UFU é um hospital público, o mesmo não pode escolher quais procedimentos realizar, devendo atender a demanda tanto da população, quando relacionada aos seus deveres de hospital escola.

Nesse quesito ainda é necessário lembrar que o cálculo do valor gasto nas cirurgias engloba apenas: o gasto com kit cirúrgico + o gasto com kit consignado (quando usado) + o gasto com funcionário FAEPU. Gastos como água, luz, telefonia, funcionários UFU, funcionários terceirizados, compra e manutenção de instrumental cirúrgico, compra e manutenção de equipamentos não estão contemplados nesse cálculo. Tal informação possibilita afirmar que o déficit é maior do que o contabilizado, e que permite entender porque o HC-UFU vive em uma crise financeira constante.

E por fim, para se atender ao quarto objetivo específico, buscou-se apontar elementos que possam contribuir para a melhoria dos processos e gestão dos recursos.

O primeiro passo para alcançar uma melhoria dos processos e gestão de recursos é o reconhecimento da complexidade hospitalar, em todos os sentidos, e não apenas em relação a administração.

Sendo necessário mais estudos como esse, que busque conhecer a realidade do HC-UFU nos seus diversos aspectos, sendo importante o entendimento e estudo dos custos em todos os setores do hospital. Os estudos acadêmicos e científicos quando divulgados permitem a proliferação da aprendizagem possibilitando que outros hospitais se beneficiem.

Outra medida na busca pelo avanço nessa gestão de recursos é a demonstração ao Ministério da Saúde desses déficits, buscando uma adequação dos valores reembolsados pelo SUS.

Em relação especificamente ao setor de centro cirúrgico, a implantação dos kits cirúrgicos contribuiu para a melhoria do processo de trabalho no setor, em relação a eficiente e dinamismo do atendimento prestado, e em relação ao conhecimento dos custos. Uma auditoria interna caso implementada poderia trazer contribuições positivas para o setor, podendo evitar desperdícios, correção de erros em relação a nomenclatura dos procedimentos, entre outros.

Diante do que foi exposto, isto é, descrição do processo histórico (kits), identificação, classificação, descrição e avaliação dos gastos e custos das cirurgias, levando-se em

consideração a complexidade, o procedimento e as especialidades, comparação dos custos apurados e repasses do SUS e amostra dos elementos que possam contribuir para a melhoria dos processos e gestão dos recursos, a presente pesquisa cumpriu o seu objetivo geral que foi buscar entender a relação entre os reais custos de cirurgias de média e alta complexidade realizadas pelo Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU) no centro cirúrgico e o valor de reembolso que lhe foi repassado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no período de 2008 a 2018

Como limitações do trabalho pode-se destacar que os cálculos realizados neste estudo não levaram em consideração a inflação, ou seja, a defasagem é maior do que foi demonstrado.

A dificuldade em obter banco de dados também foi uma condição limitante, o mesmo princípio foi disponibilizado para obtenção diretamente na página da intranet do HC-UFU, mas, essa aquisição era extremamente demorada, e dificultosa, já que era necessário utilizar computadores de dentro do HC, os quais nem sempre estavam disponíveis. E devido ao grande fluxo de uso da intranet o acesso aos dados tornava-se demorado. Em consequência disto e após várias tentativas, a base de dados foi disponibilizada de maneira mais rápida diretamente pela equipe da tecnologia da informática.

Outra limitação refere-se a receita do HC-UFU. Quando feita essa busca no site da transparência do Governo Federal, não há nenhum dado a esse respeito. No site do HC também não há essas informações. Na página da FAEPU que era a administradora do HC durante quase a totalidade do estudo, existem dados que não são compatíveis com o boletim referente a gestão 2013-2016. Essa informação seria de grande valência para esse trabalho, porém, não foi possível incluí-la, já que busca-se informar apenas o que seja fidedigno.

Como sugestão para futuros trabalhos propõe-se desenvolver estudos mais específicos focados nas especialidades, buscando conhecer a realidade destas e o que pode influenciar no seu aproveitamento. E ainda, poderiam ser desenvolvidos trabalhos que permitissem avaliar a implantação de uma auditoria interna e seus benefícios.

Também poderiam ser realizados estudos que avaliassem a viabilidade do reembolso através de pacotes cirúrgicos, incluindo a cirurgia e os gastos da internação referente. E ainda trabalhos que analisassem qual o perfil adequado para o administrador hospitalar. Ou seja, devido à complexidade e diversidade de um hospital, existem muitas vertentes a serem estudadas e inúmeras possibilidades de melhora na sua administração.

