UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ELISABETE FINZCH SPORTELO

**COBERTURA DO CUSTO DOS PROCEDIMENTOS DE
ENFERMAGEM PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO
AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

SÃO PAULO
2019

ELISABETE FINZCH SPORTELO

**COBERTURA DO CUSTO DOS PROCEDIMENTOS DE
ENFERMAGEM PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO
AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

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

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Valéria Castilho

Coorientador: Prof. Dr. Antônio Fernandes Costa Lima

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

SÃO PAULO

2019

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

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

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

Sportello, Elisabete Finzch

Cobertura do custo dos procedimentos de enfermagem pelo sistema único de saúde no ambulatório de um hospital universitário / Elisabete Finzch Sportello. São Paulo, 2019.
249 p.

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

Orientadora: Profa. Dra. Valéria Castilho

Coorientador: Prof. Dr. Antônio Fernandes Costa Lima

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

1. Assistência ambulatorial. 2. Economia da enfermagem.
3. Controle de custos. 4. Custos dos cuidados de saúde.
5. Sistema único de saúde. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada por Fabiana Gulin Longhi Palacio (CRB-8: 7257)

Elisabete Finzch Sportello

Cobertura do custo dos procedimentos de enfermagem pelo Sistema Único de Saúde no ambulatório de um hospital universitário.

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

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Orientadora: Profa. Dra. Valéria Castilho

Instituição: EEUSP

Assinatura:

Valéria Castilho

Coorientador: Prof. Dr. Antônio Fernandes Costa Lima

Instituição: EEUSP

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Ao meu marido Victório Luiz Sportello que não só contribuiu como me auxiliou na construção e conclusão desta pesquisa em todas as etapas, ajudando-me a superar os obstáculos e sendo o melhor presente que a vida me deu.

Aos meus filhos Víctor e Vinícius, razão da minha perseverança e que, a exemplo dos pais, sabem que a educação é o melhor caminho para a realização de nossas conquistas.

EU AMO VOCÊS!

AGRADECIMENTOS

A Deus, minha força, que sempre ilumina minha vida.

À Professora Dra. Valéria Castilho, minha Orientadora, pelo apoio, pelos ensinamentos e pela possibilidade de realizarmos juntas este trabalho e pela honra de ser sua última orientanda, atividade que sempre realizou com dedicação e competência.

Ao Professor Dr Antônio Fernandes Costa Lima, meu Coorientador, que com carinho aceitou dividir esta tarefa, agregando seus conhecimentos na construção e finalização desta pesquisa.

À Professora Dra. Heloisa Helena Ciqueto Peres, que me incentivou e me apoiou a realizar mais esta etapa em minha vida.

À banca examinadora do Exame de Qualificação, Professoras Dra. Sayuri Tanaka Maeda, Dra. Maria Lúcia Habib Paschoal e Professor Dr Antônio Fernandes Costa Lima, pelos ensinamentos e valiosas contribuições.

Às minhas amigas e companheiras do Departamento de Enfermagem, Nanci Cristiano Santos, Alda Valéria Neves Soares, Maria Lúcia Habib Paschoal, Flávia de Oliveira Motta Maia e Karina Sichieri, pelos momentos únicos que vivemos juntas e que nos fazem ter certeza de que estamos no caminho certo.

Aos meus amigos e colaboradores Antonio Cortiz, chefe do serviço de informática do HU-USP e Caio Fernando Nunes Casemiro, pelo auxílio no fornecimento de dados, que foi crucial para poder realizar esta pesquisa.

À Cláudia Coriolano, que me ajudou na confecção das planilhas para tabulação dos dados com tanta disponibilidade e competência.

Ao Lucas Petri Damiani, pelo apoio e elaboração dos dados estatísticos.

A toda a equipe de enfermagem do ambulatório do HU-USP, pelo apoio, incentivo, compreensão e que aceitaram participar das etapas deste estudo possibilitando sua realização: Teresa Cristina Manrique Coan, Selma Maria Mena Romeiro Nishimura, Marilza Keiko Higashi, Zilah Bergamo Navarro, Cláudia Regina Seraphim Ferrari, Vagner Marques Paladim, Éden Secundino Oliveira, Maria Cícera

de Souza Braga, Vilma Maria Besen, Carmem Nunes de Sousa, Maria Marli de Cerqueira Nascimento, Rosana de Oliveira Silva Gomes, Meire V. O. Pereira, e em especial à Márcia de Souza Campos e Lucimara Hilário de Oliveira Silva.

À chefe de seção do ambulatório do HU-USP, Fernanda Ayashe Nishi, pelas sugestões e apoio que me incentivaram na conclusão deste estudo.

Ao Serviço de Pessoal do Departamento Administrativo do HU-USP, em especial Ligia Fumiko Minami, pelo fornecimento dos dados relativos à massa salarial dos funcionários participantes da pesquisa.

À Jane Prado, pela paciência, esmero e competência na formatação da tese.

À Adriana Basílio pelo apoio na atualização do meu currículo Lattes.

Ao bibliotecário do HU-USP Rubenildo Oliveira da Costa, pela correção das referências.

À bibliotecária da EEUSP Yuka Saheki, pela revisão e apoio junto à Plataforma Turnitin.

À Márcia de Souza Ravaglio, pela revisão da língua portuguesa.

Às professoras do Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP, por compartilharem seus conhecimentos.

Aos membros do Grupo de Pesquisa Dimensão Econômica do Gerenciamento em Enfermagem, pelo convívio e compartilhamento de conhecimentos e experiências.

Aos pacientes e familiares que aceitaram participar da pesquisa e que sem eles nada seria possível.

Ao meu marido e companheiro de toda a vida que, sem sua ajuda, seu amor, sua compreensão, sua paciência e sua dedicação em tantas horas, eu não teria concluído este trabalho.

A todos que, direta ou indiretamente, me auxiliaram e apoiaram nesta trajetória, minha gratidão.

“Jamais considere seus estudos como uma obrigação, mas como uma oportunidade invejável para aprender a conhecer a influência libertadora da beleza do reino do espírito, para seu próprio prazer pessoal e para proveito da comunidade à qual seu futuro trabalho pertencer.”

(Albert Einstein)

Sportello EF. Cobertura do custo dos procedimentos de enfermagem pelo Sistema Único de Saúde no ambulatório de um hospital universitário [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2019.

RESUMO

Introdução: O gerenciamento de custos em enfermagem contribui para o controle e aperfeiçoamento de medidas que permitam conhecer os custos dos procedimentos de enfermagem, além de possibilitar que esse conhecimento seja utilizado para estabelecer comparações entre o custo real desses procedimentos com o repasse financeiro coberto pelo Sistema único de Saúde (SUS), por meio da tabela única dos valores dos repasses e propor reflexões e discussões para que se adequem esses valores para o custeio dos hospitais de ensino. **Objetivo:** Analisar o percentual de cobertura do repasse do SUS relativo aos procedimentos de enfermagem realizados no Ambulatório de um Hospital Universitário do município de São Paulo nos anos de 2016 e 2017. **Método:** Trata-se de pesquisa quantitativa, exploratório-descritiva, do tipo estudo de caso único. A população foi conformada pelos procedimentos realizados no período estudado, cuja amostra para a obtenção do custo unitário constituiu-se da observação não participante de 656 procedimentos de enfermagem: consulta de enfermagem (CE); administração de medicamentos por vias intramuscular (IM), subcutânea (SC), oral (VO), sublingual (SL), instilação ocular, inalação, punção venosa para administração de medicamentos e soluções endovenosas (EV), bota de Unna (BU); curativo; retirada de pontos; cateterismo vesical de demora (CVD), cateterismo vesical de alívio (CVA); troca de sonda de cistostomia (CTT); inserção de sonda para nutrição enteral (SNE); troca do tubo de gastrostomia (GTT), troca da bolsa de colostomia, glicemia capilar e aferição de sinais vitais. O custo médio total direto (CMTD) foi calculado multiplicando-se o tempo (cronometrado) despendido pelas enfermeiras e técnicos/auxiliares de enfermagem pelo custo unitário da mão de obra direta (MOD) somando-se ao custo dos materiais e soluções. Foi utilizada a moeda brasileira real (R\$). O repasse do SUS foi calculado multiplicando-se a quantidade de procedimentos pactuados pelo custo unitário repassado pelo Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese Prótese e Materiais Especiais (OPM) do SUS (SIGTAP). **Resultados:** Obtiveram-se os seguintes valores dos CMTDs: R\$ 30,48 (DP=26,77) para CE, R\$ 6,15 (DP=1,52) para

administração de medicamentos por via IM, R\$ 4,46 (DP=1,05) por via SC, R\$ 3,38 (DP=1,29) por VO, R\$ 3,35 (DP=0,99) por via SL, R\$ 4,45 (DP=2,11) para instilação ocular, R\$ 4,82 (DP=1,81) para inalação, R\$ 14,16 (DP=5,37) para punção venosa para administração de medicamentos e soluções EV, R\$ 120,70 (DP=17,19) para BU, R\$ 13,76 (DP=3,88) para curativo pequeno, R\$ 25,09 (DP=9,80) para curativo médio, R\$ 56,91 (DP=24,35) para curativo grande, R\$ 14,91 (DP=6,40) para retirada de pontos, R\$ 57,65 (DP=8,94) para CVD, R\$ 27,12 (DP=1,93) para CVA, R\$ 69,45 (DP=18,47) para troca de sonda de cistostomia, R\$ 83,27 (DP=19,17) para SNE, R\$ 108,74 (DP=19,49) para troca do tubo de GTT, R\$ 53,65 (DP=19,47) para troca da bolsa de colostomia, R\$ 6,42 (DP=1,83) para glicemia capilar e R\$ 2,86 (DP=0,64) para aferição de sinais vitais. Os valores dos repasses foram de 11,13% do custo real no ano de 2016 e 16,02% no ano de 2017. **Conclusão:** O valor de repasse do SUS cobriu apenas 13,4% em média nos anos de 2016 e 2017, resultando em uma diferença percentual de receita significativamente inferior aos valores reais gastos pelo hospital, sendo que quanto maior a produtividade em relação à realização dos procedimentos, maior é o déficit (receita negativa) e, conseqüentemente, maior o gasto que não é coberto pelo repasse.

DESCRITORES: Assistência ambulatorial; Economia de Enfermagem; Custos e Análise de custos; Controle de Custos; Custos de Cuidados de Saúde; Sistema Único de Saúde.

Sportello EF. Coverage of the cost of outpatient nursing procedures by the Unified Health System in a university hospital [Thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2019.

ABSTRACT

Introduction: The management of nursing costs contributes to the control and improvement of measures that allow the recognition of costs of outpatient nursing procedures, in addition to enabling this knowledge to be used to establish comparisons between the real cost of these procedures and the financial transfer done by the Unified Health System, through the use of a singular cost-coverage table and propose reflections and discussions to adjust the value of these coverages to the cost of teaching hospitals. **Objective:** To analyze the percentage of coverage of the Unified Health System in relation to the nursing procedures carried out in the Ambulatory of a University Hospital of the city of São Paulo in the years 2016 and 2017. **Methodology:** This is a quantitative, exploratory-descriptive, unique case study from which samples consisted of the non-participatory observation of 656 outpatient nursing procedures: Office Nursing (ON); the administering of medication by the means of intramuscular (IM), subcutaneous (SC), oral (VO), sublingual (SL), ocular instillation, inhalation, venous puncture for administering medication and intravenous (IV) solutions, Unna Boot (UB); therapeutics; stitches removal; urinary catheterization delay (UCD), urinary catheterization relief (UCR); cystostomy tube replacement; insertion of tube for enteral nutrition (TEN); exchange of the gastrostomy tube (EGT), exchange of the colostomy bag, capillary glycemia and vital signs gauging. The average total direct cost (ATDC) was calculated by multiplying the time (measured) spent by nurses and nursing technicians by the unit cost of direct labor (CDL), added to the cost of materials and solutions. The Brazilian Real currency (R\$) was used. The coverage of the Unified Health System was calculated by multiplying the number of procedures agreed upon by the unit cost covered by the Unified Health System Table of Procedures, Medications and Orthosis Prothesis and Special Materials (OPM). **Results:** The following values of the ATDC were obtained: R\$ 30.48 (SD=26.77) for NC, R\$ 6.15 (SD=1.52) for IM, R\$ 4.46 (SD=1.05) for SC, R\$ 3.38 (SD=1.29) for VO, and R\$ 3.35 (SD=0.99) for SL, R\$ 4.45 (SD=2.11) for ocular instillation, R\$ 4.82 (SD=1.81) for inhalation, R\$ 14.16 (SD=5.37) for IV, R\$ 120.70 (SD=17.19) for UB, R\$ 13.76

(SD=3.88) for small therapeutic, R\$ 25.09 (SD=9.80) for medium therapeutic, R\$ 56.91 (SD=24.35) for large therapeutic, R\$ 14.91 (SD=6.40) for stitches removal, R\$ 57.65 (SD=8.94) for UCD, R\$ 27.12 (SD=1.93) for VCR, R\$ 69.45 (SD=18.47) for cystostomy, R\$ 83.27 (SD=19.17) for TEN, R\$ 108.74 (SD=19.49) for EGT, R\$ 53.65 (SD=19.47) for exchange of the colostomy bag, R\$ 6.42 (SD=1.83) for capillary glycemia and R\$ 2.86 (SD=0.64) for vital signs. The value of coverage was 11.13% of the real cost in 2016 and 16.02% in 2017. **Conclusion:** The value covered by the Unified Health System accounted for only 13.4% on average in the years 2016 and 2017, resulting in a revenue percentage difference that is significantly lower than the actual amount spent by the hospital, and the higher the productivity in relation to the procedures, the greater the deficit (negative revenue) and, consequently, the greater the expense that is not passed on.

KEYWORDS: Ambulatory care; Economics Nursing; Costs and Cost Analysis; Cost Control; Health Care Costs, Unified Health System.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Participação dos investimentos das três esferas de governo no SUS segundo o MS. São Paulo-SP, Brasil, 2019.....	41
Quadro 2 - Protocolo para a realização do estudo de caso sobre os custos diretos dos procedimentos de enfermagem realizados no ambulatório e coberturas pelo repasse do SUS, realizado em um hospital público de ensino e pesquisa do Estado de São Paulo - São Paulo - SP, Brasil, 2019.....	91
Quadro 3 - Variações estatísticas para cálculo do índice de confiança	93
Quadro 4 - Composição das massas salariais dos profissionais de enfermagem envolvidos na realização dos procedimentos de enfermagem no Ambulatório do HU-USP, de acordo com os salários base, benefícios, gratificações e encargos sociais, em reais, relativos a um mês típico de funcionamento em 2017. São Paulo - SP, Brasil, 2019.	107
Quadro 5 - Custos mensal total, médios, mensal, hora e minuto dos profissionais de enfermagem envolvidos na realização dos procedimentos de enfermagem no Ambulatório do HU-USP relativos a um mês típico de funcionamento em 2017. São Paulo-SP, Brasil, 2019	107
Quadro 6 - Distribuição dos procedimentos de enfermagem pactuados, quanto o valor unitário da tabela SIGTAP, quantidades pactuadas e realizadas por ano, valores reembolsados pelo SUS, valores do CMTD dos procedimentos, custos reais no ano de 2016 e diferença entre o custo real e o reembolsado. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019.....	142
Quadro 7 - Distribuição dos procedimentos de enfermagem não pactuados quanto o valor unitário da tabela SIGTAP, quantidades realizadas por ano, valores reembolsados pelo SUS, valores do CMTD dos procedimentos, custos reais no ano de 2016 e diferença entre o custo real e o reembolsado. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019.....	144
Quadro 8 - Distribuição dos procedimentos de enfermagem pactuados quanto o valor unitário da tabela SIGTAP, quantidades pactuadas e realizadas por ano, valores reembolsados pelo SUS, valores do CMTD dos procedimentos, custos reais no ano de 2017 e diferença entre o custo real e o reembolsado. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019.....	145
Quadro 9 - Distribuição dos procedimentos de enfermagem não pactuados quanto o valor unitário da tabela SIGTAP, quantidades realizadas por ano, valores reembolsados pelo SUS, valores do CMTD dos procedimentos, custos reais no ano de 2017 e diferença entre o custo real e o reembolsado. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019.....	146

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes submetidos a procedimentos de enfermagem no Ambulatório do HU-USP, nos anos de 2016 e 2017, segundo o quantitativo, média de idade, sexo, procedência e capítulos do CID 10 - São Paulo-SP, Brasil, 2019.	102
Tabela 2 - Distribuição da amostra dos pacientes submetidos a procedimentos de enfermagem no Ambulatório do HU-USP, no período de novembro de 2017 a julho de 2018, segundo o quantitativo, média de idade, sexo, procedência e capítulos do CID-10 - São Paulo-SP, Brasil, 2019.	104
Tabela 3 - Distribuição dos profissionais de enfermagem executantes dos procedimentos de enfermagem, nos anos de 2016 e 2017, segundo o quantitativo, média de idade, tempo médio de atuação no HU-USP e no Ambulatório e tempo médio de escolaridade - São Paulo-SP, Brasil, 2019.	106
Tabela 4 - Distribuição dos procedimentos de enfermagem realizados no Ambulatório do HU-USP, no ano de 2016, segundo o tipo de procedimento e o quantitativo mensal - São Paulo-SP, Brasil, 2019.	109
Tabela 5 - Distribuição dos procedimentos de enfermagem realizados no Ambulatório do HU-USP, no ano de 2017, segundo o tipo de procedimento e o quantitativo mensal - São Paulo-SP, Brasil, 2019.	110
Tabela 6 - Distribuição do quantitativo da amostra dos procedimentos de enfermagem observados no Ambulatório do HU-USP, dos quantitativos totais realizados nos anos de 2016 e 2017 e da variação anual - São Paulo-SP, Brasil, 2019...	111
Tabela 7 - Distribuição das observações do procedimento “CE”, segundo o tipo, duração em minutos, CMTD em reais e quantidade. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019	114
Tabela 8 - Distribuição das observações do procedimento curativo G (grau II), segundo o custo com materiais e soluções, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019	115
Tabela 9 - Distribuição das observações do procedimento curativo M (grau II), segundo o custo com materiais e soluções, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019	116
Tabela 10 - Distribuição das observações do procedimento curativo P (grau I), segundo o custo com materiais e soluções, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019	118
Tabela 11 - Distribuição das observações do tempo despendido para a realização do procedimento curativo, segundo o tipo e a categoria do profissional executante. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019	118

Tabela 12 - Distribuição das observações do procedimento BU*, segundo o custo com materiais e soluções, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019	119
Tabela 13 - Distribuição das observações do tempo despendido para a realização do procedimento BU, segundo a categoria do profissional executante e auxiliar. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019.....	120
Tabela 14 - Distribuição das observações do procedimento retirada de pontos, segundo o custo com materiais e soluções, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019	121
Tabela 15 - Distribuição das observações do tempo despendido para a realização do procedimento retirada de pontos, segundo a categoria do profissional. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019.....	121
Tabela 16 - Distribuição das observações do procedimento CVD, segundo o custo com materiais e soluções, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019	122
Tabela 16 - Distribuição das observações do procedimento CVD, segundo o custo com materiais e soluções, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019	123
Tabela 17 - Distribuição das observações do tempo despendido para a realização do procedimento CVD, segundo a categoria do profissional executante e auxiliar. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019.....	123
Tabela 18 - Distribuição das observações do procedimento CVA, segundo o custo com materiais e soluções, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019	124
Tabela 19 - Distribuição das observações do tempo despendido por enfermeiras para a realização do procedimento CVA. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019	125
Tabela 20 - Distribuição das observações do procedimento troca de sonda de CTT, segundo o custo com materiais e soluções, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019.....	126
Tabela 21 - Distribuição das observações do tempo despendido para a realização do procedimento troca de sonda de CTT, segundo a categoria do profissional executante e auxiliar. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019	127
Tabela 22 - Distribuição das observações do procedimento inserção de SNE, segundo o custo com materiais e soluções, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019	127
Tabela 23 - Distribuição das observações do tempo despendido por enfermeiras para a realização do procedimento inserção de SNE. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019	128
Tabela 24 - Distribuição das observações do procedimento troca do tubo de GTT, segundo o custo com materiais e soluções, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019.....	129

Tabela 25 - Distribuição das observações do tempo despendido por enfermeiras para a realização do procedimento troca do tubo de GTT. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019	129
Tabela 26 - Distribuição das observações do procedimento troca de bolsa de colostomia, segundo o custo com materiais e soluções, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019.....	130
Tabela 27 - Distribuição das observações do tempo despendido para a realização do procedimento troca de bolsa de colostomia, segundo a categoria do profissional. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019	131
Tabela 28 - Distribuição das observações do procedimento glicemia capilar, segundo o custo com materiais e soluções, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019.....	131
Tabela 29 - Distribuição das observações do tempo despendido para a realização do procedimento glicemia capilar, segundo a categoria do profissional. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019.....	132
Tabela 30 - Distribuição das observações do procedimento aferição de PA e FC, segundo o custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019.....	133
Tabela 31 - Distribuição das observações do tempo despendido por técnico/auxiliar de enfermagem para a realização do procedimento aferição de PA e FC. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019.....	133
Tabela 32 - Distribuição das observações do procedimento IM, segundo o custo com materiais e soluções, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019	134
Tabela 33 - Distribuição das observações do tempo despendido por técnico/auxiliar de enfermagem para a IM. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019	134
Tabela 34 - Distribuição das observações do procedimento VO, segundo o custo com materiais, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019.....	135
Tabela 35 - Distribuição das observações do tempo despendido por técnico/auxiliar de enfermagem para a VO. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019.	135
Tabela 36 - Distribuição das observações do procedimento SL, segundo o custo com materiais, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019.....	136
Tabela 37 - Distribuição das observações do tempo despendido por técnico/auxiliar de enfermagem para a SL. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019.	136
Tabela 38 - Distribuição das observações do procedimento SC, segundo o custo com materiais e soluções, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019.	137

Tabela 39 - Distribuição das observações do tempo despendido por técnico/auxiliar de enfermagem para a SC. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019.....	137
Tabela 40 - Distribuição das observações do procedimento inalação, segundo o custo com materiais e soluções, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019.....	138
Tabela 41 - Distribuição das observações do tempo despendido por técnico/auxiliar de enfermagem para a realização de inalação. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019.	138
Tabela 42 - Distribuição das observações do procedimento instilação ocular, segundo o custo com materiais e soluções, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019.	139
Tabela 43 - Distribuição das observações do tempo despendido por técnico/auxiliar de enfermagem para a realização do procedimento instilação ocular. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019.....	139
Tabela 44 - Distribuição das observações do procedimento EV, segundo o custo com materiais e soluções, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019.....	140
Tabela 45 - Distribuição das observações do tempo despendido por técnico/auxiliar de enfermagem para a realização do procedimento EV. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019.....	141
Tabela 46 - Relação entre custo com materiais/soluções e MOD na composição do CMTD dos procedimentos de enfermagem. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019.	141
Tabela 47 - Distribuição dos valores reembolsados dos procedimentos de enfermagem nos anos de 2016 e 2017, custo real e diferença de reembolso. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019	147

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - SIGTAP - Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese Prótese e Materiais Especiais (OPM) do SUS. São Paulo-SP, Brasil, 2019.....	52
Figura 2 - Área de abrangência do HU-USP. São Paulo-SP, Brasil, 2019.	71
Figura 3 - Organograma do DE do HU-USP. São Paulo-SP, Brasil, 2019.....	73
Figura 4 - Sistema de registro de procedimentos de enfermagem do HU-USP. São Paulo-SP, Brasil, 2019.....	78

LISTA DE SIGLAS

ABRAHUE	Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
AE	Auxiliar de Enfermagem
AGE	Ácidos Graxos Essenciais
BU	Bota de Unna
CD	Conselho Deliberativo
CDE	Conselho Diretor de Enfermagem
CE	Consulta de Enfermagem
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CGE	Conselho Gestor de Enfermagem
CID	Código Internacional de Doenças
CIMS	Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
CIS	Comissão Interinstitucional de Saúde
CMTD	Custo Médio Total Direto
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CRIS	Comissão Regional Interinstitucional de Saúde
CTE	Conselho Técnico de Enfermagem
CTT	Cistostomia
CV	Cateterismo Vesical
CVA	Cateterismo Vesical de Alívio
CVD	Cateterismo Vesical de Demora
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DE	Departamento de Enfermagem
DEC	Divisão de Enfermagem Cirúrgica
DECLI	Divisão de Enfermagem Clínica
DEOG	Divisão de Enfermagem Obstétrica e Ginecológica
DEP	Divisão de Enfermagem Pediátrica
DEPE	Divisão de Enfermagem de Pacientes Externos
DM	Diabetes Mellitus
DP	Desvio Padrão
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
EV	Endovenosa
FC	Frequência Cardíaca
FES	Fundo Estadual de Saúde
FIDEPS	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FPO	Ficha de Programação Orçamentária
GM	Gabinete Ministerial
GTT	Gastrostomia
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HC	Hospital das Clínicas
HE	Hospital de Ensino
HU	Hospital Universitário
HU-USP	Hospital Universitário da Universidade de São Paulo
IAV	Índice Nacional de Valorização
ICMS	Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços

IES	Instituição de Ensino Superior
IGH	Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar
IM	Intramuscular
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IVC	Insuficiência Venosa Crônica
IVD	Índice de Valorização de Desempenho
IVH	Índice de Valorização Hospitalar
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LP	Lesão por Pressão
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MOD	Mão de Obra Direta
MPE	Ministério Público Estadual
MS	Ministério da Saúde
NA	Não Aplicável
NaN	<i>Not a Number</i>
NANDA-I	<i>North American Nursing Diagnosis Association – International</i>
NIC	<i>Nursing Interventions Classification</i>
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
PA	Pressão Arterial
PAD	Programa de Assistência Domiciliar
PE	Processo de Enfermagem
PEG	Gastrostomia Endoscópica Percutânea
PI	Portaria Interministerial
PIB	Produto Interno Bruto
PIDV	Programa de Incentivo à Demissão Voluntária
PIRJ	Programa de Incentivo à Redução de Jornada
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PSA	Pronto Socorro Adulto
PUR	Poliuretano
PVC	Polivinilcloreto
RCB	Receita Corrente Bruta
REHUF	Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SC	Subcutânea
SEQ	Serviço de Ensino e Qualidade
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SF	Soro Fisiológico
SGM	Sistema de Gerenciamento de Materiais
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIGTAP-OPM	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais especiais do SUS
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIHD	Sistemas de Informação Hospitalar Descentralizado
SIPAC	Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade
SL	Sublingual
SMS	Secretaria Municipal Saúde
SNE	Sonda Nasoenteral
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE	Técnico de Enfermagem
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USP	Universidade de São Paulo
VO	Via oral

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	27
1.1	CENÁRIO DA PESQUISA.....	27
1.2	JUSTIFICATIVA PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	29
1.3	QUESTÕES QUE MOTIVARAM A REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	32
2	OBJETIVOS.....	35
2.1	OBJETIVO GERAL	35
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
3	REVISÃO DA LITERATURA	39
3.1	O REPASSE DO SUS PARA COBERTURA DOS PROCEDIMENTOS NOS HUs.....	39
3.2	A GESTÃO DE CUSTOS DE PROCEDIMENTOS HOSPITALARES	56
4	MÉTODO	69
4.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	69
4.2	LOCAL DA PESQUISA	70
4.2.1	O Departamento de Enfermagem (DE) do HU-USP	73
4.2.2	Seção de Ambulatório.....	75
4.3	PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM REALIZADOS NO AMBULATÓRIO DO HU-USP.....	78
4.3.1	Consulta de Enfermagem (CE)	78
4.3.2	Curativo	80
4.3.3	Retirada de pontos (Remoção de suturas).....	81
4.3.4	Cateterismo vesical (CV).....	81
4.3.5	Inserção de sonda para nutrição enteral (SNE) e Gastrostomia (GTT)	84
4.3.6	Troca de bolsa de colostomia.....	86
4.3.7	Teste de glicemia capilar.....	87
4.3.8	Aferição da pressão arterial (PA) e frequência cardíaca (FC).....	87
4.3.9	Administração de medicamentos	88
4.4	PROTOCOLO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA	91
4.5	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	92
4.6	PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS	94
4.7	AFERIÇÃO DOS CUSTOS	95
4.8	INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS	96

4.9	ANÁLISE DOS DADOS.....	97
4.10	PROCEDIMENTOS ÉTICO-LEGAIS.....	98
5	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	101
5.1	PERFIL DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NO AMBULATÓRIO.....	101
5.2	PERFIL DAS ENFERMEIRAS E DOS TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM EXECUTANTES DOS PROCEDIMENTOS.....	105
5.3	QUANTIDADE DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM REALIZADOS NO AMBULATÓRIO NOS ANOS DE 2016 E 2017	108
5.4	AFERIÇÃO DOS CUSTOS MÉDIOS TOTAIS DIRETOS (CMTD) DOS PROCEDIMENTOS.....	113
5.4.1	Consulta de enfermagem (CE).....	113
5.4.2	Curativos.....	114
5.4.3	Bota de Unna (BU).....	119
5.4.4	Retirada de pontos.....	120
5.4.5	Cateterismo vesical	122
5.4.6	Troca de sonda de CTT	125
5.4.7	Inserção de SNE	127
5.4.8	Troca do tubo de GTT	128
5.4.9	Troca de bolsa de colostomia.....	130
5.4.10	Glicemia capilar.....	131
5.4.11	Aferição de PA e FC.....	132
5.4.12	Medicações.....	133
5.5	VALORES REEMBOLSADOS PELO SUS AO HU-USP PELOS PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM REALIZADOS PACTUADOS E NÃO PACTUADOS.....	142
6	DISCUSSÃO	151
7	CONCLUSÃO	177
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	183
	REFERÊNCIAS	189
	APÊNDICES	209
	ANEXOS.....	241

1 INTRODUÇÃO

1.1 CENÁRIO DA PESQUISA

A presente pesquisa se propôs a identificar a cobertura dos custos dos procedimentos de enfermagem pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no ambulatório de um Hospital Universitário (HU) do município de São Paulo, o qual não possui um sistema de custeio para subsidiar a formulação de estratégias, tal como um planejamento orçamentário para acompanhamento da relação entre o custo e a receita dos serviços de saúde prestados.

Conhecer os custos dos procedimentos é relevante, pois além de se constituírem em um dos meios pelos quais o SUS realiza o repasse financeiro às organizações de saúde pelos serviços prestados, em grande parte aos hospitais, há evidências de que a cobertura desses valores está aquém dos valores reais⁽¹⁻⁴⁾. Nesta perspectiva, as apurações dos custos dos procedimentos e as comparações com os valores dos repasses financeiros do SUS poderão auxiliar os gestores hospitalares na negociação e readequação das contratualizações.

Apesar dos hospitais públicos serem subfinanciados, estes são elementos chave do sistema de saúde no Brasil e consomem cerca de 70% dos gastos públicos com a saúde. Segundo dados do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CNS), os repasses federais vêm caindo ao longo dos anos, agravando a crise financeira das instituições de saúde ligadas ao SUS. O alto custo dos procedimentos frente ao baixo repasse do SUS juntamente com o aumento dos usuários que dependem exclusivamente deste sistema ampliam a crise e provocam má qualidade assistencial à população⁽⁵⁾.

As limitações de recursos fazem com que os hospitais procurem manter suas atividades dentro de padrões razoáveis. Porém, a ausência de um sistema de custeio eficiente faz com que a alta administração hospitalar careça de informações quanto aos recursos consumidos. Caso o hospital não conheça os reais custos dos procedimentos e atendimentos realizados, dentro de sua estrutura operacional, não terá bases sólidas para questioná-los junto ao SUS visto que é impraticável gerenciar aquilo que não se tem pleno domínio. Dessa forma, conhecer, planejar, analisar e

controlar os custos tornam-se atividades indispensáveis à eficiência do processo de gestão e manutenção da organização⁽⁶⁾.

É necessário que as instituições de saúde implementem um sistema de gestão de custos hospitalares e que os enfermeiros, como elementos centrais neste contexto, uma vez que a equipe de enfermagem é responsável pela realização de grande parte dos procedimentos, estejam preparados para gerenciar os custos hospitalares em seus setores, com vistas à otimização no consumo dos recursos, tanto humanos quanto físicos e materiais, sendo este um importante fator para o almejado equilíbrio financeiro, melhoria da qualidade prestada e, conseqüentemente, aumento da acessibilidade dos pacientes/usuários aos serviços⁽³⁻⁷⁾.

A equipe de enfermagem, por ser a maior usuária dos materiais, soluções e medicamentos para a realização dos procedimentos hospitalares, é responsável pela liderança no envolvimento com vários aspectos gerenciais nos serviços de saúde para que esse consumo seja realizado de forma consciente, com um processo de comunicação eficaz e adequação de todos os recursos existentes, tanto humanos, físicos e materiais⁽³⁻⁷⁾.

O enfermeiro, na condição de líder da equipe de enfermagem ou mesmo de participante da alta administração dentro das organizações de saúde, tanto públicas quanto privadas, de ensino ou não, deve desenvolver e aprimorar competências para incrementar, criar ou modificar processos gerenciais que contribuam para a criação, medição, análise e modificação de indicadores de produtividade dos procedimentos de enfermagem, bem como a aferição dos custos dos mesmos, para obtenção de informações e participação qualificada dos processos de contratualização, contribuindo para melhorias dos indicadores financeiros institucionais.

No entanto, há um déficit de conhecimento sobre essa temática, tendo como um dos motivos à falta de estudos no Brasil⁽⁸⁾. Por isso, espera-se que a realização de pesquisas desta natureza possa agregar e difundir conhecimentos contribuindo para o estabelecimento de parâmetros sobre custos e receitas dos procedimentos de enfermagem visando o aprimoramento de políticas de financiamento das organizações hospitalares públicas pelo SUS.

1.2 JUSTIFICATIVA PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

No âmbito da atenção à saúde, os Hospitais das Universidades (HUs) estaduais paulistas têm desempenhado papel relevante no atendimento aos usuários do SUS. São elas: Universidade de São Paulo (USP), Universidade Estadual Paulista (UNESP) e Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), financiadas por meio do repasse da quota-parte do Estado, sobre o Imposto da Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), que corresponde a 9,57% (teto) do valor arrecadado, definido na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)⁽⁹⁾.

Entretanto, as Universidades, e consequentemente os HUs, vêm enfrentando sérios problemas financeiros. Entre janeiro de 2015 e dezembro de 2016 o valor do repasse sofreu perdas importantes (8,4%) devido às crises política e financeira do país, que agravaram a crise já existente nas Universidades⁽¹⁰⁾. Segundo Boletins Informativos da USP no período de 2015 a 2017 a queda do repasse financeiro para a USP correspondeu à 5,38%, comprometendo o seu equilíbrio financeiro⁽¹¹⁻¹³⁾.

Em entrevista concedida ao *Jornal Valor Econômico* de 25/10/2016, o Reitor vigente na época, Prof. Dr. Marco Antônio Zago, atribuiu a crise financeira da USP a dois componentes principais: um de gestão interna, ou seja, falhas na gestão anterior e outro devido à recessão econômica do país e seus estados, que derrubou os repasses do ICMS, principal fonte de receita das três universidades paulistas⁽¹⁴⁾.

Na entrevista citada acima o Reitor destacou que “*há outros gastos que parasitam a vida da universidade*” e citou o exemplo do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP) e, como solução, propôs que este se integrasse ao complexo do Hospital das Clínicas (HC), como mais uma unidade deste, para que os custos do hospital ficassem a cargo da Secretaria do Estado da Saúde (SES) e não mais da Universidade⁽¹⁴⁾, o que ocasionou uma forte reação contra essa proposta, principalmente, por parte da comunidade acadêmica.

Segundo dados de 2018, no orçamento do HU-USP (em milhões de reais) de 297,5, a Universidade arca com 273,5 (91,93%) do custo com recursos humanos e custeio. Já o SUS, mediante pactuação dos procedimentos com a SES, repassa somente 23,1 (7,76%) para complementar o custeio. Ainda, incorporado ao orçamento, 0,9 (0,31%) são devido a outros recursos. Isso faz com que a maior parte

das despesas, com folha de pagamento e contratos (91,93%), fique sob a responsabilidade da USP e que apenas parte do custeio fique sob a responsabilidade da SES⁽¹⁵⁾.

Então, enquanto se buscava uma solução foram realizadas estratégias de redução de custos com a diminuição da folha de pagamento da USP, pela não contratação de servidores em geral; a realização de Programas de Incentivo a Demissão Voluntária (PIDV) e Programas de Incentivo a Redução de Jornada (PIRJ) de trabalho. Além disso, houve cortes de 30% em gastos em contratos, como o de veículos terceirizados, de aquisição de insumos hospitalares e equipamentos, entre outros⁽¹⁴⁾.

Com o corte de gastos e diminuição do atendimento houve um clamor pela manutenção do reconhecido atendimento de excelência do HU, por parte dos usuários do SUS do Subdistrito do Butantã/SP e da Comunidade USP e, também, por parte dos funcionários do HU-USP que ficaram sobrecarregados com a adesão de aproximadamente 20% ao PIDV pelo seu quadro.

Cabe destacar que devido à escassez de recursos de saúde na região do Butantã, o HU-USP se tornou o equipamento mais procurado pela população acarretando sobrecarga de atendimentos e, conseqüentemente, gastos além do que podia suportar, o que já vinha agravando à crise financeira para a Universidade.

O HU-USP vinha celebrando convênios com o Governo do Estado de São Paulo, por meio da SES, com interveniência da Universidade, cujo objeto era a prestação de serviços de assistência à saúde e integração do Hospital, enquanto Hospital de Ensino (HE), para o pagamento de procedimentos. O último havia sido celebrado em janeiro de 2014 com vigência até 31 de dezembro de 2017.

Diante deste cenário e para que o HU-USP pudesse continuar prestando assistência, ensino e pesquisa de qualidade, foram realizadas várias ações pela Superintendência, Diretorias de Departamentos e demais Chefias das diversas áreas. Dentre elas, realizou-se uma auditoria, por meio da qual foi constatado que o Hospital realizava um número de procedimentos além do pactuado com a SES, fato este que culminou na revisão dos mesmos para nova contratualização a partir de janeiro de 2017.

Este contrato foi renovado com a SES, em janeiro de 2018, com revisão do quantitativo de procedimentos hospitalares, visando à adequação destes à realidade da demanda do Hospital, ou seja, alguns foram aumentados, outros mantidos ou

diminuídos. Entretanto, não houve uma análise mais acurada da produção desses procedimentos por área do hospital e foram renovados somente os procedimentos que já haviam sido pactuados anteriormente, sem a inclusão de outros que eram realizados.

Sabe-se que os valores da Tabela do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese, Prótese e Materiais Especiais (OPM) do SUS (SIGTAP)⁽¹⁶⁾, que são repassados às SES para o pagamento aos procedimentos realizados pelos equipamentos de saúde, são baixos e, na pactuação entre hospitais e SES, os valores desta tabela são fixos, mas as pactuações podem ser renegociadas quanto ao quantitativo dos procedimentos sempre que se fizer necessário.

Assim, foi proposto nesta pesquisa analisar a cobertura dos custos hospitalares pelo repasse do SUS aos procedimentos de enfermagem realizados no Ambulatório do HU-USP, motivado pela escassez de estudos na área ambulatorial.

Para isso, houve a necessidade de identificar, quantificar e filtrar tais custos dos que têm ou não reembolso pelo SUS, pela Tabela do SIGTAP e os valores nela constantes.

Outro aspecto é que os valores repassados pela realização dos procedimentos pactuados não são ajustados há muito tempo e, visto o desconhecimento dos valores reais do custo desses procedimentos, suscitou dúvidas se haveria ou não cobertura dos custos hospitalares pelo repasse do SUS.

Frente ao exposto, e considerando a imprescindibilidade da apuração dos custos dos procedimentos, optou-se por realizar o presente estudo no Ambulatório do HU-USP, por ter este implementado um sistema informatizado de registro de procedimentos de enfermagem, por paciente, o que possibilita o levantamento da produtividade por tipo de procedimento realizado para obtenção do custo real.

Assim, comparar a quantidade e o custo real dos procedimentos com a quantidade pactuada e o valor de reembolso do SUS viabilizaria a adequação desse repasse (repactuação contínua conforme demanda e oferta dos serviços prestados) dos procedimentos já incorporados no sistema, adequando os valores percebidos. Auxiliaria, também, na verificação dos procedimentos não cobertos pelo SUS e que deveriam ser incorporados para reembolso a fim de diminuir a margem de perdas financeiras do HU-USP.

A hipótese desta pesquisa é de que há inadequação do reembolso do SUS, frente às quantidades e aos custos dos procedimentos de enfermagem realizados no Ambulatório do HU-USP.

1.3 QUESTÕES QUE MOTIVARAM A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

- Qual o percentual da cobertura do repasse pela SES dos procedimentos de enfermagem realizados no Ambulatório pactuado no HU-USP?
- Qual é a perda do HU-USP pelo não pagamento a procedimentos não pactuados?

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o percentual de cobertura do repasse do SUS relativo aos procedimentos de enfermagem realizados no Ambulatório de um Hospital Universitário do município de São Paulo, nos anos de 2016 e 2017.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil dos pacientes submetidos aos procedimentos de enfermagem realizados no Ambulatório, em relação às variáveis independentes: sexo; idade; diagnóstico principal e procedência;
- Identificar o perfil dos profissionais de enfermagem em relação às variáveis independentes: sexo; idade; formação profissional, tempo de atuação e custo;
- Quantificar os procedimentos de enfermagem realizados no Ambulatório nos anos de 2016 e 2017;
- Aferir os custos médios totais diretos (CMTD) dos procedimentos de enfermagem;
- Calcular a diferença entre os custos dos procedimentos de enfermagem aferidos e os reembolsos pactuados;
- Calcular o valor da perda dos procedimentos realizados e não pactuados.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 O REPASSE DO SUS PARA COBERTURA DOS PROCEDIMENTOS NOS HUs

O SUS é uma rede hierárquica, regionalizada e descentralizada sob comando único em cada esfera governamental - federal, estadual e municipal. Tem um sistema complexo, dinâmico e em evolução constante. Os recursos federais devem ser rateados entre os Estados e os Municípios, segundo diretrizes do SUS, visando que estes entes federados cuidem da saúde de forma regionalizada⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

No modelo descentralizado de gestão de financiamento do SUS, a União é a responsável por distribuir a maior parte dos recursos financeiros para Estados, Municípios e Distrito Federal. A gestão do SUS nessas três esferas é exercida nos municípios pelo Secretário de Saúde ou Dirigente de Saúde; nos estados pelo Secretário Estadual de Saúde e no nível federal pelo Ministro da Saúde⁽¹⁹⁾.

Está previsto na Constituição Federal (CF) no artigo 198, definir, em seu parágrafo 3º, a criação da Lei Complementar, a ser reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecendo percentuais, normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas Federal, Estadual, Municipal e no Distrito Federal, a aprovação de leis complementares, ordinárias e outros dispositivos legais referentes ao financiamento do SUS. Assim, foram criados e aprovados dispositivos legais referentes ao financiamento do SUS para melhorar a sua regulamentação, frente às deficiências vigentes⁽²⁰⁾.

Entretanto, essas mudanças não contemplavam as fontes de recursos federais e a base de cálculo de forma adequada. A falta dessas definições do processo de financiamento para depois de 2004 fez necessária a luta pela regulamentação da Emenda Constitucional (EC) 29 de 13 de setembro de 2000⁽²¹⁾.

A aprovação desta Emenda representou uma importante conquista da sociedade para o aprimoramento do SUS, pois estabeleceu a vinculação de recursos nas três esferas de governo para um processo de financiamento mais estável do SUS, de reforçar o papel do controle e fiscalização dos Conselhos de Saúde e de prever

sanções para o caso de descumprimento dos limites mínimos de aplicação em saúde⁽²¹⁾.

A regulamentação da EC nº 29 permitiu que os recursos aplicados nas ações e serviços de saúde não sofram "desvio de finalidade", visto que a lei define o que pode ser considerado como tal, tendo a Resolução 322/2003 do CNS como referência nesse quesito ⁽²²⁻²³⁾. Ou seja, foi introduzido um componente qualitativo na análise do gasto com ações e serviços de saúde, visto que o componente quantitativo (percentual de aplicação) não foi suficiente para garantir a autenticidade dos serviços prestados em saúde, alocando-se, em muitos lugares, conforme denúncias recebidas pelo CNS, despesas de outra natureza para comprovar o cumprimento do percentual mínimo⁽²¹⁾.

Assim, as três esferas de governo devem aportar anualmente, recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde (consideradas despesas com pessoal ativo e de custeio e de capital), provenientes da aplicação de percentuais das receitas e determinando as suas bases de cálculo, observado o disposto na CF de 1988, EC nº 29 e na Lei Orgânica do SUS por intermédio da Portaria nº 698/GM, de 30 de março de 2006⁽²⁰⁻²⁴⁾.

A Portaria nº 204 GM/MS de janeiro de 2007, regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, com o respectivo monitoramento e controle. Dessa forma, o repasse do SUS consiste no valor em dinheiro pago pelo MS às instituições de saúde, pelos procedimentos realizados⁽²⁵⁻²⁶⁾.

Os recursos federais destinados às ações e serviços de saúde passaram a ser organizados e transferidos na forma de seis blocos de financiamento: 1. Atenção básica; 2. Atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; 3. vigilância em saúde; 4. Assistência farmacêutica; 5. Gestão do SUS e 6. Investimentos na rede de serviços de saúde^(25,27).

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamentou a Lei 8.080/90, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, definindo metodologias, instrumentos e sistemas de informação para apuração de custos de forma que permita estimativa de recursos financeiros para custeio global⁽²⁸⁾.

O processo de financiamento está entre os principais problemas enfrentados pelo SUS, desde a sua criação pela CF, sendo este o ponto frágil, impossibilita aos gestores organizarem a demanda e oferta de serviços de saúde com qualidade. A

instabilidade dos parâmetros sobre gastos em saúde coloca em risco uma das maiores conquistas da sociedade brasileira, e compromete a prestação de serviços de qualidade, com acesso universal e atendimento integral^(6,18).

A história do SUS é marcada por problemas de financiamento, os recursos públicos se mostram insuficientes para garantir a saúde pública universal, integral e de qualidade. Em 2011, os gastos públicos corresponderam a 3,84% do Produto Interno Bruto (PIB) enquanto outros países com sistemas universais investiram 8,3%, ou seja, no Brasil, o repasse foi inferior à metade do valor disponibilizado pelos países europeus. Projetos tramitam no Congresso Nacional para garantir que o mínimo de 10% da Receita Corrente Bruta (RCB) seja repassada para o MS⁽²⁹⁾.

Em 2015, a previsão orçamentária do Governo Federal reduziu o repasse aos Municípios, além de fragmentação e atrasos. Esse fato gerou problemas para gerenciamento da assistência aos Municípios, como desabastecimento, dificuldade de pagamento de funcionários e fornecedores, o que tornou inviável a manutenção de alguns serviços de saúde. Desse modo, o problema de repasse comprometeu a autonomia da gestão, principalmente em Municípios de pequeno porte que não têm capacidade financeira para gerir os seus serviços e dependem de verbas federais e estaduais⁽³⁰⁾.

Segundo dados do CNSS, os repasses federais vêm caindo ao longo dos anos, conforme demonstrado no Quadro 1, agravando a crise financeira das instituições de saúde ligadas ao SUS.

Quadro 1 - Participação dos investimentos das três esferas de governo no SUS segundo o MS. São Paulo-SP, Brasil, 2019.

Fonte	1993	2002	2017
União	72%	52,4%	43,4%
Estados	12%	22,1%	25,8%
Municípios	16%	25,5%	30,8%
Total	100%	100%	100%

Fonte: Agência Brasil, 22.09.2018⁽⁵⁾

Outro agravante é que o alto custo dos procedimentos, frente ao baixo repasse do SUS, e o aumento dos usuários que dependem exclusivamente deste sistema ampliam a crise e provocam uma má qualidade assistencial à população⁽⁶⁾.

Esse cenário tem tornado crítica a gestão nos Hospitais Universitários (HUs) e Hospitais de Ensino (HEs), pois dificultam a assistência à população assistida, comprometendo a formação de profissionais da área de saúde.

Os HUs e os HEs, anteriormente ao ano de 2000, eram tratados como HEs sem diferenciação pelo MS e Ministério de Educação e Cultura (MEC), seus principais financiadores. Eram pautados para atender os interesses das atividades acadêmicas e realizavam assistência enquanto estas fossem de interesse para o ensino⁽²⁸⁻²⁹⁾. Após 2000, os HEs quando vinculados a uma universidade recebem a denominação de HU e foram definidos como centros de formação e atualização dos profissionais de saúde, oferecendo programas de educação continuada e de desenvolvimento de tecnologias para a área da saúde, garantindo os melhores padrões de eficiência, elaborando protocolos técnicos e desempenhando papéis de destaque na comunidade onde estão inseridos⁽²⁸⁻²⁹⁾.

Entretanto, na literatura os autores muitas vezes não fazem esta distinção, continuando a denominar os HUs de HEs. Assim, neste texto usaremos a denominação de HE, sem distinção para as citações e HU quando a citação é específica a um hospital ligado a uma universidade.

Em 1987, quanto ao financiamento dos HEs, em consonância com a Reforma Sanitária Brasileira, foi publicada a portaria interministerial - MEC/Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) nº 15 (22/05/1987)⁽²⁴⁾, que estabelecia critérios e parâmetros para a aplicação do Índice de Valorização de Desempenho (IVD), exclusivamente para HEs, com objetivo de estimular estas instituições a promover atividades extramuros, ou seja, levar todo o domínio científico e tecnológico para auxiliar na atenção à saúde. Assim, determinou a progressiva incorporação dos HEs à estratégia das Ações Integradas de Saúde, bem como, que estes hospitais desempenhassem papel fundamental na organização e consolidação dos Sistemas Estaduais de Saúde e estabeleceu, no âmbito do Convênio Global instituído pelo MEC e MPAS, com critérios e parâmetros para a aplicação do IVD⁽²⁶⁾.

O IVD foi composto por um índice base variando de 1,20 a 2,00, denominado Índice de Valorização Hospitalar (IVH), acrescido de três Índices Adicionais de Valorização (IAV) para características específicas, no valor de 0,10 cada, totalizando o limite máximo de 2,30. Aos HUs foram atribuídos um IVH, de acordo com critérios de complexidade, resolutividade, integração à rede de serviços e perfil dos recursos humanos formados. O IVH tinha cinco níveis: 1,20 - acréscimo de 20%; 1,40 -

acréscimo de 40%; 1,60 - acréscimo de 60%; 1,80 - acréscimo de 80% e 2,00 - acréscimo de 100%^(24,26).

Um IAV de 0,10 era acrescido ao IVH, segundo características de regionalização assistencial e efetiva participação nas Ações Integradas de Saúde, avaliadas pelas instâncias gestoras colegiadas, ou seja, a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS), a Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS) e a Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS). Um IAV de 0,10 era acrescido ao IVH, segundo a existência de programas intensivos de capacitação extramural (áreas rurais e periféricas urbanas) e formação de médicos gerais, pela faculdade ou escola vinculada ao hospital e quando o hospital participava de um ou mais dos Sistemas Integrados de alto custo estabelecido pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) juntamente com instituições de reconhecida liderança na área. Os IAV's previstos poderiam ser utilizados pelos HUs preferentemente na expansão e no aperfeiçoamento das próprias atividades que caracterizavam a atribuição do IAV específico^(24,26).

A portaria nº 15 de 08/01/1991 definiu a ascensão automática mensal do IVH dos Hospitais Integrantes do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), do menor IVH existente para o nível imediatamente acima, mês após mês, até que todos estivessem equiparados ao nível 2.0 no mês de agosto de 1991. Essa portaria extinguiu os IVHs em setembro de 1991, ocasião em que os valores equivalentes a 2.0 passaram a constituir a nova base da Tabela Única e Universal do SIH-SUS, a fim de facilitar o processo de transição e assimilação pelas redes Estaduais e Municipais de Saúde. Criou também, exclusivamente para os HUs, o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS) aplicado de duas maneiras^(26,31):

- a) Adicional sobre receita das internações no nível de 25% para os HUs que acolham curso de medicina o pelo menos mais um curso da área de saúde da própria instituição universitária e residência médica reconhecida pelo MEC, funcionando há mais de dois anos, de forma regular e ininterrupta^(26,31);
- b) Adicional sobre receita das internações em nível de 50% para os HUs que, além dos quesitos acima, acolham pelo menos um curso de pós-graduação "*Strictu Senso*" (mestrado ou doutorado) da própria instituição universitária, reconhecido

pelo MEC, funcionando há mais de dois anos, de forma regular e ininterrupta, e estejam integrados a algum Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC) do MS, como centro de referência nacional^(26,31).

A partir do início da década de 90 e início do século XXI, os HEs foram inseridos nos programas políticos interministeriais devido à crise de gestão e financiamento dos mesmos⁽³²⁾.

O repasse do antigo FIDEPS foi estabelecido por contrato e metas para ampliar a cooperação dos HEs com o SUS e institucionalizar a formação e a pesquisa. Assim, foi posteriormente incorporado ao custeio⁽²⁶⁾.

Em síntese, principalmente antes de 1992, o modelo de HU foi aquele em que o hospital era usado somente como um campo de treinamento técnico, principalmente das equipes de saúde, sem vínculo com o sistema de saúde, com gestão não profissionalizada (geralmente por médicos assistentes) e submetida ao mérito acadêmico, financiados, em sua totalidade, pelas universidades. A partir do início da década de 90 os HUs passam também, a ser remunerados pelo SUS. No entanto, há décadas enfrentam crises financeiras por problemas de gestão, de inserção no SUS e, mesmo, no relacionamento com a academia⁽²⁶⁾.