REFERÊNCIAS

ABBAS, Katia et al. Custeio Baseado em Atividades (ABC) e Custeio Baseado em Atividade e Tempo (TDABC) em Organizações Hospitalares: Uma Análise Descritiva da Literatura Nacional e Internacional. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, [s.l.], v. 5, n. 2, p.24-38, 1 dez. 2016. Universidade Nove de Julho. <https://doi.org/10.5585/rgss.v5i2.250>

ALCÂNTARA, Valderí de Castro; PEREIRA, José Roberto; SILVA, Érica Aline Ferreira. Gestão Social e Governança Pública: aproximações e (de)limitações teórico-conceituais. **Revista de Ciências da Administração**, [s.l.], v. 1, n. 3, p.11-29, 7 dez. 2015. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). <https://doi.org/10.5007/2175-8077.2015v17nespp11>

ALBUQUERQUE, Igor Venâncio et al. O cuidado de enfermagem a um cliente cirúrgico: um relato de caso. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 01-05, 2016.

ALEMÃO, Márcia Mascarenhas et al. Aplicação do custeio Abc no processo de transplantes de fígado, no Estado de Minas Gerais. **Revista Pretexto**, Belo Horizonte, v. 16, n. 3, p. 77-91, jul./set. 2015.

ALEMÃO, Márcia Mascarenhas. **Financiamento da saúde: proposta e avaliação de modelo estimativo do custeio global de hospitais públicos**, 2017. 369 f. Tese (Doutorado em administração). Universidade Federal de Minas Gerais, 2017.

ALEMÃO, Márcia Mascarenhas; GONÇALVES, Márcio Augusto; DRUMOND, Heloísa Azevedo. Estudo da utilização da informação de custos como ferramenta de gestão em organização pública: O estudo do SIGH–Custos. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, João Pessoa, v. 3, n. 1, p.210-226, jan./jun. 2013.

ALONSO, Marcos. Custos no serviço público. **RSP - Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 50, n. 1, p.37-63, jan./mar. 1999.

ASTA, Denis Dall; BARBOSA, Antônio Pires. Modelo Conceitual de Mensuração de Desperdícios em Hospitais Privados. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 3, n. 1, p. 40-56, jan./jun. 2014. <https://doi.org/10.5585/rgss.v3i1.103>

AZEVEDO, Valderílio Feijó et al. Custos diretos e indiretos do tratamento de pacientes com espondilite anquilosante pelo sistema público de saúde brasileiro. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 56, n. 2, p. 131-137, jul.2016. <https://doi.org/10.1016/j.rbr.2015.06.002>

BARBOSA, Estela Capelas. 25 Anos do Sistema Único de Saúde: Conquistas e Desafios. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, [s.l.], v. 02, n. 02, p.85-102, 1 dez. 2013. Universidade Nove de Julho. <https://doi.org/10.5585/rgss.v2i2.51>

BARROS, Renata Tenório de. Modelo de gestão na administração pública brasileira: reformas vivenciadas pelos hospitais universitários federais. **Revista dos Mestrados Profissionais**, Recife, v. 2, n. 1, p.252-280, jan./jun. 2013.

BERTÓ, Dalvio José; BEULKE, Rolando. **Gestão de custos**. 3. ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2013, 422 p.

BISCAIA, Tereza Corso. **Avaliação da gestão dos recursos orçamentários e financeiros de um hospital universitário antes e após a reestruturação dos Hospitais Universitários Federais**. 2013. 143 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Políticas Públicas, Universidade Vale do Itajaí, Itajaí (SC), 2013.

BLANSKI, Márcia Beatriz Schneider. **Gestão de custos como instrumento de governança pública: um modelo de custeio para os hospitais públicos do Paraná**. 2015. 149f. Dissertação (mestrado em Planejamento e Governança Pública). Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2015.

BÓCOLI, Karine Helena et al. Tratamento cirúrgico de carcinomas cutâneos pelo Sistema Único de Saúde: análise de custos. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, [s.l.], v. 40, n. 6, p.449-452, dez. 2013. <https://doi.org/10.1590/S0100-69912013000600005>

BONACIM, Carlos Alberto Grespan; ARAUJO, Adriana Maria Procópio de. Gestão de custos aplicada a hospitais universitários públicos: a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. **Revista de Administração Pública**, v. 44, n. 4, p. 903-931, jul./agosto 2010. <https://doi.org/10.1590/S0034-76122010000400007>

BORGERT, Altair; ALVES, Rodrigo Viega; SCHULTZ, Charles Albino. Processo de implementação de um sistema de gestão de custos em hospital público: um estudo das variáveis intervenientes. **Revista Contemporânea de Contabilidade**, Florianópolis v. 7, n. 14, p. 97-120, jul./dez. 2010. <https://doi.org/10.5007/2175-8069.2010v7n14p97>

BORGES, Ellen Cardoso et al. Análise de custos da diária de uti pediátrica de um hospital universitário. **Revista de Administração de Roraima-RARR**, Boa Vista, v. 5, n. 1, p. 90-104, jan./jun. 2015. <https://doi.org/10.18227/2237-8057rarr.v1i1.2489>

BORINELLI, Márcio Luiz; BEUREN, Ilse Maria; GUERREIRO, Reinaldo. Os sistemas de acumulação de custos em organizações de serviços: um estudo de caso em uma entidade hospitalar. In: **Anais do Congresso Brasileiro de Custos-ABC**. Guarapari, ES, p. 01-17, out. 2003.