Após a normatização do SUS começou a haver um movimento do governo no sentido de delegar para os HUs o papel de referência de atendimento complexo, e mesmo atendimento primário de sua área de abrangência. Essa medida os sobrecarregou, pois como unidades prioritariamente de ensino não estavam preparados para receber um grande fluxo assistencial de pacientes, que em sua maioria realizava procura espontânea e não necessariamente tinha indicação de tratamento em unidades especializadas e onerosas como os HUs⁽²⁶⁾.

Assim, para melhorar as condições dos HEs, o MEC reformulou a política de atenção à esses hospitais, criando o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no SUS, por intermédio da Portaria Interministerial (PI) nº 1000, de 15/04/2004 do MEC e MS, estabeleceu que os HEs são aqueles certificados de acordo com essa portaria e foram definidos como locais de atenção à saúde de referência para a média e alta complexidade, formação de profissionais de saúde e o desenvolvimento tecnológico, em uma perspectiva de inserção e integração em rede aos serviços de saúde, obedecendo a critérios de necessidade da população⁽³³⁻³⁴⁾.

Esta política de diferenciação dos hospitais do Brasil tratou cada um de forma específica. Assim, com a normatização dos processos de certificação dos HEs, criou-se um foco para estes estabelecimentos, qualificando a inserção desses estabelecimentos no SUS, direcionando a contratação dos serviços de saúde ofertados e aprimorando o financiamento e a avaliação destes⁽³³⁾.

Com isso, o governo caracteriza, uma vez mais, a importância desses hospitais para a atenção assistencial, formação de recursos humanos e desenvolvimento de novas tecnologias. O objetivo da PI nº 1000 foi trabalhar alternativas para enfrentar as dificuldades dos HEs no que se refere ao modelo de gestão e atenção hospitalar, acadêmica e financeira. Nela foi definida a liberação dos recursos financeiros referentes ao Programa Interministerial de Reforço e Manutenção dos HUs e, em parceria com o MEC, normatizou o processo de certificação dos HEs e a constituição da Comissão de Certificação e grupo técnico de certificadores. O MS e o MEC também formalizaram um termo de compromisso com entidades representativas dos HEs, instituições federais de ensino superior e secretarias estaduais e municipais de saúde para garantir apoio no processo de contratualização entre os hospitais federais de ensino do MEC e o SUS⁽³³⁾.

Entre 2010 e 2015, novos decretos e portaria alteraram a PI nº 1000 e instituíram o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) com o objetivo de regulamentar o financiamento compartilhado dos HUs Federais entre as áreas da educação e da saúde, em conformidade com a pactuação entre o MS, o MEC, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) para que, em conjunto, regulamentassem a gestão estadual e municipal, no que diz respeito à assistência, ensino, pesquisa e a ampliação de serviços no sentido de atender às necessidades levantadas pelos gestores locais⁽³⁴⁻³⁷⁾.

A regulamentação e controle dos HEs são necessários, em virtude do número relevante, correspondendo à aproximadamente 200 Hospitais Gerais e/ou Especializados que são centros de prática de ensino dos cursos da área da saúde, mantidos financeiramente por uma Instituição de Ensino Superior (IES) pública ou privada ou formalmente conveniada a uma IES, os quais são responsáveis pela formação de profissionais de diversas áreas de conhecimento em saúde. São

hospitais que prestam assistência de alta complexidade e que desempenham atividades de fomento de novas técnicas e capacitação de recursos humanos, envolvendo ações de docência, pesquisa e assistência à comunidade, pautados nos princípios e diretrizes do SUS⁽³⁸⁾.

Dos mais de 5.500 hospitais no país, atualmente são aproximadamente 200 HEs certificados que atendem as exigências previstas em lei. Porém, a maioria encontra-se em situação de crise política, gerencial, assistencial, financeira, acadêmica e social. Há 15 anos, com o movimento liderado pela Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE) e encampado pela Frente Parlamentar da Saúde, mediante sucessivas audiências públicas, resultou no envolvimento de quatro ministérios (Saúde, Educação, Planejamento e Ciência & Tecnologia) e várias entidades relacionadas ao assunto. Assim, foi elaborado um documento que estabeleceu a constituição de uma Comissão Interinstitucional para avaliar e diagnosticar a atual situação dos HUs e HEs no Brasil, visando reorientar e/ou reformular a política nacional para o setor⁽³⁹⁾.

A publicação da PI nº 1.000, foi o resultado preliminar dos trabalhos desta Comissão. Por meio desta Portaria, a proposta de contratualização consistia, além do aumento financeiro, em um contrato que estabelecia metas para, principalmente, quatro tópicos: gestão, inserção no SUS, humanização e qualidade. Mesmo após decorridos mais de 15 anos do início da situação crítica dos HEs, pouco mudou. A crise política e econômica do País afetou drasticamente esses hospitais, que com a falta de investimento em equipamentos materiais e humanos, além de atualização tecnológica, culminaram em estruturas físicas sucateadas e defasadas que, pela omissão tanto das universidades quanto das secretarias de saúde, se tornaram incapazes de atender a seus propósitos iniciais. Assim, é necessário que os gestores de hospitais de ensino reiterem às entidades públicas a importância educacional aliada ao impacto social, construindo modelos de gestão adequados que não sejam só programas governamentais sem eficácia. A precariedade de um hospital escola torna o cenário frágil desestimulando, por sua vez, o governo a investir verbas já tão comprometidas com a educação em saúde o que torna cada vez mais precárias as condições de formação e capacitação dos profissionais e esta afeta a própria viabilidade do SUS. Se torna cada vez mais necessária a ampliação de espaços de análise crítica com manifestações e proposições para a coerência na formulação de políticas de Estado⁽³⁹⁾.

Apesar das muitas dificuldades, os HEs têm cumprido um importante papel tanto no ensino, como na pesquisa e na assistência. Porém, é necessário que sejam implementadas políticas de recuperação do SUS e de valorização dos HEs, pois são elos imprescindíveis para tornar funcional e realmente eficiente esse sistema, além da implementação de novas tecnologias de saúde e de exercerem papel ativo na prestação de serviços públicos de excelência à sociedade⁽³⁹⁾.

O governo federal, por meio de várias Portarias, regulamentou, no âmbito SUS, o Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH), estabeleceu as diretrizes para a contratualização de hospitais na esfera do SUS e instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), a qual teve como objetivos aprimorar a qualidade da atenção hospitalar, apoiar o fortalecimento da gestão dos hospitais, induzir a ampliação do acesso da população às ações e serviços de saúde na atenção hospitalar e ampliar o financiamento da atenção hospitalar⁽⁴⁰⁻⁴²⁾.

Os contratos são usados em muitos países, inclusive no Brasil, entre as autoridades governamentais de saúde e prestadores de serviços de saúde, tanto privadas como estatais, na atenção básica, ambulatorial e hospitalar⁽⁴³⁾.

O conceito de contratualização entre HE e SUS refere-se à formalização da relação entre o gestor público de saúde e os hospitais integrantes do SUS, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, sob sua gestão, por meio de instrumento formal de contratualização. Tem como finalidade a formalização da relação entre gestores de saúde e hospitais integrantes do SUS, por meio do estabelecimento de compromissos entre as partes, promovendo a qualificação da assistência, da gestão hospitalar e do ensino/pesquisa⁽⁴²⁻⁴³⁾.

Essa contratualização é realizada pelas instituições parceiras pelo “Plano Operativo” que é o instrumento no qual são apresentados as ações, os serviços, as atividades, as metas quantitativas e qualitativas e os indicadores a serem pactuados entre gestores e prestadores de serviços de saúde. Para os HEs são colocados os seguintes objetivos: estabelecer que as ações estratégicas sejam definidas e especificadas mediante processo de contratualização apoiada no estabelecimento de metas e indicadores de acompanhamento⁽⁴⁴⁾.

Os objetivos da contratualização são alcançar um melhor desempenho dos prestadores (melhorar a produtividade e a qualidade da assistência prestada -

resultado para os usuários), bem como incrementar a prestação de contas para os financiadores e governo⁽⁴³⁾.

As possibilidades e os limites da contratualização para implementar, aprimorar e melhor inserir os HEs na rede de serviço no âmbito do SUS são acompanhadas pela equipe de avaliação designada pela SES. Existe uma frágil associação entre contratualização e a presença de mecanismos de inserção na rede, de práticas e estruturas de qualificação assistencial e gerencial nos HEs. Porém, hospitais mais estruturados, assistencial e gerencialmente, apresentam uma contratualização mais estruturada com as Secretarias, ou seja, houve um aumento de produção da média complexidade ambulatorial e uma diminuição dos procedimentos de atenção básica⁽⁴³⁾.

Lima (2012)⁽⁴³⁾ refere que entre os benefícios associados à contratualização estão:

Maior inserção do hospital na rede, fortalecimento da capacidade de gestão do hospital e de regulação das secretarias, mudança na lógica de financiamento e de repasse de recursos, melhoria de desempenho e incremento da prestação de contas.

A PI nº 285 de 24/03/2015 redefiniu o Programa de Certificação dos HEs. Dessa forma, para que os HEs sejam credenciados junto ao SUS, são avaliados por uma comissão interinstitucional (Portaria 2400 de 2/10/2007), inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e cumprir alguns requisitos, tais como, ser campo para atividades curriculares na área da saúde, receber alunos de pelo menos um curso de medicina e dois outros cursos de saúde, possuir programas de residência médica, ter acompanhamento por docente e/ou preceptor para os alunos e residentes, ser vinculado a uma IES para desenvolver atividades de pesquisa, ter instalações adequadas para o ensino como também acesso a biblioteca especializada na área da saúde e dedicar pelo menos 60% dos leitos ao SUS. Deve passar por um processo de contratualização e estabelecimento de metas quantitativas e qualitativas, referentes às atividades de ensino, pesquisa e assistência e ainda, o cumprimento de indicadores avaliados por uma Comissão^(32,38,45-46).

A certificação como HE não foi destinada apenas para os HUs e sim para toda instituição hospitalar inscrita no CNES e que serve de campo de prática na área da saúde^(33,44).

O financiamento dos HEs, em geral, é realizado pelos instituidores, ou seja, para os HUs públicos, ligados às instituições federais e estaduais de ensino superior, o MEC é que assume tais despesas e no caso das universidades estaduais, é o respectivo orçamento estadual referente às universidades estaduais. Dessa forma, os HUs públicos, mesmo que integrados ao SUS, têm seus recursos próprios oriundos da Educação que arca com a maior parcela de seu financiamento, cabendo ao SUS uma parcela muito pequena dos gastos com esses hospitais⁽⁴³⁾.

Isso ocorre porque o SUS reembolsa os HUs com base em uma tabela de preços única para cada procedimento ou por meio de pagamento por valores fixos dos procedimentos médico-hospitalares (pacote), pactuados ou contratualizados pelo número de procedimentos oferecidos à população, pelas instituições prestadoras de serviço ao SUS. Dessa forma, não importa se a instituição ultrapassou este valor, o repasse será o mesmo pactuado, não levando em consideração, como exemplo, o tempo de permanência no hospital ou os custos reais incorridos com os pacientes. Esse sistema de reembolso que, teoricamente, não admite ineficiências, exigindo dos HUs um grau de eficiência irreal na gestão de seus recursos financeiros⁽⁴⁷⁾, na prática não admite que se invista além do pré-estabelecido em uma tabela defasada no cuidado de cada paciente, assim como não admite inovação e aperfeiçoamento de técnicas inexistentes na referida tabela.

O processo de certificação dos HEs foi um passo importante para a adesão das instituições e contratualização como uma política pública de gestão. A remuneração é calculada baseada no cumprimento de metas físicas (quantidade de procedimentos pactuados e realizados) e cumprimento de metas de qualidade (melhoria dos serviços)^(16,44-47). Apesar disso, muitos dos resultados insatisfatórios relacionados à baixa produtividade estão diretamente relacionados com a insuficiente prestação de contas, ineficiência de registros de dados e pelo repasse de recursos financeiros não condizentes com o que realmente foi realizado⁽⁴⁸⁾.

Visto que os relatórios extraídos do Sistema de Informação Hospitalar Descentralizada (SIHD) e do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) do SUS são utilizados para o acompanhamento dessas metas e indicadores pactuados em cada hospital⁽⁴⁴⁾, os HEs estão enfrentando sérios problemas financeiros decorrentes aos déficits ocasionados pela diferença entre o que é efetivamente realizado e os repasses

do SUS, que não cobrem os seus custos e que estão sendo agravados por outros fatores, comprometendo as suas sobrevivências⁽¹⁾.

Desta forma, o gerenciamento contínuo do hospital promovendo repactuações atualizadas junto às Secretarias de Saúde, com constantes revisões do plano operativo, orçamentos e monitoramentos das ações são importantes para manter o financiamento adequado ao real e as contas hospitalares eficientes, bem como a sua inserção dentro da rede pública de maneira efetiva, além de realizar uma de suas maiores premissas - o ensino de qualidade e aprimoramento científico visando contribuir socialmente para uma melhor assistência à população⁽⁴³⁾.

Os HEs representam os recursos de saúde mais complexos do SUS, em razão dos grandes investimentos públicos uma vez que integram atividades de ensino, pesquisa e extensão, aprimoramento biotecnológico e ainda assistência diferenciada à população. Contudo é também crescente uma demanda do governo e da sociedade pela racionalização dos custos e despesas⁽⁴⁹⁻⁵¹⁾.

No Brasil, a forma de pagamento utilizada pelo SUS apresenta uma ausência de ajustes periódicos em sua tabela unificada, fazendo com que esta se mantenha desatualizada, necessitando de implementações de uma melhor forma de reembolso⁽⁵²⁾. O setor de saúde pública não visa lucro, mas sim um equilíbrio de suas contas. Desta forma, o gerenciamento de custos é importante, à medida que o reembolso do SUS, no modelo atual, tende a ficar mais escasso, principalmente nos HEs por serem um local de ensino e pesquisa e, desta maneira, têm maior custo. Os HEs, como um prolongamento de um estabelecimento de ensino, recebem grande parte de sua verba dos repasses que o MEC concede às instituições de ensino que possuem especializações em saúde, isto indica uma das razões da menor preocupação em arcar com custos de investimento e manutenção pelos gestores em um HE em comparação de um hospital mantido apenas com verba oriunda do MS. A relevância do gerenciamento de custos, à medida que vivencia uma crescente utilização dos gastos públicos na prestação de serviços em razão da tecnologia, se mostra imperiosa, no entanto, somados, ambos MEC e MS apresentam insuficiência de repasses de recursos públicos. Na Austrália e na Coréia do Sul os custos dos HEs são 12,0% a 28,0% maiores, respectivamente, do que hospitais não voltados para o ensino. Outros estudos internacionais apontam que os custos dos HEs são 20% mais elevados quando comparados com hospitais apenas assistenciais^(50,52).

Portanto, se faz imperioso rever a legislação atual, a qual aborda os conceitos e estabelecer os parâmetros de contratualização das instituições de saúde inseridas no SUS, em particular os HEs, no intuito de ajustar a tomada de preços nas negociações aos gastos reais e não simplesmente manter os contratos estagnados tendo como base tabelas sem reajustes periódicos. É essencial que o repasse se dê conforme a demanda de custos, visando o equilíbrio financeiro⁽⁵¹⁾.

Ter um sistema de custeio estruturado nas organizações hospitalares facilita as análises da cobertura dos custos pelo repasse do SUS aos procedimentos realizados, principalmente porque mesmo estes recursos representando uma parte significativa do financiamento hospitalar e, a tabela de remuneração por procedimento SUS não permite a cobertura integral dos altos custos dos HEs, portanto, o equilíbrio financeiro depende de negociações visando um aumento das receitas⁽⁵¹⁾.

O MS junto à Secretaria de Atenção à Saúde unificou os procedimentos ambulatoriais e hospitalares na Tabela SIGTAP que é uma tabela única de procedimentos do SUS, e instituiu, consolidou, detalhou e atualizou essa Tabela por meio de várias Portarias^(16,18,44,46,53-55).

O SIGTAP (Figura 1), desenvolvido em linguagem de programação Delphi, foi disponibilizado pelo MS nos sites do SIA/SUS e SIHD/SUS para consulta dos gestores da saúde e prestadores, com o objetivo de que todos se familiarizassem com o instrumento que entrou em vigor em 1º de janeiro de 2008^(16,44).

A Tabela está disposta em grupos, subgrupos, formas de organização e procedimentos, classificados em dez posições. O gerenciamento da Tabela e do Sistema, na qual ela está localizada, é de responsabilidade da Secretaria de Atenção à Saúde, por meio do departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas^(16,55).

Figura 1 - SIGTAP - Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese Prótese e Materiais Especiais (OPM) do SUS. São Paulo-SP, Brasil, 2019

Usuário: público

Procedimento

Procedimento: 02.14.01.001-5 - GLICEMIA CAPILAR

Grupo: 02 - Procedimentos com finalidade diagnóstica
 Sub Grupo: 14 Diagnóstico por teste rápido
 Forma de Organização: 01 - Teste realizado fora da estrutura de laboratório

Competência: 10/2018 [Histórico de alterações](#)

Modalidade de Atendimento: Ambulatorial Hospitalar Hospital Dia Atenção Domiciliar
 Complexidade: Atenção Básica
 Financiamento: Atenção Básica (FAD)
 Sub-Tipo de Financiamento:
 Instrumento de Registro: BPA (Consolidado) BPA (Individualizado) AIH (Proc. Secundário)
 Sexo: Ambos
 Média de Permanência:
 Tempo de Permanência:
 Quantidade Máxima:
 Idade Mínima: 0 meses
 Idade Máxima: 130 anos
 Pontos:
 Atributos Complementares:

Valores:

Serviço Ambulatorial: R\$ 0,00	Serviço Hospitalar: R\$ 0,00
Total Ambulatorial: R\$ 0,00	Serviço Profissional: R\$ 0,00
	Total Hospitalar: R\$ 0,00

Descrição CID CBO Leito Serviço Classificação Habilitação Redes Origem Recra Condicionada Renases TUS3

Fonte: Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese Prótese e Materiais Especiais (OPM) do SUS (SIGTAP). Disponível em: <http://www.sigtap.datasus.gov.br>^(16,44)

A instituição da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese Prótese e Materiais Especiais (OPM) trouxe um impacto financeiro importante na gestão dos recursos destinados à saúde. Todavia, observa-se que desde 2010, a mesma não foi reajustada^(16,55), criando-se assim uma disparidade entre o valor real do gasto e o valor do repasse do SUS às instituições.

Diante deste contexto, independentemente de onde provém o financiamento, os hospitais públicos devem demonstrar eficiência na utilização dos recursos financeiros para assegurar retorno satisfatório à sociedade. Dessa forma, é necessário que os gerentes da saúde mensurem de maneira adequada os custos dos procedimentos, sua efetividade e eficiência, visando relacionar o volume de serviços prestados com o consumo dos recursos⁽⁵⁰⁾.

Porém, não basta mensurar adequadamente, uma vez que mesmo o custo de um procedimento listado na Tabela SIGTAP não se restringe apenas ao valor proposto pela tabela, pois o cuidado é holístico e individualizado, sofrendo variáveis de acordo com as regiões do País; além do mais, se mostra necessário um programa de reajustes contínuo conforme as alterações do mercado, o que não é observado na Tabela, que se mantém com os mesmos valores há muito anos^(16,49-50).

O preço do serviço é determinado pelo MS e não é negociado com as instituições de saúde conveniadas como o SUS. A grande maioria dos hospitais não dispõe de estimativas de valores de custos para essa negociação e a tabela de remuneração por procedimento não permite a cobertura integral dos custos, assim muitos procedimentos recebem aquém do valor de custo real⁽⁵⁴⁾.

As receitas não são provenientes da tabela SUS, por produção unitária, mas fixo, mensalmente, onde há um número mínimo de procedimentos que devem ser cumpridos⁽⁵⁵⁾. Dessa maneira, o MS repassa de maneira insuficiente as verbas para o financiamento das despesas hospitalares sistematizando o patrocínio de uma assistência de qualidade precária. Desta forma, se faz necessária uma reflexão e uma constante revisão, por parte do MS, no gerenciamento e no pagamento das instituições de serviços ao SUS, bem como ao planejamento do cuidado integral⁽⁵⁶⁾.

O subfinanciamento do SUS é uma das barreiras para o acesso igualitário e de qualidade dos pacientes em instituições sob contratos SUS. Isso fomenta a existência de serviços sucateados, onde os gestores têm dificuldade de manter tanto as atividades integrais da instituição quanto programas de inovação e incentivo contribuindo para o desestímulo dos funcionários pela má remuneração e falta de programas de educação continuada e avanço na carreira⁽⁵⁷⁾.

Esses dados confirmam as dificuldades referentes ao tratamento de pacientes devido ao subfinanciamento e as dificuldades de acessibilidade ao SUS, em particular, de pessoas com feridas crônicas como as lesões por pressão (LP), úlceras vasculogênicas e complicações da Diabetes Mellitus (DM), atendidas em ambulatórios e serviços públicos⁽⁵⁸⁾.

Estudo descritivo comparativo entre o repasse do SUS em relação aos gastos dos hospitais públicos e conveniados prestadores de serviços, demonstra que em 90% dos procedimentos analisados no período de janeiro a dezembro de 2012, o valor repassado pelo SUS era superior ao custo estimado médio apurado para os procedimentos, indicando que o valor repassado era suficiente para pagar os gastos incorridos, apesar de ser considerada defasada a tabela de repasse dos valores dos procedimentos do SUS, sendo que os resultados não eram generalizáveis⁽⁵⁹⁾.

Por outro lado, outros autores não corroboraram com a afirmação de que na maioria dos hospitais públicos a receita do SUS é suficiente para cobrir os custos de

seus procedimentos. Em um estudo de implementação de um sistema de gerenciamento de custo realizado em Belo Horizonte, verificou-se que as receitas do SUS cobriram apenas 30,0% dos custos efetivos dos procedimentos. Outro estudo realizado em São Paulo, para analisar o repasse do SUS aos procedimentos realizados nas Santas Casas de Misericórdia, constatou também a insuficiência para a cobertura destes⁽⁶⁰⁻⁶¹⁾.

Na perspectiva de comparar o reembolso do SUS com os custos decorrentes da realização de procedimentos, um estudo realizado em diversos hospitais de Sergipe, evidenciou que o custo relativo à internação de pacientes com DM variou de R\$ 943,72 a R\$ 16.378,85, com média de R\$ 4.461,04. Entretanto, o valor do reembolso do SUS variou de R\$ 96,95 a R\$ 2.410,18, com média de R\$ 633,97, cerca de sete vezes inferior. As menores defasagens entre os custos ocorreram nos pacientes assistidos em hospital beneficente, e as maiores naqueles tratados com amputações⁽⁵⁶⁾.

Jesus et al (2015) evidenciaram em estudo realizado em um hospital conveniado ao SUS, em Porto Alegre, para analisar os fatores que impactam nos custos reais dos procedimentos da patologia acidente vascular cerebral, que o déficit de repasse do SUS para cobrir esses custos foi de 33%, ou seja, o valor pago cobriu 67% do valor real gasto pela instituição. Assim, é claro que o modelo atual de faturamento dos serviços prestados ao convênio SUS, baseado em remuneração por procedimento e os valores da tabela SIGTAP do SUS estão defasados em relação aos custos reais⁽⁶²⁾.

Silva et al (2015) verificaram no estudo sobre procedimento de amputação de membro por lesões ocasionadas por DM que o repasse do SUS foi 3,6 vezes menor que os custos que o hospital despendeu para realizar os procedimentos de amputação. A preocupação com os custos crescentes no setor de saúde obriga os hospitais públicos a lançarem mão de todas as ferramentas gerenciais e administrativas disponíveis, buscando o equilíbrio econômico e a manutenção dos serviços de saúde em favor da população, com o máximo de eficiência possível⁽¹⁹⁾.

Em um estudo realizado para verificar a cobertura do custo da cirurgia de revascularização miocárdica pelo SUS no ano de 2016 em São Paulo constatou que a média do repasse foi de 48,66% do custo total médio, com um déficit de 51,34%, mostrando que o repasse cobriu menos da metade do custo total médio do procedimento. Portanto, a tendência das receitas cada vez mais negativas vem causando sérios problemas financeiros às instituições e aos pacientes, pois esta está diminuindo o número de atendimentos para não acumular mais dívidas e prejuízos⁽¹⁾.

As instituições de saúde necessitam desenvolver estudos relacionados aos custos dos procedimentos realizados, para pleitear maiores repasses do SUS, bem como conscientizar seus funcionários quanto à necessidade de racionalizar os recursos materiais, evitando desperdícios que acarretam maior custo. Assim, salienta-se a importância do conhecimento da gestão de materiais de consumo hospitalares e evidencia-se a importância da análise dos processos assistenciais, bem como dos seus custos para minimizar e/ou eliminar desperdícios⁽⁶³⁻⁶⁴⁾.

Como as instituições hospitalares de saúde são organizações complexas, tanto pela diversidade de profissionais envolvidos, quanto pela variedade de operações realizadas, é imprescindível o uso da tecnologia da informação para apuração, registro e controle de gastos eficazes. Com o uso da contabilidade de custos é possível conhecer amplamente como os gastos são consumidos nos processos, determinar ineficiências, avaliar gerências, conhecer como cada recurso compõe o custo do serviço prestado. Cabe salientar que as informações sobre custos devem ser divulgadas a toda organização visando o engajamento cada vez maior dos envolvidos no processo⁽⁶⁵⁾.

É necessário que as instituições de saúde, principalmente, os HEs, que em sua maioria disponibilizam 100% dos leitos ao SUS, possuam um sistema de controle eficaz de custos para que a remuneração dos serviços prestados seja suficiente ao equilíbrio da saúde financeira da instituição. A falta de recursos financeiros compromete a limitada estrutura física, humana e operacional disponível, bem como a qualidade dos serviços prestados pelos mesmos. O gerenciamento de custos nos serviços de saúde deve garantir uma assistência contínua e de excelência a um menor preço, e ainda, assegurar a quantidade e qualidade dos materiais necessários para

que os profissionais realizem suas atividades sem riscos para si mesmos e para os pacientes⁽¹⁹⁾.

Diante todas as questões colocadas anteriormente, é notável que a legislação sobre o financiamento dos serviços públicos de saúde pela gestão do SUS é ampla. Porém, quando a organização de saúde se configura como um HE, não há especificidade de suas necessidades e objetivos primários. Assim, a discussão da inserção dos HEs dentro do SUS deve ser considerada como uma particularidade.

3.2 A GESTÃO DE CUSTOS DE PROCEDIMENTOS HOSPITALARES

Os temas dos custos e gastos em saúde estão cada vez mais próximos do cotidiano da população, dos gestores e dos profissionais de saúde⁽⁶⁶⁾.

Da população, pois, no âmbito do financiamento do mercado privado, significa um alto custo financeiro para as famílias e, no sistema público de saúde, o custo à cidadania, uma vez que se reverte em problemas de falta de acesso, má qualidade e da falta de perspectiva de ter suas demandas atendidas⁽⁶⁶⁾.

Já para os gestores e profissionais de saúde, a preocupação com o crescimento dos gastos em saúde está relacionada, no nível macroeconômico, ao crescimento e as demandas populacionais, a transição epidemiológica e demográfica; aos hábitos de vida insalubres, como uso de álcool e drogas; a violência e acidentes de trânsito; a incorporação tecnológica e hospitalocêntrica; a ineficiência e ao desperdício na alocação e utilização de recursos, a escassez de mão de obra qualificada e aos custos elevados pela baixa produtividade⁽⁶⁶⁾.

No nível microeconômico, a elevação dos custos é impactada pelo preço dos materiais e soluções; no volume de compras; no tipo de tratamento (tecnologias); no nível de conforto oferecido pelos hospitais; no tempo de permanência dos pacientes no hospital; na ineficiência e desperdício na alocação e utilização de recursos; no quantitativo de pessoal e educação permanente e na falta de capacitação dos gerentes dos serviços de saúde⁽⁶⁶⁾.

Diante disso, a gestão em saúde deve estar comprometida com a melhoria da qualidade, melhores resultados assistenciais e com uso eficiente dos recursos. Nessa direção, é crucial a qualificação destes gestores e instituir processos de *Accountability* em relação às decisões tomadas e aos resultados obtidos⁽⁶⁷⁾.

O termo *Accountability* tem sido muito discutido nas sociedades, devido ao seu crescente uso e, por isso, debatido dentro das escolas e nas disciplinas de administração, inclusive na área da saúde. Ele pode ser abordado em diferentes áreas e esferas, tanto no âmbito público como no privado.

No meio acadêmico muitos estudos foram realizados para se fazer uma aproximação do conceito com a realidade da administração pública brasileira, e comumente tem sido traduzido como “*responsabilização*”. Segundo Pinho e Sacramento (2009)⁽⁶⁸⁾:

Accountability encerra a responsabilidade, a obrigação e a responsabilização de quem ocupa um cargo em prestar contas seguindo os parâmetros da lei, estando envolvida a possibilidade de ônus, o que seria a pena para o não cumprimento dessa diretiva.

Contudo, não basta apenas entender o significado do termo *Accountability*. É imprescindível incorporá-lo a cultura, mas isto ainda está muito longe de se alcançar na realidade brasileira devido as estruturas de poder inadequadas, práticas não condizentes com administração pública ética e processos legislativos que precisam ser melhorados.

Desta forma, deve haver mudanças de atitudes de todos os atores envolvidos na administração da saúde pública, desde as funções mais simples até as mais elevadas, envolvendo todos os profissionais em uma corresponsabilidade perante a necessidade de *Accountability* nos processos e nos resultados, visando a melhoria contínua da qualidade de cuidado à saúde de forma integralizada com eficiência e eficácia. Se em qualquer fase do processo um ator desviar de sua conduta, isso acarretará problemas em todo o restante e impactará na meta final do melhor cuidado aos clientes⁽⁶⁸⁾.

Então, utilizar a *Accountability* é uma maneira de sensibilizar os trabalhadores e os gestores em relação ao aperfeiçoamento dos processos de trabalho, especialmente quanto ao registro da produtividade dos procedimentos realizados pelas equipes de saúde, para viabilizar um sistema de custeio adequado dentro do serviço.

O sistema de saúde pública, de um modo geral, encontra-se em um período de necessidade de melhorias e controle capacitado. A crise econômica atual, associada a gestão ineficiente está, cada vez mais, sucateando os serviços de saúde

e, conseqüentemente, diminuindo a qualidade da assistência prestada à população, gerando sobrecarga de trabalho para a equipe de saúde e insatisfação dos pacientes/usuários, culminando em um ambiente de estresse e descontentamento elevado.

As organizações de saúde privadas, em virtude da complexa conjuntura econômica nacional, também têm enfrentado grandes dificuldades financeiras, sem poder repassar totalmente os aumentos de custos, de maneira automática, para os preços, devido à fatores relacionados à competitividade do mercado, à pressão da sociedade e das operadoras de planos de saúde, e a certo controle de preços do governo, evidenciando uma elevada porcentagem de migração da população à rede pública de saúde hospitalar⁽⁶⁹⁾.

Por outro lado, em consequência da diminuição dos investimentos federais, estaduais e municipais com saúde, frente à demanda do aumento populacional, os hospitais da rede pública vêm enfrentando dificuldades para gerirem seus recursos escassos⁽⁶⁹⁾.

Acrescenta-se à crise, a ineficiência da gestão hospitalar, no uso de práticas e métodos de gestão ultrapassados, contudo gestores de saúde são responsáveis (*Accountability*) na implementação dos processos de trabalhos, bem como adequação de estruturas físicas e equipamentos necessários para o bom funcionamento do hospital. Assim, rever tais processos que agreguem valor aos clientes, bem como à instituição, é inerente a função de todos os comprometidos com a gestão para proporcionar melhor qualidade e sobrevivência dessas instituições^(48,69).

A revisão dos processos de trabalho deve ser pautada em questões sociais, éticas, humanas e políticas. Porém, devido à problemática envolvendo processos gestores inadequados, junto a crise política, econômica e financeira, faz-se necessária atenção especial na matéria de gerenciamento de custos hospitalares.

A alta contínua de custos financeiros cumulada com repasse inadequado de recursos pelo SUS que torna crítica a situação das instituições hospitalares públicas bem como outras que mantêm contrato com o SUS, ocasiona a queda na qualidade assistencial, induzindo à necessidade de intervenções governamentais, diante de sua total precarização⁽⁴⁸⁾.

Este problema é tema de interesse e preocupação de todas as instituições hospitalares, públicas e privadas, devido à necessidade do equilíbrio dos recursos,

necessidade de investimentos estruturais e tecnológicos, aumento da demanda nos atendimentos e, conseqüentemente, das despesas⁽⁴⁸⁾.

O gerenciamento de custos nas instituições de saúde deve ser específico para cada setor e grande parte do resultado positivo deve ser reinvestido na própria instituição. Um resultado positivo decorre das assertivas em várias ações gerenciais que visam o acompanhamento, revisão contínua dos contratos estabelecidos e maximização dos recursos. O esforço sobre essa ferramenta é muito importante para as instituições de saúde que dependem do repasse do SUS, pois quando não há controle, os serviços serão pactuados de maneira ineficaz, ameaçando sua permanência no sistema de saúde^(1,48,70).

Como já apontado, é importante a implantação do sistema de gerenciamento de custos no processo de mensuração dos custos hospitalares juntamente com a informação produzida pela contabilidade no gerenciamento hospitalar. Com as pesquisas neste contexto torna-se possível a elaboração de dados contábeis de grande importância, das quais os gestores da unidade ainda não dispõem. É necessário que a instituição tenha um sistema de informação para captação de dados de produtividade⁽⁷¹⁾.

Portanto, conhecer, planejar, analisar e controlar os custos são atividades indispensáveis à eficiência do processo de gestão e sobrevivência da organização. Uma vez que, se torna inviável gerenciar sem ter informações, pois se a instituição hospitalar não conhece os custos de procedimentos realizados dentro de sua estrutura operacional, não terá argumentos concretos para efetuar questionamentos junto ao SUS. Verifica-se que a ausência de informações confiáveis é um dos agravantes nas organizações de saúde e dificulta os esforços visando uma melhoria na qualidade e a eficiência da prestação de serviços⁽⁷¹⁾.

Os HEs têm o compromisso de prestar assistência de qualidade à população, o ensino e educação permanente, desenvolver e cooperar no desenvolvimento de pesquisas, além da responsabilidade da otimização do uso dos recursos, revertendo em ofertas adequadas dos serviços oferecidos à população. Sendo assim, o gerenciamento de custos de forma eficaz é essencial para se manter os HEs dentro de suas missões⁽⁷²⁾.

Determinar os déficits e superávits para um determinado período; calcular o valor de materiais e medicamentos e os custos de manutenção de estoques para a formação do preço de venda no mercado privado e reembolso e investimento no âmbito público e controlar as quantidades físicas; auxiliar na preparação de orçamentos e metas; estabelecer procedimentos que permitam a determinação, controle e análise dos custos, torna-se imprescindível no gerenciamento de custos das organizações hospitalares⁽⁷³⁾.

A vinculação de custos a melhorias em processos e/ou resultados é uma tarefa difícil para muitos prestadores, impedindo que promovam reduções sistêmicas e sustentáveis de custos. Dessa maneira, para conter os custos, tomam medidas inefetivas e arbitrárias, como cortes gerais em serviços caros, na remuneração de trabalhadores e no quadro de pessoal, que podem gerar resultados contraditórios, isto é, custos totais maiores para o sistema e resultados piores, pois afetam diretamente a qualidade assistencial e gerencial, o que pode levar a graves problemas para a instituição e usuários⁽⁷⁴⁾.

Um sistema de custeio correto permite que o impacto de aprimoramentos em processos seja facilmente calculado, validado e comparado. Na área da saúde, resultados melhores colaboram com custos menores no ciclo completo da assistência⁽⁷⁴⁾.

A falta de sistemas mais estruturados de custeio e de gerenciamento de custos adequados, com comprometimento de toda a instituição, tem dificultado uma análise mais fidedigna da cobertura dos custos hospitalares pelo repasse do SUS.

Assim, poucos hospitais conhecem seus custos operacionais, principalmente dos procedimentos que realizam, por não contarem com sistemas de custeio. Porém, o sucesso no gerenciamento de custos depende da conscientização de todas as áreas envolvidas, apoio da direção e mobilização para a melhoria dos indicadores de produtividade, financeiros, entre outros^(1,75-76).

Tais ações gerenciais trazem a possibilidade de conhecer, analisar e controlar os custos dos procedimentos além de compará-los com os repasses do SUS, fornecendo argumentos sólidos para adequação dos reembolsos realizados pela SES⁽⁷⁷⁾.

De acordo com Jericó e Castilho (2010)⁽⁷⁸⁾:

O desequilíbrio entre recursos e custos nas instituições hospitalares justifica-se em virtude delas funcionarem, por muitos anos, sem abordar o tema custo em suas atividades. Tal fato decorre do cunho social e religioso atrelados a essas organizações; dos aspectos legais e políticos, como o direito de acesso à saúde, obrigando os hospitais a atenderem a quem possa ou não pagar pela assistência; de médicos sem preparo técnico exercerem a direção administrativo-financeira de grande parte das organizações hospitalares e da falta de concorrência no setor não criar a necessidade de mensurar os custos dos serviços com a finalidade gerencial.

Em qualquer estrutura organizacional deve ser considerado pela direção e demais profissionais, o gerenciamento de custos, através de sistemas eficientes, para que sejam acompanhados e implementados os indicadores de desempenho da instituição⁽⁷⁰⁾.

A contenção de custos, isto é, oferta efetiva de serviços ao mesmo tempo em que são gerados os lucros necessários à manutenção da produtividade da organização, é responsabilidade dos gestores de cuidados de saúde⁽⁷⁹⁾.

Tendo em vista que o aumento dos problemas financeiros nas instituições de saúde, causado principalmente pelo subfinanciamento e despesas crescentes, implica na necessidade de que os gestores adquiram conhecimento sobre ferramentas de contabilidade que permitam análises de planilhas de custos dos serviços, bem como métodos de custeio que auxiliem a verificação dos custos dos processos e dos procedimentos que são ou possam ser implementados nas unidades sobre a responsabilidade do enfermeiro⁽⁷⁷⁾.

Historicamente, a enfermagem desempenhou papel limitado na determinação da alocação de recursos nas instituições de saúde e teve sua participação pouco valorizada por ter sido considerada, por muitos anos, como um serviço sem fins lucrativos⁽⁶⁶⁾.

No entanto, o enfermeiro tem tido cada vez mais participação em relação ao gerenciamento de custos, bem como a colaborar com o planejamento orçamentário das instituições de saúde, tendo que gerir recursos humanos, materiais e financeiros, já que é o profissional que mais está em contato com o paciente, podendo analisar o consumo de recursos na assistência prestada⁽⁸⁰⁾.

O conhecimento dos custos para o gerenciamento da assistência de enfermagem é fundamental para saber se, dado preço, o produto é rentável ou, se não rentável, se é possível reduzi-lo⁽⁸¹⁾.

Os enfermeiros que gerenciam as unidades devem ter conhecimento do custo médio total direto (CMTD) de cada procedimento de enfermagem realizado, dessa forma, têm embasamento para justificar a necessidade dos recursos para manter a qualidade da assistência prestada.

A implementação de estratégias de gerenciamento de custos pelos enfermeiros se faz necessária para que os processos administrativos e assistenciais ocorram de forma mais eficiente e eficaz, favorecendo um fluxo adequado para minimizar erros, atrasos, sobrecarga de trabalho e insatisfação dos clientes, externos e internos, retrabalhos, gargalos, desperdícios e, conseqüentemente, contribuir para a melhor utilização dos recursos financeiros disponíveis e manutenção da qualidade da assistência.

As organizações, de uma forma geral, têm como alternativas para manter a sobrevivência e a competitividade de mercado, maximizar suas receitas pela quantidade e diversificação dos serviços prestados ou minimizar as despesas, por meio da redução contínua dos custos com a padronização de procedimentos e ganhos de qualidade e produtividade^(1,82).

Nesta pesquisa foi definida a utilização do termo procedimentos de enfermagem para abordar os atos profissionais de enfermagem realizados pela equipe de enfermagem.

De acordo com Bresciani, 2016⁽⁸³⁾:

Ato profissional é como se denomina uma atividade, procedimento ou ação que a legislação regulamentadora da profissão atribui aos componentes de uma categoria profissional, ainda que não lhes seja exclusiva ou privativa. Deve ser praticado por pessoa devidamente habilitada e que esteja exercendo legalmente sua profissão.

Assim, nesta pesquisa foi definido como procedimento de enfermagem qualquer ato/atividade/ação relacionado aos cuidados diretos de enfermagem realizados aos pacientes, categorizado por qual profissional tem capacidade/habilidade técnica de realizá-lo, regido por legislação específica e que contribui para a recuperação ou promoção da saúde dos indivíduos, bem como da prevenção de agravos.

Conhecer o custo real dos procedimentos auxilia os gestores das instituições, neste contexto à gestão de custos aplicada a HUs públicos, ao direcionamento das demandas e alcance de melhores resultados, levando em conta o cálculo das margens por procedimento, ou seja, quais são os procedimentos que geram mais receitas para o serviço⁽⁵⁰⁾.

Para entender como gerenciar os custos dos procedimentos de enfermagem é importante a definição de alguns termos. Para Martins (2000)⁽⁷³⁾:

Custo é todo valor gasto na produção ou prestação de serviço. Podendo ser definido como gasto relativo a um bem ou serviço, utilizado na produção de outros bens ou serviços.

Para Relvas (2003)⁽⁸⁴⁾:

Custo é representado na linguagem popular como sacrifício inerente a obtenção de algo ou alguma coisa. Esse custo pode ser utilizado em dois termos: esforço despendido como exemplo - foi um custo fazê-lo sair de casa; de preço ou valor em moeda despendido para adquirir ou conseguir algo, como exemplo - o jantar custou caro, mas valeu a pena. Para efeito de mensuração, o termo custo é um substantivo abstrato, relacionado a um complemento nominal como: custo do produto, custo do negócio, custo da empresa, dentre outros.

Os custos referem-se a todo valor gasto na produção de bens ou prestação de serviços fins da organização. São classificados quanto ao seu comportamento em relação ao volume de produção dos serviços em custos fixos e variáveis e quanto à forma de apropriação aos produtos e serviços em custos diretos e indiretos. Assim, são definidos como^(51,82):

- a) *custos fixos* são aqueles que permanecem constantes, independente do volume de produção^(51,82);
- b) *custos variáveis* mantêm relação direta com a produção, isto é, crescem à medida que o volume de atividade aumenta. Portanto, quanto maior a quantidade fabricada, maior seu consumo. Dentro de um espaço de tempo, o valor do custo com materiais varia de acordo com o volume de produção^(51,82);
- c) *custos diretos* podem ser identificados ao produto ou ao serviço diretamente, sem qualquer rateio, ou seja, sem a distribuição arbitrária dos custos que não são diretamente identificados e apropriados aos objetos de custeio. Portanto, é todo aquele em que é possível medir,

identificar, mensurar, de uma forma bem clara, nítida, como exemplo, os materiais de consumo, embalagens e horas de mão de obra^(51,82);

- d) *custos indiretos* necessitam de algum critério de rateio para sua devida apropriação, pois não há referência com o produto. É aquele que em que não há meio de mensurar exatamente, de forma clara, ou seja, têm relação com o produto, porém não oferecem condições de uma medida objetiva e qualquer tentativa de alocação deve ser feita de forma estimada, por rateio. Exemplos: aluguel, manutenção e chefias^(51,82).

A soma de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) é definida como custo total. O custeio significa apropriação dos custos e sistemas de custeio dizem respeito à forma de calcular os custos ou de apropriação dos custos aos produtos e serviços⁽⁸²⁾.

Estudos têm evidenciado que o sistema de custeio mais viável e mais utilizado pelos hospitais para a aferição dos custos totais é denominado *Custeio por Absorção*, por demonstrar a quais centros de custos estão vinculados os custos dos procedimentos⁽⁸⁵⁾.

Ao possibilitar a aferição do custo total por procedimento é possível que os hospitais comparem as receitas, como o repasse do SUS e outras formas de pagamento ao qual são submetidos^(1,86).

Segundo Martins (2010)⁽⁸²⁾ o sistema de *Custeio por Absorção* é definido como:

uma metodologia de custeio em que todos os custos e despesas operacionais são rastreados às unidades de serviços. Para tanto, este método segue algumas etapas: separação entre custos e despesas, seguida pela apropriação de custos diretos ao produto e a atribuição dos custos indiretos aos produtos, segundo bases de rateio previamente estabelecidas.

As principais características desse sistema de custeio englobam os custos fixos, variáveis, diretos e indiretos; a necessidade de critérios de rateios, no caso de apropriação dos custos indiretos (gastos gerais de produção), quando houver dois ou mais produtos ou serviços e que os resultados dos custos apresentados sofrem influência direta do volume de produção⁽⁸²⁾.

De acordo com Beulke e Bertó (2017)⁽⁷⁰⁾, a somatória de todos os custos (diretos e indiretos, sejam variáveis ou fixos) aos produtos ou serviços é definido como *Custeio por Absorção* ou *Custeio Integral*, desta forma supondo a hipótese de que

cada centro de custos absorve valores de outros centros ou de fornecedores, é preciso que, a cada absorção seja incorporado um novo valor.

Não é comum se aferir o custo total dos procedimentos, devido aos hospitais não terem um sistema de custeio estruturado para a apuração do custo indireto, dessa forma, comumente nas pesquisas realizadas, são aferidos somente os custos diretos. Há vários estudos na literatura sobre o custo de procedimentos de enfermagem, realizados por enfermeiras, utilizando esse método^(1-4,63-65).

Nos serviços de saúde, os custos diretos compõem-se de mão de obra, insumos e equipamentos utilizados diretamente na assistência realizada⁽⁶⁶⁾.

A mão de obra direta (MOD) refere-se ao pessoal que trabalha diretamente sobre um produto ou serviço prestado, desde que seja possível mensurar o tempo despendido e a identificação de quem executou o trabalho. Compõem-se dos salários, encargos sociais, provisão para férias e 13º salário⁽⁸²⁾.

O custo médio total direto (CMTD) dos procedimentos é calculado através da multiplicação do tempo (cronometrado) despendido pelos profissionais de enfermagem para sua realização, pelo custo unitário da MOD, acrescido do custo direto médio dos materiais, medicamentos e soluções consumidas em cada procedimento ($CMTD = \text{tempo} \times \text{custo MOD} + \text{custo materiais e soluções}$)⁽⁶⁵⁾.

Assim, para se determinar o CMTD utiliza-se a média do custo dos insumos (materiais, medicamentos e soluções) acrescida do custo médio da MOD da equipe envolvida com a realização do procedimento⁽⁶⁵⁾.

Em estudos que se utilizam custos diretos, a medida objetiva de consumo são os insumos (materiais/medicamentos/soluções) utilizados e a MOD⁽⁸⁷⁾.

Na enfermagem, o gerenciamento de custos pode ser definido como um processo administrativo que visa à tomada de decisão dos enfermeiros em relação à eficiente racionalização na alocação de recursos disponíveis e limitados, com o objetivo de alcançar resultados coerentes às necessidades de saúde da clientela e às necessidades/finalidades institucionais. Para tanto, se faz necessária a compreensão de um conjunto de princípios e conhecimentos de análise econômica que viabilizem a escolha de decisões mais convenientes. É definido também como o conjunto de ações que os gestores tomam para satisfazer os clientes enquanto, continuamente, reduzem e controlam os custos⁽⁸⁸⁻⁸⁹⁾.

Dessa forma, compete ao gestor enfermeiro, dentro do conceito de gerenciamento de custos, planejar, atribuir, medir e monitorar os custos relativos às aos procedimentos de enfermagem.

Faz-se necessário dar continuidade nas pesquisas na área de gerenciamento de custos de enfermagem, permitindo a verticalização do conhecimento de onde são alocados os recursos nos respectivos processos assistenciais e gerenciais, aprimorando o controle dos custos, de gastos e questões relativas aos financiamentos das organizações hospitalares.

Nesta pesquisa foram abordadas questões referentes ao gerenciamento de custos dos procedimentos de enfermagem realizados no ambulatório, voltadas para uma análise das políticas públicas do SUS, referente ao repasse desses procedimentos.

O termo “repasse”, por ser usual nos serviços de saúde, foi utilizado também neste estudo, como sinônimo de “desembolso ou reembolso” que é definido como pagamento resultante da aquisição do bem ou serviço. Pode ocorrer antes, durante ou após a entrada da utilidade comprada, portanto defasada ou não do gasto^(82,90).

Silva (2016) ao analisar a cobertura do custo da cirurgia de revascularização miocárdica pelo repasse do SUS também utilizou o termo “repasse”, que consiste no valor em dinheiro pago pelo MS às instituições de saúde, pelos procedimentos realizados, em consonância com a Portaria nº 204/2007^(1,25).

A análise da cobertura dos custos hospitalares pelo repasse do SUS aos procedimentos de enfermagem realizados no Ambulatório do HU-USP, realizada com esta pesquisa se mostra primordial pela escassez de estudos na área ambulatorial e por se tratar de uma unidade que realiza sistematicamente os registros de produtividade dos procedimentos, por paciente, formando uma base de dados adequada.

4 MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, exploratório-descritiva, na modalidade de estudo de caso único⁽⁹¹⁾.

A pesquisa exploratória tem como objetivo uma aproximação com o problema, ajudando a construir hipóteses referentes à formulação da pergunta estruturada. Aborda um problema pouco conhecido, objetivando definir hipóteses ou proposições para futuras pesquisas⁽⁹²⁾.

A pesquisa descritiva tem como foco a descrição dos fatos e fenômenos de determinada realidade e exige do investigador uma série de informações sobre o tema⁽⁹³⁾. Na pesquisa quantitativa, os resultados do estudo são mensurados, pois se considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos recorrendo à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno⁽⁹⁴⁾.

O estudo de caso é relevante, quando as questões da pesquisa exigem uma descrição ampla e profunda de algum fenômeno, problema ou situação real. O escopo de um estudo de caso é investigar um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real quando este não está claramente definido. Adota múltiplas fontes de evidência considerando a natureza da experiência, enquanto fenômeno a ser investigado, o conhecimento que se pretende alcançar e a possibilidade de generalização de estudos a partir do método⁽⁹¹⁾.

Nessa perspectiva, o fenômeno objeto de estudo - o custo aferido dos procedimentos de enfermagem realizados no Ambulatório do HU-USP em comparação aos valores reembolsados pelo SUS via SES - é complexo e amplo, sendo ideal o estudo de caso, pois leva em consideração a unidade de ação, sua dinâmica e contexto real permitindo, assim, uma análise mais profunda.

Para viabilizar o presente estudo de caso foram analisadas as seguintes variáveis:

- a) variáveis independentes: sexo, idade, diagnóstico principal e procedência (USP ou Butantã) dos pacientes que realizaram procedimentos de enfermagem; sexo, idade, formação profissional e tempo de atuação da

equipe de enfermagem do Ambulatório; quantitativo de procedimentos realizados no Ambulatório, referentes aos anos de 2016 e 2017; custo aferido dos procedimentos de enfermagem e valores repassados pelo SUS - SIGTAP;

- b) variáveis dependentes: quantitativo de procedimentos de enfermagem realizados no Ambulatório do HU-USP em comparação com o quantitativo de procedimentos pactuados SES-SUS e diferença entre os custos aferidos desses procedimentos em comparação com os valores recebidos via SES-SUS.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

Este estudo foi realizado no Ambulatório do HU-USP, no Município de São Paulo.

O HU-USP é um órgão complementar localizado no campus Butantã da USP, possui uma área física de 36.000m²; tem capacidade para 247 leitos planejados, porém atualmente, dispõe de 174 leitos operacionais distribuídos nas especialidades Médica, Cirúrgica, Obstétrica e Pediátrica.

A finalidade precípua do HU-USP é a promoção do ensino superior na área da saúde (Medicina, Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Odontologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Psicologia), de forma que, atualmente, um dos diferenciais do Hospital é a multidisciplinaridade tanto no ensino como na assistência, nas suas diferentes etapas (graduação, pós-graduação e aperfeiçoamento/extensão universitária), prestando assistência à saúde da comunidade do subdistrito do Butantã/SP e da USP. A comunidade USP compreende o corpo docente, discentes e servidores da USP, incluindo seus dependentes. É referência secundária (média complexidade) dentro da regionalização do SUS, atendendo a população do Distrito de Saúde do Butantã, que tem aproximadamente 454 mil habitantes, distribuídos em cinco regiões, conforme Figura 2⁽⁹⁵⁾.

Figura 2 - Área de abrangência do HU-USP. São Paulo-SP, Brasil, 2019.

Fonte: própria autora

Os recursos financeiros são provenientes de dotação orçamentária da USP e dos serviços prestados ao SUS.

Os órgãos da Administração Superior do HU-USP são o Conselho Deliberativo (CD) e a Superintendência. O CD é composto pelos diretores da Faculdade de Medicina, Faculdade de Ciência Farmacológicas, Faculdade de Saúde Pública, Faculdade de Odontologia, Escola de Enfermagem (EE), Instituto de Psicologia, pelo Superintendente do HU-USP, um representante discente, um representante dos servidores não docente da USP e por um representante dos usuários do Distrito de Saúde do Butantã, cuja responsabilidade é definir diretrizes básicas da assistência médico-hospitalar, de pesquisas e cooperação didática⁽⁹⁵⁾.

A Superintendência, constituída por um Superintendente e cinco assessores, é o órgão executivo que coordena, supervisiona e controla todas as atividades do HU-USP. O Departamento de Enfermagem (DE) está ligado diretamente à Superintendência⁽⁹⁵⁾.

O HU-USP celebrou convênio com o Governo do Estado de São Paulo, por meio da SES, com interveniência da USP, vigente até 2019, cujo objeto é a prestação de serviços de assistência à saúde e integração do HU-USP ao SUS, enquanto HE. Este contrato foi renovado em janeiro de 2018, com revisão do quantitativo de

procedimentos visando a adequação destes à realidade da demanda do hospital, ou seja, alguns foram aumentados, outros mantidos ou diminuídos. Para ter adequado indicador de produtividade e alcançar as metas estipuladas, é importante o registro sistematizado desses dados⁽⁹⁶⁾.

Este convênio firmou a programação física orçamentária ambulatorial, que determina a meta referente à quantidade de procedimentos que o HU-USP deve realizar. Além das metas numéricas, este contrato determina a pactuação dos seguintes indicadores: taxa de ocupação hospitalar, inserção da oferta ambulatorial na central de regulação, regulação de leitos, Rede de Urgência e Emergência (RUE), rede cegonha, taxa de mortalidade institucional, taxa de mortalidade infarto agudo do miocárdio, taxa de infecção por cirurgia limpa, segurança do paciente, humanização, capacitação dos profissionais da rede de atenção básica, pesquisas, comissões obrigatórias, taxa de suspensão de cirurgias, captação de órgãos e transplantes, saúde do trabalhador, balanço patrimonial e análise da produção em relação ao contratado/conveniado. Estes indicadores são divididos e a eles atribuídos uma quantidade de pontos que totalizam 1000 (mil) pontos⁽⁴¹⁻⁴²⁾.

O recebimento pecuniário é estimado anualmente em um valor fixo (pacote de serviços) e está consignado a esses indicadores, bem como no SIA-SUS, inclusos na Ficha de Programação Orçamentária (FPO), que inclui os procedimentos de média e alta complexidade, as ações estratégicas do SIGTAP que são custeados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), por intermédio do Fundo Estadual de Saúde (FES)^(16,41,44,55,97).

As despesas decorrentes da execução das atividades de assistência à saúde, em regime hospitalar, consignadas no SIHD-SUS, têm seu valor anual estimado para os procedimentos de média e alta complexidade, ações estratégicas, determinados pelo SIGTAP, também custeados pelo FES^(16,44,55,97).

Além disso, o conveniado recebe um valor estimado e fixo como Incentivo de Adesão à Contratualização, RUE e Parto e Nascimento do Plano de Ações da Rede Cegonha⁽⁴¹⁾.

As metas dispostas no Plano Operativo e demonstradas pelo conveniado, por meio de relatórios descritivos e demais documentos solicitados, são avaliadas trimestralmente por uma comissão composta por um representante do gestor municipal, dois representantes da instituição, um representante do corpo docente, um representante do corpo discente e um representante da instância de controle social.

Essa comissão de avaliação é criada pelo Departamento Regional de Saúde e a instituição indica seus representantes⁽⁴¹⁾.

4.2.1 O Departamento de Enfermagem (DE) do HU-USP

O DE do HU-USP tem por missão estabelecer, coordenar e monitorar as atividades desenvolvidas nas áreas do ensino, pesquisa, assistência e gerência de enfermagem, integradas com a EEUSP e em consonância com a missão e visão do HU-USP.

Tem como diretriz ser reconhecido como referência, no âmbito nacional e internacional, no ensino de enfermagem pautado no modelo de Articulação Acadêmico-Assistencial e na assistência em enfermagem norteada pelo “Processo de Enfermagem (PE)”.

Subdivide-se em cinco divisões: Divisão de Enfermagem Clínica (DECLI), Divisão de Enfermagem Cirúrgica (DEC), Divisão de Enfermagem Obstétrica e Ginecológica (DEOG), Divisão de Pediatria (DEP) e Divisão de Pacientes Externos (DEPE), conforme Organograma (Figura 3).

Figura 3 - Organograma do DE do HU-USP. São Paulo-SP, Brasil, 2019.

Fonte: Manual de Gerenciamento do Departamento de Enfermagem HU-USP (2018)⁽⁹⁸⁾

São órgãos de direção e estrutura do DE do HU-USP a Chefia Técnica do Departamento, as Chefias Técnica de Divisão (DECLI, DEC, DEOG, DEP e DEPE), a Chefia Técnica de Serviço de Ensino e Qualidade (SEQ) e as Chefias de Seção (Clínica Médica, Unidade de Terapia Intensiva Adulto; Centro Cirúrgico, Clínica Cirúrgica, Central de Material e Esterilização; Centro Obstétrico, Alojamento Conjunto, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal, Pediatria, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal; Pronto Socorro Adulto, Pronto Socorro Infantil, Ambulatório e Serviço de Imagem e Diagnóstico e Endoscopia). Esta estrutura compreende, ainda, as enfermeiras de referência técnica dos Setores: Hemodiálise; Hospital Dia, Programa de Assistência Domiciliar (PAD), Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Unidade Básica de Assistência à Saúde - Campus São Paulo e Gerenciamento de Materiais.

Constituem órgãos de Administração do DE os seguintes Conselhos com respectivos regimentos: Conselho Diretor de Enfermagem (CDE), Conselho Gestor de Enfermagem (CGE) e o Conselho Técnico de Enfermagem (CTE)⁽⁹⁸⁾.

Segundo dados fornecidos pelo SEQ, a equipe de enfermagem do DE do HU-USP é composta por profissionais de elevado conhecimento teórico-prático, sendo 164 (95,1%) enfermeiros especialistas, 51 (27,6%) mestres, 16 (8,8%) doutores e 14 (7,2%) mestrandos e doutorandos.

Para implementação da assistência de enfermagem, o DE desenvolve desde o início de suas atividades (1981) o Processo de Enfermagem (PE) fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas de HORTA⁽⁹⁹⁾ e no conceito de Autocuidado de OREM⁽¹⁰⁰⁾ para o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem. O PE também está pautado na humanização da assistência de enfermagem e no cuidado centrado no paciente e família.

A partir de 2000, para viabilizar a padronização da linguagem para representar possíveis diagnósticos, intervenções e resultados, o DE adotou as classificações de Diagnósticos de Enfermagem - *North American Nursing Diagnosis Association - International* (NANDA-I)⁽¹⁰¹⁾, das Intervenções de Enfermagem - *Nursing Interventions Classification* (NIC)⁽¹⁰²⁾ e dos Resultados de Enfermagem - *Nursing Outcomes Classification* (NOC)⁽¹⁰³⁾.

Para aprimorar a operacionalização do PE, o DE desenvolveu, no ano de 2009, um sistema eletrônico de documentação clínica de enfermagem, estruturado

em diagnósticos, resultados e intervenções, denominado PROCEnf-USP® que permite, além da documentação clínica, a geração de relatórios do PE⁽¹⁰⁴⁾.

Dessa forma, o DE é reconhecido, nacional e internacionalmente, por associar teoria e prática, ao ensino, pesquisa e extensão desde o início de suas atividades.

4.2.2 Seção de Ambulatório

O Ambulatório está localizado no segundo andar do HU-USP e sua área física corresponde a 1.700m², distribuídos em cinco salas de espera, divididas por especialidades (Clínicas Médica/Cirúrgica, Ginecologia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Pediatria e Psiquiatria). Possui vários consultórios de atendimento multiprofissional, sala de medicação, salas de procedimentos de enfermagem, sala para imobilizações, sala de pequena cirurgia e vários locais específicos para o controle de sinais vitais, além de espaços para discussão didática, salas de reuniões e de aula. Funciona de segunda à sexta-feira no período de 07h00min as 19h00min.

A equipe de enfermagem do Ambulatório, atualmente, é constituída por uma enfermeira chefe de seção, seis enfermeiras assistenciais, oito técnicos/auxiliares de enfermagem e uma técnica administrativa.

O Ambulatório, desde 1989, tem como missão assistir aos pacientes, famílias e cuidadores, considerando os determinantes do processo saúde-doença e o perfil epidemiológico da população atendida. Para tal, a equipe de enfermagem busca o desenvolvimento da autonomia pessoal e coletiva a partir de uma visão moderna de promoção da saúde que envolve aspectos cognitivos e afetivos, promovendo o redimensionamento da perspectiva da educação em saúde por meio de um processo de capacitação do indivíduo e coletividade para o autocuidado⁽¹⁰⁰⁾.

A assistência de enfermagem realizada no Ambulatório é tão diversa quanto complexa, o que deixa claro a necessidade de enfermeiras bem preparadas e capazes de identificar diferentes demandas para realizar intervenções em diferentes níveis, sempre focando a manutenção e/ou recuperação da saúde e bem-estar do paciente e família. O trabalho multiprofissional é uma característica evidente em grande parte das atividades ambulatoriais realizadas, resultando em assistência mais integrada aos pacientes e na agregação/articulação entre profissionais de diversas disciplinas para o incremento das atividades de ensino, pesquisa e extensão universitária.

As intervenções e as atividades de enfermagem⁽¹⁰²⁾ ambulatoriais são planejadas e integradas às das unidades de internação do HU-USP, mantendo planos de assistência coerentes com as melhores práticas baseadas em evidências.

As enfermeiras realizam orientações cirúrgicas, acompanhamento e orientações aos portadores de doenças crônicas, principalmente nas áreas de pediatria e de clínica médica e consultas do binômio mãe/bebê (retornos do Alojamento Conjunto). Atuam em Grupos Multiprofissionais de Educação para a Saúde, compartilhando informações com pacientes e cuidadores, favorecendo a construção do empoderamento a respeito das suas demandas e necessidades, a fim de promover/ampliar sua autonomia e capacidade de participação nos cuidados em saúde.

Nessa direção, as enfermeiras do Ambulatório desenvolvem a consulta de enfermagem (CE) em quatro modalidades:

- a) cirúrgica: avaliação, tratamento e acompanhamento de pacientes portadores de feridas e estomias; realização de procedimentos privativos do enfermeiro, como passagem de sondas e cuidados com cateteres; CE pré-operatória (utilizando o PROCEnf-USP®)⁽¹⁰⁴⁾ e pós-operatória; atendimento de enfermagem agendados e de livre demanda, como exemplos, cateterismo vesical de demora (CVD), cateterismo vesical de alívio (CVA) e dilatação uretral, troca de tubo de gastrostomia (GTT) e inserção de sonda nasoenteral (SNE);
- b) médica: CE para avaliação, orientação e acompanhamento de pacientes portadores de doenças metabólicas, de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com obesidade e/ou dislipidemia, para a orientação medicamentosa, com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e CE pré-anestésica;
- c) pediátrica: CE para avaliação e acompanhamento de crianças prematuras, portadoras de doenças neurológicas, portadoras de pé torto congênito e doenças crônicas;
- d) obstétrica e ginecológica: CE ao binômio mãe/bebê de todas as crianças nascidas no HU-USP, prevenção do câncer de colo de útero, assistência de enfermagem em uroginecologia, entre outras.

A equipe de enfermagem do Ambulatório realiza procedimentos de diferentes complexidades. Entre as atribuições dos técnicos/auxiliares de enfermagem, estão o

acolhimento e verificação de sinais vitais dos pacientes, antes das consultas médicas e de enfermagem, auxílio em procedimentos e exames, administração de medicamentos, organização das salas e consultórios, com reposição de medicamentos e materiais.

O Ambulatório é campo de estágio para alunos de graduação e de pós-graduação e residentes de enfermagem vinculados à EEUSP. Os alunos e residentes têm oportunidade de atuar em um ambiente com atividades diversas e complexas, para o aprendizado e desenvolvimento de pesquisas, que os tornarão aptos para atuar e identificar diferentes demandas e realizar intervenções nos mais variados níveis.

Ainda neste contexto, os alunos devem reconhecer as práticas baseadas em evidências no contexto interprofissional que sustentam o acolhimento, consultas, intervenções, procedimentos, ações educativas e encaminhamentos, visando desenvolver o potencial do paciente em função de sua idade, estilo de vida, condições e exigências cotidianas, utilizando para isso o apoio de seu núcleo familiar, social e as interfaces de saúde e comunitárias.

O agendamento de consultas médica e de enfermagem é realizado pelo sistema de agendamento HU - Versão (HU) 1.1.149 - Oracle 10^g Database.

O Ambulatório dispõe de sistema informatizado de gerenciamento de relatórios e “Registro de Procedimentos do Paciente”, que foi desenvolvido pela chefia do Ambulatório juntamente com o Serviço de Informática do HU-USP em 2016 (Figura 4) e posteriormente adaptado para as demais unidades assistenciais do HU-USP em 2017.

Figura 4 - Sistema de registro de procedimentos de enfermagem do HU-USP. São Paulo-SP, Brasil, 2019

Fonte: Sistema de Registro de Procedimentos de Enfermagem do HU-USP.

Para a realização do presente estudo, conforme anteriormente mencionado, definiu-se que todas as consultas, procedimentos e medicações realizadas pela equipe de enfermagem do Ambulatório seriam denominados “procedimentos”. Tal decisão foi fundamentada no fato da classificação do SIGTAP utilizar essa nomenclatura para todos os procedimentos médico-hospitalares ambulatoriais, de média e de alta complexidade.

4.3 PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM REALIZADOS NO AMBULATÓRIO DO HU-USP

Apresentam-se a seguir as definições dos procedimentos de enfermagem, realizados no Ambulatório do HU-USP, objetos dessa pesquisa, segundo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), literatura, Manual de procedimentos do HU-USP e os códigos, definições e valores do SIGTAP.

4.3.1 Consulta de Enfermagem (CE)

Desde a década de 60 a CE vem sendo incorporada gradativamente em instituições de saúde, públicas e privadas, como uma atividade fim.

A CE é um procedimento privativo do Enfermeiro, conforme dispositivo da Lei 7.498 de 25 de junho de 1986⁽¹⁰⁵⁾, no seu artigo 11, inciso I, alínea “i”:

O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I - privativamente:

i) **consulta de enfermagem**

O Decreto 94.406 de 8 de junho de 1987⁽¹⁰⁶⁾ também dispõe sobre a CE como atividade privativa do enfermeiro em seu artigo. 8º:

Ao Enfermeiro incumbe:

I - privativamente:

e) **consulta de enfermagem**

A Resolução do COFEN 359, de 15 de outubro de 2009⁽¹⁰⁷⁾, resolve em seu artigo 1º:

O Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

§ 2º - quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, o Processo de Saúde de Enfermagem corresponde ao usualmente denominado nesses ambientes como **Consulta de Enfermagem**.

Dessa forma, o COFEN, no uso de suas atribuições e considerando o artigo 11, inciso I, alínea “i” da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986⁽¹⁰⁵⁾, e no Decreto 94.406/87⁽¹⁰⁶⁾, que regulamenta, legitima e define a CE e determina como sendo uma atividade privativa do enfermeiro, uma vez que utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de Enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade.

A CE tem como fundamento os princípios da universalidade, equidade, resolutividade e integralidade das ações de saúde. Compõe-se de Histórico de Enfermagem (compreendendo a entrevista), exame físico, Diagnóstico de Enfermagem, Prescrição e implementação da assistência e Evolução de Enfermagem.

A Resolução COFEN nº 159/1993⁽¹⁰⁸⁾ que determinava que a CE deveria ser desenvolvida, obrigatoriamente, em todas as instituições de saúde, públicas e privadas, foi revogada pela Resolução COFEN 544/2007⁽¹⁰⁹⁾, pois ela já está contemplada pelas legislações descritas anteriormente.

Código, definição e valor no SIGTAP:

03.01.01.004-8 - Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico): consulta clínica de profissionais de saúde

(exceto médico) de nível superior na atenção especializada. Valor = R\$ 6,30⁽¹⁶⁾.

4.3.2 Curativo

É um procedimento utilizado para limpar, proteger, tratar, favorecer e avaliar a cicatrização das lesões. Também definido como o cuidado dispensado a uma região do corpo com presença de uma ruptura da integridade de um tecido corpóreo. São utilizadas tanto coberturas passivas (gazes, compressas), como curativos ativos (interativos e bioativos). Estes últimos proporcionaram uma evolução no tratamento das lesões. As várias coberturas para curativos utilizadas e específicas para cada tipo de lesão favorecem o restabelecimento da função do tecido, implicando em processos de regeneração e reparação⁽¹¹⁰⁻¹¹²⁾.

Os tipos de coberturas padronizados, por intermédio do protocolo de tratamento de feridas do HU-USP são: Gazes; SF 0,9%; Placa de hidrocolóide; Papaína; Protetor cutâneo-creme barreira e spray; Alginato de cálcio; Ácidos graxos essenciais (AGE), Hidrofibra com prata (Aquacel®), Colágeno e “Bota de Unna” (BU).

A BU é um dos tratamentos para lesões (úlceras venosas) em membros inferiores decorrentes da Insuficiência Venosa Crônica (IVC). Dá-se o nome de IVC a um conjunto de alterações que ocorrem na pele e no tecido subcutâneo, principalmente dos membros inferiores, decorrentes de uma hipertensão venosa de longa duração, causada por insuficiência valvular e ou obstrução venosa. Ao exercer compressão no membro afetado, a terapia compressiva aumenta a pressão tissular, favorecendo a reabsorção do edema e melhorando a drenagem linfática. É contraindicado para o tratamento de úlceras neuropáticas, arterial ou mista e o paciente não pode ser acamado ou cadeirante, pois a deambulação é primordial para efetivação da ação do produto. A ferida não pode estar infectada e deve ter acompanhamento ambulatorial adequado pelo enfermeiro⁽¹¹¹⁻¹¹²⁾. Trata-se de um procedimento realizado privativamente pelo enfermeiro e pode ter auxílio do técnico de enfermagem⁽¹¹³⁾.

A BU é definida como bandagem inelástica, de algodão puro ou misto, impregnada com pasta de óxido de zinco, glicerina, gelatina e dependendo do fabricante pode conter petrolato branco, acácia, óleo de castor, agentes antissépticos e estimulantes da cicatrização. Adapta-se aos contornos da perna, permanecendo flexível. Oferece suporte para o bombeamento muscular da região da panturrilha

durante o caminhar e auxilia no retorno venoso. Tem ainda como objetivos proporcionar um ambiente úmido, manter a temperatura da pele e proteger a ferida de infecção, pela diminuição da manipulação local e da frequência da troca de curativos, pois pode ser mantida por até sete dias, desde que sejam controlados sinais de infecção^(112,114).

Nesta pesquisa este procedimento BU foi desmembrado dos curativos pequeno (P), médio (M) e grande (G), devido ter um custo significativamente maior, pela sua complexidade, uso de materiais diferenciados e, também por ter o seu registro separado nos relatórios do Ambulatório do HU-USP.

Código, definição e valor no SIGTAP:

04.01.01.002-3 - Curativo grau I c/ ou s/ debridamento. Tratamento de lesão aberta, caracterizada por pequena área de tecido afetado nos aspectos de extensão, profundidade e exsudato (grau I), com a finalidade de promover cicatrização, evitar contaminação e/ou tratar infecção. Realizado em serviços de saúde e no ambiente domiciliar. No sistema de registro do Ambulatório do HU-USP é registrado como curativo P. Valor = R\$ 0,00⁽¹⁶⁾.

04.01.01.001-5 - Curativo grau II c/ ou s/ debridamento. Tratamento de lesão aberta, em que há grande área de tecido afetado nos aspectos de extensão, profundidade e exsudato (grau II), com a finalidade de promover cicatrização, evitar contaminação e/ou tratar infecção. Necessitando de cuidados mais complexos. No sistema de registro do Ambulatório do HU-USP são registrados como curativo M, G e BU. Valor = R\$ 32,40⁽¹⁶⁾.

4.3.3 Retirada de pontos (Remoção de suturas)

A retirada de pontos ou remoção de suturas define-se pela ruptura da linha de sutura utilizada para o fechamento da pele após procedimento cirúrgico. É realizada pela equipe de enfermagem em instituições de saúde e são utilizados pacotes de curativos com tesouras, pinças esterilizadas e/ou bisturis descartáveis, com técnica asséptica, realizando a de remoção total ou alternada dos fios cirúrgicos das lesões cicatrizadas de pele ou mucosa. Tem como objetivos evitar infecção do sítio cirúrgico e garantir o processo de reparação tecidual^(16,115).

Código, definição e valor no SIGTAP:

03.01.10.015-2 - Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente): consiste no procedimento, com técnica asséptica, de remoção total ou alternada dos fios cirúrgicos das lesões cicatrizadas de pele ou mucosa. Valor = R\$ 0,00⁽¹⁶⁾.

4.3.4 Cateterismo vesical (CV)

O CV ou cateterização urinária é um procedimento em que é inserido um cateter uretral até a bexiga com a finalidade, dentre outras, de drenagem da urina em pacientes com problema de eliminação urinária. A drenagem urinária pode ser

realizada por meio de sistema aberto (intermitente ou alívio) ou fechado (demora) e por via supra púbica (cistostomia). Trata-se de um procedimento invasivo e que envolve riscos ao paciente, que está sujeito a infecções do trato urinário e/ou a trauma uretral ou vesical⁽¹¹⁶⁾.

Requer cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica, conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas e, por essas razões, no âmbito da equipe de enfermagem, o CV é privativo do enfermeiro, que deve imprimir rigor técnico-científico ao procedimento. Ao técnico de enfermagem, observadas as disposições legais da profissão, compete a realização de atividades prescritas pelo enfermeiro no planejamento da assistência, a exemplo de monitoração e registro das queixas do paciente, das condições do sistema de drenagem, do débito urinário; manutenção de técnica limpa durante o manuseio do sistema de drenagem, coleta de urina para exames; monitoração do balanço hídrico - ingestão e eliminação de líquidos; sob supervisão e orientação do enfermeiro⁽¹¹⁷⁾.

O cateterismo vesical de demora (CVD) consiste na inserção de cateter estéril (sonda de *Foley*) através da uretra até a bexiga, tem como principais indicações: drenagem vesical por obstrução crônica (pacientes com hipertrofia de próstata); disfunção vesical (bexiga neurogênica); drenagem vesical após cirurgias urológicas e pélvicas; medida de diurese em pacientes graves; assegurar a higiene perineal e o conforto de pacientes incontinentes de urina e comatosos; para a realização de outros procedimentos, como cirurgias e exames (preparação e durante a realização), entre outros. É utilizado quando há necessidade de estender a permanência do cateter⁽¹¹⁶⁾.

O cateterismo vesical de alívio (CVA) é realizado, habitualmente, com uma sonda uretral (cateter de Nelaton), tendo como principais indicações: alívio para retenção urinária aguda, como exemplos, decorrente de efeitos colaterais de medicamentos ou em pacientes com bexiga neurogênica; determinação do resíduo urinário; promover ambiente seco em pacientes incontinentes, na impossibilidade da utilização de outros recursos; mensurar o volume urinário; obtenção de uma amostra de urina para exame laboratorial; instilação intravesical de medicamentos e exploração da uretra⁽¹¹⁶⁾.

Existem variedades de modelos, materiais e tamanhos de cateteres vesicais e são utilizados de acordo com o tipo de procedimento e as características individuais de cada paciente. As mais comuns são as sondas de *Foley* e Nelaton, produzidas por materiais como: látex siliconizado, silicone ou silicone hidrogel, plástico e

polivinilcloreto (PVC). Podem ser revestidas ou não com prata ou anti-inflamatórios para diminuição de infecção e inflamação. São atóxicas, não pirogênicas, descartáveis e variam de tamanho. Para a escolha do tamanho deve ser considerada a idade do paciente e suas características anatômicas. Os cateteres são calibrados de acordo com a escala *Charrière*, que progride um terço de milímetro (mm) por número. Assim, um cateter com calibre 18 *French* (Fr) significa que tem 6 milímetros de diâmetro. Variam de 06 a 26 Fr, dependendo do fabricante. As sondas de *Foley* são de duas e três vias. As de duas vias possuem uma via para a drenagem da diurese e outra para inflar o balonete dentro da bexiga. As de três vias contêm uma via a mais que é utilizada para a irrigação da bexiga. As capacidades dos balões variam de 3, 5, 10 e 30 mililitros (ml). Os comprimentos variam de 230 mm, 250 mm e 400 mm⁽¹¹⁸⁻¹¹⁹⁾.

Código, definição e valor no SIGTAP:

03.01.10.004-7 - CVA: Introdução, com técnica asséptica, de um cateter estéril na bexiga, através da uretra, com o objetivo de drenar a urina. Valor = R\$ 0,00⁽¹⁶⁾.

03.01.10.005-5 - CVD Introdução, com técnica asséptica, de um cateter estéril na bexiga, através da uretra, com o objetivo de drenar a urina em situações de incompetência vesical e incontinência urinária. Valor = R\$ 0,00⁽¹⁶⁾.

A troca da sonda de cistostomia (CTT) não está especificada na Tabela do SIGTAP, porém no sistema de registro de procedimentos do HU-USP é registrada com o mesmo código do CVD.

4.3.5 Inserção de sonda para nutrição enteral (SNE) e Gastrostomia (GTT)

Sondas enterais são utilizadas desde a antiguidade como via alternativa para administração de alimentos e medicamentos, auxiliando sua utilização na nutrição para pacientes incapacitados de deglutir. Existem em diferentes tipos, comprimentos e tamanhos, podendo ser inseridas através de várias rotas e alocadas em diferentes regiões do trato gastrointestinal, como exemplo, tubos de gastrostomia (GTT) ou jejunostomia, sendo que o tipo de sonda escolhido dependerá do tempo que o paciente necessitará utilizá-la⁽¹²⁰⁻¹²¹⁾.

As SNE são usadas para alimentação de curto a médio prazo (dias até semanas), enquanto que a GTT é usada para alimentação a longo prazo (meses até anos). O diâmetro externo do tubo de alimentação é expresso usando a unidade francesa ou *French* (Fr), onde um Fr é equivalente a 0,33 mm, sendo disponíveis em vários diâmetros (8,10,12,14 e 16 *French*), com topografia gástrica ou jejunal. O trato gastrointestinal deve estar funcionando, pois é uma via fisiológica que promove a manutenção da integridade da mucosa intestinal e possui menor registro de complicações e o seu custo é menor⁽¹²²⁾.

As SNE são compostas de PVC, poliuretano (PUR), silicone ou látex. Os tubos de silicone e látex são mais macios e mais flexíveis que os tubos de PUR e, portanto, exigem paredes mais espessas para evitar o estiramento e colapso. Nos últimos anos tem havido uma tendência para diminuir o tamanho dos tubos usados por razões de conforto e aceitabilidade do paciente⁽¹²¹⁾.

Os cuidados necessários para evitar a perda, o inconveniente do repasse e exposição para a realização de radiografia (confirmar posicionamento adequado) vão desde as orientações de cuidados para que não a perca por tração mecânica, fixação adequada, cuidados com preparo e administração de alimentos e medicamentos para evitar a obstrução⁽¹²²⁾.

A SNE funciona como via alternativa para a administração de alimentos e medicamentos em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, de acordo com a indicação médica. O tipo de sonda escolhido dependerá do tempo que o paciente necessitará do dispositivo⁽¹²¹⁾.

A GTT tem por finalidade obter uma via de acesso para nutrição enteral prolongada em pacientes com condições agudas ou crônicas que não conseguem uma alimentação por via oral adequada, apresentando, portanto, riscos de evolução para desnutrição ou outros déficits nutricionais. As indicações mais frequentes para

sua realização são alterações no mecanismo de deglutição, secundárias a disfunções do sistema nervoso central ou decorrente de lesões neoplásicas obstrutivas do aparelho digestivo superior⁽¹²³⁾.

É um método alternativo de alimentação de longo prazo, com o objetivo de garantir aporte nutricional e/ou hídrico, evitando assim a desnutrição e/ou desidratação do paciente. A GTT é indicada em casos onde não há obstrução intestinal, mas que por algum motivo mecânico e/ou neurológico, o indivíduo está impedido de alimentar-se por via oral. Ainda, pode ser recomendada como via segura e eficaz para a administração de medicamentos. É um procedimento que consiste na inserção do tubo diretamente no estômago do paciente, através de abertura feita na parede abdominal, podendo ser realizada através de cirurgia, laparoscopia ou endoscopia (Gastrostomia Endoscópica Percutânea - PEG). Sua indicação, tanto para adultos quanto para crianças, deve-se principalmente ao uso prolongado de sondas de suporte nutricional alternativo⁽¹²⁴⁾.

As dietas via GTT geralmente são realizadas através de sonda de alimentação de silicone, para uso único, podendo se apresentar nos modelos Tipo Balão Padrão e Tipo Balão Flat. São fornecidos esterilizados por Óxido de Etileno, acompanhado de um estilete de substituição, disponível nos tamanhos de 12Fr a 26Fr^(123,125).

A substituição deve ser realizada se apresentar obstrução e/ou defeito e programada a cada 4-6 meses. O curativo específico deve ser trocado diariamente ou sempre que estiver molhado ou sujo, evitando vazamento de suco gástrico e irritação da pele ao redor. A troca também é realizada pelo profissional enfermeiro⁽¹¹⁵⁾.

A Resolução COFEN nº 453/2014⁽¹²⁶⁾ regulamenta a atuação da equipe de enfermagem em terapia nutricional e determina que o enfermeiro é o executante dos procedimentos de alocação das sondas enterais e gastrostomias.

Código, definição e valor no SIGTAP:

03.09.01.010-1 - Passagem de SNE (inclui material). Valor = R\$ 28,00⁽¹⁶⁾.

A troca do tubo de GTT não está contemplada na Tabela SIGTAP, porém no sistema de registro de procedimentos do HU-USP está registrada com o código 03.01.10.006-3 - Cuidados com estomas. Valor = R\$ 0,00⁽¹⁶⁾.

4.3.6 Troca de bolsa de colostomia

Estomia tem origem na palavra grega *stoma* que significa abertura de origem cirúrgica, quando há necessidade de desviar, temporária ou permanentemente, o trânsito normal da alimentação e/ou eliminações. A pessoa estomizada é aquela que em decorrência de um procedimento cirúrgico com exteriorização do sistema (digestório, respiratório e urinário), possui um estoma⁽¹²⁷⁾.

Considerando-se os tipos de estomias digestivas de eliminação, a colostomia é a mais frequente. Caracteriza-se pela exteriorização do cólon através da parede abdominal anterior, com o objetivo de desviar e eliminar as fezes para o meio exterior, proporcionando higiene e conforto aos pacientes⁽¹²⁷⁾.

A colostomia é, na maioria das vezes, utilizada para aliviar uma obstrução intestinal causadas por tumores, possibilitando a eliminação das fezes pelo estoma localizado na parede abdominal, ou até mesmo, utilizada em pacientes portadores de grandes feridas crônicas na região sacra e/ou glútea, com o objetivo de manter o paciente higienizado, sem a presença de fezes nessa região, o que dificulta a cicatrização. É denominada colostomia higiênica⁽¹²⁸⁾.

Os pacientes colostomizados tornam-se dependentes de equipamentos coletores denominados bolsas de colostomias que ficam aderidas à pele do abdômen para a coleta das fezes. Essas bolsas devem garantir discrição, segurança proteção, praticidade, economia e conforto, as quais se revertem em benefício à pessoa estomizada com a sua utilização⁽¹²⁷⁾.

As bolsas coletoras para estomias intestinais são confeccionadas com plástico antiodor, transparente ou opaco, macio, atóxico e hipoalergênico e pode incluir filtro de carvão ativado avulso ou acoplado. Pode ser drenável ou fechada. A drenável requer uma presilha para fechamento que pode ser apresentada em separado ou integrada à bolsa; a fechada não tem abertura na parte inferior, sendo indicada para uso na estomia localizada nos cólons descendente ou sigmoide. São descartadas após um único uso⁽¹²⁷⁾.

A Orientação Fundamentada nº 35/2016 da Câmara Técnica do COREN⁽¹²⁹⁾, determinou que conforme a Resolução COFEN nº 358/2009⁽¹³⁰⁾, a realização da troca da bolsa de colostomia não é uma ação privativa do enfermeiro, podendo também ser realizada pelo técnico de enfermagem habilitado e capacitado. Esta troca também pode ser realizada pelo próprio paciente, desde que orientado e treinado pelo

profissional enfermeiro capacitado, habilitado e que possua conhecimento quanto ao uso dos dispositivos adequados.

Código, definição e valor no SIGTAP:

03.01.10.006-3 - Cuidados com estomas: Avaliação do paciente com estoma (orifício criado cirurgicamente na bexiga, íleo ou cólon para a passagem temporária ou permanente de urina e fezes), compreendendo a mensuração do estoma, reconhecimento de alterações do estoma e da área periestoma, adaptação e trocas de dispositivos coletores dos excrementos. Apoio emocional e ações de educação em saúde aos pacientes e seus familiares. Valor = R\$ 0,00⁽¹⁶⁾.

4.3.7 Teste de glicemia capilar

Tem o objetivo de monitorar o valor da glicemia capilar por meio de equipamentos de mão (pequenos), fáceis de manusear, chamados de glicosímetros, que acoplam fitas descartáveis que fazem captação elétrica da gota de hemoglobina. É utilizado em todos os serviços de saúde e auxilia, de forma rápida, os profissionais de saúde a realizarem diagnósticos e prevenir complicações aos pacientes. A glicemia capilar é um exame sanguíneo que oferece resultado imediato acerca da concentração de glicose nos vasos capilares da polpa digital. Tem como objetivos controlar a glicemia de portadores de diabetes, usuários de insulino terapia e de nutrição parenteral ou outras terapêuticas que interfiram no metabolismo da glicose no organismo; avaliar possíveis causas de hipotimia, desmaios e convulsões (estados de hipo e hiperglicemia podem provocar tais situações)⁽¹³¹⁻¹³²⁾.

Código, definição e valor no SIGTAP:

02.14.01.001-5 - Glicemia capilar: Consiste no exame que oferece resultado imediato acerca da concentração de glicose nos vasos capilares da polpa digital. O teste é realizado colocando-se uma pequena gota de sangue em uma tira, que está conectada ao glicosímetro e, após alguns segundos, o resultado é mostrado no monitor do aparelho. Valor = R\$ 0,00⁽¹⁶⁾.

4.3.8 Aferição da pressão arterial (PA) e frequência cardíaca (FC)

Os sinais vitais são indicadores do estado de saúde e da garantia das funções circulatórias, respiratória, neural e endócrina do corpo⁽¹³³⁾.

A PA é a força (pressão) que o sangue exerce sobre as paredes arteriais durante um ciclo cardíaco. A verificação da PA consiste em medir a pressão exercida pelo sangue nas paredes das artérias, quando é lançado na corrente sanguínea pelo ventrículo. É um método indireto e, neste caso, um método manual que consiste na ausculta dos sons de Korotkoff - complexo de sons audíveis que ocorrem por turbulência, instabilidade da parede arterial e formação de onda de choque produzida pela oclusão externa ou pressão sobre uma artéria maior. A pressão arterial sistólica

ou máxima é o primeiro som audível e a maior força exercida pelos batimentos cardíacos, e a pressão arterial diastólica ou mínima é o último e abafado som e representa a menor força exercida pelos batimentos cardíacos. Assim, a verificação da PA tem como objetivos conhecer o valor numérico da pressão arterial (sistólica e diastólica) e obter dados para auxiliar no plano de cuidados, considerando que o paciente possa estar normotenso, hipotenso ou hipertenso⁽¹³⁴⁾.

Os equipamentos comumente utilizados pelos profissionais nos serviços de saúde incluem o esfigmomanômetro aneroide ou de coluna de mercúrio e o estetoscópio. Porém atualmente são muito utilizados os esfigmomanômetros digitais⁽¹³⁴⁾.

A FC corresponde a verificação dos batimentos cardíacos dos pacientes de forma manual em um minuto e tem como objetivos avaliar e monitorar as condições hemodinâmicas do paciente, detectar e monitorar arritmias cardíacas, avaliar efeitos de medicamentos que alterem a frequência cardíaca e, verificar a frequência, ritmo e amplitude do pulso⁽¹³⁵⁾.

Código, definição e valor no SIGTAP:

03.01.10.003-9 - Aferição de pressão arterial: este procedimento destina-se a aferição da pressão arterial quando não faz parte da consulta. Valor = R\$ 0,00⁽¹⁶⁾.

4.3.9 Administração de medicamentos

É uma atividade realizada por um profissional da área da saúde habilitado (equipe de enfermagem) na qual se administram terapêuticas adequadas prescritas pelo médico, aos pacientes, com o objetivo de garantir o tratamento de doenças e sintomas ou profilaxia de doenças⁽¹³⁶⁻¹³⁷⁾.

A via de administração é o modo como o medicamento entra em contato com o organismo, ou seja, é sua porta de entrada. Os medicamentos podem ser administrados por várias vias como: via oral (VO), retal, sublingual (SL), injetável, ou seja, por via endovenosa (EV) e por vi intramuscular (IM), inalatória, subcutânea (SC) e oftálmica, dentre outras. Cada via é indicada para uma situação específica⁽¹³⁶⁻¹³⁷⁾:

- a) **IM:** é uma via parenteral para administração de medicamentos, com finalidade profilática (imunização) ou terapêutica, na qual se realiza a punção da pele com dispositivos, como agulhas e seringas, que permitem que o medicamento seja administrado diretamente no músculo. Os medicamentos devem ter pequeno volume e não têm efeito tão imediato,

em comparação aos medicamentos administrados por via intravenosa, mas são bastante eficientes. Dependendo do medicamento, a administração por via IM pode causar dor no local de aplicação⁽¹³⁶⁻¹³⁸⁾.

- b) **VO:** É a mais utilizada, segura, econômica e indolor, tornando-se menos incômoda ao paciente. Os medicamentos se apresentam em comprimidos, drágeas, cápsulas, pastilhas, pós, líquidos ou geleias, que são absorvidos, principalmente por meio do trato gastrointestinal. A VO pode ser utilizada para um efeito local ou sistêmico (após ser absorvida pela mucosa do intestino e atingir o sangue)^(136-137,139).
- c) **SL:** nesta via os medicamentos são absorvidos rapidamente pela mucosa sublingual. O medicamento (em comprimidos ou gotas) deve ser colocado embaixo da língua e deve permanecer ali até a sua absorção total, pela mucosa oral e assim, obter maior rapidez na absorção do medicamento em comparação com a via oral^(136-137,139). Nesse período, não se deve conversar nem ingerir líquidos ou alimentos. Os medicamentos administrados por essa via promovem efeito sistêmico em curto espaço de tempo, além de se dissolverem rapidamente, deixando pouco resíduo na boca⁽¹³⁶⁻¹³⁷⁾.
- d) **SC:** Os medicamentos são administrados debaixo da pele, no tecido subcutâneo ou hipodérmico (entre a pele e o músculo), por meio de punção, com o auxílio de dispositivos que auxiliam a administração, como seringas e agulhas apropriadas, sendo sua absorção de maneira lenta. As administrações SC são realizadas nas regiões superiores externas dos braços, no abdome, na região anterior das coxas e na região superior do dorso. Tem como objetivo obter efeito terapêutico através da aplicação de medicamentos que necessitam de absorção lenta e contínua^(136-137,139).
- e) **Inalatória:** É a via que se estende desde a mucosa nasal até os pulmões. Pode ser utilizada para efeito local (descongestionante nasal ou medicamento para asma) ou sistêmico (anestesia inalatória). Tem a vantagem de realizar a administração em pequenas doses com rápida absorção. A administração pode ser na forma de gás ou pequenas partículas líquidas (nebulização) ou sólidas (pó inalatório). Tem como objetivos facilitar a eliminação de secreção pulmonar e obter efeito

terapêutico. Essa via é bastante utilizada para problemas respiratórios. É realizada por intermédio de dispositivos, como exemplo inalador dosimetrado, que produzem uma fina nevoa que facilita o transporte de medicamentos através da inspiração profunda do paciente para o trato respiratório^(136-137,139).

- f) **Oftálmica:** Para utilização desta via os medicamentos devem ser de aplicação local, com a apresentação em forma de colírio (gotas) ou pomadas, na região ocular (saco conjuntival inferior). Tem como objetivos a administração ocular de medicamentos de forma segura, com finalidade diagnóstica ou obter efeito terapêutico^(136-137,139).
- g) **EV:** a punção venosa periférica é o processo de inserção de um cateter curto em uma veia. A administração de medicamentos e/ou soluções por essa via pode variar desde uma única dose até a infusão contínua. Tem como objetivos administrar fármacos de absorção rápida na corrente sanguínea com efeito imediato e/ou que não possuam indicação e formulação para outra via de administração. Os materiais utilizados dependem do objetivo da punção e dos medicamentos/soluções a serem administradas. São necessários dispositivos que auxiliam na administração dos medicamentos, como seringas, cateteres e agulhas apropriadas. Entre os cateteres intravenosos periféricos mais comumente utilizados, destacam-se as agulhas curtas de aço, com asas tipo borboleta, feitas de material plástico (escalpes), cuja finalidade é facilitar o manuseio, indicadas para infusões de curta duração e cateteres plásticos curtos, como o Abocath (Jelco ®) que são indicados para punções periféricas, que demandam infusões por períodos mais prolongados^(136-137,140).

Código, definição e valor no SIGTAP:

03.01.10.001-2 - Administração de medicamentos na atenção especializada. Consiste no ato de administrar medicamentos, por paciente, independente da quantidade de medicação administrada, prescritos nas consultas/atendimentos, incluindo as consultas/atendimentos realizadas no domicílio. Valor = R\$ 0,63⁽¹⁶⁾.

4.4 PROTOCOLO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Por meio do protocolo, mantém-se o alvo do pesquisador no tópico do estudo de caso e ainda permite a antecipação de vários problemas, incluindo o modo como os relatórios dos estudos de caso devem ser completados⁽⁹¹⁾.

No Quadro 2, apresenta-se o protocolo, construído segundo referencial proposto por Yin⁽⁹¹⁾, para direcionar a coleta de dados contemplando as etapas da pesquisa, seus objetivos e as atividades relacionadas.

Quadro 2 - Protocolo para a realização do estudo de caso sobre os custos diretos dos procedimentos de enfermagem realizados no ambulatório e coberturas pelo repasse do SUS, realizado em um hospital público de ensino e pesquisa do Estado de São Paulo - São Paulo - SP, Brasil, 2019

(continua)

Etapa: Coleta de dados	
Objetivos	Atividades
Identificar os dados dos processos de trabalho relativos à realização e controle de produtividade dos procedimentos de enfermagem realizados no Ambulatório do HU-USP	Construir e validar junto à equipe de enfermagem o instrumento para o registro das observações não participantes sobre o consumo de materiais utilizados, profissionais de enfermagem envolvidos e tempo despendido (cronometrado) na execução dos procedimentos realizados no Ambulatório
	Instruir todas as enfermeiras assistenciais do Ambulatório e uma enfermeira bolsista que participaram como coletadoras dos dados (uso dos instrumentos e cronômetros)
	Realizar pré-teste do instrumento de coleta de dados
Elaborar planilhas eletrônicas para o armazenamento dos dados	Construir planilhas eletrônicas para viabilizar o armazenamento dos dados no Excel Starter 2010
Coletar os dados necessários para o cálculo dos custos dos procedimentos realizados por profissionais de enfermagem no Ambulatório do HU-USP	Realizar observações não participantes dos procedimentos de enfermagem realizados no Ambulatório
	Transportar dados para as planilhas eletrônicas
Coletar dados da Tabela SIGTAP (valor dos procedimentos e definição)	Transportar dados para as planilhas eletrônicas
Levantar os custos dos materiais/soluções utilizados nos procedimentos	Levantar os valores dos materiais e soluções no SGM do HU-USP. Os valores foram fornecidos pelo Serviço de Informática e SGM, sendo a média das últimas três compras.

Quadro 2 - Protocolo para a realização do estudo de caso sobre os custos diretos dos procedimentos de enfermagem realizados no ambulatório e coberturas pelo repasse do SUS, realizado em um hospital público de ensino e pesquisa do Estado de São Paulo - São Paulo - SP, Brasil, 2019

(continuação)

Etapa: Coleta de dados	
Objetivos	Atividades
Calcular e analisar as diferenças entre o número de procedimentos realizados em relação aos procedimentos pactuados	Transportar os dados obtidos para as planilhas eletrônicas
Calcular o custo unitário da MOD da equipe de enfermagem do Ambulatório	Calcular a MOD das enfermeiras, técnicos/auxiliares de enfermagem a partir dos salários médios (salários, benefícios, gratificações e encargos sociais) fornecidos pelo Departamento de Recursos Humanos do HU-USP
Tratamento estatístico dos dados	Demonstrar as variáveis categóricas por meio de tabelas e gráficos
Etapa: Cálculo do CDM e análise dos dados	
Objetivos	Atividades
Calcular e analisar os CMTD dos procedimentos de enfermagem	Multiplicar o tempo despendido por enfermeiras e técnicos/auxiliares pelo custo unitário da MOD e somá-lo ao custo dos materiais e soluções utilizados ⁽⁶⁵⁾ Submeter os dados aos testes estatísticos pertinentes Analisar as variáveis categóricas pelo número absoluto e relativo das respostas
Calcular custos efetivos x reembolsados	Transportar todos os dados obtidos para as planilhas eletrônicas
Etapa: Discussão e conclusão	
Objetivos	Atividades
Apresentar as conclusões relativas aos custos e reembolsos dos procedimentos de enfermagem realizados no Ambulatório pelo SUS	Analisar os dados, comparando com outros estudos.
	Discutir os dados na perspectiva do gerenciamento de custos
	Sintetizar os dados, considerações e recomendações

Fonte: Adaptado de Jericó (2008)⁽¹⁴¹⁾

(conclusão)

4.5 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi constituída pelos 22 procedimentos de enfermagem realizados no Ambulatório do HU-USP de janeiro de 2016 a dezembro de 2017, conformada por: CE; administração de medicamentos (IM, SC, VO, SL, instilação ocular, inalação, EV); BU; curativos; retirada de pontos; CVA; CVD; troca de sonda de CTT; inserção de SNE; troca do tubo de GTT, troca de bolsa de colostomia, glicemia

capilar e aferição de PA e FC. A amostra foi constituída de 656 observações diretas não participantes dos procedimentos população da pesquisa.

Foram excluídos do estudo, apesar de estarem nos relatórios gerenciais de produtividade, os procedimentos: auxílio a imobilização para tratamento ortopédico, pois a imobilização é procedimento médico e o auxílio não consta na tabela do SIGTAP e a circulação de pequena cirurgia, pois também não são considerados procedimentos de enfermagem para cobrança pelo SIGTAP, sendo já incluídos no SIA e SIHD do SUS ^(16,44) e cobrados como procedimentos médicos.

Por se tratar de um estudo transversal de avaliações de custos, com o intuito de estimar prevalências, proporções e médias, a amostra por conveniência foi conformada, visando maximizar o tamanho amostral para cada um dos procedimentos realizados.

Vale ressaltar que quanto maior a amostra, maior a precisão e quanto menor, menor a precisão. Desta forma, para fins de comparação, uma amostra de 35 observações é capaz de gerar intervalos de confiança de 95% para a média com precisão de um terço do desvio padrão (DP) do custo. O Quadro abaixo resume algumas das precisões que serão obtidas relativas ao DP do custo.

Quadro 3 - Variações estatísticas para cálculo do índice de confiança

Precisão	Tamanho amostral
1/2 DP	16
3/7 DP	21
2/5 DP	25
1/3 DP	35
1/4 DP	62

Fonte: Adaptado de Bolfarine e Bussab, 2005⁽¹⁴²⁾

Ou seja, considerando, por exemplo, custos de Inalação, a estimativa do DP obtida foi de R\$ 1,81 nas 25 observações coletadas. Esse tamanho amostral e desvios observados estimam a média dos custos com precisão de R\$0,72 para um intervalo de confiança de 95%, ou seja, aproximadamente 2/5 do desvio padrão. A precisão exata de cada estimativa estará destacada nos resultados, mesmo para itens com menor amostra⁽¹⁴²⁾.

Assim, para a aferição do custo a amostra por conveniência não probabilística correspondeu a 656 oportunidades de observações em relação aos 22 procedimentos estudados.

4.6 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS

Inicialmente, a coleta de dados foi realizada por meio de consulta aos relatórios mensais gerenciais do Ambulatório do HU-USP, referentes aos meses de janeiro de 2016 a dezembro de 2017.

Os valores relativos aos repasses dos valores unitários dos procedimentos foram retirados da Tabela SIGTAP, para o cálculo dos valores reembolsados pelo SUS ao HU-USP⁽¹⁶⁾.

A quantidade de procedimentos pactuados pela SES com o HU-USP foi fornecida pelo serviço de informática do hospital.

Em seguida, para a aferição e análise dos custos, foram realizadas 656 observações diretas não participantes da execução dos procedimentos de enfermagem, no período de novembro de 2017 a julho de 2018, das 7 às 19 horas.

Para a realização das observações diretas e não participantes foram orientadas pela pesquisadora as enfermeiras do Ambulatório e uma enfermeira voluntária sobre o preenchimento dos instrumentos de coleta de dados. Os procedimentos foram baseados nos protocolos institucionais e no Manual de Procedimentos do DE do HU-USP.

Os materiais e soluções utilizados nos procedimentos foram validados, por meio de um “Teste Piloto”. No período de um mês, a equipe de enfermagem do Ambulatório (seis enfermeiras e oito técnicos/auxiliares de enfermagem) foi observada, tendo sido constatado que todos os profissionais realizaram os procedimentos de acordo com o preconizado nos Manuais e Protocolos assistenciais, vigentes no HU-USP.

Os dados relativos aos pacientes com relação à idade, sexo, procedência, diagnósticos e quantidade de procedimentos realizados foram extraídos do sistema de registro dos procedimentos de enfermagem do Ambulatório, do Sistema de Pacientes do HU-USP, dos prontuários e fornecidos pelo Serviço de Informática do HU-USP.

Para a caracterização dos profissionais foram realizadas entrevistas e preenchido o instrumento contendo campos relativos a sexo, idade, escolaridade, graduação/pós-graduação, tempo de atuação no HU-USP e tempo de atuação no Ambulatório.

Os dados relativos ao custo médio dos materiais e soluções foram extraídos do Sistema de Gerenciamento de materiais (SGM) do HU-USP⁽¹⁴³⁻¹⁴⁴⁾, referente ao valor médio pago para a reposição das últimas três aquisições e/ou aquisições do último ano e fornecidos pelo Serviço de Informática do HU-USP (Apêndice XXII).

Com relação aos registros de curativos realizados pela equipe de enfermagem foi observado que não há padronização em relação ao tamanho (pequeno, médio ou grande). Dessa forma, optou-se por caracterizar o tamanho do curativo de acordo com o tipo da ferida. Assim, foram classificadas, juntamente com as enfermeiras executantes e a chefe de enfermagem do Ambulatório em: Cirúrgica (C); Traumática (T); Lesão por pressão (LP)/estágio {LP-1, LP-2, LP-3, LP-4, Não classificável (LP-NC), Tissular profunda (LP-TP)}; Úlcera diabética (UD); Úlcera venosa (UV); Úlcera arterial (UA); Queimadura (Q); Neoplásica (N).

Como já referido anteriormente, o procedimento BU foi desmembrado dos curativos P, M e G, devido ao seu custo significativamente maior, pela sua complexidade, uso de materiais diferenciados e, também por ter o seu registro separado nos relatórios do Ambulatório do HU-USP.

4.7 AFERIÇÃO DOS CUSTOS

Diante da impossibilidade de aferição do custo total dos procedimentos, devido ao HU-USP não possuir um sistema de custeio estruturado para a apuração do custo indireto, foram aferidos somente os custos diretos, sendo assim, custeados os materiais e soluções e a MOD dos profissionais executantes dos procedimentos (enfermeiras e técnicos/auxiliares de enfermagem).

O CMTD dos procedimentos foi calculado através da multiplicação do tempo (cronometrado) despendido pelos profissionais de enfermagem para sua realização, pelo custo unitário da MOD, acrescido do custo direto médio dos materiais e soluções consumidas em cada procedimento ($\text{CMTD} = \text{tempo} \times \text{custo MOD} + \text{custo materiais e soluções}$)⁽⁶⁵⁾.

O cálculo do custo unitário da MOD foi realizado a partir dos salários médios, por categoria profissional, fornecidos pelo Serviço de Pessoal do Departamento Administrativo do HU-USP com base no quadro de profissionais de enfermagem atuantes no Ambulatório, no ano de 2017. Considerando-se a carga horária de 144 horas/mês ($\text{Salário médio} / 144 \text{ hs} / 60 \text{ min} = \text{salário médio por minuto}$)⁽⁶⁵⁾.

Para o custo dos materiais e soluções, como já dito acima, calculou-se a média do preço unitário pago nas últimas três aquisições.

Os materiais de inox, integrantes do pacote de curativo cirúrgico, pacote de cateterismo urinário, pinça anatômica, tesouras, cuba rim e bacias, não foram incluídos no cálculo do custo dos procedimentos, devido à falta de dados para o cálculo de depreciação e esterilização, bem como custos da depreciação dos esfigmomanômetros, inaladores e monitores de glicemia capilar.

Para o cálculo do consumo dos materiais e soluções fracionados foi considerado o valor de um grama (g), bem como de um mililitro (ml) (Apêndice XXII).

Os medicamentos não estão incluídos nos valores aferidos, pois para o respectivo faturamento e na definição do Procedimento 0301100012 do SIGTAP a “Administração de medicamentos na atenção especializada”, os fármacos não estão inclusos, pois “Consiste no ato de administrar medicamentos, por paciente, independente da quantidade administrada, prescritos nas consultas/atendimentos, incluindo as consultas/atendimentos realizadas no domicílio”⁽¹⁶⁾.

A unidade monetária utilizada para o cálculo dos custos foi a moeda brasileira (Real).