BRASIL. Decreto-lei 9203, de 22 de novembro de 2017. Dispõe sobre a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. **Diário Oficial da União**, Brasília – DF, 22 nov. 2017. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/d9203.htm>. Acesso em: 30 set. 2018.

BRASIL. Fabiano Goulart. Repasses financeiros não cobrem despesas correntes do Hospital de Clínicas. **Jornal da UFU**. Uberlândia, p. 1-11. jul. 2017. Disponível em: <<http://www.comunica.ufu.br/midia/jornal-ufu/2017/09/setembro-2017-numero-177>>. Acesso em 25 out. 2018.

BRASIL. Hermon Dourado. A radiografia de um gigante. **Jornal da UFU**. Uberlândia, p. 03. Jul. 2017. Disponível em: <<http://www.comunica.ufu.br/midia/jornal-ufu/2017/09/setembro-2017-numero-177>>. Acesso em 25 out. 2018.

BRASIL. Lei complementar 101, de 04 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília – DF, 05 mai. 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm>. Acesso em: 21 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. **Hospitais universitários**. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/busca-geral/250-programas-e-acoes-1921564125/hospitais-universitarios-1557876115/12267-hospitais-universitarios>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. Programa Nacional de Gestão de Custos: **manual técnico de custos – conceitos e metodologia** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/06_0243_M.pdf>. Acesso em: 14 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sobre o (PNGC) Programa Nacional de Gestão de Custos**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/pngc/sobre-o-programa>>. Acesso em 19 out. 2018.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. **O que é orçamento público?** Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/servicos/faq/orcamento-da-uniao/conceitos-sobre-orcamento/o-que-e-orcamento-publico>. Acesso em: 06 set. 2018.

BRASIL. Relatório de gestão da diretoria do Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU), janeiro 2016. Disponível em: http://www.hc.ufu.br/sites/default/files/tmp//relatorio_final.pdf. Acesso em: 09 abr. 2019.

BRUNNER, Suzanne C. Smeltzer; SUDDARTH, Brenda G. Bare. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Vol. 01, 679 pag.

CARDOSO, Gabriela; MONTEIRO, Felipe Mattos; HASS, Mônica. O desenvolvimento do conceito de governança no contexto brasileiro: potencialidades e limites. **Seminário de Políticas Públicas e Sociais**, [S.l.], v. 1, n. 1, p. 8, jun. 2018.

CARMO, Carlos Roberto Souza; MARTINS, Vidigal Fernandes; GANDOLFI, Peterson Elizandro. Métodos quantitativos aplicados à análise de custos hospitalares no setor público. **Revista Digital del Instituto Internacional de Costos**, [s.l.], n. 10, p. 66-85, dez. 2012.

CARVALHEIRO NETO, José Rodrigues. A importância do orçamento público. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XVIII, n. 143, dez 2015. Disponível em: <http://ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=16616>. Acesso em set 2018.

CARVALHO, Tiago Velloso de. **Sustentabilidade econômico-financeira das organizações de saúde do estado do Rio de Janeiro: uma proposta de framework para aumento de faturamento SUS**. 2016. 129 f. Dissertação (mestrado em Gestão Empresarial). FGV, Rio de Janeiro, 2016.

CAVALLINI, Mírian Elias; BISSON, Marcelo Polacow. **Farmácia hospitalar: um enfoque em sistemas de saúde**. Barueri: Manole, 2002. 218 p.

COSTA, Daniele Bernardi et al. Custo de educação continuada para equipe de enfermagem de um hospital universitário público. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 257-66, abr./jun. 2012. <https://doi.org/10.5216/ree.v14i2.14540>

CYLUS, Jonathan; PAPANICOLAS, Irene; SMITH, Peter C. Health system efficiency. How to make measurement matter for policy and management. **Health Policy Series**, No. 46. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2016.

COMUNICA UFU. **UFU discute situação do HCU**. Publicação 30/05/2015. Disponível em: < <http://www.comunica.ufu.br/noticia/2015/05/ufu-discute-situacao-do-hcu> >. Acesso em: 01 maio de 2019.