4.8 INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Foram elaborados instrumentos de coleta de dados por procedimentos, para favorecer a rápida documentação da categoria e do quantitativo de profissionais envolvidos, do tempo (cronometrado) despendido, bem como dos materiais e soluções consumidos nos procedimentos (Apêndices II a XX).

Assim, os instrumentos de coleta de dados compreenderam ainda os seguintes dados: Tipo de procedimento de enfermagem realizado no Ambulatório do HU-USP, Valor unitário e fracionado dos materiais/soluções utilizados na realização

dos procedimentos (Apêndice XXII) e custos mensais referentes a mão de obra dos profissionais participantes da pesquisa.

Para o cálculo dos custos dos procedimentos de enfermagem foram elaboradas planilhas no Programa Excel Starter 2010.

Participaram do estudo seis enfermeiras e oito técnicos/auxiliares de enfermagem atuantes no Ambulatório e que realizaram os procedimentos observados, tendo sido excluída a enfermeira chefe.

Para caracterização desses profissionais foram elaborados instrumentos e planilhas com dados relativos à idade, sexo, formação profissional, tempo de atuação no HU-USP e tempo de atuação no ambulatório (Apêndice XXI).

Para o custo da MOD foi confeccionado instrumento de coleta de dados (Apêndice I) e planilha relativa à massa salarial (salário base, benefícios, gratificações e encargos sociais) desses profissionais, por categoria (enfermeiras e técnicos/auxiliares de enfermagem), atuante nos procedimentos, relativa ao ano de 2017. Considerando que os técnicos e auxiliares de enfermagem realizam os mesmos procedimentos foi feita a média da massa salarial de ambas as categorias.

4.9 ANÁLISE DOS DADOS

A análise e apresentação dos dados foram realizadas mediante estatística descritiva por meio de tabelas e quadros.

A caracterização do perfil dos pacientes, relativa aos anos de 2016-2017, foi descrita por meio de frequências absolutas e relativas. As variáveis contínuas, como CMTD e tempo de trabalho dos profissionais, avaliadas em cada procedimento, foram descritas por estatísticas de posição (média, mínimo, máximo) e de escala (DP e intervalos interquartis), além da construção e análise dos intervalos de confiança de 95% para as médias.

Os CMTDs aferidos com base nas amostras dos procedimentos observados multiplicados pelo número de procedimentos realizados nos anos de 2016 e 2017 foram comparados com os valores repassados pelo SUS.

As análises realizadas com auxílio do software R 3.5.1⁽¹⁴⁵⁾ e Microsoft Office Excel 2010, cujos resultados foram apresentados em quadros e tabelas.

4.10 PROCEDIMENTOS ÉTICO-LEGAIS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP como instituição proponente, CAAE: 67901517.0.0000.5392; Parecer consubstanciado número: 2.157.170 (Anexo 3) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HU-USP, como instituição colaboradora, CAAE: 67901517.0.3001.0076; Parecer consubstanciado número: 2.181.231 (Anexo 1) e Comunicado Coparticipante de 25 de julho de 2017, número: 1657/17 (Anexo 2), em conformidade com a Resolução CNS 466/12⁽¹⁴⁶⁾.

A coleta de dados foi iniciada somente após a aprovação desses órgãos, mediante aceite de participação das enfermeiras e técnicos/auxiliares de enfermagem que realizam os procedimentos de enfermagem, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice XXIII) e dos e pacientes ou seus responsáveis legais (Apêndice XXIV) que autorizaram as observações não participantes da realização dos procedimentos.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

5.1 PERFIL DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NO AMBULATÓRIO

Nos anos de 2016 e 2017, 29.500 (100,0%) pacientes foram submetidos a 84.046 procedimentos de enfermagem, sendo que 23.610 (80,0%) realizaram somente um procedimento, 1.701 (5,8%) dois e 4.189 (14,2%) de três a 21.

Demonstra-se, na Tabela 1, a prevalência de pacientes do sexo feminino (58,6% em ambos os anos); provenientes da comunidade USP (58,0% em 2016 e 53,8% em 2017); com idade média de 49,9 (DP=26,8) anos em 2016 e de 46,8 (DP=24,1) anos em 2017. Considerando os dois anos em análise, 58,6% dos pacientes eram do sexo feminino; 55,5% provenientes da comunidade USP; com idade média de 48,1 (DP=25,3) anos.

Frente à grande quantidade de diagnósticos médicos apresentados pelos 29.500 pacientes optou-se pela categorização conforme os capítulos do Código Internacional de Doenças (CID 10)⁽¹⁴⁷⁾.

Em 2016, os diagnósticos mais prevalentes foram os dos capítulos XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (5.185 - 42,8%); IX - Doenças do aparelho circulatório (2.245 - 18,5%); e IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (1.532 - 12,6%).

Já no ano de 2017, os diagnósticos que mais prevaleceram se encontravam no capítulo: XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (4.617 - 26,6%); XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (2.505 - 14,4%); IX - Doenças do aparelho circulatório (2.126 - 12,2%), X - Doença do aparelho respiratório (1.392 - 8,0%) e IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (1.222 - 7,0%).

Nesses dois anos, os diagnósticos mais comumente encontrados foram os do capítulo XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (9.802 - 33,2%); IX - Doenças do aparelho circulatório (4.371 - 14,8%); XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (2.786 - 9,4%) e IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (2.754 - 9,3%).

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes submetidos a procedimentos de enfermagem no Ambulatório do HU-USP, nos anos de 2016 e 2017, segundo o quantitativo, média de idade, sexo, procedência e capítulos do CID 10 - São Paulo-SP, Brasil, 2019

(continua)

Ano		2016	2017	Total
Total (N)		12112 (100%)	17388 (100%)	29500 (100%)
Idade média - DP		49,9 - 26,8	46,8 - 24,1	48,1 - 25,3
Sexo Feminino		7102 (58,6%)	10188 (58,6%)	17290 (58,6%)
Sexo Masculino		5010 (41,4%)	7200 (41,4%)	12210 (41,4%)
Procedência SUS		5091 (42%)	8033 (46,2%)	13124 (44,5%)
Procedência USP		7021 (58%)	9355 (53,8%)	16376 (55,5%)
CID-10				
Capítulo I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	70 (0,6%)	581 (3,3%)	651 (2,2%)
Capítulo II	Neoplasias (tumores)	99 (0,8%)	145 (0,8%)	244 (0,8%)
Capítulo III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	81 (0,7%)	93 (0,5%)	174 (0,6%)
Capítulo IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1532 (12,6%)	1222 (7%)	2754 (9,3%)
Capítulo V	Transtornos mentais e comportamentais	167 (1,4%)	230 (1,3%)	397 (1,3%)
Capítulo VI	Doenças do sistema nervoso	70 (0,6%)	188 (1,1%)	258 (0,9%)
Capítulo VII	Doenças do olho e anexos	448 (3,7%)	379 (2,2%)	827 (2,8%)
Capítulo VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastoide	23 (0,2%)	145 (0,8%)	168 (0,6%)
Capítulo IX	Doenças do aparelho circulatório	2245 (18,5%)	2126 (12,2%)	4371 (14,8%)
Capítulo X	Doenças do aparelho respiratório	525 (4,3%)	1392 (8%)	1917 (6,5%)
Capítulo XI	Doenças do aparelho digestivo	455 (3,8%)	843 (4,8%)	1298 (4,4%)

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes submetidos a procedimentos de enfermagem no Ambulatório do HU-USP, nos anos de 2016 e 2017, segundo o quantitativo, média de idade, sexo, procedência e capítulos do CID 10 - São Paulo-SP, Brasil, 2019

		(continuação)		
Ano	Total (N)	2016	2017	Total
		12112 (100%)	17388 (100%)	29500 (100%)
Capítulo XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	112 (0,9%)		414 (1,4%)
Capítulo XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	281 (2,3%)	2505 (14,4%)	2786 (9,4%)
Capítulo XIV	Doenças do aparelho geniturinário	351 (2,9%)	746 (4,3%)	1097 (3,7%)
Capítulo XV	Gravidez, parto e puerpério	0 (0%)	79 (0,5%)	79 (0,3%)
Capítulo XVI	Algumas afecções originadas no período perinatal	51 (0,4%)	68 (0,4%)	119 (0,4%)
Capítulo XVII	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	11 (0,1%)	28 (0,2%)	39 (0,1%)
Capítulo XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	361 (3%)	922 (5,3%)	1283 (4,3%)
Capítulo XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	43 (0,4%)	722 (4,2%)	765 (2,6%)
Capítulo XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	2 (0%)	55 (0,3%)	57 (0,2%)
Capítulo XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	5185 (42,8%)	4617 (26,6%)	9802 (33,2%)
Capítulo XXII	Códigos para propósitos especiais (não disponível, não preenchido ou inválido)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Fonte: Própria autora		(conclusão)		

Com relação ao perfil dos 586 pacientes que compuseram a amostra de 656 observações para a apuração de custos dos procedimentos de enfermagem, no período de novembro de 2017 a julho de 2018, constata-se, na Tabela 2, que a idade média foi de 44,1 (DP=24,2) anos; com prevalência do sexo feminino (358 - 61,1%) e da procedência da comunidade SUS (403 - 68,8%). Quanto aos diagnósticos principais, os mais expressivos foram os do Capítulo XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (266 - 45,4%); do Capítulo XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (47 - 8%); do Capítulo X - Doenças do aparelho respiratório (45 - 7,7%); Capítulo IX - Doenças do aparelho circulatório (36 - 6,1%) e do Capítulo XIV - Doenças do aparelho geniturinário (36 - 6,1%).

Tabela 2 - Distribuição da amostra dos pacientes submetidos a procedimentos de enfermagem no Ambulatório do HU-USP, no período de novembro de 2017 a julho de 2018, segundo o quantitativo, média de idade, sexo, procedência e capítulos do CID-10 - São Paulo-SP, Brasil, 2019

(continua)

Ano		2018
Amostra - Total (N)		586 (100%)
Idade média - DP		44,1 - 24,2
Sexo Feminino		358 (61,1%)
Sexo Masculino		228 (38,9%)
Procedência SUS		403 (68,8%)
Procedência USP		183 (31,2%)
CID-10		
Capítulo I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5 (0,9%)
Capítulo II	Neoplasias (tumores)	2 (0,3%)
Capítulo III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	2 (0,3%)
Capítulo IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	28 (4,8%)
Capítulo V	Transtornos mentais e comportamentais	7 (1,2%)
Capítulo VI	Doenças do sistema nervoso	8 (1,4%)
Capítulo VII	Doenças do olho e anexos	22 (3,8%)
Capítulo VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastoide	1 (0,2%)
Capítulo IX	Doenças do aparelho circulatório	36 (6,1%)
Capítulo X	Doenças do aparelho respiratório	45 (7,7%)
Capítulo XI	Doenças do aparelho digestivo	20 (3,4%)

Tabela 2 - Distribuição da amostra dos pacientes submetidos a procedimentos de enfermagem no Ambulatório do HU-USP, no período de novembro de 2017 a julho de 2018, segundo o quantitativo, média de idade, sexo, procedência e capítulos do CID-10 - São Paulo-SP, Brasil, 2019

(continuação)

Ano		2018
Amostra - Total (N)		586 (100%)
Capítulo XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	16 (2,7%)
Capítulo XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	47 (8,0%)
Capítulo XIV	Doenças do aparelho geniturinário	36 (6,1%)
Capítulo XV	Gravidez, parto e puerpério	0 (0%)
Capítulo XVI	Algumas afecções originadas no período perinatal	1 (0,2%)
Capítulo XVII	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	3 (0,5%)
Capítulo XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	19 (3,2%)
Capítulo XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	22 (3,8%)
Capítulo XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	0 (0%)
Capítulo XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	266 (45,4%)
Capítulo XXII	Códigos para propósitos especiais (não disponível, não preenchido ou inválido)	0 (0%)

Fonte: Própria autora

(conclusão)

5.2 PERFIL DAS ENFERMEIRAS E DOS TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM EXECUTANTES DOS PROCEDIMENTOS

No período de novembro de 2017 a julho de 2018 foram observados 14 profissionais de enfermagem na execução dos procedimentos objeto de estudo.

Conforme indica a Tabela 3, as seis enfermeiras tinham idade variando entre 52 e 71 anos, com média de 57,17; tempo de atuação no HU-USP de 25 a 32 anos, com média de 29,17; tempo de atuação no Ambulatório entre quatro e 25 anos, com média de 16,5 anos. Todas as enfermeiras possuíam uma ou mais especializações em enfermagem (três em saúde coletiva/pública, uma em cuidados paliativos, uma em docência em enfermagem, uma em gerontologia, uma em pediatria e duas em obstetrícia); uma delas possuía mestrado na área de ensino em enfermagem. Dentre os oito técnicos/auxiliares de enfermagem, seis (75,25%) eram do sexo feminino e

dois (24,75%) do sexo masculino, com idade variando de 38 a 60 anos, com média de 49,63; tempo de atuação no HU-USP de oito a 33 anos, com média de 23,63 e o tempo de atuação no Ambulatório entre três e 31 anos, com média de 16,38. A média de escolaridade foi de 13,63 anos, sendo que uma das técnicas possui curso superior em enfermagem.

A idade média dos 14 profissionais de enfermagem que integraram o presente estudo correspondeu a 52,86 (DP=9,05) anos, com tempo médio de atuação no HU de 26 (DP=8,05) anos, tempo médio de atuação no Ambulatório de 16,43 (DP=8,34) anos e tempo médio de escolaridade de 15,50 (DP=3,11) anos (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos profissionais de enfermagem executantes dos procedimentos de enfermagem, nos anos de 2016 e 2017, segundo o quantitativo, média de idade, tempo médio de atuação no HU-USP e no Ambulatório e tempo médio de escolaridade - São Paulo-SP, Brasil, 2019

Categoria profissional	N	%	Média de idade	Tempo médio de atuação no HU	Tempo médio de atuação no ambulatório	Tempo médio de escolaridade
Enfermeira	6	42,86	57,17 (DP=6,47)	29,17 (DP=2,48)	16,5 (DP=6,85)	18 (DP=2,45)
Técnico/Auxiliar de Enfermagem	8	57,14	49,63 (DP=9,37)	23,63 (DP=9,78)	16,38 (DP= 9,30)	13,63 (DP=2,06)
TOTAL	14	100	52,86 (DP= 9,05)	26 (DP=8,05)	16,43 (DP= 8,34)	15,50 (DP=3,11)

Fonte: Própria autora

O Quadro 4 indica a composição total das massas salariais (salários base, benefícios, gratificações e encargos sociais), referentes a um mês típico de funcionamento do Ambulatório em 2017, das seis enfermeiras e oito técnicos/auxiliares de enfermagem, envolvidos na realização dos procedimentos de enfermagem. Por não haver diferença salarial na atuação dos técnicos e auxiliares de enfermagem foi obtida a média das massas salariais dessas categorias.

A partir dessas massas salariais, foram calculados os custos médios, mensal, hora e minuto desses profissionais.

Quadro 4 - Composição das massas salariais dos profissionais de enfermagem envolvidos na realização dos procedimentos de enfermagem no Ambulatório do HU-USP, de acordo com os salários base, benefícios, gratificações e encargos sociais, em reais, relativos a um mês típico de funcionamento em 2017. São Paulo - SP, Brasil, 2019.

Categoria profissional	Enfermeira	Técnico/Auxiliar de Enfermagem
N	06	08
Vencimentos	83.874,14	61.041,88
Previdência	16.774,80	12.056,04
Seguro Acidente	1.187,71	853,60
FGTS	6.709,90	4.822,39
Contribuição Prevcom	1.465,88	279,06
Vale Refeição	2.691,20	3.410,40
Vale Alimentação	4.140,00	5.520,00
Total	116.843,63	87.983,37

Fonte: Serviço de Pessoal do HU-USP

O cálculo do custo unitário da MOD por minuto, demonstrado no Quadro 5, foi baseado nos salários médios, por categoria profissional, fornecidos pelo Serviço de Pessoal do HU-USP, a partir do quadro de profissionais atuantes na realização dos procedimentos no ambulatório, segundo a faixa salarial do plano de carreira da USP em 2017.

Quadro 5 - Custos mensal total, médios, mensal, hora e minuto dos profissionais de enfermagem envolvidos na realização dos procedimentos de enfermagem no Ambulatório do HU-USP relativos a um mês típico de funcionamento em 2017. São Paulo-SP, Brasil, 2019.

Categoria profissional	Enfermeira	Técnico/Auxiliar de Enfermagem
N	06	08
Custo mensal total	116.843,63	87.983,37
Custo médio mensal por profissional	19.473,94	10.997,92
Custo médio/hora R\$/144 horas/mês	135,23	76,37
Custo médio/minuto R\$	2,25	1,27

Fonte: Própria autora e Serviço de Pessoal do HU-USP

Sendo a carga de trabalho contratual dos profissionais de enfermagem do Ambulatório do HU-USP de 144 horas mensais, o custo médio mensal por minuto da categoria enfermeira foi de R\$ 2,25 e da categoria técnico/auxiliar de enfermagem foi de R\$ 1,27; valores utilizados para o cálculo do CMTD dos procedimentos observados.

5.3 QUANTIDADE DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM REALIZADOS NO AMBULATÓRIO NOS ANOS DE 2016 E 2017

Nos anos de 2016 e 2017 foram realizados 84.046 procedimentos de enfermagem, sendo 43.147 procedimentos em 2016 e 40.899 em 2017 (variação negativa de 5,21% em relação a 2016); com média de 42.023 procedimentos/ano.

Nas Tabelas 4 e 5 são apresentadas as distribuições dos procedimentos realizados no Ambulatório do HU-USP pela equipe de enfermagem, conforme o tipo de procedimento e o quantitativo mensal; na Tabela 6 nos valores absolutos e relativos.

Verifica-se, na Tabela 4, que os procedimentos de enfermagem mais realizados no Ambulatório em 2016 foram aferição de PA e FC (10.079 - 23,41%); EV (6.705 - 15,50%); CE de ginecologia e obstetrícia (4.721 - 10,90%) e CE cirúrgica (4.170 - 9,67%).

Tabela 4 - Distribuição dos procedimentos de enfermagem realizados no Ambulatório do HU-USP, no ano de 2016, segundo o tipo de procedimento e o quantitativo mensal - São Paulo-SP, Brasil, 2019

Procedimentos 2016	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL	%
CE Cirúrgica	291	345	308	441	382	357	349	378	312	329	317	361	4170	9,67
CE Ginecologia e Obstetrícia	461	470	459	384	307	358	397	374	357	302	326	526	4721	10,9
CE Clínica Médica	4	21	136	57	67	61	110	105	91	95	28	110	885	2,05
CE Pediatria	67	66	85	58	65	52	49	69	42	59	42	59	713	1,65
IM	426	324	421	422	225	202	225	301	274	302	317	306	3745	8,68
SC	16	7	5	3	3	4	0	9	4	2	4	1	58	0,13
EV	823	588	686	465	318	319	427	737	480	642	623	597	6705	15,5
VO	411	252	310	302	234	219	250	334	252	334	309	341	3548	8,22
Inalação	13	30	67	53	36	31	44	58	27	62	69	49	539	1,25
Instilação ocular	134	180	258	64	174	186	141	218	160	134	68	141	1858	4,3
Curativo P	91	95	189	138	146	183	135	216	226	131	144	131	1825	4,23
Curativo M	68	22	28	33	27	19	35	25	24	31	25	51	388	0,9
Curativo G	76	13	70	33	24	12	18	14	16	22	23	34	355	0,82
BU	73	54	65	72	66	46	47	51	50	41	47	57	669	1,55
Retirada de pontos	260	105	202	173	191	156	140	177	185	160	225	176	2150	4,99
Inserção de SNE	1	0	8	0	3	1	4	2	3	0	3	7	32	0,08
CVD	28	26	28	33	19	26	26	30	34	23	27	28	328	0,76
CVA	0	4	12	16	6	12	11	8	12	9	12	12	114	0,26
Troca de sonda de CTT	0	1	3	2	1	1	2	1	1	2	3	2	19	0,05
Troca de tubo de GTT	3	3	6	7	7	4	4	2	7	4	6	6	59	0,14
Glicemia capilar	17	13	13	12	13	8	11	21	16	29	20	14	187	0,43
Aferição de PA e FC	670	672	674	925	846	652	761	1042	969	1024	1012	830	10079	23,4
TOTAL	3933	3291	4033	3693	3160	2909	3186	4172	3542	3737	3650	3839	43147	100

Fonte: Relatórios de Enfermagem do Departamento de Enfermagem (Ambulatório-DEPE)

Em 2017, constata-se, na Tabela 5, que os procedimentos de enfermagem mais realizados foram aferição de PA e FC (13.299 - 32,52%); EV (6.563 - 16,05%); CE de ginecologia e obstetrícia (4.483 - 10,96%) e IM (3.458 - 8,45%).

Tabela 5 - Distribuição dos procedimentos de enfermagem realizados no Ambulatório do HU-USP, no ano de 2017, segundo o tipo de procedimento e o quantitativo mensal - São Paulo-SP, Brasil, 2019

Procedimento 2017	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL	%
CE Cirúrgica	232	246	248	199	246	186	180	239	204	220	182	146	2528	6,18
CE Ginecologia e Obstetrícia	409	378	458	390	378	417	397	385	395	296	330	250	4483	10,96
CE Clínica Médica	13	14	23	21	14	11	21	23	18	14	12	16	200	0,49
CE Pediatria	17	37	72	35	37	42	38	50	37	29	21	25	440	1,08
IM	409	314	402	343	314	253	239	301	279	299	209	96	3458	8,45
SC	2	4	15	4	4	8	3	8	2	4	13	3	70	0,17
EV	728	837	765	519	837	367	330	546	475	483	373	303	6563	16,05
VO	347	238	221	147	238	163	107	133	182	182	99	71	2128	5,20
Inalação	37	39	46	35	45	20	24	21	20	24	22	17	350	0,86
SL				45	55	59	46	74	107	61	48	8	503	1,23
Instilação ocular	120	120	155	144	120	87	92	169	66	44	71	97	1285	3,14
Curativo P	120	67	76	100	92	67	75	105	76	86	100	69	1033	2,53
Curativo M	62	49	39	34	49	42	48	60	53	56	61	51	604	1,47
Curativo G	63	67	37	47	67	50	47	65	47	69	38	28	625	1,53
BU	47	41	61	58	41	55	52	65	50	39	40	53	602	1,47
Retirada de pontos	189	158	172	160	159	176	170	237	185	162	149	149	2066	5,05
Troca de bolsa de colostomia	4	4	4	3	4	0	2	3	7	5	1	3	40	0,10
Inserção de SNE	2	2	3	4	2	2	2	2	1	3	0	1	24	0,06
CVD	27	19	27	21	19	27	24	22	22	23	14	14	259	0,63
CVA	2	1	8	8	2	2	2	6	2	2	4	2	41	0,10
Troca de sonda de CTT	4	3	2	2	3	3	2	5	4	0	2	4	34	0,08
Troca de tubo de GTT	3	4	4	5	4	3	8	4	3	5	8	1	52	0,13
Glicemia capilar	26	15	14	11	15	7	12	24	27	31	15	15	212	0,52
Aferição de PA e FC	1348	1181	1984	1080	1194	1040	896	1156	977	965	869	609	13299	32,52
TOTAL	4211	3838	4836	3415	3939	3087	2817	3703	3239	3102	2681	2031	40899	100,00

Fonte: Relatórios de Enfermagem do Departamento de Enfermagem (Ambulatório-DEPE)

Destaca-se, na Tabela 6, que, considerando a amostra de procedimentos de enfermagem no Ambulatório observados no período de novembro de 2017 a julho de 2018, houve predomínio da CE (153 - 23,32%), sendo as de obstetrícia/ginecologia (64 - 9,76%) e de cirurgia (38 - 5,79%) as mais prevalentes; aferição de PA e FC, com 74 observações (11,28%); EV e IM ambas com 62 observações (9,45%) e retirada de pontos (48 - 7,38%).

Verifica-se, em 2016 e 2017, que o procedimento aferição de PA e FC foi o mais prevalente (23,36% e 32,52%), com variação positiva de 9,16%, seguido de EV (15,54% e 16,05%) e de CE obstétrica/ginecológica (10,94% e 10,96%). A amostra foi constituída de 656 observações, conforme a frequência de oportunidades, porém, se manteve os valores proporcionais aos procedimentos realizados nos dois anos, ou seja, a aferição de PA e FC (11,28%), seguida da CE obstétrica/ginecológica (9,76%), da EV e da IM, ambas com 9,45%.

Tabela 6 - Distribuição do quantitativo da amostra dos procedimentos de enfermagem observados no Ambulatório do HU-USP, dos quantitativos totais realizados nos anos de 2016 e 2017 e da variação anual - São Paulo-SP, Brasil, 2019

(continua)							
Procedimento	n Amostra	%	Quantitativo total 2016	%	Quantitativo total 2017	%	Variação anual
CE cirúrgica	38	5,79	4170	9,67	2528	6,18	- 3,49
CE médica	25	3,81	885	2,05	200	0,49	- 1,56
CE obstétrica/ ginecológica	64	9,76	4721	10,94	4483	10,96	+ 0,02
CE pediátrica	26	3,96	713	1,65	440	1,08	- 0,57
IM	62	9,45	3745	8,68	3458	8,45	- 0,23
SC	5	0,76	58	0,13	70	0,17	+ 0,04
EV	62	9,45	6705	15,54	6563	16,05	+ 0,51
SL	17	2,59	0	0	503	1,23	1,23
VO	42	6,4	3548	8,22	2128	5,20	- 3,02
Instilação ocular	35	5,34	1858	4,30	1285	3,14	- 1,16
Inalação	25	3,81	539	1,25	350	0,86	- 0,39
Glicemia capilar	26	3,96	187	0,43	212	0,52	+ 0,09
Aferição de PA e FC	74	11,28	10079	23,36	13299	32,52	+ 9,16

Tabela 6 - Distribuição do quantitativo da amostra dos procedimentos de enfermagem observados no Ambulatório do HU-USP, dos quantitativos totais realizados nos anos de 2016 e 2017 e da variação anual - São Paulo-SP, Brasil, 2019

(continuação)

Procedimento	n Amostra	%	Quantitativo total 2016	%	Quantitativo total 2017	%	Variação anual
BU	27	4,12	669	1,55	602	1,47	- 0,08
Curativo	25	3,81	2568	5,95	2262	5,53	- 0,42
Retirada de pontos	48	7,38	2150	4,99	2066	5,05	+ 0,06
CVD	21	3,2	328	0,76	259	0,63	- 0,13
CVA	4	0,6	114	0,26	41	0,1	- 0,16
Troca de sonda de CTT	7	1,07	19	0,05	34	0,08	+ 0,03
Troca de bolsa de colostomia	7	1,07	0	0	40	0,10	+ 0,10
Troca de tubo de GTT	11	1,68	59	0,14	52	0,13	- 0,01
Inserção de SNE	5	0,76	32	0,08	24	0,06	- 0,02
Total	656	100	43147	100	40899	100	-5,21

Fonte: Própria autora e Relatórios do Departamento de Enfermagem (Ambulatório) (conclusão)

Somando-se os quantitativos das diferentes vias de administração de medicamentos (IM, SC, EV, SL, VO, instilação ocular e inalação) obteve-se, em 2016, um total de 16.453 (100%) procedimentos; seguindo a mesma lógica para 2017, obtiveram-se 14.357 (100%) procedimentos de administração de medicamentos indicando que em 2017 houve uma variação negativa de 12,74%.

Em 2016, a quantidade de SC foi a de menor prevalência (58 - 0,36%) e a quantidade de EV (6.705 - 40,75%), seguidas das quantidades das IM (3.745 - 22,76%) e das VO (3.548 - 21,56%) as mais prevalentes. Houve semelhança, em 2017, em relação ao quantitativo de 2016, sendo 70 (0,49%) SC; 6.563 (45,71%) EV, 3.458 (24,09%) IM e 2.128 (14,82%) VO.

Somando-se o quantitativo das CE (cirúrgica, médica, obstétrica/ ginecológica e pediátrica) o total foi de 10.489 (100%) em 2016 e 7.651 (100%) em 2017, representando um decréscimo de 27,06% no quantitativo de consultas realizadas. O quantitativo de CE obstétrica/ginecológica (4.721 - 45,00%), em 2016, prevaleceu

sobre as demais modalidades (4.170 - 39,76%) CE cirúrgica, (885 - 8,44%) de CE médica e (713 - 6,80%) de CE pediátrica. Em 2017 também predominaram as CE obstétrica/ginecológica (4.483 - 58,59%), seguidas das CE cirúrgica (2.528 - 33,04%), as CE pediátrica (440 - 5,75%) e médica (200 - 2,61%).

Quanto aos demais procedimentos, verificou-se um total realizado de 16.205 (100%) em 2016 e 18.891 (100%) em 2017, um acréscimo de 16,58%. Não houve variação expressiva no quantitativo de curativos (2016 - 5,95%, 2017 - 5,53%); de BU (2016 - 1,55%, 2017 - 1,47%) e de retirada de pontos (2016 - 4,99%, 2017 - 5,05%). CVD e CVA, troca de sonda de CTT, troca de bolsa de colostomia, troca de tubo de GTT e a inserção de SNE tiveram pouca expressividade nas quantidades realizadas nos dois anos, não atingindo 1% do total realizado.

5.4 AFERIÇÃO DOS CUSTOS MÉDIOS TOTAIS DIRETOS (CMTD) DOS PROCEDIMENTOS

Os 22 procedimentos de enfermagem são apresentados a seguir, nas Tabelas 07 a 46, de acordo com a frequência das oportunidades de observação. Serão mostrados os valores descritivos da duração de cada procedimento em minutos e segundos, seu CMTD, compreendendo custo com os profissionais, custo com os materiais/soluções, conforme estabelecido no Manual de procedimentos de Enfermagem⁽¹¹⁵⁾ e nos protocolos assistenciais do DEHU-USP para a realização destes (ex: protocolo de curativos padronizados), e a quantidade de cada material/solução utilizado no procedimento⁽⁶⁵⁾.

Vale ressaltar que todos os valores estão dentro do IC de 95% para a média⁽¹⁴⁸⁾.

5.4.1 Consulta de enfermagem (CE)

Na Tabela 7, demonstra-se que o tempo médio total de duração das CE (cirúrgica, médica, obstétrica/ginecológica e pediátrica) correspondeu a 13,55 minutos (DP=11,90) e o CMTD a R\$ 30,48 (DP=26,77). A CE pediátrica apresentou o maior tempo médio de duração 29,02 minutos (DP=16,98) e o maior CMTD (R\$ 65,30-DP=38,20). A CE obstétrica/ginecológica apresentou o menor tempo médio de duração 7,16 (DP=6,29) minutos e o menor CMTD (R\$ 16,11-DP=14,14).

Tabela 7 - Distribuição das observações do procedimento “CE”, segundo o tipo, duração em minutos, CMTD em reais e quantidade. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

Variáveis	Medida	n	Média	DP	IC de 95% para média	Mín	Máx	Med	1º quartil	3º quartil
Tipo de CE										
Cirúrgica	Duração (min)	38	10,63	4,31	[9,26 - 12]	4,02	24,38	9,95	7,70	12,65
	Custo MOD enfermeira (R\$)		23,91	9,71	[20,83 - 27]	9,04	54,86	22,37	17,34	28,47
Médica	Duração (min)	25	18,24	7,68	[15,23 - 21,25]	6,00	42,00	16,17	13,37	24,20
	Custo MOD enfermeira (R\$)		41,05	17,28	[34,28 - 47,82]	13,50	94,50	36,38	30,08	54,45
Obstétrica e ginecológica	Duração (min)	64	7,16	6,29	[5,62 - 8,7]	2,17	46,27	5,54	3,99	8,10
	Custo MOD enfermeira (R\$)		16,11	14,14	[12,64 - 19,57]	4,88	104,10	12,47	8,98	18,23
Pediátrica	Duração (min)	26	29,02	16,98	[22,49 - 35,55]	6,20	88,48	24,33	21,00	31,60
	Custo MOD enfermeira (R\$)		65,30	38,20	[50,61 - 79,98]	13,95	199,08	54,73	47,25	71,10
Total	Duração (min)	153	13,55	11,90	[11,66 - 15,43]	2,17	88,48	10,00	5,87	16,75
	Custo MOD enfermeira (R\$)		30,48	26,77	[26,24 - 34,72]	4,88	199,08	22,50	13,20	37,69

Fonte: Própria autora

5.4.2 Curativos

Em relação ao procedimento curativo G (grau II), constatou-se que quatro observações (57,14%) corresponderam a úlceras venosas, duas (28,57%) a feridas cirúrgicas e uma (14,28%) a ferida traumática. O custo deste procedimento variou entre de R\$ 24,15 e R\$ 97,54 e, conforme indica a Tabela 8, o CMTD foi de R\$ 56,91 (DP=24,35), tendo prevalecido o custo da MOD (R\$ 47,92-DP=21,31), com destaque para o custo da MOD da categoria enfermeira (R\$ 50,22-DP=24,47).

Dentre os materiais consumidos, observa-se nas tabelas 8 a 10 que a gaze rayon (valor unitário R\$ 5,40), seguida da gaze de metro (valor unitário R\$ 4,53), da pomada colagenase (valor unitário R\$ 2,00) e atadura de algodão ortopédico de 10 cm (valor unitário R\$ 1,77) foram os materiais que tiveram maior impacto no custo total com materiais.

O tempo médio despendido na realização do curativo G (grau II) foi de 22,32 (DP=11,00) minutos para a categoria enfermeira e 16,60 (DP=12,00) minutos para a categoria técnico/auxiliar de enfermagem (Tabela 11). As duas categorias profissionais realizaram os curativos e trabalharam em conjunto na realização da maioria dos procedimentos observados.

Tabela 8 - Distribuição das observações do procedimento curativo G (grau II), segundo o custo com materiais e soluções, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

Variáveis	n	%	Média	DP	Custo médio R\$ [IC 95%]
Custo com materiais e soluções					
Fita adesiva tipo micropore 100 mm	1	14,3	0,51	NA	0,51 [NaN - NaN]
Sonda Uretral nº12	1	14,3	0,58	NA	0,58 [NaN - NaN]
Ácidos graxos essenciais 200 ml	4	57,1	0,41	0,35	0,41 [0,07 - 0,75]
Atadura de 10 cm	1	14,3	0,42	NA	0,42 [NaN - NaN]
Atadura de 15 cm	3	42,9	1,08	0,38	1,08 [0,65 - 1,51]
Clorexidina 2% degermante 100 ml	1	14,3	0,18	NA	0,18 [NaN - NaN]
Fita crepe 50 m	6	85,7	0,01	0,01	0,01 [0,00 - 0,02]
Gaze de metro	3	42,9	4,53	2,60	4,53 [1,59 - 7,47]
Gaze rayon 7 x 20 cm	5	71,4	5,40	3,11	5,40 [2,67 - 8,13]
Luva procedimento não estéril hipoalergênica M	1	14,3	0,54	NA	0,54 [NaN - NaN]
Luva de procedimento não estéril M	2	28,6	0,60	0,17	0,60 [0,36 - 0,84]
Máscara cirúrgica	2	28,6	0,08	0,00	0,08 [0,08 - 0,08]
Luva de procedimento estéril P	1	14,3	0,80	NA	0,8 [NaN - NaN]
Luva de procedimento não estéril P	1	14,3	0,25	NA	0,25 [NaN - NaN]
Pacote de curativo Cirúrgico	6	85,7	0,00	0,00	0,00 [0,00 - 0,00]
Pacote gaze estéril	7	100	0,85	0,50	0,85 [0,48 - 1,22]
Papaína pó 1 g	1	14,3	0,99	NA	0,99 [NaN - NaN]
Seringa 20 ml	1	14,3	0,21	NA	0,21 [NaN - NaN]
Soro Fisiológico 0,9% 250 ml	6	85,7	0,93	0,74	0,93 [0,34 - 1,52]
Custo total com material e soluções	7	100	8,99	6,29	8,99 [4,33 - 13,65]
Custo com pessoal					
Enfermeira	5	71,4	50,22	24,47	50,22 [28,77 - 71,67]
Técnico/auxiliar de enfermagem	4	57,1	21,08	15,51	21,08 [5,88 - 36,28]
Custo total com pessoal	7	100	47,92	21,31	47,92 [32,13 - 63,71]
CMTD	7	100	56,91	24,35	56,91 [38,87 - 74,95]

Fonte: Própria autora

Quanto ao procedimento curativo M (grau II), constatou-se que seis observações (42,86%) corresponderam a feridas cirúrgicas, quatro (28,57%) a úlceras venosas, duas (14,29%) a traumáticas, uma (7,14%) a LP estágio 4 e uma (7,14%) a LP estágio 2. O custo deste procedimento variou entre de R\$ 9,94 e R\$ 44,41 e, conforme indica a Tabela 9, o CMTD foi de R\$ 25,09 (DP=9,80), tendo prevalecido o custo da MOD (R\$ 22,01-DP=9,07), com destaque para o custo da MOD da categoria enfermeira (R\$ 19,53-DP=10,11).

O tempo médio despendido na realização do curativo M (grau II) foi de 8,68 (DP=4,50) minutos para a categoria enfermeira e 11,10 (DP=8,30) minutos para a categoria técnico/auxiliar de enfermagem (Tabela 11).

Tabela 9 - Distribuição das observações do procedimento curativo M (grau II), segundo o custo com materiais e soluções, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

(continua)

Variáveis	n	%	Média	DP	Custo médio R\$ [IC 95%]
Custo com materiais e soluções					
Fita adesiva tipo micropore 100 mm	1	7,1	0,38	NA	0,38 [NaN - NaN]
Fita adesiva tipo micropore 50 mm	1	7,1	0,07	NA	0,07 [NaN - NaN]
Ácidos graxos essenciais 200 ml	6	42,9	0,26	0,39	0,26 [-0,05 - 0,57]
Agulha 30 x 8	1	7,1	0,07	NA	0,07 [NaN - NaN]
Álcool a 70% almotolia 100 ml	1	7,1	0,03	NA	0,03 [NaN - NaN]
Algodão 100 g 100 bolas	1	7,1	0,03	NA	0,03 [NaN - NaN]
Atadura algodão ortopédico 10cm x 1,80 m	1	7,1	1,77	NA	1,77 [NaN - NaN]
Atadura de 10 cm	5	35,7	0,42	0,00	0,42 [0,42 - 0,42]
Atadura de 15 cm	3	21,4	0,87	0,38	0,87 [0,44 - 1,30]
Clorexidina 2% degermante 100 ml	2	14,3	0,26	0,12	0,26 [0,09 - 0,43]
Fita crepe 50 m	10	71,4	0,01	0,01	0,01 [0,00 - 0,02]
Gaze de metro	1	7,1	1,70	NA	1,7 [NaN - NaN]
Gaze não estéril	1	7,1	0,14	NA	0,14 [NaN - NaN]
Gaze rayon 7 x 20 cm	9	64,3	1,50	0,00	1,50 [1,50 - 1,50]
Luva de procedimento não estéril M	1	7,1	0,72	NA	0,72 [NaN - NaN]
Luva de procedimento estéril P	1	7,1	0,80	NA	0,8 [NaN - NaN]
Luva de procedimento não estéril P	2	14,3	0,25	0,00	0,25 [0,25 - 0,25]
Pacote de curativo Cirúrgico	14	100	0,00	0,00	0,00 [0,00 - 0,00]
Pacote gaze estéril	14	100	0,45	0,16	0,45 [0,37 - 0,53]
Papaína pó 1 g	3	21,4	0,69	0,33	0,69 [0,23 - 1,15]

Tabela 9 - Distribuição das observações do procedimento curativo M (grau II), segundo o custo com materiais e soluções, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

(continuação)

Variáveis	n	%	Média	DP	Custo médio R\$ [IC 95%]
Custo com materiais e soluções					
Pomada colagenase	1	7,1	2,00	NA	2 [NaN - NaN]
Soro Fisiológico 0,9% 250 ml	10	71,4	0,63	0,77	0,63 [0,15 - 1,11]
Soro Fisiológico Ampola	2	14,2	0,16	0,00	0,16 [0,16 - 0,16]
Custo total com material e soluções	14	100	3,08	1,60	3,08 [2,24 - 3,92]
Custo com pessoal					
Enfermeira	10	71,4	19,53	10,1 ₁	19,53 [13,26 - 25,80]
Técnico/auxiliar de enfermagem	8	57,1	14,10	10,5 ₈	14,10 [6,77 - 21,43]
Custo total com pessoal	14	100	22,01	9,07	22,01 [17,26 - 26,76]
CMTD	14	100	25,09	9,80	25,09 [19,96 - 30,22]
Fonte: Própria autora					(conclusão)

No que diz respeito ao procedimento curativo P (grau I), constatou-se que quatro observações (100,00%) corresponderam a feridas cirúrgicas. O custo deste procedimento variou entre de R\$ 10,08 e R\$ 18,01 e, conforme indica a Tabela 10, o CMTD foi de R\$ 13,76 (DP=3,88), tendo prevalecido o custo da MOD (R\$ 12,42-DP=4,42), com destaque para o custo da MOD da categoria técnico/auxiliar de enfermagem (R\$ 10,73-DP=6,62).

O tempo médio despendido na realização do curativo P (grau I) foi de 3,00 (DP=0,00) minutos para a categoria enfermeira e 8,45 (DP=5,20) minutos para a categoria técnico/auxiliar de enfermagem (Tabela 11). As duas categorias profissionais não realizaram os curativos de forma igualitária, pois é uma atividade de menor complexidade, sendo realizada majoritariamente por técnicos/auxiliares de enfermagem.

Tabela 10 - Distribuição das observações do procedimento curativo P (grau I), segundo o custo com materiais e soluções, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

Variáveis	n	%	Média	DP	Custo médio R\$ [IC 95%]
Custo com materiais e soluções					
Fita adesiva tipo micropore 12 mm	1	25	0,29	NA	0,29 [NaN - NaN]
Fita adesiva tipo micropore 50 mm	1	25	0,05	NA	0,05 [NaN - NaN]
Ácidos graxos essenciais 200 ml	1	25	0,21	NA	0,21 [NaN - NaN]
Atadura de 06 cm	1	25	0,25	NA	0,25 [NaN - NaN]
Atadura de 10 cm	1	25	0,42	NA	0,42 [NaN - NaN]
Benjoim tintura 20% 100 ml	1	25	0,11	NA	0,11 [NaN - NaN]
Clorexidina 2% degermante 100 ml	1	25	0,18	NA	0,18 [NaN - NaN]
Fita crepe 50 m	2	50	0,01	0,00	0,01 [0,01 - 0,01]
Gaze rayon 7 x 20 cm	1	25	1,50	NA	1,5 [NaN - NaN]
Luva procedimento não estéril hipoalergênica M	1	25	0,27	NA	0,27 [NaN - NaN]
Luva de procedimento não estéril P	1	25	0,25	NA	0,25 [NaN - NaN]
Pacote de curativo Cirúrgico	4	100	0,00	0,00	0,00 [0,00 - 0,00]
Pacote gaze estéril	4	100	0,33	0,00	0,33 [0,33 - 0,33]
Soro Fisiológico 0,9% 250 ml	4	100	0,13	0,10	0,13 [0,03 - 0,23]
Custo total com materiais e soluções	4	100	1,34	1,13	1,34 [0,23 - 2,45]
Custo com pessoal					
Enfermeira	1	25	6,75	NA	6,75 [NaN - NaN]
Técnico/auxiliar de enfermagem	4	100	10,73	6,62	10,73 [4,24 - 17,22]
Custo total com pessoal	4	100	12,42	4,42	12,42 [8,09 - 16,75]
CMTD	4	100	13,76	3,88	13,76 [9,96 - 17,56]

Fonte: Própria autora

Tabela 11 - Distribuição das observações do tempo despendido para a realização do procedimento curativo, segundo o tipo e a categoria do profissional executante. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

Curativos	Categoria Profissional	Mín	1º quartil	Mediana	Média	3º quartil	Máx	DP
G	Enfermeira	10	15,85	18,33	22,32	32,25	35,2	11
	Técnico/auxiliar de enfermagem	2,17	12,28	16,1	16,6	20,42	32	12
M	Enfermeira	2,67	5,67	8,01	8,68	12,19	15,3	4,5
	Técnico/auxiliar de enfermagem	2,88	6,68	9,26	11,1	12,44	30	8,3
P	Enfermeira	3	3	3	3	3	3	-
	Técnico/auxiliar de enfermagem	2,22	5,2	9,01	8,45	12,25	13,6	5,2

Fonte: Própria autora

5.4.3 Bota de Unna (BU)

Em relação ao procedimento BU, o custo variou entre R\$ 98,78 e R\$ 172,86 e, conforme indica a Tabela 12, o CMTD foi de R\$ 120,71 (DP=17,19), tendo prevalecido o custo dos materiais e soluções (R\$ 84,66-DP=3,26). Dentre os itens consumidos, observa-se que a bandagem elástica e a gaze para a BU foram os que tiveram maior impacto no custo total com materiais, R\$ 66,28 e R\$ 15,56 (DP=2,00), respectivamente, sendo usados em 100% dos procedimentos. Destaca-se o custo expressivo da MOD da enfermeira (R\$ 26,94-DP=11,80).

O tempo médio despendido na realização da BU foi de 11,97 (DP=5,24) minutos para a categoria enfermeira e 7,17 (DP=5,20) minutos para a categoria técnico/auxiliar de enfermagem (Tabela 13). Por ser este um procedimento privativo da enfermeira, o tempo contabilizado para o técnico/auxiliar de enfermagem referiu-se a atividades de auxílio.

Tabela 12 - Distribuição das observações do procedimento BU*, segundo o custo com materiais e soluções, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

(continua)

Variáveis	n	%	Média	DP	Custo médio R\$ [IC 95%]
Custo com materiais e soluções					
Atadura de 10 cm	14	51,9	0,66	0,22	0,66 [0,55 - 0,77]
Atadura de 15 cm	19	70,4	1,06	0,32	1,06 [0,92 - 1,21]
Bandagem elástica	27	100	66,28	0	66,28 [66,28 - 66,28]
Gaze para BU	27	100	15,56	2	15,56 [14,80 - 16,31]
Clorexidina 2% degermante 100 ml	13	48,1	0,26	0,11	0,26 [0,20 - 0,32]
Creme Lanette	5	18,5	0,59	0,2	0,59 [0,41 - 0,76]
Fita crepe 50 m	27	100	0,03	0,01	0,03 [0,02 - 0,03]
Gaze de metro	7	25,9	2,19	0,83	2,19 [1,57 - 2,80]
Gaze não estéril	3	11,1	0,48	0,09	0,48 [0,38 - 0,58]
Luva procedimento não estéril hipoalergênica G	1	3,7	0,27	NA	0,27 [NaN - NaN]
Luva de procedimento não estéril M	22	81,5	0,5	0,29	0,50 [0,38 - 0,62]
Luva de procedimento não estéril P	9	33,3	0,36	0,13	0,36 [0,28 - 0,45]
Pacote de curativo Cirúrgico	26	96,3	0	0	0,00 [0,00 - 0,00]
Pacote gaze estéril	21	77,8	0,36	0,1	0,36 [0,32 - 0,40]
Soro Fisiológico 0,9% 250 ml	4	14,8	0,22	0,17	0,22 [0,06 - 0,38]
Custo total com materiais e soluções	27	100	84,66	3,26	84,66 [83,43 - 85,89]

Tabela 12 - Distribuição das observações do procedimento BU*, segundo o custo com materiais e soluções, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

(continuação)

Variáveis	n	%	Média	DP	Custo médio R\$ [IC 95%]
Custo com pessoal					
Enfermeira	27	100	26,94	11,8	26,94 [22,48 - 31,39]
Técnico/auxiliar de enfermagem	27	100	9,11	6,61	9,11 [6,62 - 11,60]
Custo total com pessoal	27	100	36,05	14,57	36,05 [30,55 - 41,54]
CMTD	27	100	120,71	17,19	120,70 [114,22 - 127,19]

Fonte: Própria autora

(conclusão)

*A BU está contemplada na tabela do SIGTAP como curativo grau II.

Tabela 13 - Distribuição das observações do tempo despendido para a realização do procedimento BU, segundo a categoria do profissional executante e auxiliar. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

Categoria Profissional	Mín	1º quartil	Mediana	Média	3º quartil	Máx	DP
Enfermeira (executante)	4,00	9,64	10,75	11,97	12,89	26,67	5,24
Técnico/auxiliar de enfermagem (auxiliar)	1,25	2,83	5,00	7,17	10,50	19,67	5,20

Fonte: Própria autora

5.4.4 Retirada de pontos

Quanto ao procedimento retirada de pontos, o custo variou entre R\$ 5,35 e R\$ 33,83 e, conforme indica a Tabela 14, o CMTD foi de R\$ 14,91 (DP=R\$ 6,40), tendo prevalecido o custo da MOD (R\$ 13,64-DP=6,30), apesar das enfermeiras terem feito o maior quantitativo de procedimentos (30 - 62,5%) não houve diferença significativa entre o custo da sua MOD e o custo da MOD do técnico/auxiliar de enfermagem.

Dentre os materiais consumidos, observa-se que os bisturis descartáveis números 11 (valor unitário R\$ 2,35) e 15 (valor unitário R\$ 2,30) foram os que tiveram maior impacto no custo total com materiais.

O tempo médio despendido na realização deste procedimento foi de 6,38 (DP=2,45) minutos para a categoria enfermeira e 9,78 (DP=5,86) minutos para a categoria técnico/auxiliar de enfermagem (Tabela 15).

Tabela 14 - Distribuição das observações do procedimento retirada de pontos, segundo o custo com materiais e soluções, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

Variáveis	n	%	Média	DP	Custo médio R\$ [IC 95%]
Custo com materiais e soluções					
Bisturi descartável n°11	4	8,3	2,35	0,00	2,35 [2,35 - 2,35]
Fita adesiva tipo micropore 12 mm	22	45,8	0,10	0,07	0,10 [0,08 - 0,13]
Bisturi descartável n°15	11	22,9	2,30	0,00	2,30 [2,30 - 2,30]
Benjoim tintura 20% 100 ml	21	43,8	0,14	0,09	0,14 [0,10 - 0,18]
Luva procedimento não estéril hipoalergênica G	2	4,2	0,27	0,00	0,27 [0,27 - 0,27]
Luva procedimento não estéril hipoalergênica M	3	6,2	0,27	0,00	0,27 [0,27 - 0,27]
Luva de procedimento não estéril M	1	2,1	0,24	NA	0,24 [NaN - NaN]
Pacote de curativo Cirúrgico	44	91,7	0,00	0,00	0,00 [0,00 - 0,00]
Pacote gaze estéril	46	95,8	0,29	0,13	0,29 [0,25 - 0,33]
Pinça anatômica	4	8,3	0,00	0,00	0,00 [0,00 - 0,00]
Soro Fisiológico 0,9% 250 ml	27	56,2	0,16	0,16	0,16 [0,10 - 0,22]
Soro Fisiológico Ampola	19	39,6	0,12	0,04	0,12 [0,10 - 0,14]
Custo total com materiais e soluções	48	100	1,28	1,22	1,28 [0,94 - 1,62]
Custo com pessoal					
Enfermeira	30	62,5	14,36	5,52	14,36 [12,39 - 16,34]
Técnico/auxiliar de enfermagem	18	37,5	12,42	7,44	12,42 [8,98 - 15,86]
Custo total com pessoal	48	100	13,64	6,30	13,64 [11,85 - 15,42]
CMTD	48	100	14,91	6,40	14,91 [13,10 - 16,73]

Fonte: Própria autora

Tabela 15 - Distribuição das observações do tempo despendido para a realização do procedimento retirada de pontos, segundo a categoria do profissional. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

Categoria Profissional	Mín	1º quartil	Mediana	Média	3º quartil	Máx	DP
Enfermeira	3,00	4,88	5,67	6,38	7,12	12,50	2,45
Técnico/auxiliar de enfermagem	3,92	5,08	8,19	9,78	12,25	23,98	5,86

Fonte: Própria autora

5.4.5 Cateterismo vesical

No que diz respeito ao procedimento CVD, o custo variou de R\$ 45,06 a R\$ 75,15 e, conforme indica a Tabela 16, o CMTD foi de R\$ 57,65 (DP=R\$ 8,94), tendo prevalecido o custo da MOD (R\$ 39,77-DP=8,72).

Dentre os materiais consumidos, observa-se que o sistema coletor fechado de urina (valor unitário R\$ 6,33), seguido do tubo de lidocaína geleia a 2% (valor unitário R\$ 4,22) e os cateteres vesicais de Foley números 16, 18, 20 e 22 (valores unitários R\$ 4,47, R\$ 3,00, R\$ 4,76 e R\$ 4,58 respectivamente) foram os que tiveram maior impacto no custo total com materiais.

O tempo médio despendido na realização do CVD foi de 14,68 (DP=13,00) minutos para a categoria enfermeira e 10,38 (DP=4,30) minutos para a categoria técnico/auxiliar de enfermagem (Tabela 17). Por ser este um procedimento privativo da enfermeira, o técnico/auxiliar de enfermagem participou realizando atividades de auxílio.

Tabela 16 - Distribuição das observações do procedimento CVD, segundo o custo com materiais e soluções, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

(continua)

Variáveis	n	%	Média	DP	Custo médio R\$ [IC 95%]
Custo com materiais e soluções					
Cateter vesical Foley n°16	4	19,00	4,47	0	4,47 [4,47 - 4,47]
Cateter vesical Foley n°18	11	52,40	3,00	0	3,00 [3,00 - 3,00]
Cateter vesical Foley n°20	3	14,3	4,76	0	4,76 [4,76 - 4,76]
Cateter vesical Foley n°22	3	14,3	4,58	0	4,58 [4,58 - 4,58]
Fita adesiva tipo micropore 50 mm	16	76,2	0,06	0,02	0,06 [0,05 - 0,07]
Água destilada ampola	21	100	0,12	0	0,12 [0,12 - 0,12]
Agulha 30 x 7	3	14,3	0,09	0	0,09 [0,09 - 0,09]
Agulha 30 x 8	18	85,7	0,07	0,02	0,07 [0,06 - 0,08]
Álcool a 70% almotolia 100 ml	2	9,5	0,04	0	0,04 [0,04 - 0,04]
Algodão 100 g 100 bolas	2	9,5	0,03	0	0,03 [0,03 - 0,03]
Clorexidina 2% degermante 100 ml	3	14,3	0,12	0,12	0,12 [-0,02 - 0,26]
Clorexidina aquosa 1% 100 ml	21	100	1,36	0	1,36 [1,36 - 1,36]
Luva de procedimento não estéril G	1	4,8	0,25	NA	0,25 [NaN - NaN]
Gaze não estéril	4	19	0,22	0,09	0,22 [0,13 - 0,31]

Tabela 16 - Distribuição das observações do procedimento CVD, segundo o custo com materiais e soluções, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

(continuação)

Variáveis	n	%	Média	DP	Custo médio R\$ [IC 95%]
Custo com materiais e soluções					
Luva procedimento não estéril hipoalergênica M	1	4,8	0,27	NA	0,27 [NaN - NaN]
Luva procedimento estéril M	9	42,9	0,8	0	0,80 [0,80 - 0,80]
Luva procedimento não estéril M	7	33,3	0,31	0,18	0,31 [0,18 - 0,44]
Máscara cirúrgica	5	23,8	0,08	0	0,08 [0,08 - 0,08]
Luva de procedimento estéril P	13	61,9	0,8	0	0,80 [0,80 - 0,80]
Luva de procedimento não estéril P	5	23,8	0,25	0	0,25 [0,25 - 0,25]
Pacote de cateterismo vesical	21	100	0	0	0,00 [0,00 - 0,00]
Pacote gaze estéril	21	100	0,33	0	0,33 [0,33 - 0,33]
Seringa descartável 10ml Slip	14	66,7	0,41	0,15	0,41 [0,33 - 0,49]
Seringa descartável 20ml Slip	8	38,1	0,63	0,32	0,63 [0,41 - 0,85]
Seringa descartável 5ml Slip	2	9,5	0,1	0	0,10 [0,10 - 0,10]
Sistema coletor fechado urina	21	100	6,33	0	6,33 [6,33 - 6,33]
Tubo lidocaína geleia a 2%	21	100	4,22	0	4,22 [4,22 - 4,22]
Custo total com materiais e soluções	21	100	17,88	0,9	17,88 [17,50 - 18,26]
Custo com pessoal					
Enfermeira	21	100	26,6	5,94	26,60 [24,06 - 29,14]
Técnico/auxiliar de enfermagem	21	100	13,18	5,48	13,18 [10,84 - 15,52]
Custo total com pessoal	21	100	39,77	8,72	39,77 [36,04 - 43,50]
CMTD	21	100	57,65	8,94	57,65 [53,83 - 61,47]

Fonte: Própria autora

(conclusão)

Tabela 17 - Distribuição das observações do tempo despendido para a realização do procedimento CVD, segundo a categoria do profissional executante e auxiliar. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

Categoria Profissional	Mín	1º quartil	Media na	Média	3º quartil	Máx	DP
Enfermeira (executante)	8	9,93	11,67	14,68	14,5	72,2	13
Técnico/auxiliar de enfermagem (auxiliar)	3,5	8,15	10,42	10,38	12,18	19	4,3

Fonte: Própria autora

No que tange ao procedimento CVA, o custo variou entre R\$ 24,47 e R\$ 28,82 e, conforme indica a Tabela 18, o CMTD foi de R\$ 27,12 (DP=1,93), tendo prevalecido o custo da MOD (R\$ 19,52-DP=1,79).

Dentre os materiais consumidos, observa-se que o tubo de lidocaína geleia a 2% (valor unitário R\$ 4,22), seguida de clorexidina aquosa 1% (valor unitário R\$ 1,36) foram os que tiveram maior impacto no custo total com materiais.

O tempo médio despendido na realização deste procedimento foi de 8,68 (DP=0,80) minutos para a categoria enfermeira (Tabela 19), pois, este é um procedimento privativo desta.

Tabela 18 - Distribuição das observações do procedimento CVA, segundo o custo com materiais e soluções, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

Variáveis	n	%	Média	DP	Custo médio R\$ [IC 95%]
Custo com materiais e soluções					
Sonda Uretral n°10	1	25	0,6	NA	0,60 [NaN - NaN]
Sonda Uretral n°12	4	100	0,58	0	0,58 [0,58 - 0,58]
Sonda Uretral n°14	1	25	0,57	NA	0,57 [NaN - NaN]
Álcool a 70% alcoololia 100 ml	1	25	0,04	NA	0,04 [NaN - NaN]
Algodão 100 g 100 bolas	1	25	0,03	NA	0,03 [NaN - NaN]
Clorexidina aquosa 1% 100 ml	4	100	1,36	0	1,36 [1,36 - 1,36]
Luva de procedimento estéril M	2	50	0,8	0	0,80 [0,80 - 0,80]
Luva de procedimento estéril P	2	50	0,8	0	0,80 [0,80 - 0,80]
Pacote de cateterismo vesical	4	100	0	0	0,00 [0,00 - 0,00]
Pacote gaze estéril	4	100	0,33	0	0,33 [0,33 - 0,33]
Tubo lidocaína geleia a 2%	4	100	4,22	0	4,22 [4,22 - 4,22]
Custo total com materiais e soluções	4	100	7,6	0,62	7,60 [6,99 - 8,21]
Custo com pessoal					
Enfermeira	4	100	19,52	1,79	19,52 [17,77 - 21,27]
Custo total com pessoal	4	100	19,52	1,79	19,52 [17,77 - 21,27]
CMTD	4	100	27,12	1,93	27,12 [25,23 - 29,01]

Fonte: Própria autora

Tabela 19 - Distribuição das observações do tempo despendido por enfermeiras para a realização do procedimento CVA. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

Categoria Profissional	Mín	1º quartil	Mediana	Média	3º quartil	Máx	DP
Enfermeira	7,63	8,47	8,75	8,68	8,95	9,57	0,8

Fonte: Própria autora

5.4.6 Troca de sonda de CTT

Em relação ao procedimento troca de sonda de CTT, o custo variou de R\$ 48,26 a R\$ 96,52 e, conforme indica a Tabela 20, o CMTD foi de R\$ 69,45 (DP=18,47), tendo prevalecido o custo da MOD (R\$ 47,30-DP=17,80).

Dentre os materiais consumidos, observa-se que o dispositivo para fixação de cateter (valor unitário R\$ 31,99), usado somente em um procedimento, seguido do sistema coletor fechado de urina (valor unitário R\$ 6,33), tubo de lidocaína geleia a 2% (valor unitário R\$ 4,22) e dos cateteres vesicais de Foley números 12, 16 e 18 (valores unitários R\$ 2,75, R\$ 4,47, R\$ 3,00, respectivamente) foram os itens que tiveram maior impacto no custo total com materiais.

O tempo médio despendido na realização deste procedimento foi de 17,11 (DP=6,90) minutos para a categoria enfermeira e 6,93 (DP=3,60) minutos para a categoria técnico/auxiliar de enfermagem (Tabela 21). Por ser este um procedimento privativo da enfermeira, o técnico/auxiliar de enfermagem participou desenvolvendo atividades de suporte à sua execução.

Tabela 20 - Distribuição das observações do procedimento troca de sonda de CTT, segundo o custo com materiais e soluções, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

Variáveis	n	%	Média	DP	Custo médio R\$ [IC 95%]
Custo com materiais e soluções					
Cateter vesical Foley nº12	2	28,6	2,75	0	2,75 [2,75 - 2,75]
Cateter vesical Foley nº16	2	28,6	4,47	0	4,47 [4,47 - 4,47]
Cateter vesical Foley nº18	3	42,9	3	0	3,00 [3,00 - 3,00]
Fita adesiva tipo micropore 25 mm	1	14,3	0,02	NA	0,02 [NaN - NaN]
Água destilada ampola	7	100	0,12	0	0,12 [0,12 - 0,12]
Agulha 30 x 7	1	14,3	0,09	NA	0,09 [NaN - NaN]
Agulha 30 x 8	6	85,7	0,07	0	0,07 [0,07 - 0,07]
Clorexidina aquosa 1% 100 ml	7	100	1,36	0	1,36 [1,36 - 1,36]
Dispositivo para fixação cateter	1	14,3	31,99	NA	31,99 [NaN - NaN]
Luva de procedimento não estéril G	1	14,3	0,25	NA	0,25 [NaN - NaN]
Luva procedimento não estéril hipoalergênica P	1	14,3	0,82	NA	0,82 [NaN - NaN]
Luva de procedimento estéril M	2	28,6	0,8	0	0,80 [0,80 - 0,80]
Luva de procedimento não estéril M	1	14,3	0,24	NA	0,24 [NaN - NaN]
Máscara cirúrgica	1	14,3	0,08	NA	0,08 [NaN - NaN]
Luva de procedimento estéril P	5	71,4	0,8	0	0,80 [0,80 - 0,80]
Luva de procedimento não estéril P	3	42,9	0,25	0	0,25 [0,25 - 0,25]
Pacote de cateterismo vesical	7	100	0	0	0,00 [0,00 - 0,00]
Pacote gaze estéril	7	100	0,38	0,12	0,38 [0,29 - 0,47]
Seringa descartável 10ml Slip	4	57,1	0,25	0,1	0,25 [0,15 - 0,35]
Seringa descartável 20ml Slip	3	42,9	1,08	0	1,08 [1,08 - 1,08]
Seringa descartável 5ml Slip	3	42,9	0,1	0	0,10 [0,10 - 0,10]
Sistema coletor fechado urina	7	100	6,33	0	6,33 [6,33 - 6,33]
Tubo lidocaína geleia a 2%	7	100	4,22	0	4,22 [4,22 - 4,22]
Custo total com materiais e soluções	7	100	22,15	11,95	22,15 [13,30 - 31,00]
Custo com pessoal					
Enfermeira	7	100	38,49	15,49	38,49 [27,01 - 49,97]
Técnico/auxiliar de enfermagem	7	100	8,81	4,51	8,81 [5,47 - 12,15]
Custo total com pessoal	7	100	47,3	17,8	47,30 [34,11 - 60,49]
CMTD	7	100	69,45	18,47	69,45 [55,77 - 83,13]

Fonte: Própria autora

Tabela 21 - Distribuição das observações do tempo despendido para a realização do procedimento troca de sonda de CTT, segundo a categoria do profissional executante e auxiliar. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

Categoria Profissional	Mín	1º quartil	Mediana	Média	3º quartil	Máx	DP
Enfermeira (executante)	10,87	12	13,62	17,11	21,13	29	6,9
Técnico/auxiliar de enfermagem (auxiliar)	3	3,6	7,63	6,93	9,68	11,3	3,6

Fonte: Própria autora

5.4.7 Inserção de SNE

Quanto ao procedimento inserção de SNE, o custo variou entre R\$ 65,96 e R\$ 115,29 e, conforme indica a Tabela 22, o CMTD foi de R\$ 83,27 (DP=19,17), tendo prevalecido o custo dos materiais e soluções (R\$ 49,71-DP=0,92).

Dentre os materiais consumidos, a SNE 12 Fr (valor unitário R\$ 39,69), seguida de fixador de SNE adulto (R\$ 5,10) e do tubo de lidocaína geleia a 2% (valor unitário R\$ 3,80-DP=0,94) foram os que tiveram maior impacto no custo total com materiais. Destaque para o custo da MOD da enfermeira (R\$ 33,56-DP=18,81).

Na Tabela 23, verifica-se que o tempo médio despendido pelas enfermeiras na realização deste procedimento, privativo desta categoria profissional, foi de 14,92 (DP=8,40) minutos.

Tabela 22 - Distribuição das observações do procedimento inserção de SNE, segundo o custo com materiais e soluções, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

(continua)

Variáveis	n	%	Média	DP	Custo médio R\$ [IC 95%]
Custo com materiais e soluções					
Fixador de SNE adulto	5	100	5,1	0	5,10 [5,10 - 5,10]
Luva de procedimento não estéril M	1	20	0,48	NA	0,48 [NaN - NaN]
Luva de procedimento não estéril P	4	80	0,38	0,14	0,38 [0,24 - 0,52]
Pacote de curativo Cirúrgico	1	20	0	NA	0,00 [NaN - NaN]
Pacote gaze estéril	5	100	0,33	0	0,33 [0,33 - 0,33]
Seringa descartável 20ml Slip	5	100	0,36	0	0,36 [0,36 - 0,36]
SNE 12 Fr	5	100	39,69	0	39,69 [39,69 - 39,69]
Soro Fisiológico Ampola	1	20	0,16	NA	0,16 [NaN - NaN]

Tabela 22 - Distribuição das observações do procedimento inserção de SNE, segundo o custo com materiais e soluções, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

(continuação)

Variáveis	n	%	Média	DP	Custo médio R\$ [IC 95%]
Tubo lidocaína geleia a 2%	5	100	3,8	0,94	3,80 [2,98 - 4,62]
Custo total com materiais e soluções	5	100	49,71	0,92	49,71 [48,90 - 50,52]
Custo com pessoal					
Enfermeira	5	100	33,56	18,81	33,56 [17,07 - 50,05]
Custo total com pessoal	5	100	33,56	18,81	33,56 [17,07 - 50,05]
CMTD	5	100	83,27	19,17	83,27 [66,47 - 100,07]

Fonte: Própria autora

(conclusão)

Tabela 23 - Distribuição das observações do tempo despendido por enfermeiras para a realização do procedimento inserção de SNE. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

Categoria Profissional	Mín	1º quartil	Mediana	Média	3º quartil	Máx	DP
Enfermeira	7,12	11,18	11,82	14,92	15,6	28,9	8,4

Fonte: Própria autora

5.4.8 Troca do tubo de GTT

No que tange ao procedimento troca do tubo de GTT, houve variação do custo de R\$ 69,80 a R\$ 135,16 e, conforme indica a Tabela 24, o CMTD foi de R\$ 108,74 (DP=19,49), tendo prevalecido o custo dos materiais e soluções (R\$ 84,01-DP=18,58).

Dentre os materiais consumidos, observa-se que os tubos de GTT números 14, 16 e 18 (valores unitários R\$ 86,93, R\$ 90,97 e R\$ 48,85 respectivamente) seguidas do tubo de lidocaína geleia a 2% (valor unitário R\$ 4,22), foram os que tiveram maior impacto no custo total com materiais. Destaque para o custo somente da MOD da enfermeira (R\$ 24,73-DP=6,99).

O tempo médio despendido por enfermeiras na realização deste procedimento, apresentado na Tabela 25, foi de 10,99 (DP=3,10) minutos.

Tabela 24 - Distribuição das observações do procedimento troca do tubo de GTT, segundo o custo com materiais e soluções, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

Variáveis	n	%	Média	DP	Custo médio R\$ [IC 95%]
Custo com materiais e soluções					
Água destilada ampola	11	100	0,13	0,02	0,13 [0,12 - 0,14]
Agulha 30 x 7	2	18,2	0,09	0	0,09 [0,09 - 0,09]
Agulha 30 x 8	9	81,8	0,07	0	0,07 [0,07 - 0,07]
Álcool a 70% almotolia 100 ml	10	90,9	0,01	0	0,01 [0,01 - 0,01]
Algodão 100 g 100 bolas	11	100	0,03	0,01	0,03 [0,02 - 0,04]
Luva de procedimento estéril M	1	9,1	0,8	NA	0,80 [NaN - NaN]
Luva de procedimento estéril P	8	72,7	0,8	0	0,80 [0,80 - 0,80]
Luva de procedimento não estéril P	3	27,3	0,25	0	0,25 [0,25 - 0,25]
Pacote gaze estéril	10	90,9	0,31	0,05	0,31 [0,28 - 0,34]
Seringa descartável 10ml Slip	8	72,7	0,32	0,1	0,32 [0,25 - 0,39]
Seringa descartável 20ml Slip	3	27,3	0,6	0,21	0,60 [0,36 - 0,84]
Sonda de GTT n°14	4	36,4	86,93	0	86,93 [86,93 - 86,93]
Sonda de GTT n°16	4	36,4	90,97	0	90,97 [90,97 - 90,97]
Sonda de GTT n°18	3	27,3	48,85	0	48,85 [48,85 - 48,85]
Soro Fisiológico Ampola	11	100	0,16	0	0,16 [0,16 - 0,16]
Tubo lidocaína geleia a 2%	11	100	4,22	0	4,22 [4,22 - 4,22]
Custo total com materiais e soluções	11	100	84,01	18,58	84,01 [73,03 - 94,99]
Custo com pessoal					
Enfermeira	11	100	24,73	6,99	24,73 [20,60 - 28,86]
Custo total com pessoal	11	100	24,73	6,99	24,73 [20,60 - 28,86]
CMTD	11	100	108,74	19,49	108,74 [97,22 - 120,26]

Fonte: Própria autora

Tabela 25 - Distribuição das observações do tempo despendido por enfermeiras para a realização do procedimento troca do tubo de GTT. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

Categoria Profissional	Mín	1º quartil	Mediana	Média	3º quartil	Máx	DP
Enfermeira	6,58	9,01	10,4	10,99	12,19	17	3,1

Fonte: Própria autora

5.4.9 Troca de bolsa de colostomia

Quanto ao procedimento troca de bolsa de colostomia, o custo variou entre R\$ 38,03 e R\$ 95,35 e, conforme indica a Tabela 26, o CMTD foi de R\$ 53,65 (DP=19,47), tendo prevalecido o custo da MOD (R\$ 42,37-DP=19,49), destacando o custo da MOD da enfermeira (R\$ 46,06-DP=22,09), categoria que realizou a maior quantidade de procedimentos (5 - 71,43%).

Dentre os materiais consumidos, observa-se que a bolsa de colostomia (valor unitário R\$ 9,63) foi o que teve maior impacto no custo total com materiais.

O tempo médio despendido na realização deste procedimento foi de 20,47 (DP=9,80) minutos para a categoria enfermeira e 19,27 (DP=2,20) minutos para a categoria técnico/auxiliar de enfermagem (Tabela 27).

Tabela 26 - Distribuição das observações do procedimento troca de bolsa de colostomia, segundo o custo com materiais e soluções, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

Variáveis	n	%	Média	DP	Custo médio R\$ [IC 95%]
Custo com materiais e soluções					
Bolsa de colostomia	7	100	9,63	0	9,63 [9,63 - 9,63]
Cavilon-protetor cutâneo 28 ml (10 puffs/ml)	3	42,9	0,84	0,11	0,84 [0,72 - 0,96]
Gaze não estéril	7	100	0,39	0,14	0,39 [0,29 - 0,49]
Luva procedimento não estéril hipoalergênica P	1	14,3	1,09	NA	1,09 [NaN - NaN]
Luva de procedimento não estéril M	5	71,4	0,38	0,13	0,38 [0,27 - 0,49]
Máscara cirúrgica	2	28,6	0,08	0	0,08 [0,08 - 0,08]
Luva de procedimento não estéril P	1	14,3	1	NA	1,00 [NaN - NaN]
Pacote de curativo Cirúrgico	7	100	0	0	0,00 [0,00 - 0,00]
Sabonete neutro	7	100	0,2	0	0,20 [0,20 - 0,20]
Soro Fisiológico 0,9% 250 ml	2	28,6	0,36	0,13	0,36 [0,18 - 0,54]
Custo total com materiais e soluções	7	100	11,28	0,73	11,28 [10,74 - 11,82]
Custo com pessoal					
Enfermeira	5	71,4	46,06	22,09	46,06 [26,70 - 65,42]
Técnico/auxiliar de enfermagem	2	28,6	33,14	9,45	33,14 [20,04 - 46,24]
Custo total com pessoal	7	100	42,37	19,49	42,37 [27,93 - 56,81]
CMTD	7	100	53,65	19,47	53,65 [39,23 - 68,07]

Fonte: Própria autora

Tabela 27 - Distribuição das observações do tempo despendido para a realização do procedimento troca de bolsa de colostomia, segundo a categoria do profissional. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

Categoria Profissional	Mín	1º quartil	Mediana	Média	3º quartil	Máx	DP
Enfermeira	12,42	15	17,17	20,47	20,57	37,2	9,8
Técnico/auxiliar de enfermagem	17,7	18,48	19,27	19,27	20,05	20,8	2,2
Total	12,42	16,08	17,7	20,13	20,7	37,2	8,1

Fonte: Própria autora

5.4.10 Glicemia capilar

No que diz respeito ao procedimento glicemia capilar, o custo variou entre R\$ 4,20 e R\$ 11,99 e, conforme indica a Tabela 28, o CMTD foi de R\$ 6,42 (DP=1,83), tendo prevalecido o custo da MOD (R\$ 5,26-DP=1,83), destacando o custo da MOD da enfermeira (R\$ 6,43-DP=1,70).

Dentre os materiais consumidos, observa-se que a tira reagente (valor unitário R\$ 0,67) foi o que teve maior impacto no custo total com materiais.

O tempo médio despendido na realização deste procedimento foi de 2,86 (DP=0,80) minutos para a categoria enfermeira e 3,07 (DP=0,50) minutos para a categoria técnico/auxiliar de enfermagem (Tabela 29).

Tabela 28 - Distribuição das observações do procedimento glicemia capilar, segundo o custo com materiais e soluções, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

(continua)

Variáveis	n	%	Média	DP	Custo médio R\$ [IC 95%]
Custo com materiais e soluções					
Álcool a 70% alcoololia 100 ml	26	100	0,02	0,01	0,02 [0,02 - 0,02]
Algodão 100 g 100 bolas	26	100	0,04	0,01	0,04 [0,04 - 0,04]
Luva de procedimento não estéril G	1	3,8	0,25	NA	0,25 [NaN - NaN]
Lanceta retrátil punção digital	26	100	0,19	0	0,19 [0,19 - 0,19]
Luva procedimento não estéril hipoalergênica M	1	3,8	0,27	NA	0,27 [NaN - NaN]
Luva procedimento não estéril hipoalergênica P	9	34,6	0,24	0,06	0,24 [0,20 - 0,28]
Luva de procedimento não estéril M	10	38,5	0,23	0,04	0,23 [0,21 - 0,25]
Monitor de glicemia capilar	26	100	0	0	0,00 [0,00 - 0,00]
Luva de procedimento não estéril P	5	19,2	0,25	0	0,25 [0,25 - 0,25]

Tabela 28 - Distribuição das observações do procedimento glicemia capilar, segundo o custo com materiais e soluções, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

(continuação)

Variáveis	n	%	Média	DP	Custo médio R\$ [IC 95%]
Tira reagente glicemia capilar	26	100	0,67	0	0,67 [0,67 - 0,67]
Custo total com materiais e soluções	26	100	1,15	0,04	1,15 [1,13 - 1,17]
Custo com pessoal					
Enfermeira	14	53,8	6,43	1,7	6,43 [5,54 - 7,32]
Técnico/auxiliar de enfermagem	12	46,2	3,9	0,63	3,90 [3,54 - 4,26]
Custo total com pessoal	26	100	5,26	1,83	5,26 [4,56 - 5,96]
CMTD	26	100	6,42	1,83	6,42 [5,72 - 7,12]

Fonte: Própria autora

(conclusão)

Tabela 29 - Distribuição das observações do tempo despendido para a realização do procedimento glicemia capilar, segundo a categoria do profissional. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

Categoria Profissional	Mín	1º quartil	Mediana	Média	3º quartil	Máx	DP
Enfermeira	2,08	2,24	2,75	2,86	3,21	4,82	0,8
Técnico/auxiliar de enfermagem	2,4	2,77	3,05	3,07	3,33	4,02	0,5
Total	2,08	2,45	2,87	2,96	3,29	4,82	0,7

Fonte: Própria autora

5.4.11 Aferição de PA e FC

Em relação ao procedimento aferição de PA e FC, o custo variou entre de R\$ 1,86 e R\$ 6,46 e, conforme indica a Tabela 30, o CMTD foi de R\$ 2,86 (DP=0,64), tendo sido realizado exclusivamente por técnico/auxiliar de enfermagem.

O tempo médio despendido pelo técnico/auxiliar de enfermagem na realização deste procedimento foi de 2,25 (DP=0,51) minutos (Tabela 31).

Tabela 30 - Distribuição das observações do procedimento aferição de PA e FC, segundo o custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

Variáveis	n	%	Média	DP	Custo médio R\$ [IC 95%]
Custo com pessoal					
Técnico/auxiliar de enfermagem	74	100	2,86	0,64	2,86 [2,71 - 3,01]
Custo total com pessoal	74	100	2,86	0,64	2,86 [2,71 - 3,01]
CMTD	74	100	2,86	0,64	2,86 [2,71 - 3,01]

Fonte: Própria autora

Tabela 31 - Distribuição das observações do tempo despendido por técnico/auxiliar de enfermagem para a realização do procedimento aferição de PA e FC. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

Categoria Profissional	Mín	1º quartil	Mediana	Média	3º quartil	Máx	DP
Técnico/auxiliar de enfermagem	1,47	2,00	2,24	2,25	2,40	5,08	0,51

Fonte: Própria autora

5.4.12 Medicações

Quanto ao procedimento IM, o custo variou entre R\$ 4,05 e R\$ 10,74 e, conforme indica a Tabela 32, o CMTD foi de R\$ 6,15 (DP=1,52), tendo sido realizado exclusivamente por técnico/auxiliar de enfermagem.

Dentre os materiais consumidos, observa-se que as luvas de procedimentos (valor unitário R\$ 0,27) foram os itens que tiveram maior impacto no custo total com materiais.

O tempo médio despendido pelo técnico/auxiliar de enfermagem na realização deste procedimento foi de 4,25 (DP=1,20) minutos para a categoria técnico/auxiliar de enfermagem (Tabela 33).

Tabela 32 - Distribuição das observações do procedimento IM, segundo o custo com materiais e soluções, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

Variáveis	n	%	Média	DP	Custo médio R\$ [IC 95%]
Custo com materiais e soluções					
Agulha 30 x 7	55	88,7	0,09	0	0,09 [0,09 - 0,09]
Agulha 30 x 8	60	96,8	0,08	0,02	0,08 [0,07 - 0,09]
Álcool a 70% alcoololia 100 ml	62	100	0,09	0,03	0,09 [0,08 - 0,11]
Algodão 100 g 100 bolas	62	100	0,06	0,01	0,06 [0,06 - 0,06]
Crema Lanette	1	1,6	0,07	NA	0,07 [NaN - NaN]
Curativo adesivo - Blood Stop	59	95,2	0,02	0	0,02 [0,02 - 0,02]
Luva procedimento não estéril hipoalergênica M	10	16,1	0,27	0	0,27 [0,27 - 0,27]
Luva procedimento não estéril hipoalergênica P	33	53,2	0,27	0	0,27 [0,27 - 0,27]
Luva de procedimento não estéril M	18	29	0,24	0	0,24 [0,24 - 0,24]
Máscara cirúrgica	50	80,6	0,08	0	0,08 [0,08 - 0,08]
Luva de procedimento não estéril P	1	1,6	0,25	NA	0,25 [NaN - NaN]
Seringa 3 ml Luer Lock	29	46,8	0,09	0	0,09 [0,09 - 0,09]
Seringa 5 ml Luer Lock	33	53,2	0,16	0,05	0,16 [0,14 - 0,18]
Soro Fisiológico Ampola	1	1,6	0,08	NA	0,08 [NaN - NaN]
Custo total com materiais e soluções	62	100	0,75	0,07	0,75 [0,73 - 0,77]
Custo com pessoal					
Técnico/auxiliar de enfermagem	62	100	5,39	1,51	5,39 [5,01 - 5,77]
Custo total com pessoal	62	100	5,39	1,51	5,39 [5,01 - 5,77]
CMTD	62	100	6,15	1,52	6,15 [5,77 - 6,53]

Fonte: Própria autora

Tabela 33 - Distribuição das observações do tempo despendido por técnico/auxiliar de enfermagem para a IM. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

Categoria Profissional	Mín	1º quartil	Mediana	Média	3º quartil	Máx	DP
Técnico/auxiliar de enfermagem	2,62	3,39	3,92	4,25	5,02	7,87	1,2

Fonte: Própria autora

No que diz respeito ao procedimento VO, o custo variou entre de R\$ 1,62 e R\$ 6,13 e, conforme indica a Tabela 34, o CMTD foi de R\$ 3,38 (DP=1,29), tendo prevalecido o custo da MOD dos técnicos/auxiliares de enfermagem (R\$ 3,36 - DP=1,28).

Dentre os materiais consumidos, observa-se que somente foram utilizados copos de plásticos descartáveis (valor unitário R\$ 0,02-DP=0,01).

O tempo médio despendido pelo técnico/auxiliar de enfermagem na realização deste procedimento foi de 2,70 (DP=0,90) minutos (Tabela 35).

Tabela 34 - Distribuição das observações do procedimento VO, segundo o custo com materiais, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

Variáveis	n	%	Média	DP	Custo médio R\$ [IC 95%]
Custo com materiais					
Copo plástico 200 ml	32	76,2	0,02	0,01	0,02 [0,02 - 0,02]
Copo plástico 50 ml	40	95,2	0,01	0	0,01 [0,01 - 0,01]
Custo total com materiais	42	100	0,03	0,01	0,03 [0,03 - 0,03]
Custo com pessoal					
Técnico/auxiliar de enfermagem	42	100	3,36	1,28	3,36 [2,97 - 3,75]
Custo total com pessoal	42	100	3,36	1,28	3,36 [2,97 - 3,75]
CMTD	42	100	3,38	1,29	3,38 [2,99 - 3,77]

Fonte: Própria autora

Tabela 35 - Distribuição das observações do tempo despendido por técnico/auxiliar de enfermagem para a VO. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

Categoria Profissional	Mín	1º quartil	Mediana	Média	3º quartil	Máx	DP
Técnico/auxiliar de enfermagem	1,25	1,91	2,62	2,7	3,17	4,8	0,9

Fonte: Própria autora

No que tange ao procedimento SL, o custo variou entre de R\$ 2,88 e R\$ 5,92 e, conforme indica a Tabela 36, o CMTD foi de R\$ 3,35 (DP=0,99), tendo prevalecido o custo da MOD dos técnicos/auxiliares de enfermagem (R\$ 3,33-DP=0,99).

Dentre os materiais consumidos, observa-se que somente foram utilizados copos de plásticos descartáveis (valor unitário R\$ 0,01).

O tempo médio despendido pelo técnico/auxiliar de enfermagem na realização deste procedimento foi de 2,62 (DP=0,80) minutos (Tabela 37).

Tabela 36 - Distribuição das observações do procedimento SL, segundo o custo com materiais, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

Variáveis	n	%	Média	DP	Custo médio R\$ [IC 95%]
Custo com material					
Copo plástico 50 ml	17	100	0,01	0	0,01 [0,01 - 0,01]
Custo total com material	17	100	0,01	0	0,01 [0,01 - 0,01]
Custo com pessoal					
Técnico/auxiliar de enfermagem	17	100	3,33	0,99	3,33 [2,86 - 3,80]
Custo total com pessoal	17	100	3,33	0,99	3,33 [2,86 - 3,80]
CMTD	17	100	3,35	0,99	3,35 [2,88 - 3,82]

Fonte: Própria autora

Tabela 37 - Distribuição das observações do tempo despendido por técnico/auxiliar de enfermagem para a SL. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

Categoria Profissional	Mín	1º quartil	Mediana	Média	3º quartil	Máx	DP
Técnico/auxiliar de enfermagem	1,78	2,07	2,35	2,62	2,93	4,65	0,8

Fonte: Própria autora

Em relação ao procedimento SC, o custo deste procedimento variou entre de R\$ 3,29 e R\$ 5,75 e, conforme indica a Tabela 38, o CMTD foi de R\$ 4,46 (DP=1,05), tendo prevalecido o custo da MOD dos técnicos/auxiliares de enfermagem (R\$ 3,84-DP=1,02).

Dentre os materiais consumidos, observa-se que a seringa de 1 ml (R\$ 0,32) seguida das luvas de procedimentos (valores unitários R\$ 0,24 e R\$ 0,25) foram os que tiveram maior impacto no custo total com materiais.

O tempo médio despendido pelo técnico/auxiliar de enfermagem na realização deste procedimento foi de 3,03 (DP=0,80) minutos (Tabela 39).

Tabela 38 - Distribuição das observações do procedimento SC, segundo o custo com materiais e soluções, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

Variáveis	n	%	Média	DP	Custo médio R\$ [IC 95%]
Custo com materiais e soluções					
Fita adesiva tipo micropore 12 mm	1	20	0,01	NA	0,01 [NaN - NaN]
Agulha 13 x 4,5	5	100	0,05	0	0,05 [0,05 - 0,05]
Álcool a 70% almotolia 100 ml	5	100	0,05	0,01	0,03 [0,02 - 0,04]
Algodão 100 g 100 bolas	5	100	0,05	0	0,03 [0,03 - 0,03]
Luva de procedimento não estéril M	3	60	0,24	0	0,24 [0,24 - 0,24]
Máscara cirúrgica	5	100	0,08	0	0,08 [0,08 - 0,08]
Luva de procedimento não estéril P	2	40	0,25	NA	0,25 [NaN - NaN]
Seringa de 1 ml - insulina	5	100	0,32	0	0,32 [0,32 - 0,32]
Custo total com materiais e soluções	5	100	0,61	0,26	0,61 [0,38 - 0,84]
Custo com pessoal					
Técnico/auxiliar de enfermagem	5	100	3,84	1,02	3,84 [2,95 - 4,73]
Custo total com pessoal	5	100	3,84	1,02	3,84 [2,95 - 4,73]
CMTD	5	100	4,46	1,05	4,46 [3,54 - 5,38]

Fonte: Própria autora

Tabela 39 - Distribuição das observações do tempo despendido por técnico/auxiliar de enfermagem para a SC. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

Categoria Profissional	Mín.	1º quartil	Mediana	Média	3º quartil	Máx.	DP
Técnico/auxiliar de enfermagem	2	2,47	3,1	3,03	3,63	3,93	0,8

Fonte: Própria autora

Quanto ao procedimento inalação, o custo variou entre de R\$ 2,06 e R\$ 7,78 e, conforme indica a Tabela 40, o CMTD foi de R\$ 4,82 (DP=1,81), tendo prevalecido o custo da MOD dos técnicos/auxiliares de enfermagem (R\$ 4,68-DP=1,81).

Dentre os materiais consumidos, observa-se que a ampola de soro fisiológico (valor unitário R\$ 0,12-DP=R\$ 0,04) foi o que teve maior impacto no custo total com materiais.

O tempo médio despendido pelo técnico/auxiliar de enfermagem na realização deste procedimento foi de 3,69 (DP=1,43) minutos (Tabela 41).

Tabela 40 - Distribuição das observações do procedimento inalação, segundo o custo com materiais e soluções, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

Variáveis	n	%	Média	DP	Custo médio R\$ [IC 95%]
Custo com material e soluções					
Álcool a 70% alcoololia 100 ml	10	40	0,01	0,01	0,01 [0,01 - 0,02]
Algodão 100 g 100 bolas	10	40	0,03	0	0,03 [0,03 - 0,03]
Inalador	25	100	0	0	0,00 [0,00 - 0,00]
Soro Fisiológico Ampola	25	100	0,12	0,04	0,12 [0,11 - 0,14]
Custo total com materiais e soluções	25	100	0,14	0,05	0,14 [0,12 - 0,16]
Custo com pessoal					
Técnico/auxiliar de enfermagem	25	100	4,68	1,81	4,68 [3,97 - 5,39]
Custo total com pessoal	25	100	4,68	1,81	4,68 [3,97 - 5,39]
CMTD	25	100	4,82	1,81	4,82 [4,12 - 5,53]

Fonte: Própria autora

Tabela 41 - Distribuição das observações do tempo despendido por técnico/auxiliar de enfermagem para a realização de inalação. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

Categoria Profissional	Mín	1º quartil	Mediana	Média	3º quartil	Máx	DP
Técnico/auxiliar de enfermagem	1,47	2,50	3,33	3,69	5,00	6,03	1,43

Fonte: Própria autora

Em relação ao procedimento instilação ocular, o custo variou entre de R\$ 2,59 e R\$ 10,99 e, conforme indica a Tabela 42, o CMTD foi de R\$ 4,45 (DP=2,11), tendo prevalecido o custo da MOD dos técnicos/auxiliares de enfermagem (R\$ 4,22-DP=1,82).

Dentre os materiais consumidos, observa-se que a luva de procedimento não estéril M (valor unitário R\$ 0,24), seguida da ampola de soro fisiológico (valor unitário R\$ 0,16) foram os itens que tiveram maior impacto no custo total com materiais.

O tempo médio despendido pelo técnico/auxiliar de enfermagem na realização deste procedimento foi de 3,32 (DP=1,40) minutos (Tabela 43).

Tabela 42 - Distribuição das observações do procedimento instilação ocular, segundo o custo com materiais e soluções, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

Variáveis	n	%	Média	DP	Custo médio R\$ [IC 95%]
Custo com materiais e soluções					
Algodão 100 g 100 bolas	7	20	0,06	0	0,06 [0,06 - 0,06]
Gaze não estéril	35	100	0,07	0,04	0,07 [0,06 - 0,08]
Luva procedimento não estéril hipoalergênica P	7	20	0,6	0,19	0,60 [0,46 - 0,74]
Luva de procedimento não estéril M	1	2,9	0,24	NA	0,24 [NaN - NaN]
Soro Fisiológico Ampola	7	20	0,16	0	0,16 [0,16 - 0,16]
Custo total com materiais e soluções	35	100	0,24	0,16	0,24 [0,12 - 0,36]
Custo com pessoal					
Técnico/auxiliar de enfermagem	35	100	4,22	1,82	4,22 [3,62 - 4,82]
Custo total com pessoal	35	100	4,22	1,82	4,22 [3,62 - 4,82]
CMTD	35	100	4,45	2,11	4,45 [3,75 - 5,15]

Fonte: Própria autora

Tabela 43 - Distribuição das observações do tempo despendido por técnico/auxiliar de enfermagem para a realização do procedimento instilação ocular. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

Categoria Profissional	Mín	1º quartil	Mediana	Média	3º quartil	Máx	DP
Técnico/auxiliar de enfermagem	1,92	2,28	2,98	3,32	3,52	7,75	1,4

Fonte: Própria autora

Quanto ao procedimento EV, o custo variou de R\$ 5,69 a R\$ 34,99 e, conforme indica a Tabela 44, o CMTD foi de R\$ 14,16 (DP=5,37), tendo prevalecido o custo da MOD dos técnicos/auxiliares de enfermagem (R\$ 10,52-DP=3,05).

Dentre os materiais consumidos, observa-se que o cateter venoso (Intima® número 20) (valor unitário R\$ 19,42), porém foi utilizado em apenas 2 procedimentos (3,22%), seguido de injetor de borracha descartável (valor unitário R\$ 4,44) sendo utilizado em somente 3 procedimentos (4,84%) foram os que tiveram maior impacto no custo total com materiais.

O tempo médio despendido pelo técnico/auxiliar de enfermagem na realização deste procedimento foi de 8,28 (DP=2,40) minutos (Tabela 45).

Tabela 44 - Distribuição das observações do procedimento EV, segundo o custo com materiais e soluções, custo com pessoal e CMTD. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

Variáveis	n	%	Média	DP	Custo médio R\$ [IC 95%]
Custo com materiais e soluções					
Fita adesiva tipo micropore 12 mm	1	1,6	0,03	NA	0,03 [NaN - NaN]
Fita adesiva tipo micropore 25 mm	60	96,8	0,02	0	0,02 [0,02 - 0,02]
Água destilada ampola	4	6,5	0,15	0,06	0,15 [0,09 - 0,21]
Agulha 30 x 7	1	1,6	0,09	NA	0,09 [NaN - NaN]
Agulha 30 x 8	60	96,8	0,08	0,03	0,08 [0,07 - 0,09]
Álcool a 70% almotolia 100 ml	62	100	0,07	0,03	0,07 [0,06 - 0,08]
Algodão 100 g 100 bolas	62	100	0,08	0,02	0,08 [0,08 - 0,08]
Cloreto de sódio 0,9% 100 ml infusão	14	22,6	1,29	0	1,29 [1,29 - 1,29]
Cloreto de sódio 0,9% 50 ml infusão	1	1,6	2,25	NA	2,25 [NaN - NaN]
Curativo adesivo - Blood Stop	60	96,8	0,02	0	0,02 [0,02 - 0,02]
Equipo de soro	16	25,8	1,57	0	1,57 [1,57 - 1,57]
Injetor de borracha descartável	3	4,8	4,44	0	4,44 [4,44 - 4,44]
Cateter venoso - Íntima n°20	2	3,2	19,42	0	19,42 [19,42 - 19,42]
Cateter venoso - Jelco n°20	4	6,5	1,64	0	1,64 [1,64 - 1,64]
Cateter venoso - Jelco n°22	3	4,8	1,85	0	1,85 [1,85 - 1,85]
Luva procedimento não estéril hipoalergênica M	10	16,1	0,32	0,11	0,32 [0,25 - 0,39]
Luva procedimento não estéril hipoalergênica P	31	50	0,34	0,12	0,34 [0,30 - 0,38]
Luva de procedimento não estéril M	13	21	0,26	0,07	0,26 [0,22 - 0,30]
Máscara cirúrgica	52	83,9	0,08	0	0,08 [0,08 - 0,08]
Luva de procedimento não estéril P	10	16,1	0,25	0	0,25 [0,25 - 0,25]
Cateter venoso - Scalp n°21	37	59,7	0,81	0	0,81 [0,81 - 0,81]
Cateter venoso - Scalp n°23	16	25,8	0,69	0	0,69 [0,69 - 0,69]
Seringa 10 ml Luer Lock	21	33,9	0,24	0,08	0,24 [0,21 - 0,27]
Seringa 20 ml Luer Lock	33	53,2	0,43	0,15	0,43 [0,38 - 0,48]
Seringa 3 ml Luer Lock	2	3,2	0,09	0	0,09 [0,09 - 0,09]
Seringa 5 ml Luer Lock	13	21	0,15	0	0,15 [0,15 - 0,15]
Seringa descartável 20ml Slip	1	1,6	0,72	NA	0,72 [NaN - NaN]
Soro Fisiológico Ampola	38	61,3	0,27	0,15	0,27 [0,22 - 0,32]
Custo total com materiais e soluções	62	100	3,61	1,30	3,61 [2,70 - 4,52]
Custo com pessoal					
Técnico/auxiliar de enfermagem	62	100	10,52	3,05	10,52 [9,76 - 11,28]
Custo total com pessoal	62	100	10,52	3,05	10,52 [9,76 - 11,28]
CMTD	62	100	14,16	5,37	14,16 [12,82 - 15,50]

Fonte: Própria autora

Tabela 45 - Distribuição das observações do tempo despendido por técnico/auxiliar de enfermagem para a realização do procedimento EV. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

Categoria Profissional	Mín	1º quartil	Mediana	Média	3º quartil	Máx	DP
Técnico/auxiliar de enfermagem	3,25	6,62	8,11	8,28	9,88	12,9	2,4

Fonte: Própria autora

Observa-se na tabela 46 que o custo dos materiais/soluções prevaleceu apenas nos procedimentos de BU, inserção de SNE e troca do tubo de GTT, sendo que o custo da MOD foi o que mais impactou nos demais procedimentos.

Tabela 46 - Relação entre custo com materiais/soluções e MOD na composição do CMTD dos procedimentos de enfermagem. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

Procedimentos	Materiais/soluções (%)	MOD (%)	TOTAL (%)
Retirada de pontos	8,58	91,42	100,00
BU	70,14	29,86	100,00
Curativo G	15,80	84,20	100,00
Curativo M	12,28	87,72	100,00
Curativo P	9,74	90,26	100,00
CVD	31,02	68,98	100,00
CVA	28,02	71,98	100,00
Troca de sonda de CTT	31,90	68,10	100,00
Inserção de SNE	59,70	40,30	100,00
Troca do tubo de GTT	77,26	22,74	100,00
Troca da bolsa de colostomia	21,03	78,97	100,00
Glicemia capilar	18,07	81,93	100,00
IM	20,15	79,85	100,00
VO	0,60	99,40	100,00
SL	0,60	99,40	100,00
SC	13,90	86,10	100,00
Inalação	2,90	97,10	100,00
Instilação ocular	5,17	94,83	100,00
EV	25,70	74,30	100,00
Aferição de PA e FC	-	100,00	100,00
CE obstétrica e ginecológica	-	100,00	100,00
CE cirúrgica	-	100,00	100,00
CE médica	-	100,00	100,00
CE pediátrica	-	100,00	100,00

Fonte: Própria autora

5.5 VALORES REEMBOLSADOS PELO SUS AO HU-USP PELOS PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM REALIZADOS PACTUADOS E NÃO PACTUADOS

Em relação ao ano de 2016, verifica-se no Quadro 6, no que diz respeito às consultas de nível superior exceto médicas, foram pactuados entre o SUS e o HU-USP 117.900 procedimentos ao custo de R\$ 6,30, porém foram contabilizadas somente as CE realizadas no ambulatório (10.489), perfazendo o montante de R\$ 66.080,70.

Quanto ao Curativo grau II foi pactuado entre o SUS e o HU-USP apenas 24 procedimentos ao custo de R\$ 32,40, perfazendo o montante de R\$ 777,60.

No que tange à medicação foi pactuado entre o SUS e o HU-USP 70.680 procedimentos ao custo de R\$ 0,63, porém foram contabilizadas somente as medicações realizadas no ambulatório (15.914), perfazendo o montante de R\$ 10.025,82.

Observa-se também que os valores reembolsados pelo SUS, em 2016, para os procedimentos pactuados são de R\$ 76.884,12, ou seja, muito inferior ao custo real que foi de R\$ 568.884,56, perfazendo uma diferença de R\$ 492.000,44.

Quadro 6 - Distribuição dos procedimentos de enfermagem pactuados, quanto o valor unitário da tabela SIGTAP, quantidades pactuadas e realizadas por ano, valores reembolsados pelo SUS, valores do CMTD dos procedimentos, custos reais no ano de 2016 e diferença entre o custo real e o reembolsado. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019.

(continua)

Variáveis	Valor unitário SIGTAP	Quantidade e pactuada** / realizada*	Valor reembolso	Valor CMTD	Quantidade e realizada	Custo Real	Diferença entre custo Real e reembolso
Consultas de Nível superior (exceto médico)-Enfermagem	6,30	10489	66.080,70	30,48	10489	319.704,72	253.624,02
Curativo Grau II (M)	32,40	-	-	25,09	388	9.734,92	9.734,92

Quadro 6 - Distribuição dos procedimentos de enfermagem pactuados, quanto o valor unitário da tabela SIGTAP, quantidades pactuadas e realizadas por ano, valores reembolsados pelo SUS, valores do CMTD dos procedimentos, custos reais no ano de 2016 e diferença entre o custo real e o reembolsado. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019.

(continuação)

Variáveis	Valor unitário SIGTAP	Quantidade pactuada**/realizada*	Valor reembolso	Valor CMTD	Quantidade realizada	Custo Real	Diferença entre custo Real e reembolso
Curativo Grau II (G)	32,40	24**	777,60	56,91	355	20.203,05	19.425,45
Curativo Grau II (BU)	32,40	-	-	120,7	669	80.748,30	80.748,50
IM	0,63	3745	2.359,35	6,15	3745	23.031,75	20.672,40
SC	0,63	58	36,54	4,46	58	258,68	222,14
SL	0,63	-	-	3,35	0	0	0
VO	0,63	3548	2.235,24	3,38	3548	11.992,24	9.757,00
Instilação ocular	0,63	1858	1.170,54	4,45	1858	8.268,10	7.097,56
EV	0,63	6705	4.224,15	14,16	6705	94.942,80	90.718,65
Total			76.884,12		27815	568.884,56	492.000,44

Fonte: Própria autora

(conclusão)

* aplica-se a quantidade realizada no Ambulatório, pois foi pactuado para o HU-USP um valor superior a realizada.

** aplica-se a quantidade pactuada no contrato SUS.

No Quadro 7 demonstra-se que o somatório do custo real dos procedimentos não pactuados (curativo P, inalação, glicemia capilar, retirada de pontos, CVA, CVD, troca de sonda de CTT, troca do tubo de GTT, aferição de PA e FC e inserção de SNE), realizado em 2016, equivaleu a R\$ 122.193,69.

Quadro 7 - Distribuição dos procedimentos de enfermagem não pactuados quanto o valor unitário da tabela SIGTAP, quantidades realizadas por ano, valores reembolsados pelo SUS, valores do CMTD dos procedimentos, custos reais no ano de 2016 e diferença entre o custo real e o reembolsado. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019.

Variáveis	Valor unitário SIGTAP	Valor reembolso	Valor CMTD	Quantidade realizada	Custo Real	Diferença entre custo Real e reembolso
Curativo Grau I (P)	0,00	0,00	13,76	1825	25.112,00	25.112,00
Inserção de SNE	28,00	0,00	83,27	32	2.664,64	2.664,64
Inalação	0,00	0,00	4,82	539	2.597,98	2.597,98
Glicemia Capilar	0,00	0,00	6,42	187	1.200,54	1.200,54
Retirada de pontos	0,00	0,00	14,91	2150	32.056,50	32.056,50
CVA	0,00	0,00	27,12	114	3.091,68	3.091,68
CVD	0,00	0,00	57,65	328	18.909,20	18.909,20
Troca de sonda de CTT	0,00	0,00	69,45	19	1.319,55	1.319,55
Troca do tubo de GTT	NT	0,00	108,74	59	6.415,66	6.415,66
Troca de bolsa de colostomia	0,00	0,00	53,65	0		
Aferição de PA e FC	0,00	0,00	2,86	10079	28.825,94	28.825,94
Total		0,00		15332	122.193,69	122.193,69

Fonte: Própria autora

Desta forma, em 2016, somando-se os procedimentos não pactuados e os pactuados, o SUS deveria ter, na realidade, reembolsado o valor referente aos custos reais dos procedimentos realizados no Ambulatório, cujo montante foi de R\$ 691.078,25. No entanto, somente reembolsou o valor de R\$ 76.884,12.

No Quadro 8 observa-se que, em 2017, no que diz respeito às consultas de nível superior exceto médicas, foram pactuados entre o SUS e o HU-USP 175.332 procedimentos ao custo de R\$ 6,30, porém foram contabilizadas somente as CE (7.651), perfazendo o montante de R\$ 48.201,30.

Os curativos foram pactuados para o Ambulatório, Pronto Socorro Adulto (PSA) e Programa de Assistência Domiciliária (PAD). Já a medicação foi pactuada para o Ambulatório e Pronto Socorro Adulto.

Em relação ao Curativo grau II foram pactuados entre o SUS e o HU-USP 3.204 procedimentos ao custo de R\$ 32,40, porém foram contabilizados somente os curativos realizados no Ambulatório (1.831), perfazendo o montante de R\$ 59.324,40.

No que tange à medicação foi pactuado entre o SUS e o HU-USP 78.748 procedimentos ao custo de R\$ 0,63, porém foram contabilizadas somente as medicações realizadas no Ambulatório (14.007), perfazendo o montante de R\$ 8.824,41.

Observa-se também que os valores reembolsados pelo SUS, em 2017, para os procedimentos pactuados corresponderam a R\$ 96.100,11, ou seja, muito inferiores ao custo real que foi de R\$ 485.693,91, obtendo uma diferença de R\$ 389.593,80.

Quadro 8 - Distribuição dos procedimentos de enfermagem pactuados quanto o valor unitário da tabela SIGTAP, quantidades pactuadas e realizadas por ano, valores reembolsados pelo SUS, valores do CMTD dos procedimentos, custos reais no ano de 2017 e diferença entre o custo real e o reembolsado. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019.

Variáveis	Valor unitário SIGTAP	Quantidade pactuada / realizada*	Valor reembolso	Valor CMTD	Quant realizada	Custo Real	Diferença entre custo Real e reembolso
Consultas de Nível superior (exceto médico)Enfermagem	6,30	7651	48.201,30	30,48	7651	233.202,48	185.001,18
Curativo Grau II (M)	32,40	604	19.569,60	25,09	604	15.154,36	-4.415,24
Curativo Grau II (G)	32,40	625	20.250,00	56,91	625	35.568,75	15.318,75
Curativo Grau II (BU)	32,40	602	19.504,80	120,7	602	72.661,40	53.156,60
IM	0,63	3458	2.178,54	6,15	3458	21.266,70	19.088,16
SC	0,63	70	44,10	4,46	70	312,20	268,10
SL	0,63	503	316,89	3,35	503	1.685,05	1.368,16
VO	0,63	2128	1.340,64	3,38	2128	7.192,64	5.852,00
Instilação ocular	0,63	1285	809,55	4,45	1285	5.718,25	4.908,70
EV	0,63	6563	4.134,69	14,16	6563	92.932,08	88.797,39
Total			96.100,11		23489	485.693,91	389.593,80

Fonte: Própria autora

*aplica-se a quantidade realizada no Ambulatório, pois foi pactuado para o HU-USP um valor superior a realizada.

Observa-se, no Quadro 9, o custo real dos procedimentos não pactuados (curativo P, inalação, glicemia capilar, retirada de pontos, CVA, CVD, troca de sonda de CTT, troca do tubo de GTT, aferição de PA e FC, inserção de SNE e troca da bolsa de colostomia) equivaleu a R\$ 114.304,85, no ano de 2017.