COMUNICA UFU. **Orçamento previsto para UFU em 2018 é de aproximadamente R\$ 1 bilhão**. Publicação: 18/01/2018. Disponível em: < <http://www.comunica.ufu.br/noticia/2018/01/orcamento-previsto-para-ufu-em-2018-e-de-aproximadamente-r-1-bilhao> >. Acesso em: 01 maio de 2019.

DALLORA, Maria Eulália LV; FORSTER, Aldaisa C. A importância da gestão de custos em hospitais de ensino-considerações teóricas. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 41, n. 2, p. 135-142, abr./jun. 2008. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v41i2p135-142>

DANTAS, Cláudio Bezerra. **Análise da utilização de indicadores de desempenho pelo Ministério da Educação para o financiamento dos Hospitais Universitários Federais no período de 2004 a 2008**. 2011. 63 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências Contábeis, UNB/UFPB/UFRN, Natal, 2011.

DIAS, Taisa; CARIO, Silvio Antônio Ferraz. Governança Pública: ensaiando uma concepção. **Revista Contabilidade, Gestão e Governança**, Brasília, v. 17, n. 3, p. 89-108, set./dez. 2014.

FAMED – UFU. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. Disponível em: < <http://www.famed.ufu.br> >. Acesso em 24 abr. 2019.

FERNANDES, Rayneider Brunelli Oliveira. A transação tributária a serviço da consensualidade e da eficiência administrativa: aspectos polêmicos sobre a viabilidade da transação tributária em face dos princípios constitucionais do Direito Administrativo. **RFD-Revista da Faculdade de Direito da Uerj**, [s.l.], n. 27, p.121-145, 3 jul. 2015. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <https://doi.org/10.12957/rfd.2015.12226>

FERREIRA, Marcos Pandino. **Custos e despesas no setor público: um estudo de caso no Comando da Aeronáutica**. 2014. 49 f., il. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Ciências Contábeis) – Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

G1. **Propostas para minimizar situação do HC-UFU são apresentadas em reunião**. Publicado em: 09/03/2016. Disponível em: < <http://g1.globo.com/minas-gerais/triangulo-mineiro/noticia/2016/03/propostas-para-minimizar-situacao-do-hc-ufu-sao-apresentadas-em-reuniao.html> >. Acesso em 01 maio 2019.

G1. Hospital de Clínicas de Uberlândia fecha portas a novos atendimentos. Publicado em: 09/06/2016. Disponível em: < <http://g1.globo.com/minas-gerais/triangulomineiro/noticia/2016/06/hospital-de-clinicas-de-uberlandia-fecha-portas-novos-atendimentos.html> >. Acesso em 01 maio 2019.

GUIMARÃES, Valdinei Machado; COSTA, Magnus Amaral. Fixação de padrões na atividade hospitalar. In: **Anais do Congresso Brasileiro de Custos-ABC**. Florianópolis, SC, p. 1-10, nov. 2005.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. 10ª reimp. São Paulo: Atlas, 2007. 175p.

HC-UFU, 2019. Hospital de Clínicas de Uberlândia – **Sistemas de escalas**. Disponível em: < www.hc.ufu.br/escala >. Acesso em 19 abr. 2019.

HC-UFU, 2019. Hospital de Clínicas de Uberlândia – **Estrutura física**. Disponível em: < <https://www.hc.ufu.br/pagina/estrutura-fisica> >. Acesso em 24 abr. 2019.

HC-UFU, 2019. Hospital de Clínicas de Uberlândia – Institucional – **Organograma**. Disponível em: < <http://www.hc.ufu.br/sites/default/files/tmp/pictures/institucional/organograma.png> >. Acesso em 24 abr. 2019.

HC-UFU. **Direção do HCU se reúne com os deputados estaduais da bancada de Uberlândia.** Publicado em 07/12/2015. Disponível em: < <http://www.hc.ufu.br/noticia/direcao-hcu-se-reune-deputados-estaduais-bancada-uberlandia> >. Acesso em 01 maio 2019.

IBOPE, 2017. **Pesquisa prioridades 2017.** Disponível em: < <http://www.ibopeinteligencia.com/noticias-e-pesquisas/principais-problemas-do-brasil-sao-desemprego-corrupcao-e-saude-apontam-brasileiros/> >. Acesso em 25 set. 2018.

JERICÓ, Marli de Carvalho; CASTILHO, Valéria. Gerenciamento de custos: aplicação do método de Custeio Baseado em Atividades em Centro de Material Esterilizado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, p. 745-752, 2010. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300028>

KARA-JUNIOR, Newton et al. Custo social de duas técnicas de cirurgia de catarata no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 44, n. 5, p.957-962, out. 2010. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000025>

KASHIWAKURA, Helder Kiyoshi. **Uma análise do gasto público diante das exigências constitucionais e legais**. 2012. 101 f. Monografia (Bacharelado em Direito) - Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia científica**. rev. e ampl. 5º ed. São Paulo: Atlas, 2007. 312p.

LAUTENSCHLAGE, Jonatan. Impacto da Lei de Responsabilidade Fiscal sobre os ciclos político-orçamentários e os níveis de despesas e receitas nos estados brasileiros. **Economic Analysis of Law Review**, Brasília, v. 8, n. 2, p. 317-350, jul./dez. 2017.

LEONCINE, Maury; BORNIA, Antônio Cezar; ABBAS, Katia. Sistemática para apuração de custos por procedimento médico-hospitalar. **Production**, [s.l.], v. 23, n. 3, p.595-608, 22 nov. 2012. <https://doi.org/10.1590/S0103-65132012005000093>

LIMA, Débora Eleotério et al. Oncoplastic approach in the conservative treatment of breast cancer. Analysis of costs. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 27, n. 5, p. 311, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0102-86502012000500006>

LIMA, Silvana Andréa Molina et al. Evaluation of hospitalization costs for diabetic pregnant women in a University Hospital in the interior of São Paulo State. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 34, 2012. <https://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v34ispec.10460>

LUIZA, Vera Lúcia; CASTRO, Claudia Garcia Serpa Osorio de; NUNES, Joaquim Moreira. Aquisição de medicamentos no setor público: o binômio qualidade - custo. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 15, n. 4, p.769-776, out. 1999. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000400011>

MACHADO, Nelson; HOLANDA, Victor Branco de. Diretrizes e modelo conceitual de custos para o setor público a partir da experiência no governo federal do Brasil. **RAP - Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 44, p.791-820, jul./ago. 2010. <https://doi.org/10.1590/S0034-76122010000400003>

MACHADO, Raul Chaves. **Fiscalização e controle no orçamento público**: os princípios orçamentários e da Accountability no ordenamento jurídico brasileiro e sua influência na competência constitucional para o controle da gestão pública. 2015. 73f. Monografia (Especialização) - Instituto Brasiliense de Direito Público, Brasília, 2015.

MADEIRA, Geová José; TEIXEIRA, Maura Fernandes. Custos hospitalares: uma proposta de implantação. **Contabilidade Vista & Revista**, Belo Horizonte, v. 15, n. 3, p. 45-61, dez. 2004.

MAGALHÃES, Marcelo José da Silva de et al. Impacto da inflação nos repasses médicos e hospitalares dos procedimentos neurocirúrgicos do Sistema Único de Saúde durante o período de 2008 a 2017. **Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia: Brazilian Neurosurgery**, 2018.

MARINI, Caio. O contexto contemporâneo da administração pública na América Latina. **Revista do Serviço Público**, Brasília-DF, v. 53, n. 4, p. 31-52, out./dez. 2002.

MARTINS, Aline Antunes; MARQUES, Heitor Romero. A contribuição da lei de responsabilidade fiscal na gestão pública1. **Revista Controle - Doutrina e Artigos**, v. 11, n. 1, p. 145-169, 30 jun. 2013. <https://doi.org/10.32586/rcda.v11i1.261>

MARTINS, Eliseu et al. **Contabilidade de custos**. São Paulo: Atlas, 2003, pag. 262.

MARTINS, Vidigal Fernandes. Hospitais Universitários Federais e a Nova Reestruturação Organizacional: O Primeiro Olhar, Uma Análise de Um Hospital Universitário. **REAC**:

Revista de Administração e Contabilidade, Feira de Santana - Ba, v. 3, n. 2, p.4-22, jul./set. 2011.

MARTINS, Vidigal F.; SÁ, Fernanda Franco; JÚNIOR, FJ Lemes. Gestão de custos em organizações públicas de saúde: uma análise no município de Uberlândia/MG. **Revista GeTeC**, v. 2, n. 4, 2014.

MEC – Ministério da Educação/UFU – Universidade Federal de Uberlândia. **Despesas SIC Energia, Agua e telefonia**. Relatório solicitado em 15/03/18, recebido em 06/04/18.

MINISTÉRIO DA FAZENDA. Tesouro nacional. **A história do sistema de custos do governo federal**. Disponível em: < <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/custos>>. Acesso em 29 set. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Disponível em: < <http://sigtap.datasus.gov.br/tabelaunificada/app/sec/procedimento/exibir/0209010061/04/2019>>. Acesso em 19 abril 2019.

NASCIMENTO, Laurinaldo Félix. **Ferramentas de controle interno da controladoria geral da União**: instrumentos de fiscalização da gestão, controle social e combate a corrupção. 2015. 90 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração Pública). FGV, Rio de Janeiro, 2015.

NEGRA, Carlos Alberto Serra; NEGRA, Elizabete Marinho Serra. Custo hospitalar: uma reflexão sobre a implantação e necessidades. **Contabilidade Vista & Revista**, Belo Horizonte, v. 12, n. 1, p. 31-56, abril, 2001.