Quadro 9 - Distribuição dos procedimentos de enfermagem não pactuados quanto o valor unitário da tabela SIGTAP, quantidades realizadas por ano, valores reembolsados pelo SUS, valores do CMTD dos procedimentos, custos reais no ano de 2017 e diferença entre o custo real e o reembolsado. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019.

Variáveis	Valor unitário SIGTA P	Valor reembolso R\$/ano	Valor CMTD	Quantidade realizada/ano	Custo Real R\$/ano	Diferença entre custo Real e reembolso
Curativo Grau I (P)	0,00	0,00	13,76	1033	14.214,08	14.214,08
Inserção de SNE	28,00	0,00	83,27	24	1.998,48	1.998,48
Inalação	0,00	0,00	4,82	350	1.687,00	1.687,00
Glicemia Capilar	0,00	0,00	6,42	212	1.361,04	1.361,04
Retirada de pontos	0,00	0,00	14,91	2066	30.804,06	30.804,06
CVA	0,00	0,00	27,12	41	1.111,92	1.111,92
CVD	0,00	0,00	57,65	259	14.931,35	14.931,35
Troca de sonda de CTT	0,00	0,00	69,45	34	2.361,30	2.361,30
Troca do tubo de GTT	NT	0,00	108,74	52	5.654,48	5.654,48
Troca da bolsa de colostomia	0,00	0,00	53,65	40	2.146,00	2.146,00
Aferição de PA e FC	0,00	0,00	2,86	13299	38.035,14	38.035,14
Total		0,00		17410	114.304,85	114.304,85

Fonte: Própria autora

Em 2017, o SUS deveria ter, na realidade, reembolsado o valor referente aos custos reais dos procedimentos realizados no Ambulatório, que foi de R\$ 599.998,76. No entanto, somente reembolsou o valor de R\$ 96.100,11.

A Tabela 47 demonstra que em 2016 a diferença do valor que o SUS deveria reembolsar ao HU-USP seria de R\$ 614.194,13 (88,87%) e em 2017 este valor seria de R\$ 503.898,65 (83,98%). Dessa forma, constata-se que os valores reembolsados pelo SUS nos anos de 2016 e 2017 (11,13% e 16,02%, respectivamente), foram muito inferiores aos que o HU-USP gastou efetivamente para a realização dos procedimentos.

Tabela 47 - Distribuição dos valores reembolsados dos procedimentos de enfermagem nos anos de 2016 e 2017, custo real e diferença de reembolso. Ambulatório HU-USP - São Paulo-SP, Brasil, 2019

Reembolso x Custo Real						
Ano	Valor Reembolso	%	Custo Real	%	Diferença reembolso	%
2016	76.884,12	11,13	691.078,25	100	614.194,13	88,87
2017	96.100,11	16,02	599.998,76	100	503.898,65	83,98
Total	172.984,23	13,40	1.291.077,01	100	1.118.092,78	86,60

Fonte: Própria autora

6 DISCUSSÃO

Optou-se, nesta pesquisa, por analisar o perfil dos pacientes atendidos no Ambulatório do HU-USP, para a realização dos procedimentos de enfermagem, nos anos de 2016 e 2017, bem como da amostra de 586 pacientes que originaram as 656 oportunidades de observações dos procedimentos de enfermagem. As variáveis independentes analisadas foram: idade, sexo, procedência (se vinculado à USP ou ao SUS - Comunidade Butantã) e diagnóstico.

Para análise dos diagnósticos, devido ao grande número, as doenças foram categorizadas por capítulos. O CID-10 tem 22 capítulos e cada um descreve um grupo de enfermidades semelhantes, ou causadas pelo mesmo fator. Assim, um conjunto de categorias que contém doenças semelhantes constitui um agrupamento. Vários agrupamentos constituem um capítulo⁽¹⁴⁷⁾.

No ano de 2016 foram atendidos 14.123 pacientes, 7.102 (58,6%) do sexo feminino e 5.010 (41,4%) do sexo masculino, sendo que 7.021 (58,0%) eram procedentes da USP (funcionários docentes e não docentes; alunos e dependentes) e 5.091 (42,0%) provenientes do SUS; com idade média de 49,9 (DP=26,8). Já em 2017 foram atendidos 17.388 pacientes, 10.188 (58,6%) eram do sexo feminino e 7.200 (41,4%) do sexo masculino. Quanto à procedência 9.355 (53,8%) eram da USP e 8.033 (46,2%) do SUS, com idade média de 46,8 (DP=24,1) anos.

Dessa forma, nos dois anos avaliados, totalizou-se 29.500 atendimentos, sendo 17.290 (58,6%) do sexo feminino, 12.210 (41,4%) do sexo masculino, 16.376 (55,5%) provenientes da USP e 13.124 (44,5%) do SUS, com idade média de 48,1 (DP=25,3) anos.

Em 2016 os diagnósticos mais prevalentes foram os dos capítulos XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (5.185 - 42,8%); IX - Doenças do aparelho circulatório (2.245 - 18,5%) e IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (1.532 - 12,6%). Já no ano de 2017 os diagnósticos que mais prevaleceram se encontravam nos capítulos: XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (4.617 - 26,6%); XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (2.505 - 14,4%); IX - Doenças do aparelho circulatório (2.126 - 12,2%), X - Doença do aparelho respiratório (1.392 - 8,0%) e IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (1.222 - 7,0%).

Nesses dois anos, os diagnósticos mais comumente encontrados foram os do capítulo XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (9.802 - 33,2%); IX - Doenças do aparelho circulatório (4.371 - 14,8%); XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (2.786 - 9,4%) e IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (2.754 - 9,3%).

Quanto ao perfil dos pacientes da amostra observada (586-100%) foi constatado que o sexo feminino com 358 (61,1%) prevaleceu sobre o sexo masculino com 228 (38,9%); quanto a procedência, a comunidade SUS prevaleceu com 403 (68,8%) sobre a comunidade USP com 183 (31,2%). A idade média foi de 44,1 (DP=24,2) anos. Quanto aos diagnósticos principais os mais expressivos foram os do Capítulo XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde com 266 (45,4%); do Capítulo XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo com 47 (8%); do Capítulo X - Doenças do aparelho respiratório com 45 (7,7%); Capítulo IX - Doenças do aparelho circulatório com 36 (6,1%) e do Capítulo XIV - Doenças do aparelho geniturinário com 36 (6,1%).

Verificam-se, por meio da análise entre o perfil dos pacientes que compuseram a amostra e o perfil dos pacientes submetidos aos procedimentos de enfermagem nos anos de 2016 e 2017, poucas diferenças conforme reiteradas acima. Não foram encontrados na literatura estudos que mostrassem o perfil de pacientes em Ambulatório Geral, mas somente estudos sobre procedimentos específicos, como exemplos, feridas e curativos.

Estudo realizado em hospital público no estado de Minas Gerais, que avaliou as características sociodemográficas de pacientes com feridas crônicas, obteve prevalência de pacientes com média de idade de 51 anos, 58% do sexo feminino, com doenças dos capítulos IV (aparelho circulatório) e IX (endócrinas, nutricionais e metabólicas) como as principais comorbidades associadas⁽¹⁴⁹⁾. Em relação aos dados encontrados nesta pesquisa foi observado semelhança em relação ao sexo, idade e diagnósticos ao estudo referido.

Bezerra (2016) ao analisar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes atendidos com feridas no ambulatório de um hospital público no município de Teresina/PI, constatou que 63,8% eram do sexo masculino e 36,2% do sexo feminino, menores de 60 anos (73,6%) e com 60 anos ou mais (26,4%). Apresentavam doenças

principais dos mesmos diagnósticos encontrados nesta pesquisa, como as dos capítulos IX - Doenças do aparelho circulatório (hipertensão arterial sistêmica - 27,6%) e IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (DM - 25,1%)(⁵⁷).

Estudo sobre o tempo despendido e o custo do procedimento de enfermagem curativo realizado em um HE no ano de 2010, evidenciou que 20,0% dos pacientes eram do sexo feminino e 80,0% do masculino, com idade média de 61,7 anos(¹⁵⁰).

Em um serviço ambulatorial especializado para realização de curativos percebeu-se que 55,7% dos pacientes eram do sexo masculino e 69,4% possuíam idade acima de 60 anos, com predominância de doenças dos capítulos IX - Doenças do aparelho circulatório (hipertensão arterial sistêmica) e IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (DM)(¹⁵¹).

No que tange ao perfil dos profissionais de enfermagem atuantes no Ambulatório do HU-USP, a idade média das enfermeiras foi de 57,17 (DP=6,47) e dos técnicos/auxiliares de enfermagem de 49,63 (DP=9,37) anos, majoritariamente do sexo feminino (100,0% das enfermeiras e 75,0% de técnicas de enfermagem). Os estudos sobre as características dos profissionais de enfermagem no Brasil de Araújo et al (2018) e Machado et (2016) corroboram com os dados desta pesquisa, ou seja, aproximadamente 85% dos profissionais de enfermagem são do sexo feminino. Porém quanto a idade, os dados são divergentes, apontando para uma equipe predominantemente mais jovem (61,7% até 40 anos)(¹⁵²⁻¹⁵³).

O tempo médio de atuação das enfermeiras integrantes deste estudo no HU-USP correspondeu a 29,17 (DP=2,48) anos e no Ambulatório a 16,5 (DP=6,85) anos. Todas as enfermeiras possuíam uma ou mais especializações em enfermagem e uma delas mestrado na área de ensino em enfermagem. Verifica-se, em comparação com o perfil sócio demográfico brasileiro, em estudo publicado em 2016, no qual 53,2% dos enfermeiros cursaram algum tipo de formação complementar(¹⁵²), que as enfermeiras do Ambulatório do HU-USP têm o dobro desta formação complementar.

Em relação aos técnicos/auxiliares de enfermagem, o tempo médio de atuação no HU-USP foi de 23,63 (DP=9,78) anos e no Ambulatório de 16,38 (DP=9,30) anos. Dois (25,0%) profissionais possuem nível superior, sendo que um deles (12,5%) possui especialização, com graduação em enfermagem. Conforme a escolaridade evidenciada no estudo de Machado et al (2016)(¹⁵²), no qual foi constatado que 34,3% dos auxiliares ou técnicos de enfermagem estavam cursando

ou já possuíam nível superior, verifica-se que a escolaridade dos técnicos/auxiliares do Ambulatório do HU-USP está abaixo do perfil nacional. Este fator pode estar associado à idade média elevada desses profissionais que recebem pouco ou nenhum incentivo social e acadêmico para investirem em um curso superior após uma carreira já estabelecida com benefícios e salários superiores em relação ao mercado, em consequência da progressão nos planos de carreira da USP.

Dessa forma, o perfil dos profissionais de enfermagem participantes desta pesquisa indica tratar-se de uma equipe experiente, com boa qualificação e adequada capacitação técnica para a realização dos procedimentos de enfermagem, o que se espera de uma equipe que participa ativamente do processo de ensino interprofissional.

Estudo realizado no município de São Paulo, em 2017, sobre custo direto do procedimento de manutenção da permeabilidade de cateter venoso central, indicou que 85,7% dos profissionais de enfermagem eram do sexo feminino, sendo 100,0% das técnicas de enfermagem do sexo feminino. Identificou que a média de idade dos enfermeiros foi de 36,6 anos (DP=6,1) sendo que 57,1% possuíam especialização; quanto às técnicas de enfermagem, a média de idade foi de 30,4 anos (DP=5,1) e 33,3% cursavam graduação em nível superior. Com relação ao tempo de atuação no serviço, o enfermeiro teve uma média de 3,7 anos (DP=1,5) e os técnicos/auxiliares de enfermagem de 4,5 anos (DP=1,8). O custo médio/minuto da categoria enfermeiro foi de R\$ 0,63 e do técnico de enfermagem R\$ 0,32⁽¹⁵⁴⁾. Dados que divergem dos resultados encontrados nesta pesquisa em virtude do menor tempo de atuação, idade e benefícios recebidos. Vale ressaltar, que decorrente do plano de carreira para os trabalhadores do HU-USP, com tempo médio de atuação da equipe de enfermagem de 26,4 anos (DP=8,05), existe um reflexo importante na composição dos respectivos salários e, conseqüentemente, no custo da MOD/minuto destes profissionais (R\$ 2,25 para a categoria enfermeiro e R\$ 1,27 para a categoria técnico/auxiliar de enfermagem).

Estudo com metodologia semelhante ao desta pesquisa, realizado em 2017, sobre custo direto da passagem de cateter central de inserção periférica por enfermeiros em unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal em um hospital de ensino em São Paulo, constatou que 85,7% dos enfermeiros envolvidos na pesquisa eram do sexo feminino, com idade variando entre 32 a 50 anos, tempo de formação entre oito a 30 anos e tempo de atuação nesta unidade de um a 24 anos, sendo o

custo médio/minuto da categoria de R\$ 1,78 e de R\$ 0,93 para a categoria técnico/auxiliar de enfermagem⁽¹⁵⁵⁾.

Estudo que analisou o CMTD da monitorização da hemodiálise convencional, realizada por profissionais de enfermagem em três HEs no estado de São Paulo, obteve o custo da MOD/minuto do enfermeiro variando de R\$ 0,53 a R\$ 1,71 e do técnico/auxiliar de enfermagem de R\$ 0,26 a R\$ 0,84. Os profissionais de enfermagem eram, majoritariamente, do sexo feminino, com tempo médio de atuação de 9,15 anos nos três hospitais analisados⁽¹⁵⁶⁾.

Melo e Lima (2017), ao aferir o custo de procedimentos de enfermagem realizados com maior frequência ao grande queimado em um HE público no ano de 2015, verificaram que o custo da MOD/minuto do enfermeiro foi de R\$ 0,63 e de R\$ 0,34 para técnico/auxiliar de enfermagem. O perfil desses profissionais indicou que 38,89% eram enfermeiros e 61,11% técnicos/auxiliares de enfermagem, sendo 72,3% do sexo feminino e 27,7% do sexo masculino. A idade dos enfermeiros variou entre 25 e 53 anos, o tempo de atuação em enfermagem variou de um a 30 anos e o tempo de atuação na UTI de Queimaduras variou de um a 17 anos. Todos os enfermeiros possuíam o título de especialização em UTI. Com relação aos TE/AE, houve variação de 34 a 58 anos, tempo de atuação em enfermagem de dois a 26 anos, e tempo de atuação em UTI de dois a 20 anos, entre eles, 18,18% cursava graduação em enfermagem⁽¹⁵⁷⁾.

Ao realizar um estudo sobre custo-benefício do Cateter Central de Inserção Periférica em comparação com o Cateter Venoso Central em um hospital público de ensino e pesquisa, localizado no sul do País, que atende, em sua totalidade, tão e somente o SUS, percebeu-se que o custo-minuto do profissional enfermeiro foi de R\$ 1,43⁽⁸⁾.

Em outro estudo realizado em 2011 em um HE no município de São Paulo na unidade de Clínica Médica, para identificação dos custos das atividades de enfermagem realizadas com maior frequência aos pacientes com alta dependência dos cuidados de enfermagem, o custo da MOD/min correspondeu a R\$ 0,93 para os enfermeiros, R\$ 0,49 para os técnicos de enfermagem e R\$ 0,64 para os auxiliares de enfermagem que tinham maior tempo de atuação na instituição e melhores salários⁽¹⁵⁸⁾.

No trabalho de Gouvêa e Lima (2014)⁽¹⁵⁹⁾ sobre o custo direto da instalação, manutenção e desligamento da bomba de analgesia controlada pelo paciente, por enfermeiras, realizado em 2012 em um HE, foi apresentado o custo da MOD de R\$ 0,56/minuto, todas as enfermeiras eram sexo feminino, com média de 40 anos, tempo médio de 11 anos de formação e nove anos de atuação na instituição⁽¹⁵⁹⁾.

Estudo realizado em um hospital público de Porto Alegre/RS sobre custo de curativos em um serviço especializado ambulatorial do SUS, em 2017, verificou o valor do custo/minuto de R\$1,06 para a MOD do enfermeiro e custo de R\$ 0,38 com a MOD do técnico de enfermagem. Considerou a média de tempo de duração dos procedimentos (30 minutos), perfazendo um custo médio dos profissionais de R\$ 21,60, tendo sido utilizado somente o salário bruto dos profissionais, sem a inclusão dos encargos sociais⁽¹⁵¹⁾.

Dessa forma, foi verificado que vários estudos foram publicados^(8,151,154-159) nos últimos anos sobre o custo de procedimentos realizados por profissionais de enfermagem de diferentes unidades em instituições hospitalares variadas, a maioria pública de ensino e pesquisa, avaliaram o custo da MOD dos profissionais para o cálculo do CMTD destes. Observou-se nesses trabalhos variações resultantes de diversos fatores, entre eles o método utilizado, o ano de realização do estudo e as diferenças salariais pagas entre essas instituições, associadas à presença ou não de planos de progressão na carreira, tempo de formação e de atuação e capacitação dos profissionais, além dos valores salariais pagos pelo mercado de trabalho, que envolvem, inclusive, questões políticas e econômicas do país. Constatou-se dessa forma, uma variação significativa no custo da MOD/min de R\$ 0,53 a R\$ 1,78 para enfermeiros e de R\$ 0,26 a R\$ 0,93 para os técnicos/auxiliares de enfermagem.

No que diz respeito à quantidade de procedimentos de enfermagem realizados no Ambulatório do HU-USP obteve-se um total de 84.046 procedimentos (43.147 em 2016 e 40.899 em 2017), com média de 42.023 procedimentos/ano e com decréscimo de 5,1% em 2017 em relação ao ano de 2016. Essa diminuição pode estar relacionada com dificuldades evidenciadas no HU-USP, como a diminuição do quadro de pessoal devido as demissões voluntárias, aposentadorias e a não reposição desses profissionais; fechamento de leitos ativos e, conseqüentemente, a diminuição dos atendimentos ambulatoriais.

Verificou-se que os procedimentos de enfermagem mais realizados em 2016 foram aferição de sinais vitais PA e FC (10.079 - 23,36%); punção venosa e administração de medicamentos EV (6.705 - 15,54%) e CE de ginecologia e obstetrícia (4.721 - 10,94%). Em 2017, os procedimentos de enfermagem mais realizados foram aferição de sinais vitais PA e FC com 13.299 (32,52%); punção venosa e administração de medicamentos EV com 6.563 (16,05%) e CE de ginecologia e obstetrícia com 4.483 (10,96%).

Considerando a amostra de procedimentos de enfermagem observados no período de novembro de 2017 a julho de 2018, houve predomínio da CE com 153 (23,32%), sendo a mais prevalente a de obstetrícia/ginecologia com 64 (9,76%); aferição de PA e FC, com 74 observações (11,28%) e a medicação EV e IM ambas com 62 observações (9,45%). Assim, os três procedimentos mais prevalentes foram os mesmos em 2016 e 2017, com inversão do procedimento CE de ginecologia e obstetrícia, que prevaleceu sobre a punção venosa e medicação EV na amostra observada de novembro de 2017 a julho de 2018.

Somando-se os quantitativos das diferentes vias de administração de medicamentos (IM, SC, EV, SL, VO, instilação ocular e inalação) obteve-se, em 2016, um total de 16.453 (100%) procedimentos; seguindo a mesma lógica para 2017, obtiveram-se 14.357 (100%) procedimentos de administração de medicamentos indicando que em 2017 houve uma variação negativa de 12,74%.

Em 2016, a quantidade de EV (6.705 - 40,75%), seguida das quantidades das medicações IM (3.745 - 22,76%) e VO (3.548 - 21,56%) foram as mais prevalentes; a quantidade de SC foi a de menor prevalência (58 - 0,36%). Houve semelhança, em 2017, em relação ao quantitativo de 2016, sendo 6.563 (45,71%) EV, 3.458 (24,09%) IM, 2.128 (14,82%) VO e 70 (0,49%) SC.

Somando-se o quantitativo das CE (cirúrgica, médica, obstétrica/ ginecológica e pediátrica) o total foi de 10.489 (100%) em 2016 e 7.651 (100%) em 2017, representando um decréscimo de 27,06% no quantitativo de CE realizadas. O quantitativo de CE obstétrica/ginecológica (4.721 - 45,00%), em 2016, prevaleceu sobre as demais modalidades (CE cirúrgica: 4.170 - 39,76%, CE médica: 885 - 8,44% e CE pediátrica: 713 - 6,80%). Em 2017 também predominaram as CE obstétrica/ginecológica (4.483 - 58,59%), seguidas das CE cirúrgica (2.528 - 33,04%), CE pediátrica (440 - 5,75%) e CE médica (200 - 2,61%).

Quanto aos demais procedimentos, verificou-se um total de 16.205 (100%) realizados em 2016 e de 18.891 (100%) em 2017, correspondendo a um acréscimo de 16,58%. Não houve variação expressiva no quantitativo de curativos (2016 - 5,95%, 2017 - 5,53%); de BU (2016 - 1,55%, 2017 - 1,47%) e de retirada de pontos (2016 - 4,99%, 2017 - 5,05%); CVD e CVA, troca de sonda de CTT, troca de bolsa de colostomia, troca do tubo de GTT e a inserção de SNE tiveram pouca expressividade no quantitativo realizado nos dois anos, não atingindo 1% do total.

Estima-se que o SUS atenda cerca de 75,00% da população brasileira (avaliada em 208,5 milhões). Entre os procedimentos mais frequentes realizados nos hospitais credenciados pelo SUS estão: a consulta médica na atenção básica e especializada, visita domiciliar, administração de medicamentos e aferição de sinais vitais⁽⁵⁾. Os dados relativos aos procedimentos executados por profissionais de enfermagem nos hospitais credenciados pelo SUS, são compatíveis com os resultados desta pesquisa, com exceção da visita domiciliar que é realizada pelo PAD do HU-USP.

Os procedimentos realizados pela equipe de enfermagem, no âmbito do SUS, representam, em frequência e pertinência, um quantitativo expressivo e, por isso, requerem atenção dos gerentes e profissionais no que diz respeito aos custos reais desses procedimentos e ao repasse pelo SUS, como também a valorização desses profissionais frente a sua atuação significativa na promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Esta pesquisa aferiu o CMTD de 22 procedimentos de enfermagem, compreendendo os custos com MOD de profissionais e com materiais/soluções, realizados conforme preconizado nos manuais de procedimentos e nos protocolos assistenciais do DE do HU-USP que estabelecem o profissional executante e os materiais/soluções a serem utilizados. Todos os valores obtidos para a amostra analisada estão dentro do IC de 95% para cada média.

O CMTD das CE correspondeu a R\$ 30,48 (DP=26,77), com valores mínimos de R\$ 4,88 e máximo de R\$ 199,08, sendo a média de tempo despendido pelas enfermeiras para a sua realização de 13,55 (DP=11,90) minutos, variando entre 2,17 e 88,48 minutos. Destaca-se que a CE pediátrica foi a de maior CMTD (R\$ 65,30 - DP=38,20) e a CE de ginecologia/obstetrícia a de menor CMTD (R\$ 16,11 - DP=14,14). Observou-se que a CE de pediatria despendeu maior tempo (29,02 minutos - DP=16,98) e a de ginecológica/obstétrica o menor tempo (7,16 minutos -

DP=6,29). Como o custo das CE abrangeu apenas a MOD das enfermeiras, fica evidente a associação entre o tempo despendido e o CMTD obtido.

O único estudo encontrado na literatura com o objetivo de aferir o tempo e o custo médio do trabalho da enfermeira na CE de pacientes cirúrgicos de um hospital de ensino, em 2006, constatou que esta consumiu um tempo médio de 48,91 minutos para as consultas novas com um custo médio de R\$ 18,01. Já para as consultas de seguimento a média foi de 22,14 minutos com custo médio de R\$ 8,15. Neste cenário o valor repassado pelo SUS estava muito aquém do real valor (R\$ 2,04), não cobrindo os custos reais⁽¹⁶⁰⁾.

Em relação ao procedimento curativo G (grau II), constatou-se que quatro observações (57,14%) corresponderam a úlceras venosas, duas (28,57%) a feridas cirúrgicas e uma (14,28%) a ferida traumática. O custo deste procedimento variou entre R\$ 24,15 e R\$ 97,54 e o CMTD foi de R\$ 56,91 (DP=24,35), tendo prevalecido o custo médio da MOD da equipe de enfermagem (R\$ 47,92 - DP=21,31), com destaque para o custo médio da MOD da categoria enfermeira (R\$ 50,22 - DP=24,47) em relação ao da categoria técnico/auxiliar de enfermagem (R\$ 21,08 - DP=15,51).

Dentre os materiais consumidos, observou-se que a gaze rayon (valor unitário R\$ 5,40), seguida da gaze de metro (valor unitário R\$ 4,53), da pomada colagenase (valor unitário R\$ 2,00) e atadura de algodão ortopédico de 10 cm (valor unitário R\$ 1,77) foram os materiais que tiveram maior impacto no custo total com materiais.

O tempo médio despendido na realização do curativo G (grau II) foi de 22,32 (DP=11,00) minutos para a categoria enfermeira e 16,60 (DP=12,00) minutos para a categoria técnico/auxiliar. As duas categorias profissionais realizaram os curativos e trabalharam em conjunto na realização da maioria dos procedimentos observados.

Quanto ao procedimento curativo M (grau II), constatou-se que seis observações (42,86%) corresponderam a feridas cirúrgicas, quatro (28,57%) a úlceras venosas, duas (14,29%) a traumáticas, uma (7,14%) a LP estágio 4 e uma (7,14%) a LP estágio 2. O custo deste procedimento variou de R\$ 9,94 a R\$ 44,41 e o CMTD foi de R\$ 25,09 (DP=9,80), tendo prevalecido o custo da MOD de R\$ 22,01 (DP=9,07) da equipe de enfermagem, com destaque para o custo da MOD da categoria enfermeira (R\$ 19,53 - DP=10,11). O tempo médio despendido na realização deste tipo de

curativo foi de 8,68 (DP=4,50) minutos para a categoria enfermeira e 11,10 (DP=8,30) minutos para a categoria técnico/auxiliar de enfermagem.

No que diz respeito ao procedimento curativo P (grau I), constatou-se que quatro observações (100,00%) corresponderam a feridas cirúrgicas. O custo deste procedimento variou entre de R\$ 10,08 e R\$ 18,01 e o CMTD foi de R\$ 13,76 (DP=3,88), tendo prevalecido o custo da MOD (R\$ 12,42 - DP=4,42), com destaque para o custo da MOD da categoria técnico/auxiliar de enfermagem (R\$ 10,73 - DP=6,62). O tempo médio despendido na realização do curativo P (grau I) foi de 3,00 (DP=0,00) minutos para a categoria enfermeira e 8,45 (DP=5,20) minutos para a categoria técnico/auxiliar de enfermagem. As duas categorias profissionais não realizaram os curativos de forma igualitária, pois é uma atividade de menor complexidade, sendo realizada majoritariamente por técnicos/auxiliares de enfermagem.

Em relação as 25 observações do procedimento curativo (G, M, P), 12 observações (48,00%) corresponderam a feridas cirúrgicas, oito (32,00%) a úlceras venosas, três (12,00%) a feridas traumáticas, uma (4,00%) a LP estágio 4 e uma (4,00%) a LP estágio 2. O custo deste procedimento variou entre de R\$ 9,94 e R\$ 97,54 e o CMTD foi de R\$ 32,19 (DP=21,60), tendo prevalecido o custo da MOD (R\$ 27,73 - DP=18,37), com destaque para o custo da MOD da categoria enfermeira (R\$ 28,32 - DP=21,53). Dentre os materiais consumidos, gaze de metro (valor unitário de R\$ 3,82 - DP=2,55), gaze rayon (valor unitário de R\$ 2,80 - DP=2,53), pomada colagenase (valor unitário de R\$ 2,00) e atadura de algodão ortopédico de 10 cm (valor unitário de R\$ 1,77) foram os que tiveram maior impacto no custo total com materiais.

Ressalta-se que o tempo médio despendido na realização dos curativos foi de 12,59 (DP=9,60) minutos para a categoria enfermeira e 11,81 (DP=8,80) minutos para a categoria técnico/auxiliar de enfermagem. As duas categorias profissionais realizaram os curativos e despenderam tempos equivalentes na realização dos procedimentos observados.

O CMTD do procedimento curativo (G, M, P) foi impactado, significativamente, pela MOD dos profissionais de enfermagem, representando, respectivamente, 90,26%, 87,72% e 84,20%; os materiais e soluções tiveram participação menor na sua composição. Cabe ressaltar que, como não existe padronização relativa à caracterização dos tamanhos dos curativos realizados pela equipe de enfermagem do

Ambulatório do HU-USP e a forma de seu registro, a determinação do tamanho e os registros são realizados conforme a experiência dos profissionais executantes deste procedimento. A partir dos resultados desta pesquisa, demonstrou-se a associação entre os CMTD e a classificação dos curativos quanto ao tamanho (R\$ 13,76 - curativo P, R\$ 25,09 - curativo M e R\$ 56,91 - curativo G) e o tipo de ferida não determinou a classificação destes. Somente para o procedimento BU, utilizado para o tratamento de lesões em membros inferiores decorrentes da IVC, o CMTD (R\$ 120,70) foi 2,12 maior do que o do curativo grande, sendo 70,14% da sua composição decorrente com o custo com materiais/soluções.

Estudo sobre o tempo e custo do procedimento de enfermagem curativo realizado em um HE no ano de 2010, evidenciou que o CMTD foi de R\$ 32,50, com tempo médio de 15 minutos e 37 segundos para os curativos limpos e R\$ 45,54, com tempo médio de 18 minutos e 35 segundos para os curativos infectados. Foi constatado que o valor repassado pelo SUS apresentou uma defasagem significativa 19,4% do valor real total para os curativos limpos e 71,15% para os curativos infectados⁽¹⁵⁰⁾. Nesta pesquisa a defasagem do reembolso para os curativos grau I (P) foi de 100%, já que o CMTD foi de R\$ 13,76 e não há repasse. Já para os curativos grau II (M e G) a defasagem média foi de 20,98%.

Estudo que aferiu o custo direto dos curativos para o tratamento de LP em pacientes hospitalizados observou que o CMTD do curativo para LP estágio 1 foi de R\$ 39,13, de R\$ 13,26 para o estágio 2, R\$ 25,18 para o estágio 3, R\$ 11,92 para o estágio 4, R\$ 19,42 para LP inclassificáveis e R\$ 7,67 para suspeita de lesão tissular profunda. Para a composição do CMTD, os materiais e soluções tiveram impacto maior do que a MOD nos curativos dos estágios 1, 2 e 4, já para os curativos de estágio 3, LP inclassificáveis e suspeita de lesão tissular profunda o custo da MOD foi mais elevada⁽¹⁵⁸⁾.

Um estudo realizado em Minas Gerais, em um hospital público na unidade de internação de longa permanência, identificou o custo dos curativos de LP, considerando os custos com os insumos e MOD e analisando a variação nos custos de coberturas primárias e adjuvantes no tratamento das LP, comprovou que os custos relativos a coberturas, materiais médico-hospitalares e recursos humanos, variaram de R\$ 16,41 a R\$ 260,18, dependendo do tipo de cobertura e extensão da LP, e que

a variação entre os custos dentro de uma mesma categoria e tipo de cobertura oscilou entre 3,5% e 614,6%. O tempo despendido para a realização dos curativos variou de 5,8 a 33,7 minutos⁽¹⁶¹⁾.

O custo dos curativos pode variar de acordo com os materiais e insumos escolhidos, largura e profundidade da ferida, e quando são utilizadas coberturas com tecnologias mais caras, como exemplo, os impregnados com prata, os custos são mais elevados. No estudo supracitado⁽¹⁶¹⁾ os curativos nos quais foram utilizadas coberturas primárias com prata o custo mínimo foi de R\$ 192,64 e máximo de R\$ 260,18⁽¹⁶¹⁾.

Estudo realizado em um hospital público de Porto Alegre-RS sobre custo de curativos em um serviço especializado ambulatorial do SUS, em 2017, verificou que quanto maior o tempo para a realização dos procedimentos, maior o consumo de material e, por consequência, custo mais elevado. O custo total médio do curativo foi de R\$ 105,44. Houve grande variação dos custos, com mínimo de R\$ 33,44 até o máximo de R\$ 190,44, pois foram aferidos em vários tipos de feridas, considerando somente o custo com materiais e a MOD⁽¹⁵¹⁾. Esses dados são compatíveis com os resultados apresentados nesta pesquisa.

Estudo visando identificar os custos de atividades de enfermagem realizadas com maior frequência em pacientes de alta dependência, internados na Unidade de Clínica Médica de um HU do município de São Paulo, verificou que o CMTD do procedimento curativo correspondeu a R\$ 15,19⁽¹⁵⁸⁾.

Quanto ao procedimento BU, obteve-se CMTD de R\$ 120,71 (DP=17,19), sendo 70,14% relativo ao custo com material (R\$ 84,66 - DP=3,26). Em referência ao custo com MOD (R\$ 36,05 - DP=14,57) foram considerados dois profissionais trabalhando conjuntamente, sendo o custo da MOD da enfermeira (R\$ 26,94 - DP=11,80) mais significativo que o do técnico/auxiliar de enfermagem (R\$ 9,11 - DP=6,61). Resultado semelhante foi verificado em outro estudo⁽⁶⁶⁾, realizado em 2006 no próprio HU-USP, que apurou o CMTD do curativo BU de R\$ 139,48, sendo R\$ 124,09 com material e R\$ 15,39 com a MOD dos profissionais de enfermagem. Desta forma, verifica-se uma diminuição significativa no custo do material ao longo dos anos, provavelmente devido a nova forma de aquisição por pregão, em que ocorre concorrência entre os fornecedores.

Demonstrou-se também neste estudo que, nos 27 procedimentos de BU observados, a bandagem elástica e a gaze para a BU foram os itens que tiveram maior

impacto no custo total com materiais, R\$ 66,28 e R\$ 15,56 (DP=2,00), respectivamente, sendo usados em 100% dos procedimentos. O custo mínimo foi de R\$ 98,78 e o máximo de R\$ 172,86. Destaca-se a expressividade do custo da MOD das enfermeiras (74,73%), visto tratar-se de um procedimento privativo desta categoria profissional, em relação ao custo da MOD do técnico/auxiliar de enfermagem (25,27%) que executam atividades de auxílio ao procedimento e não participam de todas as etapas de sua realização. Dessa forma, o tempo médio que permanece junto com a enfermeira é 7,17 (DP=5,20) minutos, enquanto que a enfermeira realiza o procedimento despendendo, em média, 11,97 (DP=5,24) minutos.

No procedimento retirada de pontos constatou-se a prevalência do custo da MOD (R\$ 13,64 - DP=6,30) para a composição CMTD (R\$ 14,91 - DP=6,40), correspondendo a 91,42% deste. O custo mínimo foi de R\$ 5,35 e o máximo de R\$ 33,83; não se observou diferença significativa entre o custo da MOD do técnico/auxiliar de enfermagem em relação ao da MOD da enfermeira, categoria que realizou a maior quantidade de procedimentos (30 - 62,5%). O tempo médio despendido pela enfermeira foi de 6,38 (DP=2,45) minutos e do técnico/auxiliar de enfermagem de 9,78 (DP=5,86) minutos.

Dentre os materiais consumidos, observou-se que os bisturis descartáveis números 11 (valor unitário R\$ 2,35) e 15 (valor unitário R\$ 2,30) foram os que tiveram maior impacto no CMTD (R\$ 1,28), tendo sido utilizados em 31,25% dos procedimentos observados.

Importante destacar que não foram encontrados estudos referentes a aferição de custos do procedimento retirada de pontos para esclarecer comparações com os resultados encontrados.

Ao analisar o procedimento CVD, prevaleceu o custo da MOD (R\$ 39,77 - DP=8,72), correspondendo a 68,98%, na composição do CMTD (R\$ 57,65 - DP=8,94) que variou entre R\$ 45,06 e R\$ 75,15. No que tange ao consumo de materiais, notou-se o impacto dos itens sistema coletor fechado de urina (valor unitário R\$ 6,33), tubo de lidocaína geleia a 2% (valor unitário R\$ 4,22) e cateteres vesicais de Foley números 16, 18, 20 e 22 (valores unitários de R\$ 4,47, R\$ 3,00, R\$ 4,76 e R\$ 4,58 respectivamente), que foram utilizados em 100,0% dos procedimentos. Como este é um procedimento privativo da enfermeira, esta despendeu um tempo médio de 14,68

minutos (DP=13,00) tendo sido auxiliada por um técnico/auxiliar em algumas etapas da realização deste procedimento (tempo médio despendido de 10,38 minutos - DP=4,30).

No estudo sobre o custo do CVD em um HE do Rio de Janeiro, em 2013, foi observado que o CMTD foi de R\$ 11,94 sendo R\$ 6,78 o custo dos materiais e R\$ 5,16 o da MOD. Porém, na metodologia do cálculo da MOD não foram acrescentados os encargos sociais, tão e somente os salários mensais⁽¹⁶²⁾. Assim, o custo do procedimento CVD, aferido nesta pesquisa, é 4,8 vezes maior do que nesse estudo.

Estudo visando identificar os custos de atividades de enfermagem realizadas com maior frequência em pacientes de alta dependência, hospitalizados no município de São Paulo verificou que o CMTD do cateterismo vesical foi de R\$ 15,75 com material padrão e de R\$ 17,16 com material extra⁽¹⁵⁸⁾.

No procedimento CVA constatou-se que no custo com material, o tubo de lidocaína geleia a 2% (valor unitário de R\$ 4,22), seguida de clorexidina aquosa 1% (valor unitário de R\$ 1,36) foram os itens que tiveram maior impacto no CMTD (R\$ 27,12 - DP=1,93), sendo usados em 100,00% dos procedimentos. O custo mínimo foi de R\$ 24,47 e o máximo de R\$ 28,82. Na formação do CMTD prevaleceu o custo da MOD das enfermeiras (R\$ 19,52 e DP=1,79), correspondendo a 71,98%, sendo eventualmente auxiliadas por técnicos ou auxiliares de enfermagem. Assim, o tempo médio que a enfermeira, neste procedimento privativo de sua categoria profissional, despendeu foi de 8,68 (DP=0,80) minutos.

Já no procedimento troca de sonda de CTT verificou-se que relativamente ao custo com material, o dispositivo para fixação de cateter (valor unitário R\$ 31,99), usado apenas em um procedimento, seguido do sistema coletor fechado de urina (valor unitário R\$ 6,33), tubo de lidocaína geleia a 2% (valor unitário R\$ 4,22), dos cateteres vesicais de Foley números 12, 16 e 18 (valores unitários R\$ 2,75, R\$ 4,47, R\$ 3,00, respectivamente) foram itens os que tiveram maior impacto no CMTD (R\$ 69,45 - DP=18,47), sendo estes outros materiais foram usados em 100,00% dos procedimentos. O custo mínimo foi de R\$ 48,26 e o máximo de R\$ 96,52. Na formação do CMTD prevaleceu o custo da MOD (R\$ 47,30 - DP=17,80), correspondendo a 68,10%. Destacou-se o custo com a MOD da categoria enfermeira que despendeu um tempo médio de (17,11 - DP=6,90 minutos) com auxílio, em algumas etapas, do técnico/auxiliar de enfermagem (tempo médio de 6,93 - DP=3,60 minutos).

Verificando o procedimento inserção de SNE, houve predomínio do custo com materiais (R\$ 49,71 e DP=0,92), correspondendo a 59,70%, na formação do CMTD (R\$ 83,27 e DP=19,17), sendo o custo da MOD da enfermeira correspondente a R\$ 33,56 (DP=18,81). Notou-se que a sonda de nutrição enteral 12 Fr (valor unitário R\$ 39,69), seguida do fixador de SNE adulto (valor unitário R\$ 5,10) e do tubo de lidocaína geleia a 2% (valor unitário R\$ 3,80 - DP=0,94) foram os itens que tiveram maior impacto no CMTD sendo usados em 100,00% dos procedimentos. O custo mínimo deste procedimento foi de R\$ 65,96 e o máximo de R\$ 115,29 e o tempo médio despendido pela enfermeira foi de 14,92 (DP=8,40) minutos.

Na troca do tubo de GTT também prevaleceu o custo com materiais, (R\$ 84,01 e DP=18,58), correspondendo a 77,26%, na formação do CMTD (R\$ 108,74 e DP=19,49). As sondas de GTT números 14, 16 e 18 (valores unitários R\$ 86,93, R\$ 90,97 e R\$ 48,85, respectivamente) seguidas do tubo de lidocaína geleia a 2% (valor unitário R\$ 4,22) foram os itens que tiveram maior impacto no CMTD, sendo usados em 100,00% dos procedimentos. O custo mínimo foi de R\$ 69,80 e o máximo de R\$ 135,16 e o tempo médio despendido pelas enfermeiras, que realizam este procedimento privativamente, foi de 10,99 (DP=3,10) minutos, com valor da MOD de R\$ 24,73 (DP=6,99).

Quanto ao procedimento troca de bolsa de colostomia, houve predomínio do custo da MOD (R\$ 42,37 e DP=19,49), correspondendo a 78,97% do CMTD (R\$ 53,65 - DP=19,47). O custo médio da MOD do técnico/auxiliar de enfermagem (R\$ 33,14 e DP=9,45) é menor que o da MOD da enfermeira (R\$ 46,06 e DP=22,09), sendo esta a categoria a que realizou a maior quantidade de procedimentos (71,43%). A bolsa de colostomia (valor unitário R\$ 9,63) foi o item mais impactante, sendo usada em 100,00% dos procedimentos. O custo mínimo foi de R\$ 38,03 e o máximo de R\$ 95,35; não houve diferença significativa entre a média de tempo despendido entre técnico/auxiliar (19,27 e DP=2,20 minutos) e enfermeira (20,47 e DP=9,80 minutos) para realizar este procedimento.

Em relação ao procedimento glicemia capilar, a variação do custo de R\$ 4,20 a R\$ 11,99, predominando o custo da MOD (R\$ 5,26 - DP=1,83), correspondendo a 81,93% do CMTD (R\$ 6,42 - DP=1,83). Essa variação decorre do custo maior da MOD da enfermeira. Não houve diferença significativa entre a média de tempo despendido entre as categorias técnico/auxiliar (3,07 - DP=0,50 minutos) e enfermeira (2,86 -

DP=0,80 minutos); porém o custo médio da MOD do técnico (R\$ 3,90 - DP=0,63), como esperado, foi menor que o da MOD da enfermeira (R\$ 6,43 - DP=1,70), tendo sido realizado o procedimento forma igualitária por ambas as categorias. A tira reagente (valor unitário R\$ 0,67) foi o item mais impactante no custo com material sendo usada em 100,00% dos procedimentos.

Em um estudo para aferir o custo de procedimentos de enfermagem realizados com maior frequência ao grande queimado em um HE público, no ano de 2015, constatou-se que o CMTD para o procedimento de glicemia capilar foi de R\$ 2,68 (DP=1,21), sendo a MOD do enfermeiro de R\$1,84 e a do técnico/auxiliar de R\$1,00. Destaca-se que a MOD correspondeu a 51,11% do CMTD e o material 48,89%⁽¹⁵⁷⁾.

Em um estudo realizado em Pernambuco, no ano de 2014, em unidades básicas de saúde municipais, sobre o custo utilidade das insulinas para o tratamento de pacientes diabéticos dos SUS, a autora verificou que o valor da glicemia capilar foi de R\$ 0,82 somente com materiais, sem o custo da MOD. Este procedimento foi o que mais impactou o custo total anual/paciente (88,0%) do tratamento se comparado a outros exames diagnósticos utilizados⁽¹⁶³⁾.

Estudo visando identificar os custos de atividades de enfermagem realizadas com maior frequência em pacientes de alta dependência, hospitalizados em Unidade de Clínica Médica de um HU no município de São Paulo, verificou que o CMTD do procedimento glicemia capilar foi de R\$ 2,18⁽¹⁵⁸⁾.

Assim, observa-se que esta pesquisa teve o valor do procedimento médio de glicemia capilar 2,3 e 2,9 vezes maior nos dois estudos citados⁽¹⁵⁷⁻¹⁵⁸⁾ e, se comparar com o estudo de Carvalho (2014)⁽¹⁶³⁾, que analisou somente o custo com materiais (R\$ 0,82) foi 1,4 vezes menor que desta pesquisa, se analisarmos somente o custo dos materiais, que foi de R\$ 1,15.

No procedimento de aferição de PA e FC observou-se que foi utilizado apenas o esfigmomanômetro, não havendo custo com materiais de consumo. Desta forma, o CMTD médio foi de R\$ 2,86 (DP=0,64), correspondendo a 100,00% da MOD. O custo mínimo foi de R\$ 1,86 e máximo de R\$ 6,46. O tempo despendido pelo técnico/auxiliar de enfermagem foi em média 2,25 (DP=0,51) minutos, sendo realizado exclusivamente por esta categoria profissional.

Em um estudo para aferir o custo de procedimentos de enfermagem realizados com maior frequência ao grande queimado em um HE público, no ano de

2015, que utilizando a mesma metodologia, constatou-se que o CMTD para controle de sinais vitais foi de R\$ 1,87⁽¹⁵⁷⁾.

Lima et al evidenciaram em estudo realizado em 2012, em um hospital público de ensino, para mensurar os custos das atividades de enfermagem, que o custo da verificação da pressão arterial (PA) / frequência cardíaca (FC) correspondeu a R\$ 1,26 (DP=0,48); o custo com pessoal foi em média R\$ 1,26 (DP=0,48) e a duração média de 147,85 (DP=52,61) segundos, ou seja, 2,46 minutos de duração⁽¹⁵⁸⁾. Verifica-se que os valores encontrados nesses estudos foram 1,5⁽¹⁵⁷⁾ e 2,2⁽¹⁵⁸⁾ vezes menores que o custo verificado por esta pesquisa.

Em relação a IM, constatou-se que na formação do CMTD (R\$ 6,15 - DP=1,52) prevaleceu o custo da MOD (R\$ 5,39 - DP=1,51), correspondendo a 79,85%. As luvas de procedimentos (valores unitários de R\$ 0,24 até R\$ 0,27) foram os itens que tiveram maior impacto no custo com material, sendo usados em 100,00% dos procedimentos. O custo mínimo foi de R\$ 4,05 e máximo de R\$ 10,74; e o procedimento foi realizado pelos técnicos/auxiliares em sua totalidade, com tempo médio despendido de 4,25 (DP=1,20) minutos.

Estudo visando identificar os custos de atividades de enfermagem realizadas com maior frequência em pacientes de alta dependência, hospitalizados no município de São Paulo verificou que o CMTD do procedimento IM foi R\$ 1,48, o tempo médio despendido foi de 1,79 minutos, o custo com pessoal foi em média de R\$ 1,06 e com material padrão R\$ 0,42⁽¹⁵⁸⁾. Valores significativamente menores que os demonstrados nesta pesquisa.

Na VO prevaleceu o custo da MOD (R\$ 3,36 - DP=1,28), correspondendo a 99,40% do CMTD (R\$ 3,38 - DP=1,29). Somente os técnicos/auxiliares realizaram este procedimento, sendo o tempo médio despendido por esta categoria profissional de 2,70 (DP=0,90) minutos. Em relação ao material, foi utilizado apenas o copo de plástico descartável (valor unitário R\$ 0,02). Na formação do CMTD O custo mínimo foi de R\$ 1,62 e máximo de R\$ 6,13.

Estudo visando identificar os custos de atividades de enfermagem realizadas com maior frequência em pacientes de alta dependência, hospitalizados no município de São Paulo verificou que o CMTD do procedimento VO foi de R\$ 1,06⁽¹⁵⁸⁾.

Quanto a SL, prevaleceu o custo da MOD (R\$ 3,33 - DP=0,99), correspondendo a 99,40% do CMTD (R\$ 3,35 - DP=0,99). O custo mínimo foi de R\$

2,88 e máximo de R\$ 5,92, tendo sido este procedimento realizado apenas por técnicos/auxiliares que despenderam tempo médio de 2,62 (DP=0,80) minutos. O único material consumido foi o copo de plástico descartável (valor unitário R\$ 0,01).

No procedimento SC também prevaleceu o custo da MOD (R\$ 3,84 e DP=1,02), correspondendo a 86,10%, do CMTD (R\$ 4,46 e DP=1,05). Este procedimento apresentou custo mínimo foi de R\$ 3,29 e máximo de R\$ 5,75, tendo sido realizado exclusivamente por técnicos/auxiliares, com tempo médio despendido equivalente a 3,03 (DP=0,80) minutos. Em relação ao material, seringa de 1 ml (valor unitário R\$ 0,32) e luvas de procedimentos (valores unitários de R\$ 0,24 e R\$ 0,25) foram os itens usados em 100,00% dos procedimentos.

Estudo visando identificar os custos de atividades de enfermagem realizadas com maior frequência em pacientes de alta dependência, hospitalizados no município de São Paulo verificou que o CMTD do procedimento SC foi de R\$ 1,75⁽¹⁵⁸⁾, ou seja, 2,5 vezes menor que o valor constatado nesta pesquisa.

Com relação a inalação prevaleceu o custo da MOD (R\$ 4,68 e DP=1,81) com 97,10% sobre o custo com materiais (R\$ 0,14 e DP=0,05), totalizando o CMTD de R\$ 4,82 (DP=1,81). No custo com material, a ampola de soro fisiológico (valor unitário R\$ 0,12 (DP=0,04) foi a que teve maior impacto no custo total com materiais, sendo usada em 100,00% dos procedimentos. O custo mínimo do procedimento foi de R\$ 2,06 e máximo de R\$ 7,78, tendo sido realizado, em sua totalidade, por técnicos/auxiliares que despenderam um tempo de 3,69 (DP=1,43) minutos.

Estudo visando identificar os custos de atividades de enfermagem realizadas com maior frequência em pacientes de alta dependência, hospitalizados no município de São Paulo verificou que o CMTD do procedimento inalação foi de R\$ 1,79⁽¹⁵⁸⁾, ou seja, 2,7 vezes menor que observado nesta pesquisa.

Na instilação ocular observou o maior custo da MOD (R\$ 4,22 e DP=1,82) com 94,83% em relação ao custo com materiais (R\$ 0,24 - DP=0,16), totalizando um CMTD de R\$ 4,45 (DP=2,11). No custo com material, a luva de procedimento não estéril, tamanho médio, (valor unitário R\$ 0,24), seguida da ampola de soro fisiológico (valor unitário R\$ 0,16) foram os itens que tiveram maior impacto. O custo mínimo foi de R\$ 2,59 e máximo de R\$ 10,99 e os procedimentos observados realizados exclusivamente pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, com tempo médio despendido de 3,32 (DP=1,40) minutos.

No procedimento EV prevaleceu o custo da MOD (R\$ 10,52 e DP=3,05) com 74,30% na composição do CMTD (R\$ 14,16 - DP=5,37). O cateter venoso (valor unitário Intima® número 20 - R\$ 19,42), utilizado em dois procedimentos (3,22%), seguido de injetor de borracha descartável (valor unitário R\$ 4,44), utilizado em três procedimentos (4,84%), corresponderam aos itens que tiveram maior impacto no custo com material. O custo deste procedimento variou entre R\$ 5,69 e R\$ 34,99, tendo sido realizado por técnicos/auxiliares de enfermagem que despenderam um tempo médio 8,28 (DP=2,40) minutos.

Em um estudo para aferir o custo de procedimento de enfermagem realizado com maior frequência ao grande queimado em um HE público no ano de 2015, constatou-se que o CMTD para administração de medicamentos EV foi de R\$ 28,80⁽¹⁵⁷⁾. Esse valor foi o dobro do aferido nesta pesquisa, pois foram considerados os medicamentos/soluções. Ressalta-se que retirando esse valor, o CMTD aferido neste estudo foi de R\$ 10,57⁽¹⁵⁷⁾, ou seja, apenas 30% mais elevado que o CMTD constatado nesta pesquisa.

Estudo visando identificar os custos de atividades de enfermagem realizadas com maior frequência em pacientes de alta dependência, hospitalizados no município de São Paulo verificou que o CMTD do procedimento EV foi de R\$ 2,45 e para EV contínua R\$ 4,59 e o CMTD da punção venosa foi de R\$ 20,40⁽¹⁵⁸⁾.

Nesta pesquisa, em síntese, o custo dos materiais/soluções prevaleceu somente nos procedimentos BU (70,14%), inserção de SNE (59,70%) e troca do tubo de GTT (77,26%) que são realizados privativamente por enfermeiras. O custo da MOD foi o que mais impactou nos demais procedimentos analisados: retirada de pontos (91,42%), curativo G (84,20%), curativo M (87,72%), curativo P (90,26%), troca de bolsa de colostomia (78,97%), glicemia capilar (81,93%), IM (79,85%), VO (99,40%), SL (99,40%), SC (86,10%), inalação (97,10%), instilação ocular (94,83%), EV (74,30%), aferição de PA e FC (100%), CVD (68,98%), CVA (71,98%), troca de sonda de CTT (68,10%) e CE (100%), sendo os quatro últimos procedimentos privativos da enfermeira.

Em 2014, um estudo realizado no serviço ambulatorial público de tratamento de diabéticos em Minas Gerais, foram constatados que os custos dos tratamentos foram de 67,0% com medicação, 17,0% com a glicemia capilar, 8,5% com consultas

médicas e não médicas e 7,5% com outros exames diagnósticos. Esses valores foram baseados apenas na tabela do SIGTAP para o cálculo de custos⁽¹⁶⁴⁾.

Um estudo realizado em um HE no município de São Paulo em 2014 analisou o custo direto da instalação, manutenção e desligamento da bomba de analgesia para controle da dor e foi verificado que os custos associados ao consumo de material foram mais expressivo em relação aos custos com recursos humanos e soluções, correspondendo a 67,5% do CDM total deste procedimento⁽¹⁵⁹⁾.

Em um estudo realizado em um HE público sobre o custo de procedimentos realizados pela equipe de enfermagem, foi observado que na composição do CMTD o custo dos insumos foi superior ao custo da MOD⁽¹⁶⁵⁾.

Os recursos humanos consomem grande parcela do orçamento das instituições de saúde, nas quais os profissionais da equipe de enfermagem correspondem ao maior quantitativo de pessoal. Porém, os insumos como materiais e medicamentos, são os recursos que mais elevam os custos, chegando de 15 a 45% do orçamento. Então, a equipe de enfermagem, como a principal usuária desses recursos, deve buscar medidas de controle eficazes, como liderança, comunicação, adequação dos espaços físicos para distribuição e guarda dos materiais e até o dimensionamento de pessoal⁽⁷⁾.

Neste mesmo sentido, outros autores apontam que os gastos com recursos humanos e materiais são responsáveis por um aumento dos custos hospitalares, públicos e privados, variando de 35% a 45% do orçamento total, podendo aumentar conforme a ineficiência dos sistemas de gerenciamento de materiais, sendo que apenas estes podem consumir de 23% a 30% desse orçamento^(144,166).

A variação dos custos do mesmo procedimento de enfermagem decorre de que os pacientes têm necessidades de saúde e cuidados individualizados. Porém, a definição da realização baseada em protocolos minimiza essas diferenças e favorece a identificação desses custos para subsidiar o gerenciamento eficiente dos recursos.

Os custos individualizados dos procedimentos são a base da gestão financeira das unidades de saúde. Sem a dimensão orçamentária é impossível qualquer tentativa de melhoria no processo de negociação com a SES⁽²⁾.

A ausência dos registros dos procedimentos realizados não acarreta prejuízos de forma direta ao paciente, mas sim a Instituição que deixa de receber pela totalidade dos procedimentos realizados⁽¹⁶⁷⁾. Nesta perspectiva, os profissionais da equipe de

enfermagem, que mais realizam procedimentos ambulatoriais⁽⁵⁾, precisam ser sensibilizados sobre a importância da adequação dos registros.

Além da participação qualificada dos profissionais, há a necessidade de investimentos institucionais para viabilizar a efetividade da documentação, como verificado no HU-USP que, após ter sido implantado o sistema de registro de procedimentos no Ambulatório, em 2016, estendeu a sua utilização, no ano seguinte, para outras áreas de pacientes externos, como o PSA, Serviço de Endoscopia, Imagem e Diagnóstico e PAD, facilitando a realização desta pesquisa, pois os dados registrados ficam disponíveis nos relatórios de produtividade das unidades.

A avaliação de custos se faz necessária para garantir a qualidade da assistência. No entanto, existe uma lacuna de dados concretos quanto ao conhecimento por parte dos profissionais que trabalham nos serviços de saúde sobre o custo de procedimentos e o tempo de realização dos mesmos⁽¹⁶⁸⁾.

Estudos que realizam o custeio por procedimento referem que é uma forma de se estabelecer o preço médio de cada procedimento em saúde, o que subsidia a negociação do reembolso e também contribuem para o gerenciamento financeiro da instituição, além de ser informação estratégica para o estabelecimento de indicadores de gestão, como exemplo, determinação de quais procedimentos tem maior margem de contribuição e custo nas receitas e despesas, para o orçamento das instituições de saúde^(165,169).

Estudo realizado por Lemos (2016), ao analisar os repasses do SUS na realização dos curativos de grau II, referiu que a falta de registros acomete de maneira significativa os valores de reembolso à Instituição⁽¹⁶⁷⁾.

Em um estudo relativo aos custos com curativos em pacientes com úlceras vasculogênicas, realizado no ambulatório de feridas de um HE, no Rio de Janeiro em 2010, mostrou que o valor repassado pelo SUS apresentava defasagem notória. No caso dos curativos limpos, o SUS repassava 19,4% do valor real total do curativo, e para os curativos infectados o repasse correspondeu a 71,15% do total, restando à instituição de saúde assumir a diferença do custo real de cada tipo do curativo⁽¹⁵⁰⁾.

Em 2016 o SUS reembolsou ao HU-USP o valor de R\$ 76.884,12 e, quando apurado o CMTD dos procedimentos de enfermagem e, a partir deles, estimado o valor desses procedimentos obteve-se o montante de R\$ 691.078,25, indicando o déficit na cobertura de R\$ 614.194,13. Ainda neste ano, verificou-se que o valor do

custo real dos procedimentos não pactuados corresponderia a R\$ 122.193,69 (17,68%). Assim, os resultados desta pesquisa identificaram que a metade dos procedimentos de enfermagem realizados em 2016 (curativo P - grau I, retirada de pontos, CVA, CVD, troca de sonda de CTT, troca de tubo de GTT, troca de bolsa de colostomia, inserção de SNE, inalação, glicemia capilar e aferição de PA e FC) não estavam pactuados e, portanto, não geraram receitas para o HU-USP.

Ressalta-se que o procedimento de inserção de SNE tem o valor unitário de R\$ 28,00 na Tabela do SIGTAP⁽¹⁶⁾, porém não estava pactuado, apesar desse procedimento ser realizado no Ambulatório e em várias outras Unidades do hospital. Salienta-se ainda que o procedimento troca do tubo de GTT não se encontra na referida Tabela, mas gera uma receita negativa ao HU-USP, pois tem um CMTD de R\$ 108,74, com média anual de R\$ 6.035,27, só no Ambulatório. Portanto, tais procedimentos deveriam ser incluídos nesta Tabela e pactuados com a SES, no intuito de cobrir os valores despendidos.

Em 2016, os curativos grau II foram pactuados para o Ambulatório, PSA e PAD e o procedimento medicação foi pactuado para o Ambulatório e PSA. Porém, foi pactuado entre o SUS e o HU-USP apenas 24 procedimentos ao custo unitário de R\$ 32,40, perfazendo o montante de apenas R\$ 777,60 de reembolso. Destaca-se que em 2016 o valor real apenas dos curativos grau II foi de R\$ 110.686,27, gerando um déficit de R\$ 109.908,67. O custo real dos procedimentos pactuados em 2016 correspondeu a R\$ 568.884,56 (82,32%) abrangendo as CE, os curativos grau II e as medicações.

Em 2017 o SUS reembolsou ao HU-USP o valor de R\$ 96.100,11 e, quando apurado o CMTD dos procedimentos de enfermagem e, a partir deles, estimado o valor desses procedimentos obteve-se o montante de R\$ 599.998,76, indicando o déficit na cobertura de R\$ 503.898,65. Ainda neste ano, aferiu-se que o valor do custo real dos procedimentos não pactuados corresponderia a R\$ 114.304,85 (19,05%). O custo real dos procedimentos pactuados (curativos grau II, CE e medicações) foi de R\$ 485.693,91 (80,95%). Os curativos foram pactuados para o Ambulatório, PSA e PAD e a medicação foi pactuada para o Ambulatório e PSA.

Dessa forma, a receita repassada pelo SUS em 2016 e 2017, de 11,13% e 16,02%, respectivamente, para a cobertura dos custos dos procedimentos de enfermagem no Ambulatório foi insuficiente para cobrir os valores gastos pelo HU-USP. Indica-se, portanto, a necessidade de atualização da Tabela do SIGTAP

ajustando os valores praticados, o mais próximo possível dos custos reais a realização dos procedimentos hospitalares; que sejam reembolsados os procedimentos que estão contemplados na referida tabela, porém estão com valor zero de repasse e que os procedimentos que geram custos e não são pactuados sejam incluídos no contrato, como a inclusão do procedimento inserção de SNE (R\$ 28,00/procedimento). Pondera-se que os gestores do HU necessitam de dados mais condizentes com a realidade do Hospital para conduzirem as negociações junto a SES, principalmente, em relação as quantidades de procedimentos realizados nas unidades.

O déficit financeiro gerado para o HU, campo desta pesquisa, relativo aos procedimentos de enfermagem totalizou R\$ 1.118.092,78 (86,60% do custo real), nos dois anos analisados. Salienta-se que esse valor corresponde ao levantamento de uma só unidade do hospital.

Esse déficit, a cada ano, gera dificuldades crescentes para a USP manter o HU. Em 2018, o custo total do HU foi de R\$ 297.544.468,00 (100%), sendo R\$ 247.124.783,00 de custos com recursos humanos (83,05%) e R\$ 50.419.685,00 com custeio (16,95%), sendo que deste montante para custeio, R\$ 26.414.971,00 (8,87%) são provenientes da USP, R\$ 23.104.768,00 (7,76%) da SES/SUS e R\$ 900.000,00 (0,30%) de outros recursos. Assim 91,97% dos custos totais do HU-USP são cobertos pela USP⁽¹⁵⁾.

Evidencia-se que quanto mais procedimentos o HU-USP realiza, maior é o déficit financeiro e, conseqüentemente, maiores as dificuldades para custeio, investimento e renovação de seu parque tecnológico e de infraestrutura, cada vez mais obsoletos e precários comprometendo o ensino, a pesquisa e a assistência.

No trabalho de Gouvêa e Lima (2014)⁽¹⁵⁹⁾ sobre o custo direto da instalação, manutenção e desligamento da bomba de analgesia controlada pelo paciente por enfermeiras, em 2012, em um HE foi observado que o CMTD do procedimento foi de R\$ 223,40, sendo que, os materiais e as soluções tiveram um impacto significativo na composição deste custo. Vale ressaltar que este procedimento de enfermagem também não está contemplado no SIGTAP, não tendo repasse pelo SUS.

Estudo realizado para aferir os custos do procedimento curativo limpo em um HE constatou que o SUS repassava apenas 19,4% do valor real gasto para tal procedimento, devendo assim, a instituição de saúde que realiza os procedimentos, assumir as diferenças dos custos reais de cada tipo de procedimento realizado⁽¹⁵⁰⁾.

Outro estudo sobre custo de curativo e desembolso do SUS refere que o tratamento de feridas é um problema mundial e, países com sistemas de saúde públicos com acesso universal, têm se preocupado com medidas efetivas para o custeio do tratamento, pois esse repasse é cada vez mais insuficiente para a cobertura deste⁽⁵⁷⁾.

Santos e Borgert (2017) realizaram um estudo com o objetivo de verificar se a forma de reembolso do SUS se adéqua aos custos de um hospital público de ensino e foi constatado que há insuficiência dos recursos provenientes do SUS para cobrir os custos, ou seja, a receita proveniente do SUS representava aproximadamente 8,0% do custo necessário para realizar os procedimentos. Apontaram ainda que o sistema de gerenciamento de custos utilizado tem pouco conhecimento a respeito do custo específico para cada procedimento realizado nos serviços ambulatoriais⁽⁵²⁾.

Os estudos de Zunta e Castilho (2011) e Teixeira (2012) indicaram que o valor do faturamento hospitalar dos procedimentos de enfermagem contribui em grande parte para as receitas geradas aos hospitais. Nessa direção, indicaram a importância destes procedimentos serem registrados e faturados pelo setor responsável para que possam continuar contribuindo com as contas hospitalares e com os reembolsos do SUS ou de operadoras contratadas⁽¹⁷⁰⁻¹⁷¹⁾.

CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

A análise do perfil dos pacientes que foram submetidos aos procedimentos de enfermagem no Ambulatório do HU-USP, nos anos de 2016 e 2017, evidenciou que a maioria era do sexo feminino (58,6%), proveniente da comunidade USP (55,5%), com média de idade 48,1 (DP=25,3) anos.

Os diagnósticos mais comumente encontrados, nesses dois anos, foram os do capítulo XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (9.802-33,2%); IX - Doenças do aparelho circulatório (4.371 - 14,8%); XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (2.786 - 9,4%) e IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (2.754 - 9,3%).

No período de novembro de 2017 a julho de 2018 foram observados 14 profissionais de enfermagem na execução dos procedimentos de enfermagem no Ambulatório, sendo seis enfermeiras com idade variando entre 52 a 71 anos (média=57,17); tempo de atuação no HU-USP de 25 a 32 anos (média=29,17); tempo de atuação no Ambulatório entre quatro e 25 anos (média=16,5). Todas as enfermeiras possuíam uma ou mais especializações em enfermagem (três em saúde coletiva/pública, uma em cuidados paliativos, uma em docência em enfermagem, uma em gerontologia, uma em pediatria e duas em obstetrícia); uma delas possuía mestrado na área de ensino em enfermagem. Dentre os oito técnicos/auxiliares de enfermagem, seis (75,25%) eram do sexo feminino e dois (24,75%) do sexo masculino, com idade variando de 38 a 60 anos (média=49,63); tempo de atuação no HU-USP de oito a 33 anos (média=23,63) e o tempo de atuação no Ambulatório entre três e 31 anos (média=16,38). A média de escolaridade foi de 13,63 anos, sendo que uma das técnicas possuía curso superior em enfermagem.

A idade média dos 14 profissionais de enfermagem que integraram a presente pesquisa correspondeu a 52,86 (DP=9,05) anos, com tempo médio de atuação no HU de 26 (DP=8,05) anos, tempo médio de atuação no Ambulatório de 16,43 (DP=8,34) anos e tempo médio de escolaridade de 15,50 (DP=3,11) anos.

Foram realizados 84.046 procedimentos de enfermagem, sendo 43.147 procedimentos em 2016 e 40.899 em 2017 (variação negativa de 5,21% em relação a 2016); com média de 42.023 procedimentos/ano.

Em 2016 os procedimentos de enfermagem mais realizados foram a aferição de PA e FC (10.079 - 23,41%), a EV (6.705 - 15,50%), a CE de ginecologia e obstetrícia (4.721 - 10,90%) e a CE cirúrgica (4.170 - 9,67%). Já em 2017 os mais realizados foram aferição de PA e FC (13.299 - 32,52%); EV (6.563 - 16,05%), CE de ginecologia e obstetrícia (4.483 - 10,96%) e IM (3.458 - 8,45%).

Com relação aos CMTDs verificou-se que o da CE foi de R\$ 30,48 (DP=26,77), com tempo médio de duração de 13,55 minutos (DP=11,90). A CE pediátrica apresentou o maior tempo médio de duração 29,02 minutos (DP=16,98) e o maior CMTD (R\$ 65,30-DP=38,20). A CE ginecológica-obstétrica apresentou o menor tempo médio de duração 7,16 minutos (DP=6,29) e o menor CMTD (R\$ 16,11 - DP=14,14).

O CMTD do curativo G foi de R\$ 56,91 (DP=24,35); do curativo M foi de R\$ 25,09 (DP=9,80); do curativo P foi de R\$ 13,76 (DP=3,88) e do curativo de BU foi de R\$ 120,71 (DP=17,19).

Em relação ao procedimento retirada de pontos, constatou-se que o CMTD foi de R\$ 14,91 (DP=6,40). Já para o CVD o CMTD foi de R\$ 57,65 (DP=8,94), para o CVA o CMTD foi de R\$ 27,12 (DP=1,93) e para a troca de sonda de CTT o CMTD foi de R\$ 69,45 (DP=18,47).

No procedimento inserção de SNE o CMTD foi de R\$ 83,27 (DP=19,17). Para o procedimento troca do tubo de GTT, o CMTD foi de R\$ 108,74 (DP=19,49) e para a troca de bolsa de colostomia o CMTD foi de R\$ 53,65 (DP=9,47).

Ao analisar o procedimento glicemia capilar, constatou-se que o CMTD foi de R\$ 6,42 (DP=1,83), e para a aferição de PA e FC o CMTD foi de R\$ 2,86 (DP=0,64).

Em relação aos procedimentos de administrações de medicamentos, foi verificado que o CMTD para a IM foi de R\$ 6,15 (DP=1,52), para a VO foi de R\$ 3,38 (DP=1,29), para a SL foi de R\$ 3,35 (DP=0,99), para a SC foi de R\$ 4,46 (DP=1,05), para inalação foi de R\$ 4,82 (DP=1,81), para instilação ocular foi de R\$ 4,45 (DP=2,11), para a EV foi de R\$ 14,16 (DP=5,37).

Em 2016, ao se multiplicar os valores dos CMTDs obtidos pela quantidade de procedimentos realizados constata-se que o custo real para o HU-USP foi de R\$ 691.078,25, e o valor reembolsado pelo SUS foi de 76.884,12, com diferença do valor reembolsado de R\$ 614.194,13 (88,87%), ou seja, apenas 11,13% dos valores reais foram repassados para o custeio desses procedimentos. Já em 2017 o custo real foi

de R\$ 599.998,76, com valor reembolsado de R\$ 96.100,11, com diferença de R\$ 503.898,65 (83,98%), ou seja, foi repassado apenas 16,02% dos valores reais.

Os procedimentos não pactuados foram: curativo P (grau I), glicemia capilar, retirada de pontos, CVA, CVD, troca de sonda de CTT, troca de tubo de GTT, aferição de PA e FC, troca de bolsa de colostomia e inserção de SNE, que equivaleram a R\$ 122.193,69 em 2016 e a R\$ 114.304,85 em 2017.

Constatou-se que a receita repassada pelo SUS para a cobertura dos custos dos procedimentos de enfermagem realizados no Ambulatório do HU-USP foi insuficiente e que o déficit financeiro gerado, nos dois anos analisados, representou uma perda de R\$ 1.118.092,78 (86,60%) dos recursos financeiros consumidos.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O gerenciamento dos custos nas instituições de saúde, em especial na enfermagem, tem como objetivos avaliar o crescimento quantitativo e financeiro, conhecer os custos dos procedimentos realizados, negociar a tabela de preço e reembolso do SUS, alocar recursos de modo eficientes e identificar ineficiências de processos e desperdícios na execução dos procedimentos.

O conhecimento dos custos dos procedimentos torna-se importante no sentido de que, não deve se restringir apenas a aferir os custos envolvidos, mas também relacioná-los a resultados da prática clínica ou a como estes custos se contextualizam no sistema de saúde no qual estão inseridos.

Foi importante ter implementado um sistema de registro para o lançamento com código HU ligando com o código da tabela do SIGTAP de todos os procedimentos que são realizados no ambulatório do HU-USP, para possibilitar o posterior faturamento.

A geração de informações e de registros adequados possibilitam maior controle dos custos hospitalares, o que implica em tomada de decisões estratégicas, nos diversos níveis, visando a alocação racional de recursos e a geração de receitas para assegurar a estabilidade financeira destas instituições.

Desta forma, é importante a sensibilização da equipe de enfermagem do Ambulatório para incrementar o seu envolvimento e favorecer mudanças nos processos de trabalho e, principalmente, melhorias nos sistemas de informações, permitindo utilizar os recursos de forma mais racional e direcionar os procedimentos que agregam valor à instituição e ao cliente, gerando maior satisfação interna e externa, pela entrega do melhor produto para mais usuários.

Nesta pesquisa foi constatada diferença significativa entre os CMTDs dos procedimentos de enfermagem e o reembolso do Estado por meio do SUS. Os resultados poderão subsidiar a análise criteriosa do repasse financeiro do SUS com relação aos procedimentos de enfermagem e contribuir para a verificação da viabilidade financeira desses procedimentos realizados no Ambulatório do HU-USP, além de permitir maior controle sobre os processos e atividades de enfermagem que geram custos ao hospital por ineficiência ou falta de planejamento.

Como a contratualização do SUS consiste em uma remuneração fixa (pacote) para os procedimentos realizados no HU-USP, não tendo reajustes ao longo dos anos, os valores estão abaixo do necessário para cobrir os custos e, se o HU-USP não receber recursos suficientes da Reitoria - USP, via MEC, poderá incorrer em um déficit econômico importante, além da dificuldade de realização de melhorias e investimentos que são necessários.

Outro aspecto a ser observado é a pactuação das Universidades com as SES e as SMS quanto à verdadeira missão dos HUs e a parcela que cabe a eles no atendimento do SUS. As Secretarias têm a obrigação de cuidarem para que o número de equipamentos de atenção à saúde seja adequado à população atendida na região onde os HUs estão instalados.

Os gestores devem participar desde o início da proposta de contratualização conforme a missão do hospital, os recursos disponíveis e a oferta do melhor serviço à população, porém, com pagamento adequado por esses serviços realizados.

A instituição deve adotar medidas de gerenciamento dos diferentes centros de custos que conformam o hospital, para que não ocorram perdas significativas. Assim, devem adotar um sistema de informação eficaz desde a ponta até o final do faturamento.

É imprescindível que se tenha profissionais com conhecimento e experiência para negociar e acompanhar o desempenho das metas pactuadas na contratualização, por meio dos relatórios e das avaliações periódicas das metas e indicadores, nos órgãos competentes, e também, de forma presencial, conhecer, compreender e propor mudanças nos processos de trabalho nos diversos setores da instituição.

Assim, a proposta é de obtenção de dados sobre a real produção e os custos para readequação dos repasses do SUS com a finalidade de evitar o agravamento da crise financeira do HU-USP, bem como em todos os hospitais públicos.

Ao concluir, espera-se que os HUs tenham uma administração mais eficiente de seus processos administrativos, incrementando ferramentas de gestão que os auxiliem na obtenção de dados fidedignos e resultados qualificados quanto a assistência, ensino e pesquisa.

Espera-se que estes resultados sejam úteis para possibilitar reflexões, discussões e ações mais amplas por parte dos gestores dos HUs e uma revisão do reembolso do SUS por procedimentos.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. Silva GS. Cobertura do custo da cirurgia de revascularização miocárdica pelo repasse do Sistema Único de Saúde em uma Instituição Filantrópica. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.
2. Bittar E, Castilho V. O custo do implante por cateter de bioprótese valvar aórtica nas diferentes vias de acesso. *Rev Esc Enferm USP*. 2017; 51: e03246. doi: 10.1590/s1980-220x2016050503246.
3. Castilho V, Lima AFC, Fugulin FMT. Gerenciamento de custos nos serviços de Enfermagem. In: Kurcgant P, coordenadora. *Gerenciamento em Enfermagem*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. p.170-83.
4. Lima AFC, Hsiao J. Custo direto da hemodiálise em unidade de terapia intensiva adulto. *Cogitare Enferm*. 2015;20(4):1-9. doi: 10.5380/ce.v20i4.41782.
5. Agência Brasil. Maior orçamento federal, saúde patina e será desafio de novo presidente [Internet]. São Paulo: EBC; 2018 set [citado 10 out. 2018]. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2018-09/futuro-presidente-tera-de-enfrentar-financiamento-do-sus>.
6. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Nota Técnica nº 06. O financiamento do SUS [Internet]. Brasília: CONASS; 2011 [citado 10 nov. 2018]. Disponível em: <http://www.conass.org.br>.
7. Zuliani LL, Jericó MC, Castro LC, Soler ZSG. Consumo e custo de recursos materiais em unidades pediátricas de terapia intensiva e semi-intensiva. *Rev Bras Enferm*. 2012 Dec;65(6):969-76. doi: 10.1590/S0034-71672012000600013.
8. Negeliski C, Lautert L. Custo benefício do cateter central de inserção periférica em comparação com o cateter venoso central. *Rev Eletrôn Est Saúde* [Internet]. 2017 [citado 9 set. 2018];6(1):1-14. Disponível em: <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/index>.
9. Brasil. Lei n.1651 de 27 de julho de 2017. Dispõe sobre as diretrizes orçamentárias para o exercício de 2018. *Diário Oficial da União*, Brasília (2017 jun. 28); Sec. I-pp1:3 A.
10. FENACON. Sistema Sescap/Sescon [Internet]. Brasília: FEANACON; 08 jun. 2017 [citado 07 out. 2018]. Disponível em: Fenacon.org.br/noticias/arrecadação-de-icms.

11. Universidade de São Paulo. Coordenadoria de Administração Geral. Informativo CODAGE 2015 [Internet]. São Paulo: USP; 16 mar. 2015 [citado 07 out. 2018]. Disponível em: http://www.usp.br/codage/files/CO_2015/InformeCodage-mar16.pdf.
12. Universidade de São Paulo. Coordenadoria de Administração Geral. Informativo CODAGE 2016 [Internet]. São Paulo: USP; 04 dez. 2016 [citado 07 out. 2018]. Disponível em: http://www.usp.br/codage/files/CO_2016/IFCO-DEZ-4-TI-TIV.pdf.
13. Universidade de São Paulo. Coordenadoria de Administração Geral. Informativo CODAGE 2017 [Internet]. São Paulo: USP; 2017 [citado 07 out. 2018]. Disponível em: http://www.usp.br/codage/files/CO_2017/IFCO-4-TI-TIV.pdf.
14. USP do futuro não é sinal de privatização. Jornal Valor Econômico [internet]. 18 abril 2016 [citado 25 out. 2016]. Disponível em: <http://www.valor.com.br>.
15. Leme LEG. O Hospital Universitário. 2º Encontro dos professores da USP; 10 out. 2018; São Paulo, SP, Brasil. São Paulo: Centro de Difusão Internacional-USP; 2018.
16. Sistema Único de Saúde (Brasil). DATASUS - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (SIGTAP, OPM) do SUS [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018 [citado 09 set. 2018]. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabelaunificada/app/sec/procedimento/publicados/consultar>.
17. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (20 set. 1990) [citado 09 set. 2018]; Sec. 1:18055. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1080.htm.
18. Zurita RCM, Zurita RM. Gastos ambulatoriais do SUS em serviços auditivos nas macrorregiões do estado Paraná. *Colloquium Vitae*. maio-ago. 2014;6(2):59-70. doi: 10.5747/cv.2014.v06.n2.p098.
19. Silva RS, et al. Análise financeira das internações de diabéticos submetidos à amputação de membros inferiores em hospital público. *Semina Cien Biol Saúde (Londrina)*. ago. 2015;36(1 supl):81-8. doi: 10.5433/1679-0367.2014v35n2p81.
20. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

21. Brasil. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Que altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde [internet]. Diário Oficial da União, Brasília (14 set. 2000) [citado 09 set. 2018]; Sec.1:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 698, de 30 de março de 2006. Dispõe sobre a lei orgânica do SUS [Internet]. Brasília; 2006. [citado 09 set. 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0698_30_03_2006.html.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução CNS nº 322, de 2003. Dispõe sobre: define a base de cálculo para os recursos mínimos a serem aplicados em saúde [Internet]. Brasília; 2003 [citado 09 set. 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/rsl0322_2003.html.
24. Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria interministerial nº 15, de 22 de maio de 1987. Estabelece, no âmbito do convênio MEC/MPAS, critérios e parâmetros para a aplicação do Índice de Valorização de Desenvolvimento (IVD) e atribui o Índice de Valorização Hospitalar (IVH), de acordo com critérios, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (26 maio 1987).
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle [Internet]. Brasília; 2007 [citado 09 set. 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_207.html
26. Sales PRS. Integração ensino-serviço na formação de enfermeiros em um hospital escola [dissertação na Internet] Marília (SP): Faculdade de Medicina de Marília; 2013 [citado 22 ago. 2018]. Disponível em: http://www.famema.br/mestrado_prof/docs.
27. Freire LLR. Sistema brasileiro de saúde escritório técnico de estudos econômicos do nordeste. ETENE. dec. 2009;3(1).
28. Brasil. Decreto Lei nº 7.508, de 28 de julho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2011 [citado 09 set. 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/7508.htm.

29. Mendes A. A longa batalha pelo financiamento do SUS. *Saúde Soc.* 2013;32(4):987-93.
30. SMS. Secretaria Municipal de Saúde. Assessoria especial. Prefeitura Municipal de Teresina; 2016.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria interministerial nº 15 de 08/01/1991. Estabelece a ascensão do IVH e cria o fator de incentivo ao desenvolvimento do ensino e pesquisa universitária em saúde (PIDEPS) para os Hospitais Universitários. *Diário Oficial da União*, Brasília (10 jan. 1991).
32. Araújo KM, Letã J. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos* (Rio de Janeiro). out.-dez. 2014;21(4):1261-81. doi: 10.1590/S0104-59702014005000022.
33. Santos AC, Oliveira Júnior LB. REHUF: uma ferramenta para tomada de decisão e sua aplicação na saúde coletiva. *HU Revista* (Juiz de Fora). jan.-jun. 2016;42(1):43-51.
34. Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria interministerial nº 1000, de 15 de abril de 2004. Certifica como hospital de ensino as instituições hospitalares que servirem de campo para a prática de atividades curriculares na área de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (15 abril 2004).
35. Brasil. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto nº 7082 de 27/01/2010. Institui o Programa Nacional de reestruturação dos hospitais universitários federais (REHUF) e dispõe sobre seu financiamento. *Diário Oficial da União*, Brasília (27 jan 2010).
36. Brasil. Ministério da Educação. Portaria interministerial nº 883 de 2010. Regulamenta o Decreto 7082 de Janeiro de 2010. *Diário Oficial da União*, Brasília (06 jul. 2010); Sec.1:17.
37. Brasil. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto nº 8587 de 14/12/2015. Dispõe sobre a execução do REHUF e altera o Decreto nº7082 de janeiro de 2010. *Diário Oficial da União*, Brasília (14 dez. 2015); Sec.1:1.
38. Nogueira DL et al. Avaliação dos hospitais de ensino no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev Bras Educ Med* (Rio de Janeiro). 2015;39(1):151-8. doi: 10.1590/1981-52712015v39n1e00772014.
39. Lampert JB et al. Hospitais de ensino: a trama da crise. *Rev Bras Educ Med* (Rio de Janeiro). 2013;37(2):155-6.

40. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 142/GM/MS de 27/01/2014. Institui, no âmbito SUS, o Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH) [Internet]. Brasília; 2014 [citado 09 set. 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0142_27_01_2014.html.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.410/GM/MS de 30/12/2013. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) [Internet]. Brasília; 2013 [citado 09 set. 2018]. Disponível em: <http://www.sgms.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/08/PORTARIA-N%C2%B0-3410-Diretrizes-para-contratualiza%C3%A7ao-SUS-de-acordo-com-PNHOSP.pdf>.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390 de 30/12/2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS e estabelece suas diretrizes para a organização do componente hospitalar da rede de atenção à Rede de Atenção à Saúde (RAS) [Internet]. Brasília; 2013 [citado 09 set. 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html.
43. Lima SHML, Rivera FJU. A contratualização nos hospitais de ensino no sistema único de saúde brasileiro. Cien Saúde Colet. 2012;17(9):2507-21.
44. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistemas de informações hospitalares [SIH/SUS]. Programa TabWin [Internet]. Brasília; 2014. [citado 09 set. 2016]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 285 de 24/03/2015 redefiniu o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE) [Internet]. Brasília; 2015 [citado 09 set. 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0285_24_03_2015.html.
46. Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria interministerial n. 2.400, de 2 de outubro de 2007. Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como hospitais de ensino. Diário Oficial da União, Brasília (03 out. 2007); Sec 2:26.
47. Bonacim CAG, Araújo AMP. Valor econômico agregado por hospitais universitários públicos. Rev Adm Empresa. out.-dez. 2009;49(4):419-33.
48. La Forgia GM, Couttolenc BF. Desempenho Hospitalar no Brasil. Em busca da excelência. The World Bank, Instituto Brasileiro para Estudo e desenvolvimento do setor de saúde (IBEDESS) [Internet]. São Paulo: Editora Singular; 2009 [citado 10 dez. 2018]. Disponível em: www.ibedess.org.br/imagens/biblioteca/62_Desempenho%20Hospitalar.pdf

49. Sales PRS, Marin MJS, Silva Filho CR. Integração academia-serviço na formação de enfermeiros em um hospital de ensino. *Trab Educ Saúde*. 2015;13(3):675-693. doi: 10.1590/1981-7746-sip00057.
50. Bonacim CAG; Araujo AMP. Gestão de custos aplicados a hospitais universitários públicos: a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. *Rev Adm Public*. jul.-ago. 2010;44(4):903-31. doi: 10.1590/S0034-76122010000400007.
51. Dallora MELV, Forster AC. The real importance of cost management in a teaching hospital - theoretical considerations. *Medicina (Ribeirão Preto)*. abr.-jun. 2008;41(2):135-42.
52. Santos RV, Borgert A, Borgert EA. Relação entre os custos de um Hospital Universitário e o reembolso do Sistema Único de Saúde - SUS [Internet]. *Anais do XXIV Congresso Brasileiro de Custos*; 15-17 nov. 2017; Florianópolis, SC, Brasil. Associação Brasileira de Custos; 2017 [citado 10 dez. 2018]. Disponível em: <https://anaiscbc.emnunes.com.br/anais/article/view/4381>.
53. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 321, de 08 de fevereiro de 2007. Institui a tabela de procedimentos, medicamentos, órteses/próteses e materiais especiais - OPM do SUS [Internet]. Brasília; 2007 [citado 09 set. 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0321_08_02_2007.html.
54. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.848, de 06 de novembro de 2007. Publica a tabela de procedimentos, medicamentos, órteses/próteses e materiais especiais - OPM do SUS [Internet]. Brasília; 2007 [citado 09 set. 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2848_06_11_2007.html.
55. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 436, de 10 de setembro de 2010. Atualizar e estabelecer competência à secretaria de atenção à saúde e adequar o sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos medicamentos, órteses/próteses e materiais especiais - OPM do SUS ao SIGTAP [Internet]. Brasília; 2010 [citado 09 set. 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0436_10_09_2010.html.
56. Rezende KF et al. Internações por pé diabético: comparação entre o custo direto estimado e o desembolso do SUS. *Arq Bras Endocrinol Metab*. abr. 2008;52(3): 523-30. doi: 10.1590/S0004-27302008000300013.
57. Bezerra SMG. Feridas: efeito da intervenção educativa em relação ao conhecimento dos enfermeiros sobre avaliação, tratamento e custo [tese]. Teresina: Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós- Graduação em Enfermagem; 2016.

58. Bezerra SMG, et al. Caracterização de feridas em pacientes acamados assistidos pela Estratégia Saúde da Família. *Rev Interdiscip.* 2013;6(3):105-14.
59. Kos SR, Santos NP, Klein L. Repasse do SUS vs custo dos procedimentos hospitalares: é possível cobrir os custos com o repasse do SUS?. *Anais do XXII Congresso Brasileiro de Custos*; 11-13 nov. 2015; Foz do Iguaçu, PR, Brasil; 2015.
60. Souza AA, Xavier AG, Lima LCM, Guerra M. Análise de custos em hospitais: comparação dos custos de procedimentos de urologia e os valores repassados pelo sistema único de saúde. *Rev. ABCustos [Internet]*. 2013 [citado 09 set. 2018];8(1):90-107 Disponível em: <http://abcustos.emnuvens.com.br/abcustos/article/view/331>.
61. Pires MBN, Oliveira R, Alcântara CCV, Abbas K. Relação entre a remuneração do sistema único de saúde, os custos dos procedimentos hospitalares e o resultado: estudo nas Santas Casas de Misericórdia do Estado de São Paulo. *Rev. Administração hospitalar e inovação em saúde. [Internet]*. jul-set 2017 [citado 20 nov. 2018];14(3). Belo Horizonte, MG. Disponível em: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/download/16-33/2208>.
62. Jesus CTE, et al. Apuração de custos da patologia acidente vascular cerebral em um hospital filantrópico. *Rev Audit Gov Contabil [Internet]*. 2015 [citado 09 set. 2018];3(8):33-46. Disponível em: <http://www.fucamp.edu.br/editora/index.php/ragc/article/view/618>. Citado em 20/11/2018.
63. Baptista CMC, Castilho V. Levantamento do custo do procedimento com bota de Unna em pacientes com úlcera venosa. *Rev Latino-Am Enferm.* 2006;14(6):1-7. doi: 10.1590/S0104-11692006000600017.
64. Castro LC, Castilho V. The cost of waste of consumable materials in a surgical center. *Rev Latino-Am Enferm.* dez. 2013;21(6):1228-34. doi: 10.1590/0104-1169.2920.2358.
65. Lima AFC. Custo direto da hemodiálise convencional realizada por profissionais de enfermagem em hospitais de ensino [tese livre-docência na Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2015 [citado 09 set. 2018]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/7/tde-13092016-104048/pt-br.php>.
66. Castilho V. Gerenciamento de custos: análise de pesquisas produzidas por enfermeiras. [tese livre docência]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2008.

67. Portela MC. Accountability e qualidade. *Cienc Saúde Coletiva*. jul-ago. 2007;12(4):1-2. doi: 10.1590/S1413-81232007000400003.
68. Pinho JAG, Sacramento ARS. Accountability: já podemos traduzi-la para o português? *Rev Adm. Public*. nov.-dez. 2009;43(6):1343-68. doi: 10.1590/S0034-76122009000600006.
69. Costa JCN. Os desafios da gestão pública e privada nos hospitais [Internet]. [s.l.]: Saúde web; 2012 [citado 09 set. 2018]. Disponível em: <http://saudebusiness365.com.br/noticias/detalhe32652/os-desafios-da-gestao-publica-e-privada-nos-hospitais>.
70. Beulke R, Bertó DJ. Gestão de custos e resultados na saúde: hospitais, clínicas, laboratório e congêneres. 5ª ed. São Paulo: Saraiva; 2012.
71. Oliveira DF. A implantação de um sistema de gestão de custos no hospital universitário pela EBSEERH: um estudo de caso com utilização do PMBOK. *Rev Adm Hosp Inov Saúde*. 2016;13(3):122-39. doi: 10.21450/rahis.v13i3.3172.
72. Bogo PC, Bernardino E, Castilho V, Cruz EDAI. The nurse in the management of materials in teaching hospitals. *Rev Esc Enferm USP*. ago. 2015;49(4):632-9. doi:10.1590/S0080-623420150000400014.
73. Martins D. Custos e orçamentos hospitalares. São Paulo: Atlas; 2000.
74. Kaplan RS, Porter ME. Como resolver a crise de custos na saúde. *Havard Bus Rev Bras*. 2011;89(9).
75. Ribeiro OM. Contabilidade de custos. 4ª ed. São Paulo: Saraiva; 2015.
76. Perez Junior JH, Oliveira LM, Costa RG. Gestão estratégica de custos. 8ª ed. São Paulo: Atlas; 2012.
77. Castilho V, Lima AFC, Fugulim FMT, Peres HHC, Gaidzinski RR. Total staff costs to implement a decision support system in nursing. *Rev Lat-Am Enferm*. 2014;22(1):158-64.
78. Jericó MC, Castilho V. Gerenciamento de custos: aplicação do método de Custeio Baseado em Atividades em Centro de Material Esterilizado. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(3):745-52.
79. Marquis BL, Huston CJ. Administração e Liderança em Enfermagem: teoria e prática. 8ª ed. Porto Alegre: Editora Artmed; 2015.
80. Francisco IMF, Castilho V. A enfermagem e o gerenciamento de custos. *Rev Esc Enferm USP*. 2002; 36(3):240-4.

81. Castilho V, Mendes KGL, Jericó MC, Lima AFC. Gestão de custos em Serviços de Enfermagem. Programa de Atualização em Enfermagem (PROENF): Gestão. 2012;2(1):51-73.
82. Martins E. Contabilidade de custos. 10ª ed. São Paulo: Atlas; 2010.
83. Bresciani HR, et al. Legislação comentada: lei do exercício profissional e código de ética. Florianópolis: Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina; Letra Editorial; 2016. 137p. - (Cadernos Enfermagens; v.3). ISBN: 9788564747135.
84. Relvas TRS. Desenvolvimento de um modelo lógico para fundamentar a prática da mensuração inerente ao custeio e gerenciamento baseado em atividades: um estudo de caso no Banco Bradesco S/A [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Economia Administração e Contabilidade; 2003.
85. Abbas K, Gonçalves MN, Leoncine M. Os métodos de custeio: vantagens, desvantagens e sua aplicabilidade nos diversos tipos de organizações apresentadas pela literatura. ConTexto (Porto Alegre). 2012;12(22):145-59.
86. Souza AA, Guerra M, Lara CO, Gomide PLR, Pereira CM, Freitas DA. Controle de gestão em organizações hospitalares. Rev Gestão USP. 2009; 16(3):15-29.
87. Ching H. Manual de custos de instituições de saúde: sistemas tradicionais de custos e sistema de custeio baseado em atividades (ABC). [s.l.]: Atlas; 2010. Fundamentos de Custos e Métodos de Custeio; p. 5-23.
88. Francisco IMF, Castilho V. O ensino de custos nas escolas de graduação em enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2004;38(3):317-25.
89. Horngren CT, Foster G, Datar SM. Contabilidade de custos. 9ª ed. Rio de Janeiro: LTC - Livros Técnicos e Científicos; 2004. 701p.
90. Souza SESM, Silva AR. Contribuição do enfermeiro no processo de gerenciamento de custo nas instituições hospitalares. Rev Eletron Gest Saúde. 2017;8(2):338-62. doi: 10.18673/gs.v8i2.24118.
91. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e método. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2015. Introdução: Quando usar os estudos de casos como método de pesquisa; p. 23-43.
92. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 6ª ed. São Paulo: Editora Atlas; 2017. p.192.
93. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. 5ª ed. 18 reimp. São Paulo: Editora Atlas; 2009. p.175.

94. Fonseca JJS. Metodologia da pesquisa científica. Ceará: Universidade Estadual do Ceará; 2002. 1.
95. Universidade de São Paulo. Resolução nº 6313, de 06 de julho de 2012. Baixa o regimento do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Revoga Resolução nº 4886/2001. Diário Oficial do Estado de São Paulo 11 jul 2012; Seção I.
96. Lima MAC. Registro de enfermagem: uma proposta para adequação da prática, sob os aspectos formais do SUS [trabalho de conclusão de curso na Internet]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães, Especialização em gestão de sistemas e serviços de saúde; 2012 [citado 10 dez. 2018]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/30694>.
97. Gonçalves MA, Ferreira BP, Alemão MM. Risco operacional no setor saúde: financiamento pelo SUS paralelo aos gastos na fundação hospitalar do Estado de Minas Gerais. Rev Gest Tecnol (Pedro Leopoldo). jan.-abr. 2014;14(1)126-50.
98. Universidade de São Paulo. Hospital Universitário. Manual de Gerenciamento. São Paulo: Departamento de Enfermagem do Hospital Universitário da USP; 2016.
99. Horta WA. O processo de enfermagem. São Paulo: EPU/EDUSP; 1979.
100. Orem DE. Nursing cocepts of practice. New York: Mc Graw-Hill Book Company; 1985.
101. Herdman TH, Kamitsuru S, organizadores. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. 10 ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.
102. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM, organizadores. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
103. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, organizadores. Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
104. Peres HHC, et al. Avaliação de sistema eletrônico para documentação clínica de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2012;25(4):543-8. doi: 10.1590/S0103-21002012000400010.
105. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. COFEN. Lei 7.498 de 25/06/1986. Dispõe sobre a regulamentação de exercício da enfermagem [Internet]. Brasília: COFEN; 25 jun. 1986 [citado 29 set. 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html.

106. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Decreto 94.406 8/6/1987. Dispõe sobre o exercício da enfermagem [Internet]. Brasília: COFEN; 08 jun. 1987 [citado 29 set. 2018]. Disponível em: [http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-94406-8-: junho-1987-444430-publicacaooriginal-1-pe.html](http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-94406-8-:junho-1987-444430-publicacaooriginal-1-pe.html).
107. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 359 de 29/10/2009. Revoga a Resolução COFEN n. 241 de 30 de agosto de 2000 e a Resolução COFEN n. 262 de 12 de julho de 2001 [Internet]. Brasília: COFEN; 29 out. 2009 [citado 29 set. 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3592009_4385.html.
108. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-159 de 19/04/1993. Dispõe sobre a consulta de Enfermagem [Internet]. Brasília: COFEN; 19 abril 1987 [citado 29 set. 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1591993_4241.html.
109. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 544 de 09/05/2007. Revoga a Resolução COFEN nº 159/1993 - Consulta de Enfermagem [Internet]. Brasília: COFEN; 09 maio 2017 [citado 29 set. 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05442017_52029.html.
110. Kalinowski CE. Manual de procedimentos para a sala de curativos. Disciplina de Administração da Assistência à Saúde [Internet]. Curitiba: Universidade Federal Do Paraná; 2003 [citado 12 out. 2018]. Disponível http://www.Enfermagem.Ufpr.Br/Paginas/Grupopesq/Gemsa/Manual_De_Procedimentos.Htm.
111. Abreu AM, Oliveira BRB, Manarte JJ. Treatment of venous ulcers with an unna boot: a case study. Online Braz J Nurs. abril 2013;12(1):198-208. doi: 10.5935/1676-4285.20133845.
112. Malagutti W. Feridas conceitos e atualidades. São Paulo: Martinari; 2015.
113. Conselho Regional de Enfermagem/SP. Parecer COREN - SP 007/2013. Ementa: Competência e capacitação para realização de curativo bota de Unna [Internet]. São Paulo: COREN/SP; 2013 [citado 12 out. 2018]. Disponível em https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2013_7.pdf.
114. Universidade de São Paulo. Hospital Universitário. Departamento de Enfermagem. Protocolo para o tratamento de úlcera venosa. Grupo de Estomaterapia. São Paulo: HU/USP; 2018.
115. Universidade de São Paulo. Hospital Universitário. Departamento de Enfermagem. Manual de procedimentos. São Paulo: HU/USP; 2017.

116. Araujo YB; Cruz ICF. Preventive nursing care of urinary tract infection associated with catheter high customer complexity: systematize literature review. J Spec Nurs Care [Internet]. jun. 2016 [citado 12 out. 2018];8(1). Disponível em: <http://www.jsncare.uff.br/index.php/jsncare/article/view/2837>.
117. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução número 450 de 11/12/2013. Normatiza o procedimento de Sondagem vesical no âmbito do Sistema COFEN/COREN [Internet]. Brasília: COFEN; 11 dez. 2013 [citado 29 set. 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04502013-4_23266.html.
118. Tolentino ACMS, et al. Analysis of costs associated with the late vesical catheterization in hospitalized patients: integrative review. J Nurs UFPE on line. maio 2013;7(5):4251-60. doi: 10.5205/1981-8963-v7i5a11655p4251-4260-2013.
119. Vieira ES. Fabricação por extrusão de dispositivos tubulares compostos por polietileno de alta densidade e ibuprofeno aplicáveis como cateter urinário [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro tecnológico, Programa de Pós-graduação em Ciência e Engenharia de Materiais; 2016.
120. Luizetto CMB, et all. Orientação para administração de medicamentos via sonda enteral: um vídeo educativo [Internet]. Congresso Internacional de Educação e Tecnologias / Encontro de Pesquisadores em Educação a Distância; 26/06-13/07 jun.-jul. 2018 [citado 30 set. 2018]; São Carlos (SP). Disponível em: cientenped.usfcar.br/submissao/index.php//2018/article/.../295/.
121. White R, Brandnam V. Handbook of drug administration via enteral feeding tubes. 3rd ed. London: Pharmaceutical Press; 2015.
122. Souza TV, et al. Sondagem enteral em crianças: a realidade de uma enfermaria de lactentes. Rev Fund Care Online. abril-jun. 2018;10(2):406-12. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.406-412>.
123. Tyng CJ, et all. Gastrostomia percutânea guiada por tomografia computadorizada: experiência inicial de um centro oncológico. Radiol Bras. 2017. doi: 10.1590/0100-3984.2015.0219.
124. Soutinho LAR, et al. Perfil, critérios de indicação e desfecho da inserção de gastrostomia em um hospital pediátrico universitário. Acta Fisiátrica. set. 2015;22(3):123-9. doi: 10.5935/0104-7795.20150024.
125. Rimolo AP. Incidência de complicações e mortalidade em pacientes submetidos a duas técnicas de gastrostomia percutânea endoscópica em adultos [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul-(RS), Faculdade de Medicina; 2017.

126. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução número 453 de 16/01/2014. Aprova a norma técnica que dispõe sobre a atuação da equipe de enfermagem em Terapia nutricional [Internet]. Brasília: COREN; 2014 [citado 30 set. 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04532014_23430.html.
127. Oliveira AL. Qualidade de vida relacionada à saúde e perfil nutricional de portadores de derivação intestinal - colostomia e ileostomia [tese na Internet]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Saúde Brasileira; 2017 [citado 30 set. 2018]. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/5538>.
128. Souza RHS. Dos primeiros sintomas ao início do tratamento: trajetória dos pacientes do sistema único de saúde com neoplasia colorretal atendidos em um hospital público de Curitiba [tese]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna, Ciências da Saúde; 2016.
129. Conselho Regional de Enfermagem. Câmara Técnica Orientação Fundamentada Nº 035/2016. Troca de bolsa de colostomia por profissionais de Enfermagem [Internet]. Brasília: COFEN; 2016 [citado 10 out. 2018]. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2016/05/Orienta%C3%A7%C3%A3o%20Fundamentada%20-%20035_1.pdf.
130. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº358/09. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Brasília: COFEN; 15 out. 2009 [citado 10 out. 2018]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html.
131. Silva LS, Cruz ICF. Nursing care patient critical blood glucose with unstable risk related to inadequate monitoring: systematic literature review. J Spec Nurs Care [Internet]. maio 2015 [citado 10 out. 2018];7(1). Disponível em: <http://www.jsncare.uff.br/index.php/jsncare/article/view/2731>.
132. Sociedade Brasileira de Diabetes. Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus. Rio de Janeiro: Editora Diagraphic; 2011.
133. Barcellos LN. Conhecimento da equipe de enfermagem antes e após capacitação em semiotécnica dos sinais vitais [dissertação na Internet]. Espírito Santo: Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós Graduação em Enfermagem; 2017 [citado 10 out. 2018]. Disponível em: <http://repositorio.ufes.br/handle/10/8317> Citado em 12.10.2018.

134. Oliveira ESG. Como medir a pressão arterial: requisitos básicos para adequada aferição da pressão arterial - Rede de Teleassistência de Minas Gerais [Internet]. Belo Horizonte: HC/UFGM; 2015 [citado 10 out. 2018]. Disponível em:
http://www.telessaude.hc.ufmg.br/pressao_arterial/PDF/Pressao_Arterial.pdf
135. Teixeira CC. Aferição dos sinais vitais: um indicador do cuidado seguro em idosos. *Texto Contexto Enferm.* out.-dez. 2015;24(4):1071-8. doi: 10.1590/0104-0707201500003970014.
136. Potter P, et al. *Fundamentos de Enfermagem*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier; 2014.
137. Taylor CR, et al. *Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de Enfermagem*. 7ª ed. São Paulo: Artmed Editora; 2014.
138. Gengo e Silva RC. Administração de medicamentos por via intramuscular [Internet]. São Paulo: USP; 2017 [citado 10 out. 2018]. Disponível em:
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4095476/mod_resource/content/1/aula%20ADM_AdmMedVialM_2017.pdf
139. Shiroma LMB. Preparo e administração de medicação por via oral: procedimento operacional padrão [Internet]. Florianópolis: HU/UFSC; 2016. Disponível em:
http://www.hu.ufsc.br/documentos/pop/enfermagem/assistenciais/MEDICACAO_FLUIDOTERAPIA/_MEDICACAO_ORAL.pdf
140. Leone PAD. Construção e validação de um instrumento de classificação de risco para flebite em pacientes adultos em uso de cateter venoso periférico: escala dileone [dissertação]. São Leopoldo: Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pos-Graduação em Enfermagem; 2015.
141. Jericó MC. Aplicação do custeio baseado em atividades em um Centro de Material Esterilizado [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2008. doi:10.11606/T.7.2008.tde-17042008-103258.
142. Bolfarine H; Bussab WO. *Elementos de amostragem*. [s.l.]: Edgard Blücher; 2005.
143. Paschoal MLH. Estudo do consumo de materiais de um centro cirúrgico após a implementação de um sistema de gestão informatizado [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2009.
144. Paschoal MLH, Castilho V. Implementação do sistema de gestão de materiais informatizado do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. dec. 2010;44(4):984-8. doi: 10.1590/S0080-62342010000400018.

145. R Development Core Team. R: A language and environment for statistical computing [Internet]. [s.l.]: R Foundation for Statistical Computing; 2018 [citado 10 out. 2018]. Disponível em: <https://www.R-project.org/>.
146. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução número 466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: CNS; 2012 [citado 10 out. 2018]. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html.
147. Código internacional de doenças: CID 10 [Internet]. [s.l.]: OMS; 2008 [citado 10 out. 2018]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cid-10>.
148. Berquó E, Souza J, Gotlieb S. Bioestatística. 2ª ed. São Paulo: EPU; 1981.
149. Borges EL, Guimarães IP, Carvalho DV. Características dos pacientes com úlcera venosa atendidos na unidades de atenção primária de Nova Lima, Minas Gerais. Rev Estima. 2016;4(2).
150. Mata VE, Porto F, Firmino F. Tempo e custo do procedimento: curativo em úlcera vasculogênica. Rev Pesq Cuid Fundam Online. out.-dez. 2010;2(Supl):94-7.
151. Malaggi R. Custos de curativos em um serviço especializado do sus de porto alegre [Trabalho de Conclusão do Curso]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande Do Sul, Escola de Enfermagem, Departamento de Assistência e Orientação Profissional, Especialização em Cuidado Integral com a Pele no Âmbito da Atenção Básica; 2017.
152. Machado MH, et al. Características gerais da Enfermagem: o perfil sócio demográfico. Enferm. Foco. 2016;7(esp):09-14.
153. Araújo JL, et al. Sistema Único de Saúde e democracia: a enfermagem no contexto de crise. Rev Bras Enferm. ago. 2018;71(4):2066-71. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0352.
154. Bel-homo RF. Custo direto do procedimento de manutenção da permeabilidade de cateter venoso central totalmente implantado [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2017. doi: 10.11606/D.7.2018.tde-18012018-222635.
155. Pires ABM. Custo direto da passagem de cateter central de inserção periférica por enfermeiros em unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2017. doi: 10.11606/D.7.2017.tde-18102017-172449.