NOGUEIRA, Danielly Negrão Guassú; CASTILHO, Valeria. Resíduos de serviços de saúde: mapeamento de processo e gestão de custos como estratégias para sustentabilidade em um centro cirúrgico. **REGE-Revista de Gestão**, v. 23, n. 4, p. 362-374, set. 2016. <https://doi.org/10.1016/j.rege.2016.09.007>

NUNES, Bruno Pereira et al. Tendência temporal da falta de acesso aos serviços de saúde no Brasil, 1998-2013. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 4, n. 25, p.777-787, out. 2016. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000400011>

OGATA, Joice Fabiola Meneguel et al. Costs of hospitalization in preterm infants: impact of antenatal steroid therapy. **Jornal de Pediatria (Versão em Português)**, v. 92, n. 1, p. 24-31, 2016. <https://doi.org/10.1016/j.jpdp.2015.06.001>

OLIVEIRA, Alexandre Faraco de et al. Estimativa do custo de tratar o pé diabético, como prevenir e economizar recursos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 6, p.1663-1671, jun. 2014. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.09912013>

OLIVEIRA, Antônio Gonçalves de; PISA, Beatriz Jackiu. IGovP: índice de avaliação da governança pública - instrumento de planejamento do Estado e de controle social pelo cidadão. **Revista de Administração Pública**, [s.l.], v. 49, n. 5, p.1263-1290, out. 2015. <https://doi.org/10.1590/0034-7612136179>

OLIVEIRA, Maria dos Remédios Mendes. A judicialização da saúde no Brasil. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, DF, v. 7, n. 1, p. 79-90, abril 2013.

OLIVEIRA, William Tiago de et al. Capacitação de enfermeiros de um Hospital Universitário público na gestão de custo. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 4, n. 3, p. 566 - 574, nov. 2014. <https://doi.org/10.5902/2179769212938>

OLIVEIRA, William Tiago de et al. Concepções de enfermeiros de um hospital universitário público sobre o relatório gerencial de custos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s.l.], v. 46, n. 5, p.1184-1191, out. 2012. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000500021>

PENA, Alexandre Antunes. **Boas práticas de governança e sua aplicabilidade no sistema único de saúde (SUS)**. 2016. 15 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Gestão Pública na saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

PEREIRA, Francine Viana; SCHUTZ, Vivian. Análise parcial de custos de materiais hospitalares: o custo de materiais hospitalares utilizados em clientes com insuficiência cardíaca dentro de uma enfermagem cardiovascular. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [s,l], v. 4, n. 2, abril/jun. 2012.

PEREIRA, José Matias. A governança corporativa aplicada no setor público brasileiro. **Administração Pública e Gestão Social**, Viçosa, v. 2, n. 1, p. 109-134, jan./mar. 2010.

PEREIRA, José Matias. Avaliação dos efeitos da crise econômica-política-ética nas finanças públicas do Brasil. **Revista Ambiente Contábil**, Natal-RN, v. 9, n. 2, p. 117-141, jul./dez. 2017.

PEREIRA, José Matias. Efeitos da crise mundial e perspectivas de expansão da economia brasileira. **Administração Pública e Gestão Social**, Viçosa, v. 4, n. 1, p. 02-31, jan./ mar. 2012.

PETERS, Brainard Guy. O que é Governança. **Revista do TCU**, Brasília, v. 1, n. 127, p.28-33, mai./ago. 2013.

PINHEIRO, Karina de Farias. **Os efeitos da EBSE RH na gestão dos recursos humanos dos Hospitais Universitários Federais. 2019**. 126f. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania). Universidade Católica de Salvador, Salvador – BA, 2019.

PINTO, Alfredo Augusto Gonçalves et al. **Gestão de custos**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2018.

PORTELA, Milena Pontes et al. O custo do transplante hepático em um hospital universitário do Brasil. **Rev Assoc Med Bras**, v. 56, n. 3, p. 322-326, 2010. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302010000300018>

PORTILHO, Lúcio Antônio. **Avaliação econômica da implantação de um novo processo nos pedidos de exames laboratoriais no HCU: um estudo de caso**. 2016. 189 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências Contábeis, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia (MG), 2016.

RACHED, Chennyfer Dobbins Abi; MATHIAS, Denise. Monitoramento do faturamento nos setores de urgência/emergência no Sistema Único de Saúde: proposta de um roteiro para auxiliar o gestor. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 7, n. 2, p.173-188, maio 2018.