156. Lima AFC. Custo direto da monitorização da hemodiálise convencional realizada por profissionais de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* abril 2017;70(2):357-63. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0447.
157. Melo TO, Lima AFC. Custo de procedimentos de enfermagem realizados com maior frequência ao grande queimado. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(3):481-8 doi: 10.1590/0034-7167-2015-0034.
158. Lima AFC, et al. Costs of most frequent nursing activities in highly dependent hospitalized patients. *Rev Latino-Am Enferm.* out. 2012;20(5): 880-7. doi:10.1590/S0104-11692012000500009.
159. Gouvêa ÁL, Lima AFC. Direct cost of connecting, maintaining and disconnecting patient-controlled analgesia pump. *Rev Esc Enferm USP.* fev. 2014;48(1):104-9. doi: 10.1590/S0080-623420140000100013.
160. Margarido ES, Castilho V. Aferição do tempo e do custo médio do trabalho da enfermeira na consulta de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2006; 40(3):427-33.
161. Andrade CCD, Almeida CFSC, Pereira WE, Alemão MM, Brandão CMR, Borges EL. Costs of topical treatment of pressure ulcer patients. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(2):292-8. doi: 10.1590/S0080-623420160000200016.
162. Tolentino ACMS, Pelegriño AAF, Marta CB, Silva RCL, Schultz V. O custo do cateterismo vesical de demora nos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Fund Care Online.* out.-dez. 2017;9(4):1170-6. doi: 10.9789/2175-5361.2017.v9i4.1170-1176.
163. Carvalho DC. Custo: utilidade da insulina glargina e insulina isófana (NPH) para o tratamento de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 atendidos no Sistema Único de Saúde do Município de Recife [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, Gestão e Economia da Saúde; 2014.
164. Paula DJC. Análise de custo e efetividade do tratamento de diabéticos adultos atendidos no Centro Hiperdia de Juiz de Fora [dissertação]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva; 2014.
165. Bel Homo RF, Lima AFC. Direct cost of maintenance of totally implanted central venous catheter patency. *Rev Latino-Am Enferm.* 2018;26e3004. doi: 10.1590/1518-8345.2263.3004.
166. Gil RB, Chaves LDP, Laus AM. Management of material resources with a focus on technical complaints. *Rev Eletr Enferm.* jan.-fev. 2015;17(1):100-7. doi: 10.5216/ree.v17i1.27544.

167. Lemos LF. Análise dos registros de curativos em prontuários de um hospital de ensino do Estado de Goiás [tese]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem (FEN), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2016.
168. Castro JD, et al. Custo-efetividade: comparação entre o modelo “tradicional” e o Programa Saúde de Família. *Rev Bras Med Fam e Com.* 2007;3[10]:91-97.
169. Correio KA, Leoncine M. Cost calculus of hospital medical procedures in Brazilian hospitals. *RAS.* 2014;11(1);1-11. doi: 10.21450/rahis.v11i1.1697.
170. Zunta RSB, Castilho V. Faturamento de procedimentos de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Latino-Am Enferm.* 2011;19(3):573-80.
171. Teixeira RVL. O retorno financeiro das atividades realizadas pela enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2012. doi: 0.11606/D.7.2012.tde-22082012-160114.

APÊNDICES

APÊNDICE I

**CUSTOS MENSAIS RELATIVOS À 2017 (em Reais - R\$)
REFERENTE À MÃO DE OBRA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO AMBULATÓRIO
DO HU-USP**

Enfermeiras	Vencimentos/ Proventos	Previdência	Seguro Acidente	F G T S	Prevcom	Vale alimentação	Vale Refeição	Total
1								
2								
3								
4								
5								
6								
Técnico/auxiliar de enfermagem	Vencimentos/ Proventos	Previdência	Seguro Acidente	F G T S	Prevcom	Vale alimentação	Vale Refeição	Total
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

APÊNDICE II

PROCEDIMENTO: CONSULTAS DE ENFERMAGEM

Observador				
Data	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Número da matrícula do Paciente				
Nome do Profissional				
Tempo (HH:MM:SS)	___:___:___	___:___:___	___:___:___	___:___:___
*Modalidade de consulta	Médica () Cirúrgica () Obst/gineco() Pediatria ()	Médica () Cirúrgica () Obst/gineco() Pediatria ()	Médica () Cirúrgica () Obst/gineco() Pediatria ()	Médica () Cirúrgica () Obst/gineco() Pediatria ()
Material utilizado:				
Quantidade				

* A modalidade de consulta foi retirada do registro de produtividade dos relatórios de enfermagem do ambulatório DEPE do Departamento de Enfermagem do HU-USP. Adaptado de Lima (2015) ⁶⁵

APÊNDICE III

PROCEDIMENTO: BOTA DE UNNA

Observador			
Data	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Número da matrícula do Paciente			
Nome do TE/AE			
Tempo (HH:MM:SS)	___:___:___	___:___:___	___:___:___
*Ações			
Nome da Enfermeira			
Tempo (HH:MM:SS)	___:___:___	___:___:___	___:___:___
**MATERIAL PRECONIZADO	Material utilizado Quantidade	Material utilizado Quantidade	Material utilizado Quantidade
Pacote de curativo			
Pacote de gaze estéril			
Soro fisiológico 0,9%			
Fita adesiva - Tipo			
Bota de Unna			
Atadura de 10 cm			
Algodão			
Bandagem elástica			
Luva de procedimento – Tamanho			

* O tempo total inclui: **Ações:** A- Chamar o paciente, B- Orientar quanto ao procedimento, C- Posicionar o paciente em maca, D- Lavar as mãos; reunir o material, E- Lavagem dos membros inferiores, F- Realizar o procedimento da Bota, G- Ajudar o paciente a sair da maca, H- Desprezar os materiais e lavar as mãos, I- Realizar anotação.

** A relação do material preconizado foi retirada dos protocolos assistenciais e do Manual de Procedimentos do Departamento de Enfermagem do HU-USP. Adaptado de Lima (2015)⁶⁵

APÊNDICE IV

PROCEDIMENTO: CURATIVO

Observador			
Data	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Número da matrícula do Paciente			
Nome do TE/AE			
Tempo (HH:MM:SS)	___:___:___	___:___:___	___:___:___
*Ações			
Nome da Enfermeira			
Tempo (HH:MM:SS)	___:___:___	___:___:___	___:___:___
**Tipo de Ferida			
***MATERIAL PRECONIZADO	Material utilizado Quantidade	Material utilizado Quantidade	Material utilizado Quantidade
Pacote de curativo			
Pacote de gaze estéril			
Soro fisiológico 0,9%			
Fita adesiva - Tipo			

* O tempo total inclui: **Ações:** A- Chamar o paciente, B- Orientar quanto ao procedimento, C- Posicionar o paciente em maca, D- Lavar as mãos; reunir o material, E- Realizar o procedimento, F- Ajudar o paciente a sair da maca, G- Desprezar os materiais e lavar as mãos, H- Realizar anotação.

** A relação do material preconizado foi retirada dos protocolos assistenciais e do Manual de Procedimentos do Departamento de Enfermagem do HU-USP. Adaptado de Lima (2015)⁶⁵

*****Tipos de Feridas:** Cirúrgica (C) / Traumática (T); Lesão por pressão/estágio {LP-1, LP-2, LP-3, LP-4, Não classificável (LP-NC), Tissular profunda (LP-TP)}; Úlcera diabética (UD); Úlcera vascular (UV); Úlcera arterial (UA); Queimadura (Q); Neoplásica (N).

APÊNDICE V

PROCEDIMENTO: RETIRADA DE PONTOS

Observador			
Data	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Número da matrícula do Paciente			
Nome do TE/AE			
Tempo (HH:MM:SS)	___:___:___	___:___:___	___:___:___
*Ações			
Nome da Enfermeira			
Tempo (HH:MM:SS)	___:___:___	___:___:___	___:___:___
**MATERIAL PRECONIZADO	Material utilizado Quantidade	Material utilizado Quantidade	Material utilizado Quantidade
Pacote de curativo cirúrgico			
Gaze estéril			
Bisturi descartável nº			
Soro fisiológico 0,9%			

* O tempo total inclui: **Ações:** A- Chamar o paciente, B- Orientar quanto ao procedimento, C- Posicionar o paciente em maca, D- Lavar as mãos; reunir o material, E- Realizar o procedimento, F- Ajudar o paciente a sair da maca, G- Desprezar os materiais e lavar as mãos, H- Realizar anotação.

** A relação do material preconizado foi retirada dos protocolos assistenciais e do Manual de Procedimentos do Departamento de Enfermagem do HU-USP. Adaptado de Lima (2015)⁶⁵

APÊNDICE VI

PROCEDIMENTO: CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

Observador			
Data	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Número da matrícula do Paciente			
Nome do TE/AE			
Tempo (HH:MM:SS)	___:___:___	___:___:___	___:___:___
*Ações			
Nome da Enfermeira			
Tempo (HH:MM:SS)	___:___:___	___:___:___	___:___:___
**MATERIAL PRECONIZADO	Material utilizado Quantidade	Material utilizado Quantidade	Material utilizado Quantidade
Pacote de cateterismo vesical			
Sistema coletor			
Luva de procedimento estéril - Tamanho			
Solução antisséptica			
Cateter vesical - Foley nº ___			
Lidocaína geleia 2%			
Seringa de 20 ml bico simples			
Agulhas - Tamanho			
Ampola de água destilada			
Dispositivo para fixação de cateter			
Pacote de gaze esterilizada			

* O tempo total inclui: **Ações:** A- Chamar o paciente, B- Orientar quanto ao procedimento, C- Posicionar o paciente em maca, D- Lavar as mãos; reunir o material, E- Realizar higiene íntima, F- Realizar o procedimento, G- Ajudar o paciente a sair da maca, H- Desprezar os materiais e lavar as mãos, I- Realizar anotação.

** A relação do material preconizado foi retirada dos protocolos assistenciais e do Manual de Procedimentos do Departamento de Enfermagem do HU-USP. Adaptado de Lima (2015) ⁶⁵

APÊNDICE VII

PROCEDIMENTO: CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO

Observador			
Data	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Número da matrícula do Paciente			
Nome do TE/AE			
Tempo (HH:MM:SS)	___:___:___	___:___:___	___:___:___
*Ações			
Nome da Enfermeira			
Tempo (HH:MM:SS)	___:___:___	___:___:___	___:___:___
**MATERIAL PRECONIZADO	Material utilizado Quantidade	Material utilizado Quantidade	Material utilizado Quantidade
Pacote de cateterismo vesical			
Luva de procedimento estéril – Tamanho			
Solução antisséptica			
Cateter vesical - nº___			
Lidocaína geleia 2%			
Pacote de cateterismo vesical			

* O tempo total inclui: **Ações:** A- Chamar o paciente, B- Orientar quanto ao procedimento, C- Posicionar o paciente em maca, D- Lavar as mãos; reunir o material, E- Realizar higiene íntima, F- Realizar o procedimento, G- Ajudar o paciente a sair da maca, H- Desprezar os materiais e lavar as mãos, I- Realizar anotação.

** A relação do material preconizado foi retirada dos protocolos assistenciais e do Manual de Procedimentos do Departamento de Enfermagem do HU-USP. Adaptado de Lima (2015)⁶⁵

APÊNDICE VIII

PROCEDIMENTO: TROCA DO TUBO DE GASTROSTOMIA

Observador			
Data	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Número da matrícula do Paciente			
Nome da Enfermeira			
*Tempo (HH:MM:SS)	___:___:___	___:___:___	___:___:___
**MATERIAL PRECONIZADO	Material utilizado Quantidade	Material utilizado Quantidade	Material utilizado Quantidade
Tubo de gastrostomia Nº			
Lidocaína geleia 2%			
Ampola de água destilada			
Algodão umedecido em álcool 70%			
Agulhas de aspiração			
Gaze estéril			
Ampola de soro fisiológico 0,9%			
Luvas - Tamanho			
Seringas de 20 ml			

* O tempo total inclui: **Ações:** A- Chamar o paciente, B- Orientar quanto ao procedimento, C- Posicionar o paciente em maca, D- Lavar as mãos; reunir o material, E- Realizar o procedimento, F- Ajudar o paciente a sair da maca, G- Desprezar os materiais e lavar as mãos, H- Realizar anotação.

** A relação do material preconizado foi retirada dos protocolos assistenciais e do Manual de Procedimentos do Departamento de Enfermagem do HU-USP. Adaptado de Lima (2015)⁶⁵

APÊNDICE IX

PROCEDIMENTO: TROCA DA BOLSA DE COLOSTOMIA

Observador			
Data	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Número da matrícula do Paciente			
Nome do TE/AE			
Tempo (HH:MM:SS)	___:___:___	___:___:___	___:___:___
*Ações			
Nome da Enfermeira			
Tempo (HH:MM:SS)	___:___:___	___:___:___	___:___:___
**MATERIAL PRECONIZADO	Material utilizado Quantidade	Material utilizado Quantidade	Material utilizado Quantidade
Gaze não estéril			
Luvas de procedimentos - tamanho			
Sabonete neutro			
Bolsa de colostomia/clamp			
Tesoura (Pacote curativo cirúrgico)			

* O tempo total inclui: **Ações:** A- Chamar o paciente, B- Orientar quanto ao procedimento, C- Posicionar o paciente em maca, D- Lavar as mãos; reunir o material, E- Realizar o procedimento, F- Ajudar o paciente a sair da maca, G- Desprezar os materiais e lavar as mãos, H- Realizar anotação.

** A relação do material preconizado foi retirada dos protocolos assistenciais e do Manual de Procedimentos do Departamento de Enfermagem do HU-USP. Adaptado de Lima (2015)⁶⁵

APÊNDICE X

PROCEDIMENTO: TROCA DE CISTOSTOMIA

Observador			
Data	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Número da matrícula do Paciente			
Nome do TE/AE			
Tempo (HH:MM:SS)	___:___:___	___:___:___	___:___:___
*Ações			
Nome da Enfermeira			
Tempo (HH:MM:SS)	___:___:___	___:___:___	___:___:___
**MATERIAL PRECONIZADO	Material utilizado Quantidade	Material utilizado Quantidade	Material utilizado Quantidade
Pacote de cateterismo urinário			
Sistema coletor			
Luva de procedimento estéril - Tamanho			
Solução antisséptica			
Cateter vesical - Foley nº ___			
Lidocaína geleia 2%			
Seringa de 20 ml bico simples			
Agulhas - tamanho			
Gaze estéril			
Ampola de água destilada			

* O tempo total inclui: **Ações:** A- Chamar o paciente, B- Orientar quanto ao procedimento, C- Posicionar o paciente em maca, D- Lavar as mãos; reunir o material, E- Realizar o procedimento, F- Ajudar o paciente a sair da maca, G- Desprezar os materiais e lavar as mãos, H- Realizar anotação.

** A relação do material preconizado foi retirada dos protocolos assistenciais e do Manual de Procedimentos do Departamento de Enfermagem do HU-USP. Adaptado de Lima (2015) ⁶⁵

APÊNDICE XI

PROCEDIMENTO: INSERÇÃO DE SONDA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL

Observador			
Data	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Número da matrícula do Paciente			
Nome da Enfermeira			
*Tempo (HH:MM:SS)	___:___:___	___:___:___	___:___:___
**MATERIAL PRECONIZADO	Material utilizado Quantidade	Material utilizado Quantidade	Material utilizado Quantidade
Sonda de nutrição enteral nº			
Lidocaína geleia 2%			
Seringa de 20 ml bico simples			
Gaze estéril			
Ampola de soro fisiológico 0,9%			
Dispositivo para fixação de cateter			
Luvas de procedimentos (tamanho) e EPI			
Caneta tipo marcador permanente			

* O tempo total inclui: **Ações:** A- Chamar o paciente, B- Orientar quanto ao procedimento, C- Posicionar o paciente em maca, D- Lavar as mãos; reunir o material, E- Realizar o procedimento, F- Ajudar o paciente a sair da maca, G- Desprezar os materiais e lavar as mãos, H- Realizar anotação (duas: após procedimento e após radiografia).

** A relação do material preconizado foi retirada dos protocolos assistenciais e do Manual de Procedimentos do Departamento de Enfermagem do HU-USP. Adaptado de Lima (2015)⁶⁵

APÊNDICE XII

PROCEDIMENTO: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA IM

Observador			
Data	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Número da matrícula do Paciente			
Nome do TE/AE			
*Tempo (HH:MM:SS)	__:__:__	__:__:__	__:__:__
**MATERIAL PRECONIZADO	Material utilizado Quantidade	Material utilizado Quantidade	Material utilizado Quantidade
Luvas de procedimentos (tamanho) e EPI			
Agulha para o preparo do medicamento - tamanho			
Agulha para aplicar - tamanho			
Seringa: volume			
Algodão			
Álcool a 70%			
Curativo adesivo - tipo			

* O tempo total inclui: **Ações:** A- Chamar o paciente, B- Orientar quanto ao procedimento, C- Verificar e checar prescrição e paciente, D- Lavar as mãos e Reunir o material, E- Preparar o medicamento, F- Administrar o medicamento, G- Desprezar os materiais e lavar as mãos, H- Realizar anotação.

** A relação do material preconizado foi retirada dos protocolos assistenciais e do Manual de Procedimentos do Departamento de Enfermagem do HU-USP. Adaptado de Lima (2015)⁶⁵

APÊNDICE XIII

PROCEDIMENTO: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA SC

Observador			
Data	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Número da matrícula do Paciente			
Nome do TE/AE			
*Tempo (HH:MM:SS)	___:___:___	___:___:___	___:___:___
**MATERIAL PRECONIZADO	Material utilizado Quantidade	Material utilizado Quantidade	Material utilizado Quantidade
Luvas de procedimentos (tamanho) e EPI			
Agulha - Tamanho			
Seringa graduada em unidades (tamanho)			
Algodão			
Álcool a 70%			

* O tempo total inclui: **Ações:** A- Chamar o paciente, B- Orientar quanto ao procedimento, C- Verificar e checar prescrição e paciente, D- Lavar as mãos e Reunir o material, E- Preparar o medicamento, F- Administrar o medicamento, G- Desprezar os materiais e lavar as mãos, H- Realizar anotação.

** A relação do material preconizado foi retirada dos protocolos assistenciais e do Manual de Procedimentos do Departamento de Enfermagem do HU-USP. Adaptado de Lima (2015)⁶⁵

APÊNDICE XIV

PROCEDIMENTO: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ORAL

Observador			
Data	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Número da matrícula do Paciente			
Nome do TE/AE			
*Tempo (HH:MM:SS)	___:___:___	___:___:___	___:___:___
**MATERIAL PRECONIZADO	Material utilizado Quantidade	Material utilizado Quantidade	Material utilizado Quantidade
Copo com água filtrada			
Copo plástico e/ou dosador oral			
Etiqueta de identificação			

* O tempo total inclui: **Ações:** A- Chamar o paciente, B- Orientar quanto ao procedimento, C- Verificar e checar prescrição e paciente, D- Lavar as mãos e Reunir o material, E- Preparar o medicamento, F- Administrar o medicamento, G- Desprezar os materiais e lavar as mãos, H- Realizar anotação.

** A relação do material preconizado foi retirada dos protocolos assistenciais e do Manual de Procedimentos do Departamento de Enfermagem do HU-USP. Adaptado de Lima (2015)⁶⁵

APÊNDICE XV

PROCEDIMENTO: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA SUBLINGUAL

Observador			
Data	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Número da matrícula do Paciente			
Nome do TE/AE			
*Tempo (HH:MM:SS)	___:___:___	___:___:___	___:___:___
**MATERIAL PRECONIZADO	Material utilizado Quantidade	Material utilizado Quantidade	Material utilizado Quantidade
Copo plástico/MI			
Etiqueta de identificação			

* O tempo total inclui: **Ações:** A- Chamar o paciente, B- Orientar quanto ao procedimento, C- Verificar e checar prescrição e paciente, D- Lavar as mãos e Reunir o material, E- Preparar o medicamento, F- Administrar o medicamento, G- Desprezar os materiais e lavar as mãos, H- Realizar anotação.

** A relação do material preconizado foi retirada dos protocolos assistenciais e do Manual de Procedimentos do Departamento de Enfermagem do HU-USP. Adaptado de Lima (2015)⁶⁵

APÊNDICE XVI

PROCEDIMENTO: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR INSTILAÇÃO OCULAR

Observador			
Data	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Número da matrícula do Paciente			
Nome do TE/AE			
*Tempo (HH:MM:SS)	___:___:___	___:___:___	___:___:___
**MATERIAL PRECONIZADO	Material utilizado Quantidade	Material utilizado Quantidade	Material utilizado Quantidade
Gaze não estéril			
Algodão			
Soro fisiológico ampola			
Luvas de procedimento - Tamanho			

* O tempo total inclui: **Ações:** A- Chamar o paciente, B- Orientar quanto ao procedimento, C- Verificar e checar prescrição e paciente, D- Lavar as mãos e Reunir o material, E- Preparar o medicamento, F- Administrar o medicamento, G- Desprezar os materiais e lavar as mãos, H- Realizar anotação.

** A relação do material preconizado foi retirada dos protocolos assistenciais e do Manual de Procedimentos do Departamento de Enfermagem do HU-USP. Adaptado de Lima (2015)⁶⁵

Obs.: Por paciente. Somar os tempos para as prescrições repetidas, nos casos de dilatação.

APÊNDICE XVII

**PROCEDIMENTO: PUNÇÃO VENOSA PARA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E
SOLUÇÕES (administração de soro e medicação EV)**

Observador			
Data	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Número da matrícula do Paciente			
Nome do TE/AE			
*Tempo (HH:MM:SS)	___:___:___	___:___:___	___:___:___
**MATERIAL PRECONIZADO	Material utilizado Quantidade	Material utilizado Quantidade	Material utilizado Quantidade
Luvas de procedimentos (tamanho) e EPI			
Agulha para o preparo do medicamento - tamanho			
Cateter venoso nº/modelo			
Seringa: volume			
Algodão			
Álcool a 70%			
Curativo adesivo tipo			
Soro fisiológico a 0,9% ampola			

* O tempo total inclui: **Ações:** A- Chamar o paciente, B- Orientar quanto ao procedimento, C- Verificar e checar prescrição e paciente, D- Lavar as mãos e Reunir o material, E- Preparar o medicamento, F- Administrar o medicamento, G- Desprezar os materiais e lavar as mãos, H- Realizar anotação.

** A relação do material preconizado foi retirada dos protocolos assistenciais e do Manual de Procedimentos do Departamento de Enfermagem do HU-USP. Adaptado de Lima (2015)⁶⁵

Obs.: Desconsiderar o período da infusão do soro, em que o profissional realiza outros procedimentos.

APÊNDICE XVIII

PROCEDIMENTO: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INALATÓRIA (Inalação)

Observador			
Data	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Número da matrícula do Paciente			
Nome do TE/AE			
*Tempo (HH:MM:SS)	___:___:___	___:___:___	___:___:___
**MATERIAL PRECONIZADO	Material utilizado Quantidade	Material utilizado Quantidade	Material utilizado Quantidade
Inalador			
Soro fisiológico ampola			
Saco plástico			

* O tempo total inclui: **Ações:** A- Chamar o paciente, B- Orientar quanto ao procedimento, C- Verificar e checar prescrição e paciente, D- Lavar as mãos e Reunir o material, E- Preparar o medicamento, F- Administrar o medicamento, G- Desprezar os materiais e lavar as mãos, H- Realizar anotação.

** A relação do material preconizado foi retirada dos protocolos assistenciais e do Manual de Procedimentos do Departamento de Enfermagem do HU-USP. Adaptado de Lima (2015)⁶⁵

Obs.: Desconsiderar o período da inalação, em que o profissional realiza outros procedimentos

APÊNDICE XIX

PROCEDIMENTO: VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS

Observador			
Data	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Número da matrícula do Paciente			
Nome do TE/AE			
*Tempo (HH:MM:SS)	___:___:___	___:___:___	___:___:___
**MATERIAL PRECONIZADO	Material utilizado Quantidade	Material utilizado Quantidade	Material utilizado Quantidade
Esfigmomanômetro			

* O tempo total inclui: **Ações:** A- Chamar o paciente, B- Orientar quanto ao procedimento, C- Verificar sinais vitais, D- Realizar anotação.

** A relação do material preconizado foi retirada dos protocolos assistenciais e do Manual de Procedimentos do Departamento de Enfermagem do HU-USP. Adaptado de Lima (2015) ⁶⁵

APÊNDICE XX

PROCEDIMENTO: GLICEMIA CAPILAR

Observador			
Data	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Número da matrícula do Paciente			
Nome do TE/AE			
*Tempo (HH:MM:SS)	___:___:___	___:___:___	___:___:___
**MATERIAL PRECONIZADO	Material utilizado Quantidade	Material utilizado Quantidade	Material utilizado Quantidade
Monitor de glicemia (glicosímetro)			
Tiras reagentes			
Luva de procedimento - tamanho			
Algodão			
Álcool a 70%			
Lanceta retrátil descartável			

* O tempo total inclui: **Ações:** A- Chamar o paciente, B- Orientar quanto ao procedimento, C- Verificar e checar prescrição e paciente, D- Lavar as mãos e reunir o material, E- Realizar o procedimento, F- Desprezar os materiais e lavar as mãos, G- Realizar anotação.

** A relação do material preconizado foi retirada dos protocolos assistenciais e do Manual de Procedimentos do Departamento de Enfermagem do HU-USP. Adaptado de Lima (2015)⁶⁵

APÊNDICE XXI**QUESTIONÁRIO - PERFIL DOS PROFISSIONAIS**

PERFIL DOS PROFISSIONAIS - QUESTIONÁRIO

1. Sexo: () Masculino () Feminino
2. Idade em anos: _____
3. Escolaridade em anos: _____
4. Graduação/Pós-graduação: _____
5. Tempo de atuação no ambulatório em anos: _____
6. Tempo de atuação na instituição em anos: _____
7. Categoria profissional: _____

APÊNDICE XXII

Materiais e soluções utilizados na realização dos procedimentos (valor unitário e fracionado médios de aquisição)

ITENS	NOMES USUAIS UTILIZADOS NAS TABELAS	VALOR MEDIO	CUSTO FRACIONADO
ACIDOS GRAXOS ESSENCIAIS LOCAO OLEOSA 200 ML	Ácidos graxos essenciais 200 ml	4,22	0,02/ml
ÁGUA DESTILADA INJETAVEL 10 ML	Água destilada ampola	0,12	
AGULHA HIPODERMICA 13MM X 4,5MM DESCARTAVEL	Aguilha 13 x 4,5	0,05	
AGULHA HIPODERMICA 30MM X 7MM DESCARTAVEL	Aguilha 30 x 7	0,09	
AGULHA HIPODERMICA 30MM X 8MM DESCARTAVEL	Aguilha 30 x 8	0,07	
ALCOOL SOLUCAO 70° INPM 100ML ALMOTOLIA	Álcool a 70% 100 ml	1,31	0,01/ml
ALGODAO HIDROFILO BRANCO FORMATO BOLA	Algodão 100 g 100 bolas	2,89	0,03/bola
ATADURA ALGODAO ORTOPEDICO 10CM X 1,80M	Atadura algodão ortopédico 10cm x 1,80m	0,59	
ATADURA ALGODAO ORTOPEDICO 15CM X 1,80M	Atadura algodão ortopédico 15cm x 1,80m	0,69	
ATADURA ALGODAO ORTOPEDICO 20CM X 1,80M	Atadura algodão ortopédico 20cm x 1,80m	0,7	
ATADURA ALGODAO ORTOPEDICO 6CM X 1,80M	Atadura algodão ortopédico 6cm x 1,80m	0,39	
ATADURA CREPON 10CM X 1,80M	Atadura de 10 cm	0,42	
ATADURA CREPON 15CM X 1,80M	Atadura de 15 cm	0,65	
ATADURA RAYON 7CM X 20CM	Gaze rayon 7 x 20 cm	1,5	
BANDAGEM ANTI-SEPTICA COR DA PELE MINI CURATIVO	Curativo adesivo blood stop	0,02	
BANDAGEM ELASTICA 10CM X 3M ALTA COMPRESSAO	Bandagem elástica	66,28	
BISTURI DESCARTAVEL 11	Bisturi descartável 11	2,35	
BISTURI DESCARTAVEL 15	Bisturi descartável 15	2,3	
BISTURI DESCARTAVEL 23	Bisturi descartável 13	3,59	
BOLSA COLETORA DE URINA 2000ML SISTEMA FECHADO	Bolsa coletora de urina - sistema fechado	6,33	
BOLSA DE COLOSTOMIA ADULTO	Bolsa de colostomia	9,63	

CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO 18G	Jelco 18 Cateter venoso	2,4	
CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO 20 G DUPLA VIA	Íntima 20 cateter venoso	19,42	
CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO 20G	Jelco 20 cateter venoso	1,64	
CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO 22G	Jelco 22 cateter venoso	1,85	
CLORETO DE SODIO INJETAVEL 0,9% 10 ML	Soro fisiológico ampola	0,16	
CLORETO DE SODIO SOLUCAO 0,9% 250 ML PARA LAVAGEM DE CURATIVOS	Soro fisiológico 0,9% 250ml	2,28	0,02/ml
CLOREXIDINA AQUOSA SOLUCAO 1% 100 ML	Clorexidina aquosa 1,0% 100ml	1,36	
CLOREXIDINA DEGERMANTE SOLUCAO 2% 100 ML	Clorexidina 2,0% degermante 100ml	1,76	
COLAGENASE + CLORANFENICOL POMADA (0,6 UI + 10 MG)/G 15G	Pomada collagenase	8,01	0,53/gr
COMPRESSA DE GAZE HIDROFILA 13 FIOS 7 DOBRAS 8 CAMADAS	Gaze de metro	1,7	
COMPRESSA GAZE BRANCO 7,5CM X 7,5CM ESTERIL	Pacote de gaze estéril	0,33	
COMPRESSA GAZE BRANCO 7,5CM X 7,5CM NAO ESTERIL PAC 500 UNID	Gaze não estéril	14,4	0,03/unidade
COPO DESCARTAVEL 200 CC PAC 100 UNID	Copo Plástico 200ml	2,06	0,02/unidade
COPO DESCARTAVEL 50 CC PAC 100 UNID	Copo Plástico 50ml	1,34	0,01/unidade
CREME LANETTE 100 G	Creme Lanette	7,32	0,07/gr
CURATIVO ALGINATO DE CALCIO 10CM X 10CM	Alginato de cálcio curativo	26,33	
CURATIVO COMPOSTO PRATA 15X15 AQUACEL AG	Hidrofibra com prata curativo	72,19	
CURATIVO HIDROATIVO 10CM X 10CM	Hicrolóide curativo hidroativo 10	6,99	
DISPOSITIVO FIXACAO DE SONDA/CATETER 10CM X 4CM	Dispositivo para fixação cateter (svd)	31,99	
DISPOSITIVO INFUSAO VENOSA 21G	Scalp 21 cateter venoso	0,81	
DISPOSITIVO INFUSAO VENOSA 23G	Scalp 23 cateter venoso	0,69	
DISPOSITIVO INFUSAO VENOSA 25G	Scalp 25 cateter venoso	0,76	
EQUIPO MACROGOTAS	Equipo de soro	1,57	
FITA CIRURGICA MICROPOROSA BRANCO 100MM X 10MT HIPOALERGICA	Fita adesiva tipo micropore 100 mm	8,5	0,01/cm
FITA CIRURGICA MICROPOROSA BRANCO 12MM X 10MT HIPOALERGICA	Fita adesiva tipo micropore 12 mm	2,04	0,00204/cm
FITA CIRURGICA MICROPOROSA BRANCO 25MM X 10MT HIPOALERGICA	Fita adesiva tipo micropore 25 mm	1,55	0,00155/cm
FITA CIRURGICA MICROPOROSA BRANCO 50MM X 10MT HIPOALERGICA	Fita adesiva tipo micropore 50mm	3,47	0,00347/cm
FITA CREPE BRANCO 16MM X 50MT HIPOALERGICA	Fita crepe 50 m	1,65	0,00033/cm

FIXADOR PARA Sonda NASOENTERAL ADULTO	Fixador de SNE adulto	5,1	
GAZE INELASTICA 7CM X 6M BOTA DE UNNA	Gaze Bota de Unna	15	
INJETOR DE BORRACHA DESCARTAVEL	Injetor de borracha desc.	4,44	
LANCETA PUNCAO DIGITAL 23G A 30G DESCARTAVEL	Lanceta retrátil punção digital	0,19	
LIDOCAINA ESTERIL GELEIA 2% 30 G	Tubo lidocaína geleia 2%	4,22	
LUVA DE PROCEDIMENTO GRANDE ESTERIL	Luva de procedimento estéril G	0,8	
LUVA DE PROCEDIMENTO GRANDE NAO ESTERIL	Luva de procedimento não estéril G	12,74	0,13/unidade
LUVA DE PROCEDIMENTO GRANDE NAO ESTERIL HIPOALERGENICA	Luva proced não estéril hipoalerg G	13,45	0,13/unidade
LUVA DE PROCEDIMENTO MEDIO ESTERIL	Luva de procedimento estéril M	0,8	
LUVA DE PROCEDIMENTO MEDIO NAO ESTERIL	Luva de procedimento não estéril M	12,04	0,12/unidade
LUVA DE PROCEDIMENTO MEDIO NAO ESTERIL HIPOALERGENICA	Luva proced não estéril hipoalerg M	13,6	0,14/unidade
LUVA DE PROCEDIMENTO PEQUENO ESTERIL	Luva de procedimento estéril P	0,8	
LUVA DE PROCEDIMENTO PEQUENO NAO ESTERIL	Luva de procedimento não estéril P	12,46	0,12/unidade
LUVA DE PROCEDIMENTO PEQUENO NAO ESTERIL HIPOALERGENICA	Luva proced não estéril hipoalerg P	13,61	0,14/unidade
MASCARA CIRURGICA DESCARTAVEL C/ FIXACAO AURICULAR	Máscara cirúrgica	0,08	
PAPAINA PO 1 G	Papaína pó 1g	0,92	
PROTETOR CUTANEO	Protetor cutâneo - Cavilon® 28 ml	54,37	0,19 (0,1 ml/puff)
PROTETOR CUTANEO CREME BARREIRA	Creme barreira-protetor cutâneo 60ml	39,95	0,66/ml
SABONETE GLICERINA 15 A 20 GRAMAS	Sabonete neutro	0,2	
SERINGA 10ML DESCARTAVEL	Seringa descartável 10ml slip	0,2	
SERINGA 1ML DESCARTAVEL	Seringa descartável 1ml slip	0,28	
SERINGA 20ML DESCARTAVEL	Seringa descartável 20ml slip	0,36	
SERINGA 3ML DESCARTAVEL	Seringa descartável 3 ml Slip	0,1	
SERINGA 5ML DESCARTAVEL	Seringa descartável 5 ml Slip	0,1	

SERINGA DESCARTAVEL 10ML LUER LOCK	Seringa 10ml Luer Lock	0,21	
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML LUER LOCK	Seringa 20ml Luer Lock	0,39	
SERINGA DESCARTAVEL 3ML LUER LOCK	Seringa 3ml Luer Lock	0,09	
SERINGA DESCARTAVEL 5ML LUER LOCK	Seringa 5ml Luer Lock	0,15	
SERINGA INSULINA 100UI COM AGULHA 30G X 5/16"	Seringa de 1ml/insulina	0,32	
SONDA FOLEY 12 2 VIAS	Cateter vesical de Foley 12	2,75	
SONDA FOLEY 14 2 VIAS	Cateter vesical de Foley 14	3,01	
SONDA FOLEY 16 2 VIAS	Cateter vesical de Foley 16	4,47	
SONDA FOLEY 18 2 VIAS	Cateter vesical de Foley 18	3	
SONDA FOLEY 20 2 VIAS	Cateter vesical de Foley 20	4,76	
SONDA FOLEY 22 2 VIAS	Cateter vesical de Foley 22	4,58	
SONDA GASTROSTOMIA 14FR COM BALAO 3 VIAS	Sonda de gastrostomia 14	86,93	
SONDA GASTROSTOMIA 16FR COM BALAO 3 VIAS	Sonda de gastrostomia 16	90,97	
SONDA GASTROSTOMIA 18FR COM BALAO 3 VIAS	Sonda de gastrostomia 18	48,85	
SONDA GASTROSTOMIA 20FR COM BALAO 3 VIAS	Sonda de gastrostomia 20	156,91	
SONDA GASTROSTOMIA 22FR BALAO 3 VIAS	Sonda de gastrostomia 22	221,26	
SONDA PARA NUTRICAO ENTERAL 10FR X 109CM	Sonda de nutrição enteral 10 Fr	62,02	
SONDA PARA NUTRICAO ENTERAL 12FR X 105 A 120 CM	Sonda de nutrição enteral 12 Fr	39,69	
SONDA URETRAL 8	Sonda uretral 8	0,5	
SONDA URETRAL DESC. CAL. 10. URETRAL 10	Sonda uretral 10	0,6	
SONDA URETRAL DESC. CAL. 12. URETRAL 12	Sonda uretral 12	0,58	
SONDA URETRAL DESC. CAL. 14. URETRAL 14	Sonda uretral 14	0,57	
SONDA URETRAL DESC. CAL. 16. URETRAL 16	Sonda uretral 16	0,69	
TINTURA DE BENJOIM 20% 100 ML	Tintura de benjoim 20% 100 ml	5,38	0,05/ml
TIRA REAGENTE DETERMINACAO GLICOSE SANGUE	Tira reagente glicemia capilar	0,67	

Fonte: SGM e Serviço de Informática do HU-USP

APÊNDICE XXIII

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PROFISSIONAL

Convido o(a) Sr(a) para participar da pesquisa intitulada “**Cobertura do custo dos procedimentos de enfermagem ambulatoriais pelo repasse do SUS em um Hospital Público de Ensino e Pesquisa**”, cuja pesquisadora principal é Elisabete Finzch Sportello.

O objetivo principal da realização da pesquisa é conhecer o percentual de cobertura do repasse do SUS e consequentes perdas, dos procedimentos ambulatoriais de enfermagem realizados num hospital de ensino do município de São Paulo.

Caso aceite participar solicitamos a sua autorização para observá-lo(a), a distância, durante a execução do procedimento, a fim de documentar o tempo despendido e o material consumido. Sua participação pode ser classificada como de risco mínimo associado ao desconforto de ser observado durante a execução do procedimento. Esclarece-se que a observação não ocasionará alterações na condução das atividades relativas aos procedimentos e o(a) Sr(a) poderá solicitar a sua interrupção, a qualquer momento, sem qualquer prejuízo pessoal ou profissional.

Asseguro-lhe o anonimato; a liberdade da retirada de consentimento; o direito de ser mantido(a) atualizado(a) sobre os resultados parciais e finais da pesquisa e a garantia de que os resultados serão utilizados e divulgados com finalidade única de contribuir para o conhecimento científico, sem qualquer ganho pessoal ou econômico para a pesquisadora.

Não há despesas pessoais ou compensação financeira relacionada à sua participação. Você poderá requerer indenização e o direito ao ressarcimento caso haja algum dano decorrente da condução da pesquisa. O projeto de pesquisa em questão foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP e do Hospital Universitário da USP.

Assinatura do participante da pesquisa

Elisabete Finzch Sportello
Escola de Enfermagem da USP
Hospital Universitário da USP

Caso o(a) Sr(a) tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP - Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira Cesar - São Paulo/SP - CEP: 05403-000, tel: (11) 3061-8858, E-mail - cepee@usp.br, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da USP: Av. Prof. Lineu Prestes, 2565 - Cidade Universitária - São Paulo - SP - CEP: 05508-000, Tel: 3091-9457 - e-mail: cep@hu.usp.br.

Este Termo deve ser rubricado em todas as suas páginas e assinado nas duas vias, sendo uma pertencente ao Sr(a) e a outra será arquivada pela pesquisadora.

A pesquisadora principal pode ser encontrado no Hospital Universitário da USP: Av. Prof. Lineu Prestes, 2565 - Cidade Universitária - São Paulo - SP - CEP: 05508-000, Tel: 3091-9234 - e-mail: betefs@usp.br.

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

AUTORIZAÇÃO DO(A) PARTICIPANTE

Eu,....., sexo: () Fem () Masc, portador de RG....., nascido em ____/____/____; residente à....., Telefone:....., após ter recebido todos os esclarecimentos e ciente dos meus direitos, concordo em participar da pesquisa **“Cobertura do custo dos procedimentos ambulatoriais de enfermagem pelo repasse do SUS em um Hospital Público de Ensino e Pesquisa”**, bem como autorizo a divulgação e a publicação de toda informação por mim transmitida em publicações e eventos de caráter científico.

Declaro que, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, aceito participar do presente Projeto de Pesquisa.

São Paulo, ____ de _____ de 2018.

Assinatura do participante da pesquisa

Elisabete Finzch Sportello
Escola de Enfermagem da USP
Hospital Universitário da USP

APÊNDICE XXIV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PACIENTE

Convido o(a) Sr(a) para participar da pesquisa intitulada **“Cobertura do custo dos procedimentos de enfermagem ambulatoriais pelo repasse do SUS em um Hospital Público de Ensino e Pesquisa”**, cuja pesquisadora principal é Elisabete Finzch Sportello.

Como é de seu conhecimento para que seja dada continuidade ao seu tratamento, é necessário que o profissional de enfermagem do Ambulatório do HU-USP realize os procedimentos de enfermagem. Para a aferição dos custos, será observado o tempo despendido pelos profissionais e os materiais consumidos. O conhecimento destes custos poderá contribuir para mudanças no sistema de repasse do Sistema Único de Saúde - SUS com a consequente melhor utilização dos recursos disponíveis e manutenção da qualidade da assistência que lhe é oferecida no HU-USP. Assim, esta pesquisa tem como objetivo principal conhecer o percentual de cobertura do repasse do SUS e consequentes perdas financeiras na realização dos procedimentos ambulatoriais de enfermagem em um hospital de ensino do município de São Paulo.

Caso aceite participar solicito a sua autorização para observar o(a) profissional de enfermagem do Ambulatório do HU-USP durante a execução deste procedimento em você. Sua participação pode ser classificada como de risco mínimo associado ao desconforto de ser observado. Esta observação será realizada a certa distância e, portanto, não ocasionará nenhuma alteração na sua condução. Poderá ser interrompida, a qualquer momento, por sua solicitação ou solicitação do profissional executante do procedimento sem qualquer prejuízo ao seu atendimento.

Asseguro-lhe o anonimato; a liberdade da retirada de consentimento; o direito de ser mantido(a) atualizado(a) sobre os resultados parciais e finais da pesquisa e a garantia de que os resultados serão utilizados e divulgados com finalidade única de contribuir para o conhecimento científico, sem qualquer ganho pessoal ou econômico para a pesquisadora.

Não há despesas pessoais ou compensação financeira relacionada à sua participação. Você poderá requerer indenização e o direito ao ressarcimento caso haja algum dano decorrente da condução da pesquisa. O projeto de pesquisa em questão foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP e do Hospital Universitário da USP.

Assinatura do participante da pesquisa

Elisabete Finzch Sportello
Escola de Enfermagem da USP
Hospital Universitário da USP

Caso o(a) Sr(a) tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP - Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira Cesar - São Paulo/SP - CEP: 05403-000, tel: (11) 3061-8858, E-mail

- cepee@usp.br, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da USP: Av. Prof. Lineu Prestes, 2565 - Cidade Universitária - São Paulo - SP - CEP: 05508-000, Tel: 3091-9457 - e-mail: cep@hu.usp.br.

Este Termo deve ser rubricado em todas as suas páginas e assinado nas duas vias, sendo uma pertencente ao Sr(a) e a outra será arquivada pela pesquisadora.

A pesquisadora principal pode ser encontrada no Hospital Universitário da USP: Av. Prof. Lineu Prestes, 2565 - Cidade Universitária - São Paulo - SP - CEP: 05508-000, Tel: 3091-9234 - e-mail: betefs@usp.br.

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

AUTORIZAÇÃO DO(A) PARTICIPANTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Eu,....., sexo: () Fem () Masc, portador da RG....., nascido em ____/____/____; residente na....., Telefone:....., após ter recebido todos os esclarecimentos e ciente dos meus direitos, concordo em participar da pesquisa **“Cobertura do custo dos procedimentos ambulatoriais de enfermagem pelo repasse do SUS em um Hospital Público de Ensino e Pesquisa”**, bem como autorizo a divulgação e a publicação de toda informação por mim transmitida em publicações e eventos de caráter científico.

Declaro que, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, aceito participar do presente Projeto de Pesquisa.

São Paulo, ____ de _____ de 2018.

Assinatura do participante da pesquisa

Elisabete Finzch Sportello
Escola de Enfermagem da USP
Hospital Universitário da USP

ANEXOS

ANEXO 1

USP - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP										
Elaborado pela Instituição Coparticipante										
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA										
Título da Pesquisa: COBERTURA DO CUSTO DOS PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM AMBULATORIAIS PELO REPASSE DO SUS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO										
Pesquisador: Elisabete Finzch Sportello										
Área Temática:										
Versão: 1										
CAAE: 67901517.0.3001.0076										
Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP										
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio										
DADOS DO PARECER										
Número do Parecer: 2.181.231										
Apresentação do Projeto:										
<p>Pesquisa exploratória, descritiva, tipo estudo de caso, com análise quantitativa. Será realizada no Ambulatório do HU-USP, visando verificar a cobertura do custo pelo repasse do SUS aos procedimentos ambulatoriais de enfermagem. A população do estudo será constituída pelos procedimentos ambulatoriais de janeiro a dezembro de 2016, sendo: consulta de enfermagem, administração de medicamentos; bota de uma, curativo grande, médio, pequeno; retirada de pontos; cateterismo urinário de alívio; cateterismo de demora; troca de cistostomia; inserção de sonda para nutrição enteral; troca de tubo e cânula de gastrostomia; troca de bolsa de colostomia e verificação de sinais vitais. Os dados serão obtidos nos relatórios mensais gerenciais do ambulatório do HU-USP, bem como das tabelas do SIGTAP-SUS (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais especiais do SUS). Também será levantado junto ao DRH o salário dos profissionais que executam o procedimento, tempo dispendido e materiais consumidos nos procedimentos. Os dados serão lançados em planilhas Excell e analisados estatisticamente.</p>										
Objetivo da Pesquisa:										
<p>Verificar a cobertura do repasse monetário do SUS pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo quanto aos procedimentos de enfermagem realizados no Ambulatório do HU-USP. Terá também os</p>										
<table border="1"><tr><td>Endereço: Av. Profº Lineu Prestes, 2565</td><td>CEP: 05.508-000</td></tr><tr><td>Bairro: Cidade Universitária</td><td></td></tr><tr><td>UF: SP</td><td>Município: SÃO PAULO</td></tr><tr><td>Telefone: (11)3091-9457</td><td>E-mail: cep@hu.usp.br</td></tr></table>			Endereço: Av. Profº Lineu Prestes, 2565	CEP: 05.508-000	Bairro: Cidade Universitária		UF: SP	Município: SÃO PAULO	Telefone: (11)3091-9457	E-mail: cep@hu.usp.br
Endereço: Av. Profº Lineu Prestes, 2565	CEP: 05.508-000									
Bairro: Cidade Universitária										
UF: SP	Município: SÃO PAULO									
Telefone: (11)3091-9457	E-mail: cep@hu.usp.br									
Página 01 de 03

**USP - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE DE SÃO**

Continuação do Parecer: 2.181.231

objetivos específicos de: - identificar os procedimentos mais frequentes; - aferir o custo direto total médio destes procedimentos que constam e dos que não constam no SIGTAP; - calcular a diferença entre o número de procedimentos realizados e os pactuados; - calcular o percentual de médio de cobertura da receita repassada pela Secretaria de Estadual de SAÚDE.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O benefício desta estudo refere-se a uma readaptação das contratualizações dos valores realizadas entre Secretaria e instituições hospitalares brasileiras.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa para obtenção do título de Doutor em Ciências, já aprovada pela EEUSP. Pesquisa muito bem estruturada, clara e objetiva.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE claro e objetivo.

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Apos apreciação do colegiado considerou-se o projeto aprovado. Reunião em 21/07/2017

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_911288.pdf	19/06/2017 16:47:41		Aceito
Outros	Projetcocorrigido.docx	19/06/2017 16:20:49	Elisabete Finzch Sportello	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termocorrigido.docx	19/06/2017 16:03:39	Elisabete Finzch Sportello	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_911288.pdf	19/06/2017 15:58:37		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_911288.pdf	19/06/2017 15:47:16		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_911288.pdf	04/05/2017 10:32:58		Aceito

Endereço: Av. Profº Lineu Prestes, 2565

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-9457

E-mail: cep@hu.usp.br

USP - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.181.231

Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	04/05/2017 10:32:00	Elisabete Finzch Sportello	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado.docx	03/05/2017 22:14:24	Elisabete Finzch Sportello	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ComiteEticaDeclaraInfra.jpg	03/05/2017 22:06:36	Elisabete Finzch Sportello	Aceito
Outros	ComiteEticaDeclaraBeneficio.jpg	03/05/2017 22:06:00	Elisabete Finzch Sportello	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ComiteEticaDeclaraCompromisso.jpg	03/05/2017 22:03:38	Elisabete Finzch Sportello	Aceito
Cronograma	ComiteEticaExecucao.jpg	03/05/2017 22:01:32	Elisabete Finzch Sportello	Aceito
Orçamento	ComiteEticaFinanceiro.jpg	03/05/2017 22:00:48	Elisabete Finzch Sportello	Aceito
Outros	CartaAnuencia.jpg	03/05/2017 21:58:31	Elisabete Finzch Sportello	Aceito
Outros	Cadastro3.jpg	03/05/2017 21:57:18	Elisabete Finzch Sportello	Aceito
Outros	Cadastro2.jpg	03/05/2017 21:56:45	Elisabete Finzch Sportello	Aceito
Outros	Cadastro1.jpg	03/05/2017 21:39:14	Elisabete Finzch Sportello	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEElisabeteSportello.docx	02/05/2017 14:40:27	Elisabete Finzch Sportello	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 21 de Julho de 2017

Assinado por:

SIMONE DOS REIS BRANDÃO DA SILVEIRA
(Coordenador)

Endereço: Av. Profº Lineu Prestes, 2565
Bairro: Cidade Universitária
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3091-9457

CEP: 05.508-000

E-mail: cep@hu.usp.br

ANEXO 2

São Paulo, 25 de julho de 2017.

Ilmo(a). Sr(a).

Elisabete Finzch Sportello

Departamento de Enfermagem do Hospital Universitário
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

REFERENTE: Projeto de Pesquisa “Cobertura do custo dos procedimentos de enfermagem ambulatoriais pelo repasse do SUS em um hospital universitário”

Pesquisador(a) responsável: Elisabete Finzch Sportello

Orientadora: Profa. Dra. Valéria Castilho

CAAE: 67901517.0.3001.0076

Registro CEP-HU/USP: 1657/17

Prezado(a) Senhor(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, em reunião ordinária realizada no dia 21 de julho de 2017 analisou o Projeto de Pesquisa acima citado, considerando-o como **APROVADO**, bem como o seu **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**.

Lembramos que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar a este Comitê, relatórios parciais semestrais e final, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, inciso XI.2, letra “d”.

O primeiro relatório está previsto para 21 de janeiro de 2018.

Atenciosamente,

Dr. Mauricio Seckler
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário da USP

ANEXO 3

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: COBERTURA DO CUSTO DOS PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM AMBULATORIAIS PELO REPASSE DO SUS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Pesquisador: Elisabete Finzch Sportello

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67901517.0.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.157.170

Apresentação do Projeto:

Nada a acrescentar

Objetivo da Pesquisa:

Nada a comentar

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Nada a acrescentar

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

nada a acrescentar

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi atendido a inserção no TCLE quanto ao aspecto do ressarcimento caso ocorra essa especificidade.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.157.170

Considerações Finais a critério do CEP:

- Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil;
- Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_911288.pdf	19/06/2017 16:47:41		Aceito
Outros	ProjetoCorrigido.docx	19/06/2017 16:20:49	Elisabete Finzch Sportello	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termocorrigido.docx	19/06/2017 16:03:39	Elisabete Finzch Sportello	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	04/05/2017 10:32:00	Elisabete Finzch Sportello	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado.docx	03/05/2017 22:14:24	Elisabete Finzch Sportello	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ComiteEticaDeclaraInfra.jpg	03/05/2017 22:06:36	Elisabete Finzch Sportello	Aceito
Outros	ComiteEticaDeclaraBeneficio.jpg	03/05/2017 22:06:00	Elisabete Finzch Sportello	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ComiteEticaDeclaraCompromisso.jpg	03/05/2017 22:03:38	Elisabete Finzch Sportello	Aceito
Cronograma	ComiteEticaExecucao.jpg	03/05/2017 22:01:32	Elisabete Finzch Sportello	Aceito
Orçamento	ComiteEticaFinanceiro.jpg	03/05/2017 22:00:48	Elisabete Finzch Sportello	Aceito
Outros	CartaAnuencia.jpg	03/05/2017 21:58:31	Elisabete Finzch Sportello	Aceito
Outros	Cadastro3.jpg	03/05/2017 21:57:18	Elisabete Finzch Sportello	Aceito
Outros	Cadastro1.jpg	03/05/2017 21:39:14	Elisabete Finzch Sportello	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLEElisabeteSportello.docx	02/05/2017 14:40:27	Elisabete Finzch Sportello	Aceito

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.157.170

Ausência	TCLEElisabeteSportello.docx	02/05/2017 14:40:27	Elisabete Finzch Sportello	Aceito
----------	-----------------------------	------------------------	-------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 05 de Julho de 2017

Assinado por:

Marcelo José dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br