REGONHA, Eduardo; BAUNGARTNER, Ricardo Rinaldi; SCARPI, Marinho Jorge. Cost analysis for ophthalmic clinics services. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, [s.l.], v. 75, n. 6, p.461-469, 2016. <https://doi.org/10.5935/0034-7280.20160093>

RIBEIRO, Patrícia Tavares; TANAKA, Oswaldo Yoshimi; DENIS, Jean-louis. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 4, p.1075-1084, abr. 2017. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28102016>

RONCONI, Luciana. Governança pública: um desafio à democracia (Public governance: a challenge to Democracy. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 11, n. 1, maio 2011. <https://doi.org/10.5212/Emancipacao.v.11i1.0002>

ROSEN, Harvey S.; GAYER, Ted. **Finanças públicas**. 10 edição. AMGH Editora, 2015.

ROSSI, Pedro; DWECK, Esther. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 32, n. 12, p.1-5, 2016. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00194316>

SALES, Tainah Simões. Acesso à Informação, Controle Social das Finanças Públicas e Democracia: Análise dos Portais da Transparência dos Estados Brasileiros Antes e Após o Advento da Lei nº 12.527/2011. **Direito Público**, Brasília, v. 9, n. 48, nov./dez. 2012. <https://doi.org/10.11117/22361766.48.9.2126>

SALGADO JÚNIOR, Wilson et al. Costs of bariatric surgery in a teaching hospital and the financing provided by the Public Unified Health System. **Acta cirurgica brasileira**, v. 25, n. 2, p. 201-205, 2010. <https://doi.org/10.1590/S0102-86502010000200014>

SANTOS, Adriano Maia dos; GIOVANELLA, Ligia. Regional governance: strategies and disputes in health region management. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 48, n. 4, p.622-631, ago. 2014. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005045>

SANTOS, Lenir dos et al. **SUS**: desafios político-administrativos da gestão interfederativa da saúde: regionalizando a descentralização. 2012. 288 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Campinas – SP, 2012.

SCHNEIDER, Vania Elisabete et al. Sistema de Informações Gerenciais (SIG): Ferramenta de Monitoramento do Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) e dos Custos de Tratamento. **Revista de Gestão Ambiental e Sustentabilidade-GeAS**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 166-188, jan./jun. 2013. <https://doi.org/10.5585/geas.v2i1.18>

SCHULTZ, Charles Albino et al. **Gestão dos custos de serviços públicos de alta complexidade hospitalar**. 2007. 157f. Dissertação (Mestrado em Contabilidade). Florianópolis, 2007.

SCHULTZ, Charles Albino; WEISE, Andreas Dittmar; BORGERT, Altair. Depreciação no Brasil e na Alemanha: as diferenças na aplicação a um tomógrafo e construção anexa. **Revista Catarinense da Ciência Contábil**, Florianópolis, v. 8, n. 22, p. 59-73, dez. 2008/ março 2009. <https://doi.org/10.16930/2237-7662/rccc.v8n22p59-73>

SCHUTZ, Vivian et al. Cost of nursing assistance in intensive-care unit of an university hospital. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, v. 4, n. 1, p. 2782-2789, jan./março 2012.

SCHUTZ, Vivian; SIQUEIRA, Bruno Teixeira de. A enfermagem e o custo com os materiais hospitalares: uma revisão bibliográfica. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 1, out./dez. 2011. <https://doi.org/10.5380/ce.v16i1.21126>

SECCHI, Leonardo. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 347-369, mar./abr. 2009. <https://doi.org/10.1590/S0034-76122009000200004>

SELMO, Nubia. A Crise no Orçamento Público da Saúde: O impacto das Decisões Judiciais no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). In: **Anais do XII Congresso UFPE de Ciências Contábeis**. [s.l.], v. 3, p. 1-10, set. 2018.

SILVA, Márcia Zanievicz; BORGERT, Altair; SCHULTZ, Charles Albino. Sistematização de um método de custeio híbrido para o custeamento de procedimentos médicos: uma aplicação conjunta das metodologias ABC e UEP. **Revista de Ciências da Administração**, v. 11, n. 23, p. 217-244, jan./abril 2009. <https://doi.org/10.5007/2175-8077.2009v11n23p217>

SILVA, Maurício Corrêa da et al. Análises das variações das despesas correntes e de capital do governo federal no período de 1981 a 2010. **ReCont: Registro Contábil**, Maceió, v. 5, n. 2, p. 49-66, mai./ago. 2014.

SILVA, Soraia Santos da; TRICHES, Divanildo. Uma Nota Sobre Efeitos de Gastos Públicos Federais Sobre o Crescimento da Economia Brasileira. **Revista Brasileira de Economia**, [s.l.], v. 68, n. 4, p.547-559, dez. 2014. <https://doi.org/10.1590/S0034-71402014000400006>

SOUZA, Paulo César de; SCATENA, João Henrique G. É economicamente viável regionalizar a atuação de um hospital público de médio porte? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 571-588, 2010. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000200013>

UFU. Hospital de Clínicas. **HC em números**. Disponível em: <<http://www.hc.ufu.br/pagina/hc-numeros>>. Acesso em 24 abril 2018.

UFU. Hospital de Clínicas. **Institucional**. Disponível em: <<http://www.hc.ufu.br/pagina/institucional>>. Acesso em: 30 agosto 2018.

UFU. **Graduação. Educação profissional. Residência e internato**. Última atualização out. 2017. Disponível em: <<http://www.ufu.br>>. Acesso em: 10 de abril de 2019.

UFU. **Resolução nº11/2015, que dispõe e regulamenta o PPGGO da UFU**. Disponível em: <<http://www.reitoria.ufu.br/Resolucoes/ataCONPEP-2015-11.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2019.

UFU, 2015. **UFU em números**. Disponível em: < <http://www.comunica.ufu.br/node/7005> >. Acesso em 24 abr. 2019.

VARISCO, Cristina. **Comparação entre os custos do serviço de hotelaria na internação hospitalar com o valor repassado pelo SUS em um hospital filantrópico de médio porte**. 2004. 45 f. TCC (Graduação) - Curso de Gestão em Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

VIEIRA, Alessandra dos Santos Tavares et al. Percepção dos usuários de serviços de saúde da atenção básica no estado do Pará. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, Vitória, v. 18, n. 3, p. 58-64, jul./set. 2016.

WEILLER, José Alexandre Buso; MENDES, Áquilas Nogueira. O Orçamento por Desempenho como ferramenta para gestão e avaliação da política de saúde no município de São Bernardo do Campo, no período 2006 a 2012. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 40, n. 110, p.36-52, set. 2016. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611003>

ZULIANI, Larissa Lenotti et al. Consumo e custo de recursos materiais em unidades pediátricas de terapia intensiva e semi-intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 969-976, nov./dez. 2012. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000600013>

YIN, Robert K. et al. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2º ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 205 p.

ANEXO 1 – EXEMPLO DE DESPESAS DO HC-UFU CONSTANTES NO PORTAL DA TRANSPARÊNCIA.

Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União

Portal da Transparência

GOVERNO FEDERAL

[Perguntas frequentes](#) | [Contato](#) | [Glossário](#) | [Links](#) | [Manual de navegação](#)

Acesso rápido

Você está em: Início» Despesas» Gastos Diretos» Órgãos Superiores» Órgãos» Unidades Gestoras» Elementos de Despesa

GASTOS DIRETOS POR ÓRGÃO EXECUTOR

Total destinado pelo Governo Federal em âmbito nacional em 2017 - Aplicações Diretas: R\$ **1.481.051.967.643,23**

Órgão Superior **MINISTERIO DA EDUCACAO:** R\$ **104.290.580.220,50**

Órgão/Entidade Vinculada **HOSP.DAS CLINICAS DA UNIV.FED.DE UBERLANDIA:** R\$ **480.654.244,91**

Unidade Gestora **150233 - HOSPITAL DE CLINICAS DA UFU:** R\$ **480.654.244,91**

Selecione o(a) "Elemento de Despesa" para obter o detalhamento do valor Caso queira outra classificação, clique no título da coluna correspondente.

Grupo de Despesa	Elemento de Despesa	Total no Ano (R\$)
Investimentos	92 - Despesas de Exercícios Anteriores	120.000,00
Investimentos	52 - Equipamentos e Material Permanente	4.678.082,96
Investimentos	51 - Obras e Instalações	3.310.405,68
Outras Despesas Correntes	92 - Despesas de Exercícios Anteriores	9.978.165,62
Outras Despesas Correntes	93 - Indenizações e Restituições	409.377,25
Outras Despesas Correntes	37 - Locação de Mão-de-Obra	21.344.736,35
Outras Despesas Correntes	30 - Material de Consumo	19.234.083,06
Outras Despesas Correntes	47 - Obrigações Tributárias e Contributivas	1.614.411,28
Outras Despesas Correntes	48 - Outros Auxílios Financeiros a Pessoas Físicas	16.272.287,82
Outras Despesas Correntes	08 - Outros Benefícios Assistenciais do servidor e do militar	42.430,93
Outras Despesas Correntes	36 - Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física	21.805,96
Outras Despesas Correntes	39 - Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	134.481.335,58
Pessoal e Encargos Sociais	01 - Aposentadorias e Reformas	62.292.234,55
Pessoal e Encargos Sociais	07 - Contribuição a Entidades Fechadas de Previdência	65.344,79
Pessoal e Encargos Sociais	92 - Despesas de Exercícios Anteriores	1.378.049,20

Página 1/2

< Primeira | < Anterior | Próxima > | Última > | Página: