



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

CARLOS JOSÉ ESTEVAM LIOTI

**ANÁLISE DAS POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DA
IMPLANTAÇÃO DO REGIME DE HOSPITAL DIA EM UM
HOSPITAL PÚBLICO**

Londrina
2010

CARLOS JOSÉ ESTEVAM LIOTI

**ANÁLISE DAS POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DA
IMPLANTAÇÃO DO REGIME DE HOSPITAL DIA EM UM
HOSPITAL PÚBLICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação, em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Rigo Silva

Londrina
2010

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da
Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina.**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

L662a Lioti, Carlos José Estevam.

Análise das possíveis conseqüências da implantação do regime de Hospital Dia em um hospital público em 2007 / Carlos José Estevam Lioti. – Londrina, 2010. 139 f. : il.

Orientador: Ana Maria Rigo Silva.

Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde, 2010.

Inclui bibliografia.

1. Hospitais – Administração – Teses. 2. Hospitais – Custos – Teses. 3. Leitos hospitalares – Teses. 4. Humanização na saúde – Teses. 5. Hospitais Dia – Teses. I. Silva, Ana Maria Rigo. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde. III. Título.

CDU 658.11:362.11

CARLOS JOSÉ ESTEVAM LIOTI

**ANÁLISE DAS POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DA IMPLANTAÇÃO
DO REGIME DE HOSPITAL DIA EM UM HOSPITAL PÚBLICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação, em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ana Maria Rigo Silva
Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr. Luiz Cordoni Junior
Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr. Sergio Carlos de Carvalho
Universidade Estadual de Londrina

Londrina, 16 de julho de de 2010.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Manoel Antonio Estevam Correa (*in memoriam*) e Elsa Lioti Estevam (*in memoriam*) que, por amor aos seus filhos, deixaram a sua terra natal e vieram desbravar as florestas do Paraná com coragem, esforço e dedicação, em busca de um futuro melhor para estes. Com suas mãos calejadas pela dura labuta na lavoura, pelo manejo da enxada e do machado não conseguiram acumular riquezas, mas deixaram um legado de honra, dignidade e honestidade aos seus filhos e netos, que jamais se esquecerão o quanto foram importantes em suas vidas.

À minha irmã Dora que sempre me deu apoio, carinho e reconhecimento por meu esforço na busca de minhas conquistas.

À minha esposa Ivana e minha filha Rebeca, que sempre me apoiaram na realização deste projeto, não somente aceitando a ausência do esposo ou do pai por conta dos estudos, mas também colaborando diretamente para o êxito deste trabalho.

Não é possível medir o amor que tenho por todos vocês.

“Filho meu, ouve a instrução de teu pai, e não deixes o ensinamento de tua mãe. Porque serão como diadema gracioso em tua cabeça, e colares ao teu pescoço” **Provérbios 1, 8-9.**

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo e acima de tudo a Deus, Pai de infinito amor e bondade, e ao Senhor Jesus Cristo, por tantas bênçãos e amor derramados em minha vida.

À minha orientadora professora doutora Ana Maria Rigo Silva, por acreditar na minha proposta de trabalho e pela paciência e dedicação que teve para comigo em todos os momentos.

Aos meus amigos de mestrado, pessoas comprometidas e gentis, com quem tive o prazer de conviver e aprender muito além das teorias.

Aos professores do Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde pelos conhecimentos compartilhados e a sempre prontidão em acolher-nos e orientar-nos, em especial ao professor doutor Darli Antonio Soares (*in memoriam*) a quem devo especial gratidão por ter acreditado em minha pessoa e no meu trabalho.

Aos amigos Cleuza Catsue Takeda Kuwabara, Dagmar Willamowis Vituri, Fabiana Sitta Xavier, Francisco Eugênio Alves de Souza, Jeremias Béquer Brizola, Maria Aparecida dos Santos Letrari, Meire Aparecida Taldivo e Telma Marques Figueiredo Alves pela colaboração e apoio que sempre me deram.

“Não há nada mais difícil de controlar, mais perigoso de conduzir, ou mais incerto no seu sucesso, do que liderar a introdução de uma nova ordem”

*Niccolò di Bernardo dei Machiavelli
(1469 - 1527)*

LIOTI, Carlos José Estevam. **Análise das possíveis conseqüências da implantação do regime de Hospital Dia em um Hospital Público.** 2010. 149 f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

RESUMO

O serviço de Hospital Dia vem se expandindo pelo Brasil, inicialmente com o foco centrado na gestão hospitalar e no aumento da eficiência da oferta de serviços ao Sistema Único de Saúde - SUS, porém, concomitantemente, também se apresenta como uma alternativa à disseminação dos conceitos de humanização do atendimento aos usuários. O presente estudo analisou as internações passíveis de atendimento em um Serviço de Hospital Dia ocorridas num Hospital Público em 2007. Tratou-se de um estudo transversal, observacional, com base nas informações disponíveis nos bancos de dados informatizados do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. Foram identificados 829 casos passíveis de atendimento em regime de Hospital Dia, conforme critérios fixados pelo Ministério da Saúde, de um universo de 9.425 atendimentos ocorridos no período de janeiro a novembro de 2007. Analisadas as características sociodemográficas dos pacientes identificou-se que 63% eram do sexo masculino; 36,5% se enquadram no perfil de adulto/jovem (20 a 39 anos), e 84% eram residentes na região metropolitana de Londrina. Da análise das características das internações dos pacientes, 49,7% tiveram um tempo de internação entre um e três dias; 45,2% dos casos foram classificados em grau I e II, quanto ao grau de dependência de cuidados de enfermagem, e 51,5% dos casos se concentraram em 13 procedimentos principais, de baixa e média complexidade. A comparação entre o custo e a receita ocorrida no regime de internação convencional *versus* o custo e a receita estimada no regime de Hospital Dia, resultou de modo favorável ao segundo regime, sendo avaliados em três cenários diferentes. O custo estimado para o cenário I (4.840 pacientes potenciais no regime de Hospital Dia); cenário II (3.872 pacientes) e cenário III (829 pacientes), foi 84,5%, 85,8% e 89,8% menor que o custo ocorrido com os 829 pacientes atendidos no regime convencional. Quanto às receitas financeiras estimadas para o serviço de Hospital Dia, estas seriam 340,8% maiores no cenário I e 272,6% no cenário II e 58,4% menores no cenário III, em relação àquelas efetivamente ocorridas no regime convencional, levando-se em conta o pagamento pelo SUS de um procedimento por paciente e média de permanência de um dia por paciente. Soma-se ainda que, para o Hospital Público e para o Sistema de Saúde, haveria a possibilidade de expansão de 20 leitos em regime de Hospital Dia; um aumento estimado de 8,8% dos atendimentos no regime convencional e um aumento estimado de atendimentos no regime de Hospital Dia de 4.840 casos no cenário I; 3.872 no cenário e 829 no cenário III. O Hospital Dia mostra-se, portanto, como uma alternativa viável para o enfrentamento de parte dos problemas do Sistema Único de Saúde, em resposta às inúmeras demandas de serviços de saúde requeridos pela sociedade.

Palavras-chave: Leitos. Hospitais dia. Custos hospitalares. Administração hospitalar. Humanização da assistência.

LIOTI, Carlos José Estevam. **An analysis of the possible consequences due to the implementation of the Day Hospital system in a public hospital.** 2010. 149p. Dissertation (Master`s degree in Management of Health Services) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

ABSTRACT

The Day Hospital service is expanding throughout Brazil, initially with a focus on hospital management and on the increase of the efficiency concerning the services that are offered to the Unified Health System (acronym SUS), however, it also presents itself simultaneously as an alternative to the dissemination of the humanization concepts towards the assistance of the users. The present study has analyzed the admittances that are subject to the assistance in a Day Hospital which occurred in a public hospital in 2007. It was a transverse, observation study based on the available pieces of information obtained from the Londrina State University Hospital. Out of a total of 9,425 assistances that were carried out from January to November 2007, 829 cases were identified as subject to the assistance in a Day Hospital system, according to the criteria set by the Department of Health. After having been analyzed the socio-demographic characteristics of the patients, it was verified that 63% were male; 36.5% were young/adult man (aged between 20 and 39 years old) and 84% were residents of the Londrina metropolitan area. From the analysis of the patients admittance characteristics, 49.7% were admitted to the hospital stay from one to three days; 45.2% of the cases were classified in I and II levels, taking into consideration the degree of dependency on the nursing care, and 51.5% of the cases concentrated on 13 main procedures, from low to middle complexity. The comparison between the costs and the revenue which occurred in the conventional admittance system *versus* the costs and the estimated revenue which occurred in a Day Hospital system has resulted, in a favorable way, to the second system, after having been evaluated in three different scenarios. The estimated costs for scenario I (4,840 potential patients in the Day Hospital system); scenario II (3,872 patients) and scenario III (829 patients), were 84.5%, 85.8% and 89.8% smaller than the costs that occurred with the 829 patients which were assisted in the conventional system. About the financial revenue estimated to the service of the Day Hospital, they would be 340.8% bigger in scenario I and 272.6% in scenario II and 58.4% smaller in scenario III in relation to those revenues that effectively occurred in the conventional system, taking into consideration the payment of a procedure per patient made by the Unified Health System (SUS), a hospital stay average of one day per patient. It is also added that, for the public hospital and for the Unified Health System (SUS), there would be a possibility of the expansion of 20 beds in the Day Hospital system; an estimated increase around 8.8% of the assistances in the conventional system and an estimated increase of assistances in the Day Hospital system of 4,840 cases in scenario I; 3,872 in scenario II and 829 in scenario III. So, the Day Hospital presents itself as a viable alternative to face part of the Unified Health System problems, as an answer to the innumerable demands concerning the health services required by the society.

Keywords: Beds. Day hospital. Hospital cost. Hospital management. Assistance humanization.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Hospitais Dia cadastrados, número de leitos e especialidades ofertadas.	55
Quadro 2	Hospitais Dia – Isolado, cadastrados no CNES, em Londrina	55
Quadro 3	Número de Leitos, Hospital Universitário	61
Quadro 4	Grau de dependência de pacientes em relação a assistência de enfermagem	66
Quadro 5	Centros de Custos do Hospital Universitário.....	68
Quadro 6	Estimativa de Recursos Humanos para um serviço de Hospital Dia, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2009	70
Quadro 7	Estimativa de atendimentos para um serviço de Hospital Dia, com taxa de 100% de ocupação dos leitos, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2009	81
Quadro 8	Estimativa de atendimentos para um serviço de Hospital Dia, com taxa de 80% de ocupação dos leitos, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2009	81
Quadro 9	Estimativa de atendimentos para um serviço de Hospital Dia, com taxa de 17,13% de ocupação dos leitos, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2009	82
Quadro 10	Custo das Internações, custo médio por dia de permanência e custo médio dos PPAHD, em regime convencional, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007	85
Quadro 11	Custo estimado mensal com Recursos Humanos para uma unidade de Hospital Dia	86
Quadro 12	Custo estimado mensal para uma unidade de Hospital Dia, no cenário I	87
Quadro 13	Resumo das despesas de custeio estimadas para uma unidade de Hospital Dia, no cenário I	87
Quadro 14	Total estimado de atendimentos e de permanência (em dias), de PPAHD, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007	88

Quadro 15 – Custos estimados das Internações, custo médio por dia permanência e custo médio dos PPAHD, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007	88
Quadro 16 – Custo estimado mensal com Recursos Humanos para uma unidade de Hospital Dia, no cenário II.....	89
Quadro 17 – Resumo das despesas de custeio estimadas para uma unidade de Hospital Dia, no cenário II.....	89
Quadro 18 – Total estimado de atendimentos e de permanência (em dias), de PPAHD, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007	90
Quadro 19 – Custos estimados das Internações, custo médio por dia de permanência e custo médio dos PPAHD, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007	90
Quadro 20 – Custo estimado mensal para uma unidade de Hospital Dia, no cenário II	91
Quadro 21 – Resumo das despesas de custeio estimadas para uma unidade de Hospital Dia, no cenário III.....	91
Quadro 22 – Total estimado de atendimentos e de permanência (em dias), de PPAHD, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007	92
Quadro 23 – Custos estimados das Internações, custo médio por dia de permanência e custo médio dos PPAHD, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007	92
Quadro 24 – Valor faturado para o SUS em 2007 dos pacientes atendidos pelo HU, passíveis de atendimento em Hospital Dia.	94
Quadro 25 – Receita das Internações, receita média por dia de permanência e receita média dos pacientes passíveis de atendimento em Hospital Dia, em regime convencional, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007.....	95
Quadro 26 – Cálculo da receita estimada de 4.840 PPAHD, no período de 11 meses.....	95
Quadro 27 – Receitas estimadas das Internações, receita média por dia de permanência e receita média dos PPAHD, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007	96
Quadro 28 – Cálculo da receita estimada de 3.872 PPAHD, no período de 11 meses.....	96

Quadro 29 – Receitas estimadas das Internações, receita média por dia de permanência e receita média dos PPAHD, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007	97
Quadro 30 – Cálculo da receita estimada de 829 PPAHD no período de 11 meses.....	97
Quadro 31 – Receitas estimadas das internações, receita média por dia de permanência e receita média dos PPAHD, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007	97

LISTAS DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Evolução do número de leitos em regime de Hospital Dia disponíveis no Brasil	49
Gráfico 2 – Procedimentos realizados no Hospital Universitário no período de 2000 a 2006	57
Gráfico 3 – Distribuição (nº. e %) dos pacientes passíveis de atendimento em Hospital Dia, Hospital Universitário, Londrina, PR. 2007	74
Gráfico 4 – Distribuição (%) dos pacientes passíveis de atendimento em Hospital Dia, segundo sexo, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007	75
Gráfico 5 – Distribuição (%) dos pacientes passíveis de atendimento em Hospital Dia, segundo a faixa etária, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007	76
Gráfico 6 – Distribuição (%) dos pacientes passíveis de atendimento em Hospital Dia, segundo a procedência, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007	77
Gráfico 7 – Distribuição (%) dos pacientes passíveis de atendimento em Hospital Dia, segundo o tempo de internação, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007	78
Gráfico 8 – Distribuição (%) dos pacientes passíveis de atendimento em Hospital Dia, segundo a classificação do grau de dependência de cuidados de enfermagem, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007	79
Gráfico 9 – Comparativo de atendimentos ocorridos no regime convencional <i>versus</i> o estimado para o regime de Hospital Dia, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007	83
Gráfico 10 – Comparativo do custo real ocorrido no regime convencional <i>versus</i> o estimado para o regime de Hospital Dia, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007	93

Gráfico 11 – Comparativo da receita real ocorrida no regime convencional <i>versus</i> a estimada para o regime de Hospital Dia, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007	98
Gráfico 12 – Comparativo dos custos e receitas ocorridas no regime convencional <i>versus</i> os custos e as receitas estimadas para o regime de Hospital Dia, Hospital Universitário, Londrina, PR,	101

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1	–	Número de leitos hospitalares no Brasil em 2008.....	38
Tabela 2	–	AIHs pagas, casos cirúrgicos e procedimentos passíveis de Hospital Dia.....	56
Tabela 3	–	Distribuição (valor e %) dos custos fixos e variáveis do Ambulatório e da Unidade Masculina, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2009.	70
Tabela 4	–	Distribuição (nº. % e % acumulado) dos PPAHD, segundo o procedimento realizado, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007.....	80
Tabela 5	–	Comparativo de atendimentos ocorridos no regime convencional <i>versus</i> o estimado para o regime de Hospital Dia, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007	83
Tabela 6	–	Comparativo do número de dias de permanência ocorridos no regime convencional <i>versus</i> o estimado para o regime de Hospital Dia, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007	84
Tabela 7	–	Distribuição (número, % e % acumulado) dos PPAHD, segundo o centro de custos, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007	85
Tabela 8	–	Comparativo entre o custo total em regime convencional e o custo estimado em regime de Hospital Dia, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007	92
Tabela 9	–	Comparativo do custo médio estimado por dia de permanência ocorrido no regime convencional e o estimado em regime de Hospital Dia, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007	93
Tabela 10	–	Comparativo do custo médio estimado por paciente ocorrido no regime convencional e o estimado em regime de Hospital Dia, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007.....	94
Tabela 11	–	Comparativo entre a receita real em regime convencional e a receita estimada em regime de Hospital Dia, Hospital Universitário, Londrina, PR 2007	98

Tabela 12 – Comparativo da receita média estimada por dia de permanência ocorrido no regime convencional e a estimada em regime de Hospital Dia, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007	99
Tabela 13 – Comparativo da receita média estimada por paciente ocorrido no regime convencional e a estimada em regime de Hospital Dia, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007	99
Tabela 14 – Comparativo de custos e receitas entre o regime convencional e o regime de Hospital Dia, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007	100

LISTA DE SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABRAHUE	Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AMS	Assistência Médica Supletiva
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AT/DE	Assessoria Técnica – Diretoria de Enfermagem
ATI	Assessoria de Tecnologia e Informação
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CAPS	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CN de DST/AIDS	Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COMEL	Coordenação da Região Metropolitana de Londrina
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários da Saúde
DACA	Diretoria de Auditoria, Controle e Avaliação
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
EC	Emenda Constitucional
ESF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FASA	Federated Ambulatory Surgery Association
FGV	Fundação Getúlio Vargas
GM/MS	Gabinete Ministerial – Ministério da Saúde
HD	Hospital Dia
HIV/AIDS	Human Immunodeficiency Vírus/ Acquired Immunodeficiency Syndrome
HU	Hospital Universitário

IAPS	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBICT	Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia
ICC	Insuficiência Cardíaca Crônica
IGP-DI	Índice Geral de Preços – Disponibilidade Interna
IGP-M	Índice Geral de Preços do Mercado
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NBR	Norma Brasileira
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPM	Órteses, Próteses e Materiais Especiais
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PIB	Produto Interno Bruto
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PS	Pronto Socorro
RML	Região Metropolitana de Londrina
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SAS/MS	Secretaria de Atenção à Saúde – Ministério da Saúde
SCP	Sistema de Classificação de Pacientes
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SUS	Sistema Único de Saúde
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
1.1 CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS	20
1.2 IMPORTÂNCIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS	22
1.3 GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE	24
1.3.1 Financiamento do SUS	24
1.3.2 Planejamento e Gestão Eficiente da Saúde	27
1.3.3 Racionalização e Otimização de Recursos, Redução de Custos	30
1.4 HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO	32
1.5 REDE HOSPITALAR	35
1.6 HOSPITAL DIA	44
2 JUSTIFICATIVA	59
3 OBJETIVOS	60
3.1 OBJETIVO GERAL	60
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	60
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	61
4.1 DELINEAMENTO	61
4.2 LOCAL DE ESTUDO	61
4.3 POPULAÇÃO E PERÍODO DE ESTUDO	62
4.4 FONTE DE DADOS	63
4.5 SELEÇÃO DOS PACIENTES PASSÍVEIS DE INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DIA	63
4.6 VARIÁVEIS AVALIADAS	64
4.6.1 Características Sociodemográficas dos Pacientes	64
4.6.2 Características das internações dos Pacientes	65
4.6.3 Oferta de Leitos no Regime Convencional e no Regime de Hospital Dia	67
4.6.4 Custo Real das Internações em Regime Convencional	67
4.6.5 Custo Estimado das Internações em Regime de Hospital Dia	69

4.6.6 Receita real das internações em Regime Convencional	71
4.6.7 Receita estimada das internações em Regime de Hospital Dia	72
4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	72
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	73
5 RESULTADOS	74
5.1 INTERNAÇÕES PASSÍVEIS DE ATENDIMENTO EM HOSPITAL DIA NO PERÍODO DE 2000 a 2007	74
5.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PACIENTES	75
5.3 CARACTERÍSTICAS DA INTERNAÇÃO DOS PACIENTES	77
5.4 NÚMERO ESTIMADO DE ATENDIMENTOS NO REGIME DE HOSPITAL DIA	80
5.5 COMPARATIVO DE NÚMERO DE ATENDIMENTOS OCORRIDOS NO REGIME CONVENCIONAL <i>VERSUS</i> O ESTIMADO PARA O REGIME DE HOSPITAL DIA	83
5.6 COMPARATIVO DO NÚMERO DE DIAS DE PERMANÊNCIA OCORRIDOS NO REGIME CONVENCIONAL <i>VERSUS</i> O ESTIMADO PARA O REGIME DE HOSPITAL DIA	84
5.7 CUSTO DAS INTERNAÇÕES NO REGIME CONVENCIONAL	84
5.8 CUSTO ESTIMADO DE INTERNAÇÃO NO REGIME DE HOSPITAL DIA	85
5.9 COMPARATIVO DO CUSTO TOTAL, CUSTO POR DIA DE PERMANÊNCIA E CUSTO POR PACIENTE ENTRE A INTERNAÇÃO CONVENCIONAL DOS PACIENTES CLASSIFICADOS, <i>VERSUS</i> O CUSTO ESTIMADO DA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DIA	92
5.10 RECEITAS DAS INTERNAÇÕES NO REGIME CONVENCIONAL	94
5.11 RECEITA ESTIMADA DE INTERNAÇÃO NO REGIME DE HOSPITAL DIA	95
5.12 COMPARATIVO DAS RECEITAS DA INTERNAÇÃO CONVENCIONAL DOS PACIENTES CLASSIFICADOS <i>VERSUS</i> AS RECEITAS ESTIMADAS DA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DIA	98
5.13 COMPARATIVO GERAL DOS CUSTOS E DAS RECEITAS (REGIME CONVENCIONAL <i>VERSUS</i> REGIME DE HOSPITAL DIA)	100
6 DISCUSSÃO	102
CONCLUSÃO	109
REFERÊNCIAS	112

APÊNDICES	124
APÊNDICE A – Planilha de Custos estimados para um serviço de Hospital Dia. Cenário I.....	125
APÊNDICE B – Planilha de Custos estimados para um serviço de Hospital Dia. Cenário II.....	128
APÊNDICE C – Planilha de Custos estimados para um serviço de Hospital Dia. Cenário III.....	131
ANEXOS	134
ANEXO A – Procedimentos previstos na tabela SIH/SUS para a realização em Hospital Dia Geral.....	135
ANEXO B – Custo total despendido com os pacientes passíveis de atendimento em Hospital Dia em 2007	144
ANEXO C – Planilha de Custos – Centro de Custos: C13 - Ambulatório do Hospital Universitário	145
ANEXO D – Planilha de Custos – Centro de Custos: C05 - Unidade Masculina do Hospital Univeristário.....	147
ANEXO E – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	149

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

Desde a década de 1920, com o crescimento gradativo da industrialização no país, assim como do contingente de trabalhadores urbanos, tiveram início as reivindicações por políticas previdenciárias e por assistência à saúde, inicialmente organizadas através de Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS), reconhecidas pelo Estado em 1923 (SILVA JUNIOR; ALVES, 2009; MENDES, 1993).

Na década de 1930, as políticas de saúde fixaram formas mais permanentes de atuação através de estruturas de atendimento especializados. As CAPS foram transformadas em Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPS) que dispunham de uma rede própria de ambulatórios e hospitais. A partir de 1964, no governo militar, os IAPS foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), porém mantendo o foco na assistência à saúde individual, pois as ações de saúde pública eram de responsabilidade dos governos estaduais e do Ministério da Saúde. Em 1975 foi definido um Sistema Nacional de Saúde em que as atividades de saúde pública continuavam desarticuladas da assistência médica individual (SILVA JUNIOR; ALVES, 2009; MENDES, 1993).

Na década de 1980, houve uma “revisão” do que vinha sendo feito com a sugestão de novos modelos assistenciais, buscando a universalização da saúde. Surgiram iniciativas de implantação de redes de saúde voltadas para a atenção primária em alguns municípios como Niterói, Londrina e Campinas, que por sua vez serviram de base para o Movimento de Reforma Sanitária, amplamente debatido na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Tão importantes foram as diretrizes traçadas nessa Conferência que, em 1988, ganharam forma de Lei através da promulgação da Constituição Federal (SILVA JUNIOR; ALVES, 2009; MENDES, 1993).

Em 1990, mais dois instrumentos jurídicos ratificaram os princípios constitucionais através da Lei Orgânica de Saúde nº. 8.080 de 19/09/1990 (que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a

organização e o funcionamento dos serviços correspondentes) e da Lei nº 8.142 de 28.12.1990 (que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências de recursos financeiros na área da saúde). Ainda na década de 1990 foi implantada a Estratégia de Saúde da Família (ESF), financiada pelo Ministério da Saúde, e em 13 de setembro de 2000 foi promulgada a Emenda Constitucional (EC) nº 29, que assegura recursos mínimos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, tudo isso visando a consolidação e o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde - SUS (SILVA JUNIOR; ALVES, 2009; MENDES, 1993). No entanto, até junho de 2010 a EC nº. 29 ainda não havia sido regulamentada pelo Congresso Brasileiro para posterior aprovação pelo Governo.

Por seu histórico o SUS é fruto de um processo de construção coletiva que gradativamente tomou forma e escopo jurídico, em resposta aos anseios da sociedade, sendo consolidado na Constituição Federal de 1988.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A Lei Orgânica de Saúde nº. 8.080 (BRASIL, 1990), por sua vez, ampliou este conceito e ratificou no seu artigo 2º que “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

A Constituição Federal de 1988, ao estabelecer o direito universal à saúde como dever do Estado, trouxe cidadania à população. A partir da sua promulgação milhões de brasileiros passaram a ter o direito fundamental à saúde, antes excluídos dos serviços de saúde privados e dependentes da caridade e da filantropia, por falta de atendimento e assistência. Com o SUS foi criado um sistema universal, descentralizado, participativo, com controle social e ao alcance de todos os brasileiros sem distinção.

Temos, hoje, um modelo com um conceito ampliado de saúde que trata não só da doença, mas da prevenção e da qualidade de vida voltado para uma atenção equitativa e integral. O SUS modificou o paradigma da inclusão e liderou uma profunda reforma do estado brasileiro.

1.2 IMPORTÂNCIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

Em menos de duas décadas o SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social, com números impressionantes que demonstram a sua importância para a sociedade, conforme demonstra Santos (2009b, p. 17):

Foram 110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários, de saúde em 95% dos municípios e 87 milhões atendidos por 27 mil equipes de saúde de família. Em 2007: 2,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 610 milhões de consultas, 10,8 milhões de internações, 212 milhões de atendimentos odontológicos, 403 milhões de exames laboratoriais, 2,1 milhões de partos, 13,4 milhões de Ultrasons, Tomografias e Ressonâncias, 55 milhões de seções de fisioterapia, 23 milhões de ações de vigilância sanitária, 150 milhões de vacinas, 12 mil transplantes, 3,1 milhões de cirurgias, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de seções de radio-quimioterapia, 9,7 milhões de seções de hemodiálise e o controle mais avançado da AIDS no terceiro mundo.

Mas a importância do SUS não se reflete somente nos números de atendimentos à população, mas também por sua forte presença na economia e no mercado de trabalho.

São mais de 5,8 mil hospitais, 60 mil unidades ambulatoriais e 500 mil leitos (entre públicos e privados contratados). A cada ano são realizadas, em média, 11 milhões de internações, 1,4 bilhão de procedimentos ambulatoriais, 44 milhões de consultas especializadas e 250 milhões de consultas básicas. Cerca de 11 mil transplantes são custeados, anualmente, com recursos da rede pública de saúde. Apesar de as estatísticas mostrarem o quanto o SUS é grandioso, sabe-se que garantir a sustentação de um sistema dessa magnitude não é tarefa fácil. (BRASIL, 2007, p.5)

Ainda sobre a importância do SUS para a economia do país, afirmou Dain (2007, p.1862),

[...] em termos econômicos, a cadeia produtiva da saúde representa entre 7% e 8% do PIB, mobilizando um valor em torno de R\$ 160 bilhões. Emprega diretamente, com trabalhos qualificados formais, cerca de 10% da população brasileira e é a área de maior expressão no país de investimentos públicos com pesquisa e desenvolvimento. Em termos de empregos diretos e indiretos, em toda cadeia produtiva, o conjunto destas atividades representa cerca de 7,5 milhões de trabalhadores inseridos, predominantemente, em atividades intensivas em conhecimento.

De acordo com dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a, p.5 e 6):

Em que pese as dificuldades históricas e estruturais de implementação de um projeto de tal envergadura, o SUS já ocupa de fato um espaço importante na sociedade e na percepção dos direitos de cidadania, espaço este que vai muito além da retórica e do terreno das intenções. Mais de 70% da população brasileira depende exclusivamente do SUS e 87 milhões de brasileiros são acompanhados por 27 mil Equipes de Saúde da Família (ESF), presentes em 92% dos municípios, sendo a base para um novo modelo assistencial. No campo econômico, a saúde pode ainda ser olhada por um outro prisma. A estimativa internacional disponível, apresentada pelo Fórum Global para a Pesquisa em Saúde em 2006, indica que a saúde responde por 20% da despesa mundial, pública e privada, com as atividades de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico (P&D), representando um valor atualizado de US\$ 135 bilhões, sendo claramente uma das áreas mais dinâmicas do mundo.

O SUS foi uma conquista da sociedade, consolidada ao longo de décadas por aguerridos movimentos sociais em defesa da dignidade do ser humano. Todo esse processo de construção de um Sistema Único de Saúde “para todos”, concebeu importantes princípios que norteiam as políticas públicas de saúde, tais como: o da universalidade, da qualidade, da humanização, da racionalidade, da eficiência, da integralidade, da equidade, da descentralização, da regionalização e da participação popular, os quais devem ser perseguidos pela sociedade em busca de uma assistência à saúde mais eficiente, humana e eficaz.

E como âncoras destes princípios entendemos como sendo importante para o SUS a busca por uma gestão eficiente (financiamento, planejamento, eficiência, redução de custos, otimização de recursos), pela humanização no atendimento (acolhimento, classificação de risco, instalações adequadas, acompanhamento familiar) e, pela resolubilidade do sistema, decorrente da rede de serviços constituída (atendimentos, número de leitos, hospitais, complexidade, cuidados de enfermagem) em resposta às demandas da sociedade.

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003a, p.45):

A oferta de serviços no SUS já está no caminho irreversível da eficácia, mas ainda bastante longe da imprescindível otimização dos resultados em relação aos recursos disponíveis: as prioridades na oferta de serviços e a relação custo-benefício encontram-se, ainda, só parcialmente assumidas em todas as esferas da Gestão.

Na lógica da otimização dos resultados, Feuerwerker et al (2007, p. 967) destacam a importância da racionalização de custos e da humanização como componentes que “operam em favor de uma reorganização da atenção à saúde, prevendo novos lugares e papéis para os hospitais dentro da rede de serviços de saúde” (BRASIL, 2003a, p.45)

1.3 GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

Em razão da importância que o SUS passou a ocupar na sociedade, a busca por uma gestão eficiente do sistema de saúde, público ou privado, tem sido uma preocupação constante dos diversos atores que o integram, representados pelos gestores, prestadores e usuários, já que as fontes de financiamento estão cada vez mais escassas, ao mesmo tempo em que a demanda pelos serviços de saúde são crescentes. Por isso a necessidade permanente de buscar soluções racionais e factíveis, sempre focadas no atendimento das demandas de serviços de saúde requeridas pela população.

1.3.1 Financiamento do SUS

A crescente insuficiência de recursos, principalmente federais, para o financiamento do SUS, impede avanços em inúmeras ações já consolidadas e adequação de tantas outras que carecem de ajustes e maximização de serviços. Faltam recursos, no entanto também é preciso avaliar o grau de eficiência com que tais recursos são aplicados e daí a importância da formulação de novos modelos gerenciais capazes de deslocar a hegemonia do “modelo da oferta de serviços” para o “modelo das necessidades e direitos da população”. Ou seja, tão importante quanto o volume de recursos para a saúde também é a gestão desses recursos disponíveis, voltados para o atendimento das necessidades da sociedade. O centralismo no processo de planejamento e orçamentação com baixa consideração ao planejamento ascendente ainda dificulta maiores avanços na implementação de

ações efetivas em favor da comunidade. As decisões de investimentos ainda estão fortemente vinculadas às rubricas orçamentárias, e nem sempre levam em conta os planejamentos ascendentes, ocorrendo muitas vezes a inversão das prioridades locais. Segundo Santos (2009, p. 10), “é especialmente na ponta do sistema que tem ocorrido milhares de experiências positivas entre gestores descentralizados, trabalhadores de saúde, prestadores de serviços e usuários”, verdadeiras pontas de icebergs, reveladoras de incomensurável potencial de futura retomada de rumos na construção do SUS.

Conforme Carvalho (2007, p. 880), “É inquestionável a importância do financiamento público dos serviços de saúde no Brasil, onde mais de 30% da população vive em estado de pobreza (renda familiar mensal *per capita* de até meio salário mínimo)”.

Segundo Santos (2008a, p.26) “Não há recursos adicionais para atenção básica, para serviços preventivos e para os menos incluídos e os excluídos, tampouco para investimentos estratégicos na capacidade instalada e no pessoal de saúde em todos os níveis”, resume. O autor ainda afirma que há problemas estruturais da saúde pública brasileira que, de uma maneira ou de outra, estão relacionados a um único tema: o financiamento, que é notoriamente insuficiente, “a ponto de impedir não somente a implementação progressiva e incremental do sistema, como a reestruturação do modelo em função do cumprimento dos princípios constitucionais”.

De acordo com a ABRAHUE – Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE, 2008), desde a sua criação, o SUS tem sofrido um crônico subfinanciamento, impactando negativamente nos serviços prestados à população, ressaltando que “o financiamento federal do SUS, inicialmente idealizado, deveria ser feito com base em 30% do Orçamento da Seguridade Social (OSS), o que representaria em valores atuais (2008) cerca de R\$ 96 bilhões”, quando na verdade o governo federal dispõe de apenas R\$ 48,5 bilhões que, mesmo somados aos recursos estaduais e municipais, representam um valor per capita de R\$ 500,00 por ano, muito inferior a outros países, inclusive daqueles que não garantem atendimento universal aos seus cidadãos, sendo uma ameaça ao setor de saúde que emprega mais de 8 milhões de trabalhadores e representa 8% do Produto Interno Bruto – PIB, brasileiro.

Desta maneira, Santos (2008b, p. 2012), entende que:

Os gestores municipais e estaduais do SUS, os trabalhadores de saúde e os prestadores de serviços encontram-se no sufoco e angústia de atender os sofrimentos e urgências de "hoje e ontem", obrigados a reprimir demandas, sabendo penosamente que ações preventivas e de diagnósticos precoces impediriam o surgimento da maior parte de casos graves e urgentes, mas obrigados a priorizar os casos de maiores sofrimentos e urgências devido à insuficiência de recursos.

Vale ressaltar ainda que “desde meados dos anos 90, a tabela do SUS sofreu apenas correção de 37%, frente a um crescimento do IGP-M de 318,10 %, e aumento de insumos estratégicos, como combustíveis e energia, entre 500% e 600%” (DAIN, 2007, p. 1859).

Por sua vez, a Emenda Constitucional nº. 29 de 13 de setembro de 2000 (BRASIL, 2000), que vinculou percentuais mínimos da receita das três esferas de governo às despesas setoriais e que deveria assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, ainda carece de regulamentação sobre quais bases de cálculo deverá ser aplicada, dessa forma ainda não cumpriu o seu principal objetivo de dar lastro e blindagem ao SUS em termos de sustentabilidade e suficiência de recursos.

Segundo técnicos dos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, CONASS e CONASEMS, “A situação do orçamento da saúde para 2010 é uma das mais críticas dos últimos anos. Os recursos previstos para o setor na proposta orçamentária encaminhada pelo Governo são de apenas R\$ 54,8 bilhões, muito aquém do necessário”. (NOTÍCIAS..., 2009). Somente para 2010 seriam necessários mais de R\$ 6 bilhões para complementar as necessidades do SUS. O próprio ministro da Saúde, José Gomes Temporão, entende que “o orçamento para 2010 é ruim e que é necessário regulamentar logo a Emenda Constitucional 29”. (ORÇAMENTO..., 2009).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a, p. 90), está previsto para o quadriênio de 2008-2011, investimentos da ordem de R\$ 89,4 bilhões para a saúde, sendo que R\$ 65,1 bilhões já estariam assegurados e outros 24,3 bilhões serão com recursos a serem expandidos.

Em vista da escassez de recursos financeiros para a saúde, conforme compreendido anteriormente, torna-se imprescindível a adoção de ações de planejamento e gestão eficiente dos recursos físicos, financeiros e humanos disponíveis na área.

1.3.2 Planejamento e Gestão Eficiente da Saúde

A noção de otimização dos recursos disponíveis leva em conta o cálculo de utilidade, ou seja, aquilo que é útil às pessoas, sabendo-se que para a produção de bens e serviços haverá acréscimo de benefícios e de custos, sendo os primeiros considerados desejáveis e potencializados e os segundos evitáveis ou minimizados, visto que o conceito de eficiência econômica busca ter o máximo de resultados positivos possíveis com o menor custo possível. (MENDES, 2005)

Segundo Sen (apud MENDES, 2005, p.14),

Quando a sociedade escolhe a quantidade de bens e aloca recursos de produção de forma apropriada, segundo a visão neoclássica da economia, isto se refere ao grau de eficiência do produto desse bem, ou melhor, quando há uma alocação eficiente de recursos na produção desse bem. Essa visão econômica insiste em colocar que, ao se determinar o grau de produção que é eficiente, se deve considerar ambos os aspectos: os benefícios dos novos bens e o custo –oportunidade em produzi-los.

Para Vecina Neto e Malik (2007, p. 839) é preciso aprimorar a gestão e, “tanto o setor público quanto o privado têm que fazer um voto de busca da eficiência, implicando em uma nova disposição para a gestão”, fazendo-se uso de informações, gerenciamento de custos e processos informatizados.

Entende-se que o conjunto de ações na área da saúde deve responder aos anseios da comunidade,

O planejamento deve ser ascendente, iniciando-se na base local até a federal, e reforçar o sentido de que a integralidade da assistência só se completa com o conjunto articulado de serviços, de responsabilidade dos diversos entes governamentais (SANTOS, 2009a).

Segundo Campos (apud MENDES, 2005, p. 35),

A gestão de um sistema de saúde considera importante o planejamento como instrumento gerencial para ordenar a produção de serviços de saúde. O planejamento deve contribuir para alcançar melhor alocação e distribuição de recursos, utilizando como ferramentas os diagnósticos epidemiológicos e das necessidades de saúde.

Pode-se depreender também de Feuerwerker et al. (2007, p.966) a importância do planejamento, em vista de que:

Os desafios impostos pela transição epidemiológica e o envelhecimento das populações, ameaçam o financiamento dos sistemas de saúde em função de ineficácia, ineficiência, iniquidades decorrentes da incorporação de tecnologia sem critérios de custo-benefício e da explosão de custos e gastos decorrentes do modelo hegemônico de pensar saúde.

Mais do que ser um processo administrativo/jurídico que leve ao estabelecimento de um conjunto ordenado de ações visando a consecução de objetivos, na área da saúde o planejamento deve buscar por excelência a eficiência do sistema, pois, pressupõe-se, disso resultaria em uma melhor assistência médico-hospitalar em favor dos usuários e uma melhor gestão dos recursos em favor do gestor e do prestador.

Vecina Neto e Malik (2007, p. 837), afirmam que “a preocupação com a eficiência chega a ser criticada, como um estímulo ao racionamento de serviços, mas quando a eficiência é critério de avaliação da gestão faz sentido buscar métodos gerenciais” tendo por base a apuração de custos orientados por agentes internos, com conhecimento sobre os processos.

Santos (2008b, p. 2014), coloca em xeque a discussão entre a necessidade da atenção básica elevar a sua qualidade e resolutividade e a “implantação e implementação da diretriz constitucional da integralidade e regionalização/hierarquização, isto é, das redes regionalizadas de ações e serviços de todos os níveis de complexidade”, o que, de certa forma, impacta nas ações de planejamento e gestão do sistema de saúde.

Na visão de Cecilio (1997, p.471) a porta de entrada mais importante para o sistema de saúde deveria ser a rede básica de saúde, no entanto:

A porta de entrada principal continua sendo os hospitais, públicos ou privados, através dos seus serviços de urgência/emergência e dos seus ambulatórios. Atesta isto o fato de os atendimentos hospitalares serem expressivamente maiores do que o atendimento total feito nas unidades básicas de saúde, na maioria dos municípios nos quais exista a alternativa de acesso ao hospital. Os pronto-socorros sempre lotados são a imagem mais expressiva desta situação.

Por isso, de acordo com Santos (2008b, p.2011) “Os serviços de média e alta complexidade, cada vez mais congestionados, reprimem oferta e demanda - repressão em regra iatrogênica e freqüentemente letal”.

Complementa ainda o autor (2008a):

Permanecem recordes insustentáveis e inaceitáveis de consultas especializadas, exames laboratoriais e de imagem e tratamentos, evitáveis ou desnecessários, que consomem tempo e recursos que agravam a repressão da demanda do atendimento necessário e prioritário.

Santos (2008b, p.2012) ainda ressalta que também permanecem “esperas para procedimentos mais sofisticados geradoras de profundos sofrimentos com agravamento de doenças e mortes evitáveis”.

A busca da eficiência através do planejamento não é assunto novo na área da saúde, mas isso deve ser uma prerrogativa a ser assumida cada vez mais fortemente pelos diversos atores que a integram.

Para Carvalho (2007, p. 891):

É inquestionável que ainda há muito a ser feito em relação à eficiência, apesar dessa busca já se manifestar há muitos anos, em praticamente todos os instrumentos normativos com vistas à estruturação sistêmica do setor. Na Constituição de 88, os dispositivos relacionados à descentralização de ações e serviços de saúde com direção única em cada esfera de governo e controle social objetivavam a racionalização da rede e, conseqüentemente, otimização dos gastos.

1.3.3 Racionalização e Otimização de Recursos, Redução de Custos

Há uma frase muito conhecida no meio hospitalar que diz “Saúde não tem preço, mas tem custo”. A idéia principal, pode-se dizer, está na otimização dos recursos disponíveis. Conforme afirma Dain (2007, p.1983) “Gasto em saúde não é sinônimo de desperdício de recursos. Assim, os gestores da Saúde, em todos os níveis de governo, devem zelar pela qualidade de seu gasto e pela racionalização e redução de seus custos”.

Para Del Nero (apud DALLORA;FORSTER, 2008, p.138),

A economia da saúde: [...] tem por objetivo a otimização das ações de saúde, ou seja, o estudo das condições ótimas de distribuição de recursos disponíveis para assegurar à população a melhor assistência à saúde e o melhor estado de saúde possível, tendo em conta meios e recursos limitados.

A busca de um novo modelo de gestão que vise a eficiência, a racionalização dos gastos e a contenção dos custos dificilmente será o resultado de ações isoladas, mas sim da integração das equipes de saúde e administrativa nas suas diferentes áreas do saber.

Conforme Dallora e Forster (2008, p.141):

A visão que deve prevalecer é a multidisciplinar, considerando principalmente, que na área da saúde os resultados não se medem simplesmente por ganhos econômicos. Numa instituição de saúde, o resultado social é mais importante que o financeiro, mesmo assim, não se prescinde de um sistema de informações que permita ampla visão e gerenciamento dos custos das atividades desenvolvidas.

Se a racionalização e otimização dos recursos na área da saúde já é importante do ponto de vista da gestão administrativa, mais importante ainda se torna quando se leva em conta que por um lado, os custos do setor são crescentes, e por outro, o modelo de financiamento vigente não dá a resposta necessária.

No entendimento de Vecina Neto e Malik (2007, p.835),

No setor público, principalmente quando gerenciado diretamente por organizações públicas, o fenômeno é mais evidente. A única iniciativa diferente observável na busca por solução dos problemas de financiamento foi a criação da segunda porta, viável apenas em alguns hospitais universitários.

Sobre essa segunda porta os autores entendem que:

o aumento dos custos, a pressão dos compradores de planos privados de saúde (85% dos planos existentes em 2006 são coletivos), a pressão regulatória sobre as modalidades de oferta e sobre os preços, além da política de ressarcimento do SUS, têm levado vários atores desse setor a buscar novas alternativas organizacionais de sobrevivência, através da Assistência Médica Supletiva – AMS. (2007, p.829)

Segundo a Associação dos Docentes da Universidade de Brasília (ADUnB, 2010) “Dívidas acumuladas, falta de profissionais e problemas de infraestrutura são constantes na realidade dos hospitais universitários de todo o País”. “A rede de hospitais federais opera com um déficit anual de R\$ 220 milhões, sendo que, em 2008, o orçamento foi de R\$ 3,5 bilhões”.

Se por um lado as despesas hospitalares são crescentes, inflacionadas principalmente pela elevação dos custos com a aquisição de medicamentos e materiais médico-hospitalares, por outro as receitas são poucos flexíveis já que estão fora da governabilidade dos Hospitais havendo ainda a defasagem na correção das tabelas de remuneração de procedimentos pelo Ministério da Saúde.

De acordo com Dallora e Forster (2008, p.137) os Hospitais Universitários “são caros e seu equilíbrio financeiro é um grande desafio que depende da receita e dos custos. Diante desse quadro, onde a receita é pouco negociada, uma possível solução passa pela gestão dos custos internos”. Uma das razões seria porque concentram atendimentos de alta complexidade, de maior custo que os procedimentos de média complexidade, e por desenvolverem atividades que mesclam atos médicos com procedimentos didáticos (ensino).

Nesse sentido corrobora Carvalho (2007, p.889) entendendo que “Sem dúvida o caminho para a sustentabilidade da assistência médico-hospitalar pública passa pela busca e adoção de diretrizes, metodologias e instrumentos voltados ao aumento da receita e à redução dos custos”.

E para fazer frente as necessidade dos gestores em buscar soluções viáveis diante dos desafios impostos pelos altos custos na saúde, os administradores do sistema podem e devem contar com diversas ferramentas gerenciais, tendo por base os princípios da análise econômica que trabalha com a apuração de custos, dispondo de algumas técnicas.

Dallora e Forster (2008, p.136), destaca as principais, sendo:

1. Custo-Benefício: avalia se os benefícios resultantes de um programa compensam seus custos. Mostra a relação entre os custos e os benefícios diretos e indiretos gerados;
2. Custo-Efetividade: destina-se à escolha da melhor estratégia para atingir um determinado objetivo, ou seja, trata-se de estudo comparativo de alternativas para executar uma mesma ação;
3. Custo-Utilidade: comparam-se diferentes tratamentos destinados, fundamentalmente, a pacientes crônicos. A unidade de comparação é a relação custo/sobrevida, que leva em conta o tempo e a qualidade da sobrevida decorrente de diferentes tipos de intervenção;
4. Custo Mínimo: Compara alternativas de programas/projetos/ações de saúde, que apresentam o mesmo resultado e escolhe-se aquele com menor custo.
5. Custo de Oportunidade ou Custo Social: incorpora a noção de que os recursos utilizados para uma intervenção/projeto não estarão mais disponíveis para outros. O custo de oportunidade ou custo social reflete a escassez de recursos.

1.4 HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO

Paralelamente às ações de gestão financeira e tão importantes quanto estas, os conceitos do acolhimento, da humanização e do cuidado integral ao usuário estão sendo gradativamente disseminados no sistema, com iniciativas isoladas em instituições de saúde, pressionadas pela maior conscientização dos usuários quanto aos seus direitos e pelas diretrizes que emergem dos conselhos e das conferências municipais, estaduais e federal de saúde. Mais do que uma política/diretriz do Ministério da Saúde, essa prática está sendo entendida como necessária para o conjunto de serviços da saúde.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) foi implantado pelo Ministério da Saúde no ano de 2000, constituindo-se posteriormente na Política Nacional de Humanização (PNH), que tem como objetivo

atender às demandas subjetivas manifestadas pelos usuários e trabalhadores dos serviços de saúde. Tais demandas incluem a integralidade do atendimento e o respeito aos direitos dos usuários. “O desafio permanente do SUS é possibilitar o acesso de todos os cidadãos de forma universal e equânime garantindo a integralidade, universalidade, humanização e qualidade na atenção”. (PISTELLI; SILVA; VIEIRA, 2009)

Ainda, conforme Falk et al. (2006, p.136), a humanização, enquanto política, direito de todos e dever do Estado “deve, necessariamente, atravessar as diferentes ações e instâncias gestoras dos serviços de saúde e, nessa perspectiva, estar comprometida com as dimensões de prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, de produzir saúde”.

A humanização implica em traduzir os princípios do SUS em ações voltadas aos sujeitos, devendo ser entendida como mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde como também o compromisso com a ambiência, a melhoria das condições de trabalho e do atendimento.

De acordo com Santos Filho (apud SOARES; BARBOSA, 2007, p. 2):

Os serviços de saúde devem oferecer atendimentos que possibilitem a responsabilização e vínculos efetivos dos profissionais com o usuário; acolhimento de acordo com a gravidade do seu quadro; redução de filas e tempo de espera de atendimento; garantia dos direitos do código dos usuários; garantia de gestão participativa aos trabalhadores e usuários; estratégias de qualificação e valorização dos trabalhadores envolvidos.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a, p. 59) destaca a importância das relações pessoais no cuidado. “A saúde tem uma dimensão interpessoal no cuidado que jamais permitirá sua automatização. Por mais máquinas que haja não haverá produção do cuidado sem o trabalhador de saúde, que mais que curar deve cuidar daqueles que sofrem”. Santos (2009a) lembra ainda que “A vida, por si só, despida de dignidade, nem sempre é o maior bem. O sofrimento moral, muitas vezes, é pior do que o sofrimento físico”, e que a evolução da medicina não pode empobrecer as relações com os pacientes.

Os gestores de hospitais, por sua vez, devem sempre levar em conta a importância da qualidade técnica e também a conduta ética dos profissionais que

contribuem para o cuidado, buscando o desenvolvimento de estratégias permanentes que aprimorem tais atributos (CECILIO, 2000).

A humanização quando levada ao ambiente hospitalar, ao mesmo tempo em que muda paradigmas, também é afetada pelas políticas e estruturas de assistência à saúde prestada aos pacientes. A busca pela humanização, qualidade dos serviços e menores custos inserem os hospitais num novo contexto dentro da atenção à saúde, induzindo a busca de alternativas substitutivas para uma série de procedimentos, antes intra-hospitalares.

Segundo Martin (apud SOARES; BARBOSA,2007, p.4) :

A humanização de um hospital começa com o conceito de saúde de bem-estar do indivíduo, promovido em todas as dimensões: física, mental, social e espiritual. Para que isso dê certo, o empreendimento tem que ser de equipe, envolvendo muitas pessoas, profissionais e voluntários, todos comprometidos com a dignidade do ser humano e com a promoção do seu bem-estar integral.

Feurwerker (2005, p.502), ressalta ainda que:

A produção de atos de saúde é um terreno do trabalho vivo (isto é, um terreno no qual predominam as tecnologias leves – relacionais – em detrimento das tecnologias duras – equipamentos e saberes estruturados). Isso acontece porque a produção de atos de saúde opera sempre com altos graus de incerteza e com grau não desprezível de autonomia dos trabalhadores. É exatamente essa característica que abre grandes possibilidades para estratégias que possibilitem a construção de novos valores, compreensões e relações, pois há espaço para a invenção.

Por isso a importância do cuidado integral e humanizado, pois mesmo naqueles hospitais ou alas hospitalares sofisticados e com alto grau de conforto haverá sempre a vivência, pelo paciente, de separações e de sofrimento.

Sant'Anna (2000, p.13) lembra que:

Uma vez internado, o paciente sofre uma ruptura com seu cotidiano, desencadeadora de um sentimento de “falta de existência”, como se ele ficasse subitamente em déficit para com o mundo: separa-se da família, da residência, do bairro, do trabalho, dos amigos e começa a experimentar um constante desfazer de suas certezas e identidades; suas diferenças de sexo, idade e profissão tendem a ser anuladas em favor da condição de paciente; ele deixa de ter direitos sobre o próprio corpo e se vê separado, de modo abrupto, da vida que, dia a dia, construía e reconstruía sua identidade.

A ambiência hospitalar (tratamento dado ao espaço físico) também tem grande importância no processo de humanização e deve ser entendida como o espaço social, profissional e de relações interpessoais que visa proporcionar uma atenção acolhedora, humana e resolutiva, considerando alguns elementos que atuam como catalisadores da inter-relação homem x espaço, possibilitando a reflexão do sujeito e do processo de trabalho, o conforto focado na privacidade e individualidade, a otimização de recursos e o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo. (BRASIL, 2004)

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p.15) destaca ainda que um dos parâmetros para o acompanhamento da implementação da humanização, na atenção hospitalar, preconizada pelo SUS é a “existência de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares como as de cuidados domiciliares”.

1.5 REDE HOSPITALAR

O SUS é uma conquista da sociedade, fundamentado em princípios e diretrizes e é por meio da sua estrutura “visível” que ele se torna de fato acessível e importante a essa sociedade. Porém muito ainda tem que ser feito, frente à crescente demanda por serviços de saúde em todos os níveis de atenção (baixa, média e alta complexidade) requeridos pela população. Destaca-se que o Brasil em 1988 tinha uma população estimada de 141,3 milhões de pessoas, com uma projeção de 191,4 milhões para 2009, o que, em tese, representa um aumento de 35,45% na demanda de serviços de saúde. (IBGE, 2009)

Como afirma Mesquita (2008, p.1):

Dentre os desafios à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), certamente se encontra a necessidade de ampliação e de melhoria da capacidade assistencial do sistema, sobretudo contemplando a perspectiva de maior equidade. Trata-se de um desafio estreitamente relacionado aos níveis de investimentos na rede pública de saúde.

O hospital, sem dúvida, é uma das mais importantes frações “visíveis” do sistema de saúde. Trata-se de um dos cenários onde as políticas e diretrizes de saúde são transformadas em ações efetivas e palpáveis à sociedade. A Organização Mundial da Saúde (OMS), no seu informe técnico nº, 122, de 1957, define o Hospital como parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde, tanto curativa quanto preventiva, incluindo serviços extensivos à família, em seu domicílio e ainda um centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais (LISBOA, 2008).

Considerando que a presente pesquisa foi desenvolvida no âmbito de um Hospital Público Universitário é oportuno discorrer brevemente sobre sua definição e importância. Segundo o Ministério da Educação os hospitais universitários são unidades de saúde capazes de prestar serviços altamente especializados e de alta complexidade, com qualidade e tecnologia de ponta à população. Garantem também, suporte técnico necessário aos programas mantidos por diversos Centros de Referência Estaduais ou Regionais e à gestão de sistemas de saúde pública de alta complexidade. (DALLORA; FORSTER, 2008)

O Ministério da Saúde define como Alta Complexidade “o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à Saúde (atenção básica e de média complexidade)”. (BRASIL, 2009c)

Os Hospitais Universitários e de Ensino constituem elementos importantes na rede pública de saúde brasileira. Em 2008 totalizavam 186 unidades, representando 2,55% da rede hospitalar do país, sendo responsáveis por cerca de 10,3% dos leitos SUS, 11,8% das Autorizações de Internação Hospitalar - AIH, 11,6% da produção ambulatorial, 25,6% dos leitos de UTI, 37,56% dos procedimentos de alta complexidade, 47% dos transplantes de fígado, 57% dos transplantes renais, 68% dos transplantes cardíacos e 100% dos transplantes de pulmão. (PETTA, 2008)

Independentemente do Hospital ser público ou privado, federal, estadual ou municipal, de ensino ou de assistência, é considerado por diversos autores como uma organização muito complexa.

Segundo Vecina Neto e Malik (2007, p.837):

Reconhecendo que o hospital é uma das organizações mais complexas operadas pelo homem, torna-se imperativo ter um instrumento que permita tornar mais rapidamente disponíveis os dados a respeito do seu funcionamento, de maneira a estruturar a gestão de maneira sistemática.

De acordo com Feuerwerker e Cecilio (2007, p.966):

O hospital não é qualquer equipamento de saúde. É uma organização complexa - atravessada por múltiplos interesses - que ocupa lugar crítico na prestação de serviços de saúde, lugar de construção de identidades profissionais, com grande reconhecimento social. Se os hospitais, em si, são instituições tão complexas, num contexto de mudanças como o atual, os desafios que se apresentam para sua gestão são ainda mais significativos.

Em razão dessa característica de complexidade organizacional os hospitais necessitam de um rigoroso planejamento e acompanhamento gerencial de forma a subsidiar a tomada de decisões e a implementação de alternativas que visem a otimização dos recursos, sem comprometer a qualidade dos serviços prestados à população (LIMA apud JOSUÉ et al., 2003).

A receita de um hospital está intimamente ligada a sua capacidade produtiva (internações, consultas, exames, procedimentos clínicos e cirúrgicos), sendo o resultado de sua gestão financeira (déficit ou superávit) decorrente da relação entre as receitas e custos/despesas. No entanto os objetivos a serem perseguidos devem ser a obtenção dos mesmos benefícios com o menor custo, ou o aumento dos benefícios sem a elevação dos custos (JOSUÉ et al., 2003).

Frente aos altos custos hospitalares, decorrentes da aquisição de insumos ou da introdução de novas tecnologias, importantes no aprimoramento de processos, os hospitais são pressionados a buscar uma maior produtividade dos serviços instalados e a diluição de tais custos ou investimentos através do aumento da produção e/ou da diversificação de serviços (MARRACINI, 2009).

Outro ponto que merece especial atenção dos gestores da saúde é a disponibilidade de leitos hospitalares, visto que a capacidade instalada de internação de um hospital tem relação direta com o volume de produção assistencial e demais

serviços médico-hospitalares prestados à população. Da mesma forma que muitos serviços hospitalares também impactam na oferta de leitos.

No entanto, apesar do aumento da população, e conseqüentemente da procura pelos serviços do SUS, verifica-se uma redução significativa no número de leitos disponíveis na rede hospitalar, tanto pública quanto privada. Sejam quais forem os períodos ou épocas avaliadas, os dados obtidos têm demonstrado essa redução.

Várias fontes têm destacado o decréscimo de leitos no Brasil:

Conforme Carvalho (2007, p.886): “de 1995 a 2005, houve uma redução de aproximadamente 13% no quantitativo total de leitos e de 10% no número de internações pagas pelo SUS, embora a população brasileira tenha tido um crescimento de 18%”.

Segundo o IBGE (2006):

Entre 2002 e 2005, houve um decréscimo de 27.961 leitos, equivalente a uma redução de 5,9% no total de leitos, ou uma taxa de declínio de 2,0 % ao ano [...]. A relação leito por 1.000 habitantes, em 2005, foi de 2,4. Em 2002, esse índice era de 2,7.

De acordo com Westin (2009):

Os leitos da rede pública de saúde vêm minguando ano a ano [...] Entre 2000 e 2009, apesar do crescimento da população, o número de leitos disponíveis ao SUS caiu 26% [...]. A participação dos hospitais privados nas internações feitas pelo SUS recuou de 68,8% para 55,5% entre 1995 e 2007 [...]. Em 2009, 80% da população dependia do SUS, representando cerca de 150 milhões de pessoas, já que os outros 40 milhões têm planos de saúde.

Tabela 1 – Número de leitos hospitalares no Brasil em 2008.

Tipo	Natureza	Total (*)	% Total	SUS (**)	%SUS
Hospitais Públicos	Federal	18.192	3,59	15.440	4,22
	Estadual	74.710	14,74	70.113	19,16
	Municipal	80.739	15,93	78.228	21,38
	TOTAL	173.641	34,26	163.781	44,76
Hospitais Privados	Sem fins lucrativos	168.703	33,28	122.684	33,52
	Lucrativos	164.502	32,46	79.497	21,72
	TOTAL	333.205	65,74	202.181	55,24
TOTAL		506.846	100,00	365.962	100,00

(*) Número total de leitos (**) Número de leitos disponibilizados ao SUS

Fonte: <http://cnes.datasus.gov.br/mod_ind_tipo_leito.asp>

Tendo por base os dados do DATASUS (Tabela 1), e considerando uma população total estimada de 189,6 milhões de habitantes em 2008 (IBGE, 2009), a relação de leitos por mil habitantes seria de 2,7 leitos (506.846/189,6 milhões/1000). Caso se considere apenas o total de leitos SUS em relação ao total da população o índice cai para 1,9 leitos (365.962/189,6 milhões/1000). E, mesmo que os leitos SUS sejam avaliados somente para as 150 milhões de pessoas que não têm cobertura de planos de saúde o índice fica em 2,4 leitos/1000 habitantes (365.962/150 milhões/1000).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2006), entre 1990 e 2005, no total, houve uma redução de 3,7 para 2,4 leitos por 1.000 habitantes no Brasil, ocorridos principalmente na esfera privada. Nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste as quedas foram ainda maiores, no total, sendo que nesta última passou de 4,2 em 1990 para 2,6 leitos em 2005. Também se observa uma redução da oferta do número de leitos SUS em todas as regiões, principalmente na esfera privada.

Em termos regionais, a situação não é diferente. Na cidade Londrina/PR e regiões circunvizinhas também têm sido freqüentes o problema da falta de leitos hospitalares. Conforme citam Cristo (2009), Luporini (2009) e Wroniski (2009), os dirigentes das principais Instituições de Saúde de Londrina (municipais, estaduais e privadas) concordam que o número de leitos disponíveis no município não é suficiente para atender as demandas locais e regionais, acarretando em dificuldades na gestão do sistema de saúde.

Considerando que a população estimada do Município de Londrina para 2009 era de 510.707 habitantes, de acordo com dados do IBGE (2010), e que a capacidade instalada de leitos no município é de 1.747 unidades, tem-se uma relação de 3,4 leitos por mil habitantes. Se for considerado apenas os 1.188 leitos disponibilizados para o Sistema Único de Saúde o índice fica em 2,3 leitos por mil habitantes.

Se a capacidade instalada de leitos num hospital tem relação direta com a qualidade e a quantidade dos serviços de saúde ofertados à população, existem também outros fatores que podem ser agravantes ou atenuantes desse quadro, dentre os quais se podem citar:

- a média de permanência/tempo de internação do paciente;
- a “desospitalização” do paciente;

- o grau de dependência dos pacientes em relação aos cuidados de enfermagem e,
- a contra-referência.

Conforme lembram Silva Filho e Costa (2009, p.2): “A média de permanência dos pacientes de qualquer hospital é um indicador de qualidade dos mais importantes, pois tem repercussões financeiras significativas do lado da receita e do custo hospitalar”. Segundo os mesmos autores a diminuição da média de permanência dos pacientes possibilitaria a redução do custo da internação, aumento do conforto para o paciente, considerando a redução do risco de infecção hospitalar e o menor tempo de afastamento da família, e por fim, a maior disponibilidade de leitos hospitalares. “A falta de um gerenciamento eficaz e efetivo da média de permanência dos pacientes internados pode provocar perdas financeiras consideráveis para a instituição” (2009, p.5).

Fratini, Saupe e Masaroli (2008) comentam que a decisão de se manter os doentes num hospital, as vezes visa assegurar a continuidade do tratamento em razão dos pacientes não terem condições financeiras para a aquisição de medicamentos, ou mesmo de sua administração, por exemplo. “Como consequência este passa a um importante fator que amplia as filas de espera para internação e aumenta os custos da atenção hospitalar”. (2008, p. 69)

Segundo Fávero (apud ARANHA; VIEIRA, 2004, p. 4)

Quando a duração da internação é maior que a necessária, são consumidos leitos-dia que poderiam beneficiar outro doente, em outras palavras, estamos jogando fora um recurso dispendioso e extremamente disputado, principalmente em países mais pobres. Este tipo de inadequação no uso dos leitos é mais sutil e difícil de ser percebido, a não ser quando os pacientes permanecem tempo exageradamente longo no hospital, como nos casos de alguns hospitais psiquiátricos. Dentre aqueles pacientes que deveriam ficar, por exemplo, cinco dias e permanecem seis ou sete, torna-se difícil perceber o problema. Nem por isso este tipo de desperdício deixa de ser importante. Talvez esta característica o torne ainda mais grave, uma vez que pode passar despercebido e sem correção por longo tempo.

Outro aspecto importante a ser destacado e que está intimamente ligado a disponibilidade de leitos, é a “desospitalização”, não no sentido do não atendimento ao paciente, mas sim na adoção de modelos ou cuidados alternativos

àqueles prestados em ambiente hospitalar, que possam complementar a assistência hospitalar, sem prejuízo ao paciente e, ao mesmo tempo, contribuindo com a integralidade da atenção à saúde.

Vecina Neto e Malik (2007, p.833), citam que, para tanto, algumas instituições de saúde tem optado em trabalhar com modalidades “substitutivas”, baseadas ou não em hospitais: a assistência domiciliar (*home care*) e o hospital-dia (*day hospital*). Os autores destacam: “A primeira retira o paciente do ambiente hospitalar para prestar cuidados em sua residência ou opta por não interná-lo. Existem critérios recentemente emitidos pela ANVISA para definir a assistência domiciliar”. O Hospital Dia, por sua vez, “realiza, em nível ambulatorial, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, antigamente executados em regime de internação, desde cirurgias ambulatoriais até quimioterapias diversas“. Cita ainda que “As operadoras de saúde mostram hesitação em remunerar estes eventos nessas unidades, talvez baseadas na equivocada premissa de que, se não necessita de internação, o procedimento pode ser considerado dispensável”.

Quanto ao grau de dependência dos pacientes em relação aos cuidados de enfermagem, este é um fator resultante da complexidade do tratamento do paciente e que pode interferir na média de permanência dos mesmos num hospital.

A classificação de pacientes teria surgido no período de Florence Nightingale. A partir de 1930 foi desenvolvido e aplicado em hospitais dos Estados Unidos da América um sistema de classificação de pacientes. No Brasil o SCP - Sistema de Classificação de Pacientes foi introduzido em 1972 e rapidamente incorporado como um critério essencial para dimensionar pessoal de enfermagem. (LAUS; ANSELMINI, 2004, p.644)

Na literatura, são encontradas várias definições para o SCP. Conforme Martins e Forcella (2006, p.63) assim o define:

Um processo no qual se procura categorizar pacientes de acordo com a quantidade de cuidado de enfermagem requerido, ou seja, baseado na complexidade da assistência de enfermagem [...] uma forma de determinar o grau de dependência de um paciente em relação à equipe de enfermagem [...] um instrumento indispensável à gerência de enfermagem.

O SCP vem sendo largamente utilizado pelos hospitais do país como uma ferramenta de gestão hospitalar. A Resolução COFEN n.º. 189/1996 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1996), no Anexo II, ao tratar do SCP como sendo “um método para determinar, validar e monitorar o cuidado individualizado do paciente, objetivando o alcance dos padrões de qualidade assistencial”, elenca 05 categorias de pacientes por complexidade assistencial, sendo:

1. **Cuidados Intensivos:** Seriam os pacientes graves e recuperáveis, com risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de funções vitais, que requeiram assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.

2. **Cuidados Semi-Intensivos:** Pacientes recuperáveis, sem risco eminente de morte, sujeitos à instabilidade de funções vitais que requeiram assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.

3. **Cuidados Alta Dependência:** Pacientes crônicos que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, estável sob o ponto de vista clínico, porém com total dependência das ações de Enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas.

4. **Cuidados Intermediários:** Pacientes estáveis do ponto de vista clínico e de enfermagem que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, com parcial dependência de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas.

5. **Cuidados Mínimos:** Pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, mas fisicamente auto-suficientes quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.

Um estudo desenvolvido nas unidades de internação médicas e cirúrgicas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, no período de abril a junho de 2002, caracterizou o grau de dependência em relação ao cuidado de enfermagem dos 9.719 pacientes/dia nas unidades médicas e 8.667 pacientes/dia nas unidades cirúrgicas, utilizando o Sistema de Classificação de Pacientes desenvolvido por Perroca (2000). A maioria dos pacientes exigiu cuidados mínimos, sendo 70,3% nas Unidades de Clínica Médica, e 67% nas Unidades Cirúrgicas. (LAUS; ANSEMI, 2004)

Os autores ainda registram que:

O elevado percentual de pacientes classificados em cuidado mínimo parece não ser compatível com as características do hospital estudado, quais sejam de grande porte, nível terciário e quaternário, com finalidades de ensino e pesquisa, que pressupõe elevada complexidade dos processos técnico-assistenciais. (LAUS; ANSELMI, 2004, p.648)

Resultados semelhantes foram encontrados na pesquisa desenvolvida por Giacomello et al. (2008), em 2007, em um Hospital Universitário do interior do estado de São Paulo, utilizando-se o instrumento de classificação dos pacientes desenvolvido por Fugulin (1994) e como resultado preliminar se obteve 60,6% dos pacientes classificados como de cuidado mínimo.

Além dos fatores: média de permanência/tempo de internação, “desospitalização” e grau de dependência dos pacientes em relação aos cuidados de enfermagem, há ainda o elemento “contra-referência”, nem sempre considerado nas análises, mas que de forma direta ou indireta, tem influência na questão da disponibilidade de leitos hospitalares.

Como define Fratini, Saupe e Masaroli (2008, p.67):

Referência representa o maior grau de complexidade, para onde o usuário é encaminhado para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, os hospitais e as clínicas especializadas. Já a contra-referência diz respeito ao menor grau de complexidade, quando a necessidade do usuário, em relação aos serviços de saúde, é mais simples, ou seja, “o cidadão pode ser contra-referenciado, isto é conduzido para um atendimento em nível mais primário”, devendo ser esta a unidade de saúde mais próxima de seu domicílio.

Fratini, Saupe e Masaroli (2008) relatam uma experiência desenvolvida em 2003 por uma instituição hospitalar de Santa Catarina, onde foi implementado um programa denominado “altas especiais”, envolvendo 123 pacientes e suas famílias. Destes, 110 (89%) apresentavam necessidade de contra-referência e 13 (11%) não apresentavam essa necessidade (pacientes que permaneciam internados por questões sociais). Os autores concluíram que a experiência possibilitou a humanização, mantendo o vínculo entre paciente, família e sistema de saúde; a redução do tempo de internação e da exposição às

complicações daí decorrentes; uma maior disponibilização de leitos e diminuição dos custos. Os autores entendem que a realidade atual de superlotação dos hospitais, de demanda reprimida, de altos custos da assistência, de riscos de infecção hospitalar, de prolongamento do período de internação devido às questões sociais das pessoas e famílias, exige criatividade e iniciativa dos profissionais e instituições, na perspectiva de testar possibilidades de trabalhar com projetos de humanização que sejam realistas e considerem todos estes aspectos. Foi considerando estes e outros aspectos específicos, que se iniciou em 2003 o programa denominado “altas especiais” como enfrentamento afirmativo destes problemas.

Considerando-se todo o cenário descrito anteriormente, a saber: o processo de criação do SUS e a sua importância para a sociedade; a necessidade da gestão eficiente para o sistema de saúde; o valor da humanização no serviço de saúde; a importância da estruturação das redes de saúde, com especial atenção à falta de leitos, torna-se relevante avaliar quais ações podem dar respostas positivas à população, tendo por base os conceitos aqui destacados.

Neste contexto, uma das propostas que se apresenta como importante fator para a otimização da rede pública de saúde de Londrina, em atendimento a crescente demanda de serviços desta área requeridos pela população da macro região norte do Paraná, é exatamente a análise de cenários que poderiam dar respostas positivas em favor do sistema, aqui entendidos como a rede de serviços hospitalares e os pacientes, sendo o serviço de Hospital Dia uma das alternativas passíveis dessa análise.

Como afirma Feuerwerker e Cecílio (2007, p. 966):

Algumas alternativas mantêm a mesma composição tecnológica do trabalho em saúde (com predomínio das tecnologias duras), mas transferem sua execução para outros ambientes - ambulatoriais e até o domicílio – promovendo transferência de custos. Outras modalidades promovem uma recomposição tecnológica do trabalho em saúde, ampliando a utilização de tecnologias leves, a autonomia dos usuários e a dimensão cuidadora do trabalho em saúde. Nessa nova situação, ao hospital caberia um novo papel, centrado no cuidado das situações clínicas mais graves, que demandam maior intensidade de cuidado.

1.6 HOSPITAL DIA

O regime de Hospital Dia é definido como a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas. (BRASIL, 2001)

A Portaria GM/MS nº. 44 de 10 de janeiro de 2001 especifica seis tipos de regimes de Hospital Dia, sendo: Hospital–Saúde Mental, Hospital Dia AIDS, Hospital Dia Geriatria, Hospital Dia–Fibrose Cística, Hospital Dia–Procedimentos Cirúrgicos, Diagnósticos e Terapêuticos, e Hospital Dia em Intercorrência após o Transplante de Medula Óssea. Ao todo são mais de 430 procedimentos previstos na tabela SIH/SUS que podem ser realizados nesta modalidade de atendimento (BRASIL, 2001).

A Portaria nº. 93 de 31 de maio de 1994 (BRASIL, 1994) que cria no Sistema de Informações Hospitalares - SIH do SUS a modalidade de tratamento da AIDS - Acquired Immunodeficiency Syndrome em Hospital Dia, enumera os seguintes objetivos do Hospital Dia: reduzir e auxiliar as necessidades de internações de pacientes em hospitais; reduzir o tempo médio de permanência, facilitando a manutenção dos esquemas diagnósticos terapêuticos; ampliar e agilizar procedimentos terapêuticos a nível ambulatorial; integrar a família e o doente, quanto aos aspectos sociais; oferecer campo de estágio para treinamento da equipe de saúde e, ampliar conhecimentos sobre a doença com participação de amigos e familiares do paciente. Apesar desta norma referir-se a questão da AIDS, tais objetivos podem e devem ser aplicados à todos os tipos de Hospital Dia. Soma-se a isso, ainda, as possibilidades de redução significativa no custo na assistência médico-hospitalar; redução no tempo de internação e conseqüentemente do risco de infecção hospitalar; ampliação da oferta de leitos e, minimização do isolamento social do paciente.

O Hospital Dia, segundo Zusman (1995, p. 64):

Aparece como uma prática voltada para o rápido estabelecimento de um patamar de estabilização interna do paciente em um momento de sofrimento agudo, além de seu papel preventivo no que se refere ao possível aparecimento de novas crises. Entende também que “o papel de um Hospital-Dia é tanto terapêutico como profilático pois pode, a um só tempo, tratar um distúrbio emergente e contribuir para prevenção de futuros distúrbios oriundos de uma primeira “crise” mal cuidada ou mal encaminhada.

Na revisão bibliográfica realizada por Bittar (apud DUARTE, 1999, p. 6) foi apontado a “possibilidade de realização em regime ambulatorial de mais de 20% das cirurgias e de vários exames diagnósticos e terapias, realizados em regime de internação hospitalar”.

Cita ainda o autor que:

As novas tecnologias, tanto diagnósticas como terapêuticas, permitiram a realização em ambulatório de uma série de procedimentos clínicos e cirúrgicos antes realizados em regime de internação hospitalar; do mesmo modo, essas novas tecnologias aplicadas no ambiente hospitalar permitiram a redução do tempo médio de permanência de muitos dos pacientes que necessitam internação. (BITTAR apud DUARTE, 1999, p. 6)

Em síntese o Hospital Dia:

- Realiza atividades de assistência clínica, diagnóstica e terapêutica, incluindo ações de prevenção, sendo uma unidade hospitalar com características mescladas de atendimento ambulatorial e de internação, funcionando no período diurno, a partir do qual são obtidos os exames necessários, diagnóstico de infecções, acompanhamento profilático e terapêutico. SILVEIRA (2001. p.48)
- É uma estrutura organizacional com espaço físico próprio onde se concentram meios técnicos e humanos qualificados, que fornecem cuidados de saúde de modo programado aos pacientes, com ênfase na humanização do atendimento, em alternativa à hospitalização convencional, com ganhos na qualidade assistencial médica, hospitalar e de enfermagem. (HOSPITAL..., 2009)
- É um dispositivo intermediário entre a internação integral e a retomada da vida social.

- É uma modalidade assistencial, cuja função é proporcionar tratamento monitorado, preservando os vínculos familiares e sociais, na medida que o paciente não é afastado do convívio diário com a família e com a sociedade.

Quanto ao aspecto Histórico do Hospital Dia, muitos autores divergem em relação a época exata em que surgiram ou foram implantados serviços ou estruturas que teriam dado origem a configuração de unidades entendidas como de Hospital Dia.

Razões diversas levaram à criação de unidades de Hospital Dia nos diferentes países. A psiquiatria, por exemplo, foi uma das primeiras e principais motivações da criação de unidades de Hospital-Dia na Rússia, Canadá, Inglaterra e nos EUA. Esses países foram os pioneiros destes centros diurnos de tratamento.

Segundo Zusman (1992, p. 393):

O primeiro Hospital-dia teria surgido em meados de 1930 em Moscou, criado por Dzagorov. Em 1946, Cameron inaugurou em Montreal-Canadá, a primeira unidade considerada um hospital-dia propriamente dito. Em 1948, J Brier inaugurou sua unidade no Reino Unido. No Estados Unidos as primeiras unidades foram a da Yale University Clinic, em 1948 e a da Meninger Clinic em 1949.

Salzano e Cordas (2003) também citam que o primeiro trabalho publicado sobre o atendimento de pacientes psiquiátricos em Hospital Dia foi o de Dzagorov, em 1937, no hospital psiquiátrico de Moscou. Em 1946, teria sido iniciado o atendimento em Hospital Dia em Montreal, no Canadá, de pacientes com depressão, hipomania e esquizofrenia.

De acordo com Quadros (2008. p. 84):

Há relatos que, desde o início do século 20, o Royal Glasgow Hospital for Children, na Grã-Bretanha, realizava procedimentos cirúrgicos ambulatoriais em crianças, com resultados satisfatórios. Porém, o marco da grande cirurgia ambulatorial foi registrado a partir de 1970 com a implantação do Surgical Center, em Phoenix (EUA), na forma de uma unidade independente conduzida pelos anestesiólogos Wallace Reed e John Ford, que serviu de exemplo para inúmeros outros projetos naquele país.

“O Hospital Dia denominado St. Christopher’s, fundado em Londres em 1967, surgiu em resposta à necessidade local de dar uma melhor qualidade de vida àqueles que desejavam permanecer, nos últimos meses de vida, perto de seus familiares e amigos”. (SILVEIRA, 2001, p. 29) Na França, o atendimento em Hospital Dia teve início em 1958, na área pediátrica do Hospital Saint Louis, surgindo como uma necessidade de solução alternativa à hospitalização.

Essas unidades evoluíram nos últimos anos e só nos Estados Unidos da América já são cerca de 4.000 Hospitais Dia, generalistas e especializados, segundo a Federated Ambulatory Surgery Association - FASA. (QUADROS, 2008)

Somente nos Estados Unidos da América - EUA, 70% dos procedimentos de regime ambulatorial já são feitos em Hospital Dia, o que causa uma redução de 30% nos custos da cirurgia e reduz o índice de infecção hospitalar justamente porque o paciente recebe alta no mesmo dia da operação (CENTRO..., 2005).

Quanto ao Brasil, o Hospital Dia é uma modalidade de regime de tratamento que possui histórico relativamente recente no cenário do sistema público de saúde do país. A implantação de serviços decorrentes de programas assistenciais alternativos vem gradativamente crescendo, constituindo uma rede de Hospitais Dia. Diversos dispositivos legais legitimaram essa forma de atendimento, suas atividades, instalações físicas, funcionamento, e equipe mínima necessária à sua implementação (SILVEIRA, 2001).

Conforme Zusman (1992), no Brasil o primeiro Hospital Dia foi inaugurado em 1954, por L. Ferrão, na cidade de São Paulo. Em 1961, M. Blaya cria, na clínica Pinel, o primeiro Hospital Dia do Rio Grande do Sul na cidade de Porto Alegre. No mesmo ano, o serviço de psiquiatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto instala seu primeiro Hospital Dia, coordenado por David Azoubel Neto, que durou até 1967. Em 1975 esta experiência foi retomada. Em 1987 é criado o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, o primeiro hospital-dia implantando nessa Universidade.

Embora os Hospitais Dia existam no Brasil desde a década de 60, foi apenas em 1992 que passaram a figurar oficialmente entre as possibilidades de atendimento em saúde mental, sendo então estabelecidas diretrizes para o credenciamento dos serviços e o ressarcimento das internações por meio de portarias do Ministério da Saúde. “O estímulo proporcionado por tal fato pode ser

verificado no expressivo aumento no número de leitos em HD: de 330 leitos, em 1995, para 2.013, em 1999, segundo dados do Ministério da Saúde” (LIMA; BOTEGA 2001, p.196).

O índice de realização de cirurgias em Hospital Dia no Brasil é de apenas 15% o que mostra o grande potencial de crescimento deste segmento, quando comparado com os índices dos EUA (CENTRO..., 2005)

Para Quadros (2008, p.86),

Há forte tendência de que no Brasil ocorra o mesmo fenômeno ocorrido nos Estados Unidos, ou seja, o crescimento de unidades de hospital-dia e a migração de cirurgias de pequena e média complexidades para os hospitais-dia e a dedicação dos hospitais gerais para procedimentos mais complexos e especializados.

Com base nos autores Lima e Botega (2001, p.196) e no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (BRASIL, 2009a), o crescimento no número de leitos no regime de Hospital Dia, no Brasil, foi de 2.280%, entre 1995 e 2009 (Gráfico 1), indicando que o sistema de saúde do país, público ou privado, tem visto esta modalidade como uma importante alternativa de assistência médico-hospitalar, com vantagens econômica, financeira e social sobre o regime convencional.

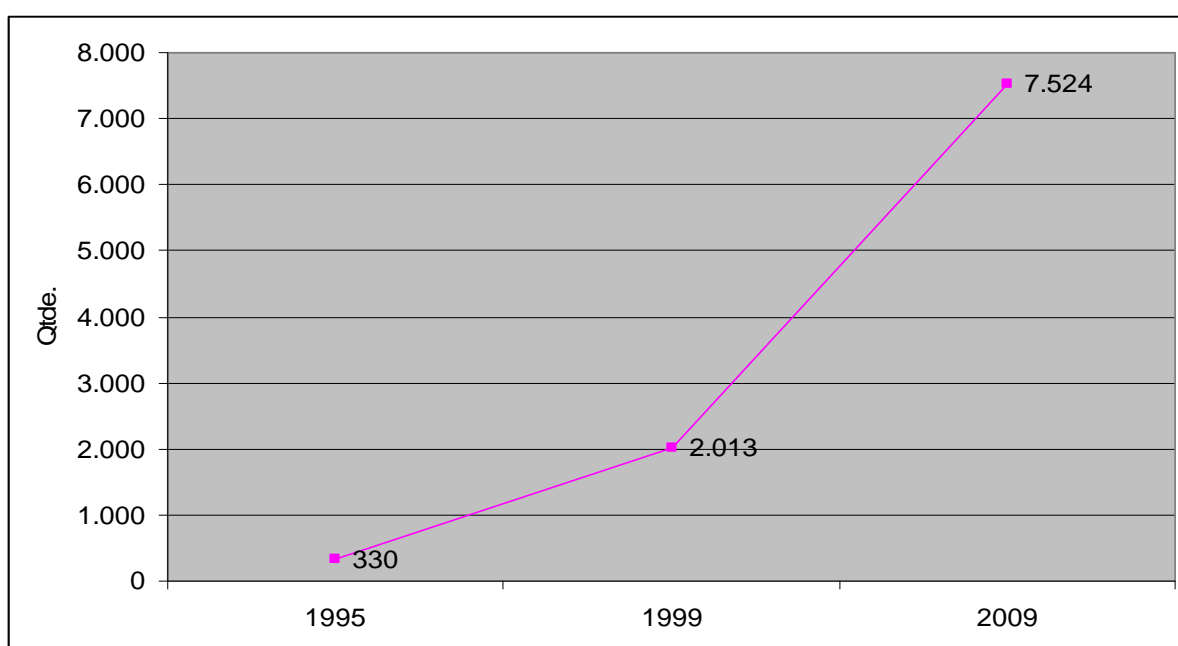


Gráfico 1 – Evolução do número de leitos em regime de Hospital Dia disponíveis no Brasil.

O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Nacional (CN) de DST/AIDS – Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida deu início à estratégia de implantação de Hospital Dia no início da década de 1990, quando por meio de portarias ministeriais regulamentou o funcionamento dos Hospitais Dia, no que se referem à estrutura física, recursos humanos e atribuição de funções. Ao mesmo tempo, iniciou-se o repasse de recursos financeiros para implantação de serviços para estados e municípios (Planos Operativos Anuais) (BRASIL, 1999).

A Portaria GM/MS nº 44 de 10 de janeiro de 2001 (BRASIL, 2001) aprovou no âmbito do Sistema Único de Saúde a modalidade de assistência – Hospital Dia e a define como a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas e, estabelece requisitos para a realização de procedimentos.

Esta mesma Portaria especifica 6 tipos de regimes de Hospital Dia, sendo:

1. Hospital Dia – Saúde Mental/Psiquiatria,
2. Hospital Dia – AIDS,
3. Hospital Dia – Geriatria,
4. Hospital Dia – Fibrose Cística,
5. Hospital Dia – Procedimentos Clínicos, Cirúrgicos, Diagnósticos e Terapêuticos e,
6. Hospital Dia em Intercorrência após o Transplante de Medula Óssea.

A Portaria nº 2.415 de 23 de março de 1998 (BRASIL, 1998b) do Ministério da Saúde que estabelece requisitos para o credenciamento de Unidades Hospitalares e critérios para realização de internação em regime de Hospital Dia, dispõe, dentre outras coisas que a Unidade Hospitalar deverá oferecer internação em regime de hospital-dia em todos os dias da semana, inclusive sábados, domingos e feriados. Quanto aos atendimentos, preferencialmente são feitos de segunda a sexta-feira. Ainda segundo a referida Portaria, os critérios para internação de pacientes são os seguintes:

1. Pacientes que necessitem ser submetidos a procedimentos diagnósticos que requeiram período de preparação e/ou observação médica posterior;
2. Pacientes submetidos a procedimentos terapêuticos, inclusive medicação parenteral, que requeiram exame e/ou preparação e/ou observação posterior e,
3. Pacientes que necessitem de treinamento especializado para aplicação de procedimento terapêutico e/ou de manutenção ou uso de equipamentos especiais.

Dentre inúmeras vantagens pode-se afirmar que a assistência ofertada nos Hospitais Dia busca a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, como uma alternativa à hospitalização tradicional e também se apresenta como uma possibilidade de redução de custos na assistência aos pacientes, podendo estar inseridos em ambulatórios, policlínicas de especialidades, hospitais ou integrados a estruturas que se caracterizam por prestar atendimento exclusivo em determinadas especialidades, como aos portadores do HIV/AIDS - Human Immunodeficiency Vírus, por exemplo.

Na experiência obtida pelo Sanare Day Hospital de São Paulo/SP (SANARE..., 2009), o Hospital Dia traz algumas vantagens, tais como:

Redução de riscos de infecção hospitalar - o paciente fica internado somente o tempo necessário para sua recuperação após as cirurgias, o que na maioria das vezes não passa de um dia; Atendimento humanizado – o paciente permanecendo no Hospital Dia por um período menor, volta mais cedo para casa e junto de seus familiares, favorecendo sua recuperação, causando um aumento no ganho psicológico; Custo minimizado – diminuem os custos com diárias de internação e conseqüentemente, são menores também os gastos com medicamentos.

Estudo desenvolvido por Finkelsztein (2007, p.51), sob o título “Tratamento do surto de esclerose múltipla em Hospital-dia: estudo de custo-minimização”, concluiu que:

Além da redução de custo, o cálculo dos leitos-livres para serem ocupados por outras patologias também foi um dos pontos fortes deste estudo, demonstrando um ganho indireto para a sociedade, Após verificar-se esses números, considera-se que este resultado é a principal contribuição deste estudo, haja vista a carência de leitos hospitalares no Brasil.

No trabalho desenvolvido no Serviço de Obstetrícia do Hospital Escola Materno-Infantil Presidente Vargas – Porto Alegre/RS (BEHLE, 1997, p.131), que teve como objetivo testar a hipótese que os indicadores de saúde perinatal não são comprometidos quando do emprego do sistema Hospital Dia na assistência à gestantes com diabetes melitus, chegou-se as seguintes conclusões:

1. A mortalidade perinatal foi estatisticamente menor dentre as gestantes com diabetes e outras intolerâncias aos carboidratos assistidas pelo Sistema Hospita-Dia quando comparada com a de gestantes com as mesmas características, porém assistidas pelo Sistema Tradicional.
2. O tempo de internação, no grupo de gestantes assistidas pelo Sistema Hospital-Dia, foi menor do que o do grupo de gestantes assistidas pelo Sistema Tradicional.
3. Os resultados encontrados permitem recomendar que o Sistema Hospital-Dia, seja implementado como forma de Atenção Secundária, no sentido de auxiliar na assistência a gestantes diabéticas e portadoras de outras intolerâncias aos hidratos de carbono, principalmente da rede pública.

No entendimento do Diretor Executivo do FLEURY HOSPITAL DIA, Newton Quadros (HOSPITAL..., 2009). “Se o governo investisse nesse modelo (Hospital Dia), os hospitais públicos não estariam lotados. Há muitos casos de pessoas que passam por procedimentos simples nas unidades públicas, mas ficam internadas mais tempo que o necessário”.

De acordo com Duarte (1999, p.7), “mudanças no paradigma de atendimento ao paciente crônico, tais como hospital-dia, atendimento domiciliar, entre outros, também contribuem para a redução da demanda relativa de leitos hospitalares”.

Conforme a avaliação de Silveira (2001, p.48), “sabe-se que o atendimento em Hospital-Dia é menos oneroso, contudo pouco se tem aprofundado na avaliação socioeconômica de uma unidade como o Hospital-Dia”. Afirma ainda a autora que, com base em experiências desenvolvidas em países mais desenvolvidos, o Hospital Dia, “além de propiciar mais conforto e suporte emocional aos pacientes, que têm oportunidade à noite de retornarem ao aconchego da família, é favorável economicamente ao SUS, proporcionando uma boa redução de custos para o referido sistema”.

Capomolla et al. (2002, p.2) num estudo desenvolvido no Departamento de Cardiologia do “Istituto Scientifico di Montescano, Montescano, Pavia, Itália”, em que foi comparado a eficácia e relação custo / utilidade entre uma insuficiência cardíaca (IC programa de gestão) emitido pelo hospital-dia (HD) e os cuidados habituais na insuficiência cardíaca crônica (ICC) ambulatoriais, concluiu-se que, além de uma economia de custos, “a insuficiência cardíaca do programa de gerenciamento ambulatorial executado por um Hospital Dia pode reduzir a mortalidade e morbidade de pacientes com ICC. Esta estratégia de gestão é rentável e tem um valor justo de um ponto de vista social”.

Em outro estudo denominado “Avaliação Econômica de um Hospital Dia Geriátrico: análise custo-benefício com base em mudanças na autonomia funcional” desenvolvido no Instituto de Geriatria da Universidade de Sherbrooke, na província de Quebec, Canadá, foi concluído que para cada dólar investido no programa de geriatria do Hospital Dia, o benefício para o sistema de saúde foi \$ 2,14 e que os benefícios relacionados com o Programa de Hospital Dia Geriátrico parecem superar os custos. (TOUSIGNANT, 2003)

Na pesquisa desenvolvida por Finkelsztein (2007, p.51), o objetivo da proposta foi de identificar a alternativa que promove maior ou igual benefício com o mesmo ou menor custo (conceito de eficiência). A comparação dos custos foi entre o tratamento do surto de esclerose múltipla em regime de internação *versus* Hospital Dia. “A diferença de custo entre ambos os regime foi surpreendente: redução de 69,44%. Isto proporcionou uma economia muito significativa, invertendo a relação econômica do procedimento nos hospitais públicos”.

E ainda, tão importante quanto a gestão dos recursos hospitalares, é a disseminação e a incorporação na assistência hospitalar do conceito de humanização. Quando se fala em unidades hospitalares, as percepções normalmente conduzem para a imagem de prédios funcionais, equipamentos modernos e equipe de profissionais capacitados, que sem dúvida são importantes. No entanto cada vez mais vem sendo discutida a importância do conceito de humanização e sua inserção na cultura organizacional dos hospitais, da mesma forma como já se encontram consolidados outros conceitos, como, por exemplo, o da gestão de custos.

Conforme afirmam Falk et al. (2006, p.136):

A humanização das relações e da assistência tem ocupado, nos últimos anos, um espaço significativo nas discussões ministeriais e em diversos fóruns ligados à saúde no âmbito hospitalar. Temos o desafio e a necessidade de revisar conceitos e práticas nomeadas como humanizadas. Esse tema aponta para a importância da ação e para a contextualização das dimensões do cuidar e do viver humano. Nesse sentido, o governo tem-se empenhando na elaboração de políticas públicas e coletivas capazes de oferecer maior ressonância e viabilidade na busca da qualidade e da humanização hospitalar.

Salzano e Cordas (2003, p.92) também salientam que “o tratamento em Hospital Dia mantém a autonomia do paciente e tenta promover a utilização das técnicas desenvolvidas para controle dos sintomas da doença, ao retorno do paciente para seu ambiente domiciliar”. Complementam ainda que:

O contato diário com a equipe do HD pode oferecer detecção precoce e possibilidade de intervenção mais rápida. Os pacientes não sentem que o tratamento é punitivo e há redução na dependência, na hostilidade e nas atitudes inadequadas para com funcionários quando se compara com o que ocorre durante a internação, uma vez que não precisam dormir lá ou ter que permanecer nos fins de semana. Como os pacientes retornam para suas casas à noite e nos fins de semana, eles mantêm intacto o relacionamento com sua família e amigos, não ficando limitados à vida intra-hospitalar somente (SALZANO; CORDAS,2003, p.92).

No caso dos Hospitais Dia, o conceito de humanização é tão importante que diversas normas que regulamentam este serviço já o trazem em seu bojo, tendo a humanização como um dos critérios para a sua implantação. Pode-se citar como exemplo a Portaria nº. 2.414 de 23 de março de 1998, Art. 3º, Parágrafo 2º.:

O objetivo do Hospital-Dia Geriátrico é cuidar do paciente idoso durante todo o dia, com a finalidade de mantê-lo em seu micro-ambiente, sem necessidade de hospitalizá-lo, facilitando sua permanência no domicílio nos momentos difíceis, que por alterações bio-psico-sociais se torna perigosa sua estadia no lar, onde não há um apoio familiar contínuo (BRASIL, 1998a).

Desde a década de 1990, quando o Ministério da Saúde passou a regulamentar a implantação de Hospitais Dia, o número de unidades e de leitos dessa modalidade vem crescendo gradativamente. Segundo informações do

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (BRASIL, 2009a) em maio de 2009 o Brasil contava com 359 estabelecimentos cadastrados como Hospital Dia Isolado, sendo 38 no Estado do Paraná e quatro em Londrina/PR. (Quadro 1)

Região	Nº. de Hospitais-Dia Cadastrados	Nº. de Leitos HD disponíveis		Especialidades ofertadas
		SUS	NÃO SUS	
Brasil	359	4.743	2.781	887
Paraná	38	539	141	44
Londrina	04	30	29	06

Quadro 1 – Hospitais Dia cadastrados, número de leitos e especialidades ofertadas.

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES (BRASIL, 2009a)

Ainda conforme o CNES (BRASIL, 2009a), em maio de 2009, existia 104 hospitais habilitados no Brasil no código 1202 (procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos – Hospital Dia), não necessariamente como unidades isoladas. No Paraná são três Hospitais com essa classificação, todos situados na macro região de Curitiba.

O município de Londrina conta com quatro Hospitais Dia Isolados, cadastrados no CNES (Quadro 2), totalizando 49 leitos, sendo que seis leitos são habilitados como cirúrgico, diagnóstico e terapêutico e 30 estão disponibilizados ao Sistema Único de Saúde (SUS), porém na habilitação de saúde mental.

Item	Natureza	Total de Leitos	Habilitação
1	Privado	03 leitos	Plástica
2	Privado	04 leitos	Cirúrgico, Diagnóstico, Terapêutico
3	Privado	02 leitos	Cirúrgico, Diagnóstico, Terapêutico
4	Privado	40 leitos (30 SUS)	Saúde Mental

Quadro 2 – Hospitais Dia – Isolado, cadastrados no CNES, em Londrina.

Fonte: BRASIL, 2009a

Conforme projeções intercensitárias do Ministério da Saúde para 2009 (BRASIL, 2009b) o Município de Londrina, considerado pólo regional, concentra uma população estimada em 873.898 habitantes, considerando-se

apenas a região abrangida pela 17ª. Regional de Saúde do Estado do Paraná. Se for somada a população residente na 16ª. Regional de Saúde (346.377 habitantes) e 18ª. Regional de Saúde (232.703 habitantes), com sedes em Apucarana e Cornélio Procópio, respectivamente, a abrangência aumenta para uma população estimada de 1.452.978 habitantes, que de forma direta ou indireta utilizam os serviços públicos e privados de saúde disponíveis em Londrina.

Segundo o CNES (BRASIL, 2009a) em maio de 2009 a capacidade instalada de leitos no município de Londrina era de 1.747 unidades. Destes, 1.188 leitos eram disponibilizados para o Sistema Único de Saúde. Tais leitos não têm respondido plenamente à demanda de serviços de saúde apresentada pela população. Esta demanda tem exigido esforços de toda a rede hospitalar do município, conveniada ao SUS.

Destaca-se neste cenário o Hospital Universitário – HU, órgão suplementar da Universidade Estadual de Londrina - UEL, com média anual de 12.000 Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs), emitidas para o SUS, decorrente de atendimentos a pacientes, principalmente daqueles com quadro clínico mais complexo, tendo em vista que o HU é um hospital terciário, com 100% dos leitos disponibilizados ao SUS. Além disso, integra diversos sistemas de alta complexidade, tais como: Transplante Renal, Transplante de Córneas, Oncologia, Ortopedia, Neurocirurgia, Videolaparoscopia, Implante de Marca-Passo Definitivo, AIDS, Busca ativa e abordagem de possível doador de órgãos para transplantes, Cirurgia Bariátrica (Gastroplastia), Esterilização (planejamento familiar) e UTI, e ainda, integrando os Sistemas Estaduais de Referência para Atendimento de Urgência/ Emergência e para Atendimento à Gestante de Alto Risco.

Segundo dados do Ministério da Saúde (Tabela 2), a proporção de procedimentos passíveis de realização em Hospital Dia, *versus* casos cirúrgicos, no Brasil e em Londrina, em 2005 e 2007, variou entre 17 e 22%, aproximadamente.

Tabela 2 – AIHs pagas, casos cirúrgicos e procedimentos passíveis de Hospital Dia.

Ano	Região	AIHs pagas	Casos Cirúrgicos	Procedimentos passíveis de realização em HD	Proporção proced. HD x Casos Cirúrgicos
2005	Brasil	11.861.491	5.512.776	1.206.923	21,9%
2007	Brasil	11.739.358	5.526.966	961.395	17,4%
2005	Londrina	42.793	20.562	4.470	21,7%
2007	Londrina	42.930	21.894	4.152	19,0%

Fonte: BRASIL, 2009b

O aumento de casos cirúrgicos também foi verificado em anos anteriores. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2009), no período 1995 a 2005 houve uma diminuição na participação das internações por clínica médica, obstetrícia e psiquiatria, em todas as regiões do país, e um aumento nas internações na clínica cirúrgica e pediatria.

Em relação ao Hospital Universitário/UEL, os números apresentados corroboram a hipótese de que um significativo percentual de agravos de saúde que poderiam ser tratados em um serviço de Hospital Dia. Segundo dados da Divisão de Convênios do HU/UEL (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2009), no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2006 foram executados 79.460 procedimentos gerais faturados para o SUS através das Autorizações de Internações Hospitalares – AIHs. Desse total, 5.734 eram passíveis de atendimento em um serviço de Hospital Dia, o que representa 7,2% do total geral. (Gráfico 2)

Ao todo são mais de 440 procedimentos previstos na tabela SIH/SUS que podem ser realizados nesta modalidade de atendimento. (Anexo A)

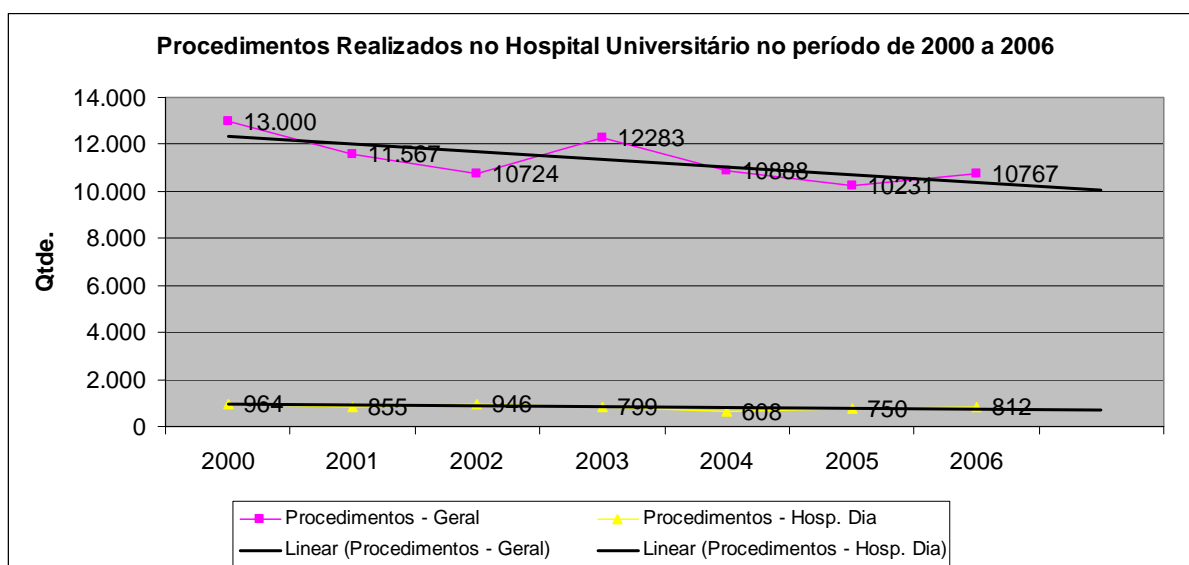


Gráfico 2 – Procedimentos realizados no Hospital Universitário no período de 2000 a 2006.

Fonte: Universidade Estadual de Londrina, 2009.

Vale salientar que apesar do número de procedimentos faturados pelo Hospital Universitário ter diminuído gradativamente, de 13.000 para 10.767 casos, no período de 2000 a 2006, representando uma queda de 17,2% no período,

os procedimentos passíveis de atendimento em Hospital Dia se mantiveram proporcionalmente equivalentes nesse mesmo período. Uma das possíveis razões para a redução do número de procedimentos nesse período está em que gradativamente o Hospital Universitário vem implementando ações que visem disciplinar o acesso de pacientes, priorizando o atendimento dos casos mais complexos, que por sua vez ocupam os leitos disponíveis por mais tempo, reduzindo assim a sua capacidade de atendimento geral.

O Hospital Universitário/UEL, como unidade integrante do Sistema Único de Saúde, pode contribuir com ações de enfrentamento dos problemas de saúde que afetam o cidadão, em especial da macro região norte do Paraná, conforme dispõe o Art. 45 da Lei 8.080.

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

2 JUSTIFICATIVA

Uma das conseqüências da postergação de atendimentos que inicialmente dependem apenas de procedimentos mais simples, como aqueles passíveis de atendimentos em Hospital Dia, por exemplo, pode ser a evolução para casos mais graves que passam a requerer atendimentos de urgência ou emergência nos Pronto Socorros do Município, ou que requeiram tratamentos mais complexos, com o resultante impacto na questão da superlotação dos Hospitais. Dessa forma, o paciente alcança o leito hospitalar via pronto-socorro, ou ocupa os mesmos pelo agravamento dos casos, o que diminui ainda mais a disponibilidade dos leitos para procedimentos eletivos. Nesta lógica, o paciente pode ter a sua saúde agravada, inclusive com risco de morte, e o sistema termina por receber estas pessoas em caráter de urgência ou emergência e, com certeza, de forma não planejada, o que afeta diretamente a qualidade e o custo da assistência.

Em vista da importância, quantitativa e qualitativa, dos serviços prestados pelo Hospital Universitário de Londrina à comunidade regional, planejou-se uma análise das internações passíveis de atendimento em um serviço de Hospital Dia que, em tese, podem responder satisfatoriamente as questões de eficiência, de humanização, da ampliação de leitos e da otimização dos serviços prestados pelo referido Hospital.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as possíveis conseqüências da implantação do regime de Hospital Dia em um Hospital Público.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as internações compatíveis com os procedimentos indicados para o Hospital Dia fixados pelo Ministério da Saúde em 2007;
- Analisar as características sociodemográficas dos pacientes;
- Analisar as características das internações dos pacientes;
- Demonstrar a oferta de leitos no regime de internação convencional e no regime de Hospital Dia, com a introdução do regime de Hospital Dia;
- Comparar o custo e a receita ocorrida no regime de internação convencional *versus* o custo e a receita estimada para o regime de Hospital Dia.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 DELINEAMENTO

Estudo transversal, observacional.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O Hospital Universitário é um órgão suplementar da Universidade Estadual de Londrina, vinculado administrativamente à Reitoria da Universidade Estadual de Londrina – UEL e academicamente ao Centro de Ciências da Saúde – CCS dessa mesma Instituição, foi implantado em 24 de março de 1970 e ativado como Hospital Universitário em 01 de agosto de 1971. Tem como Missão: “Prestar assistência integral à saúde, com excelência e qualidade, participando na prática do ensino, pesquisa e extensão integrados ao SUS e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população”.

Atende pacientes oriundos principalmente da macro região norte do Paraná, além de outros municípios do Paraná e de outros estados da federação. (Quadro 3)

Conta atualmente com 309 leitos, sendo:

UNIDADES	Número de Leitos
Maternidade – MAT	19
Moléstias Infecciosas – MI	30
Pediatria – PED	33
Tisiologia – TISIO	10
Unidade de Cuidados Intermediários – UCI	10
Unidade Feminina – UF	47
Unidade Masculina – UM	67
Unidade de Tratamento Intensivo – UTI (17 adulto, 07 neonatal, 05 pediátrico, 06 CTQ)	35
Centro de Tratamento de Queimados – CTQ	10
Pronto Socorro – OS	48
Total	309

Quadro 3 – Número de Leitos, Hospital Universitário.

Fonte: Universidade Estadual de Londrina, 2009.

Como Hospital Escola presta assistência médico-hospitalar em quase todas as especialidades médicas e realiza anualmente, em média, 125.000 atendimentos ambulatoriais, 50.000 atendimentos de pronto socorro, 10.000 internações, 6.000 cirurgias, 680.000 exames de análises clínicas, 51.000 exames de radio/imagem, dentre outros. Além de sua atuação na área assistencial, o HU serve de campo de ensino para cinco cursos de graduação e vários cursos de pós-graduação, entre especializações, mestrados, doutorados e residências.

Considerando o HU como o campo da pesquisa, partiu-se do pressuposto de que existam pelo menos cinco hipóteses que poderão ser confirmadas, ou não, a saber: 1. Significativo percentual de agravos de saúde ocorridos no HU que podem ser tratados em um serviço de Hospital Dia; 2. O custo de internação, para o HU, no regime de Hospital Dia é menor que o da internação convencional; 3. A receita, para o HU, decorrente da internação no regime de Hospital Dia é maior que o da internação convencional; 4. A inserção do serviço de Hospital Dia no HU possibilita um aumento no número de leitos, tanto para o regime convencional quanto para o de HD e, 5. O Hospital Dia possibilita um atendimento mais humanizado ao usuário.

4.3 POPULAÇÃO E PERÍODO DE ESTUDO

Pacientes internados no Hospital Universitário no período de janeiro a novembro de 2007.

Vale salientar que em 06 de novembro de 2007, a Portaria GM/MS nº. 2.848, aprovou e publicou a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde, instituída pela Portaria nº. 321. A tabela é disposta em uma estrutura organizacional formada por Grupos, Subgrupos, Formas de Organização e Procedimentos, codificados em 10 (dez) posições numéricas.

A implantação da Tabela Unificada para os Hospitais ocorreu no início de 2008, mas ainda em dezembro de 2007 ocorreu uma migração no Hospital Universitário do Sistema FATSUS para o Sistema WSUS, em decorrência de

adequações internas, através do serviço terceirizado que desenvolve os sistemas informatizados de gestão hospitalar do HU.

Em função dessas alterações e por questões de ajustes técnicos da área de Informática do HU, somente foi possível efetuar o levantamento dos pacientes atendidos pelo Hospital no período de janeiro a novembro/2007, daqueles passíveis de internação em regime de Hospital Dia, com base na codificação anterior a vigência da Portaria n. 2.848, que era de 08 posições numéricas, pois os sistemas informatizados não fizeram a conversão automática de 08 para 10 dígitos.

4.4 FONTE DE DADOS

A coleta de dados se deu através de relatórios fornecidos pela Assessoria de Tecnologia e Informação – ATI do Hospital Universitário de Londrina, com base em bancos de dados informatizados das seguintes unidades:

- Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME: dados sócio-demográficos e de internação dos pacientes;
- Divisão de Convênios: número de procedimentos e receitas faturadas para o SUS através de AIHs;
- Assessoria Técnica da Diretoria de Enfermagem – AT/DE: grau de dependência de cuidados de enfermagem;
- Divisão de Finanças e Orçamento: custo de internação.

4.5 SELEÇÃO DOS PACIENTES PASSÍVEIS DE INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DIA

Do universo dos pacientes atendidos pelo HU em 2007 foram selecionados aqueles que tiveram as AIHs emitidas para o SUS, classificáveis como de atendimento em Hospital Dia, com base no rol de procedimentos elencados pelas Portarias n^o. 44 de 10 de janeiro de 2001, e n^o. 893 – SAS/MS de 07 de novembro de 2002 (BRASIL, 2002). Os parâmetros foram fornecidos pela Divisão de

Convênios/HU e os dados foram obtidos pela Assessoria de Tecnologia e Informação/HU.

4.6 VARIÁVEIS AVALIADAS

4.6.1. Características Sociodemográficas dos Pacientes:

- **Sexo**

- Masculino
- Feminino

- **Idade**

Calculada em anos, com base na data de nascimento de cada paciente, em relação ao ano civil de 2007, a variável idade foi categorizada como:

- 0 a 09;
- 10 a 19;
- 20 a 39;
- 40 a 59;
- 60, ou mais.

- **Procedência**

A variável procedência levou em conta o município de residência dos pacientes e foi categorizada da seguinte forma:

- Município de Londrina;
- Municípios da Região Metropolitana de Londrina – RML (excluído Londrina). A Região Metropolitana de Londrina foi instituída pela Lei Complementar Estadual nº. 81, de 17 de Junho de 1998, formada pelos Municípios de Londrina, Cambé, Rolândia, Ibiporã, Sertanópolis, Bela Vista do Paraíso, Jataizinho, e Tamarana, totalizando 766.682 habitantes, de acordo com estimativas do IBGE em 2009. (PARANA, 2009);
- Municípios da 17ª. Regional de Saúde (excluídos os municípios de Londrina e aqueles abrangidos pela Região Metropolitana de Londrina). Integram

a 17ª. Regional de Saúde 21 municípios: Alvorada do Sul, Assai, Bela Vista do Paraíso, Cafeara, Cambe, Centenário do Sul, Florestópolis, Guaraci, Ibiporã, Jaguapitã, Jataizinho, Londrina, Lupionópolis, Miraselva, Pitangueiras, Porecatu, Prado Ferreira, Primeiro de Maio, Rolândia, Sertanópolis e Tamarana, totalizando 873.898 habitantes;

➤ Outros municípios que não integram a Região metropolitana e a 17ª. Regional de Saúde.

4.6.2 Características das Internações dos Pacientes

- **Tempo de Internação**

Esta variável foi calculada em dias, como a diferença entre a data da internação e a data da alta, categorizada em 05 grupos: 01 a 03, 04 a 06, 07 a 15, 16 a 30, e mais de 30.

- **Grau de dependência de cuidados de enfermagem**

O Hospital Universitário utiliza e aplica a classificação do grau de dependência de pacientes em relação a assistência de enfermagem. (Quadro 4) A classificação dos pacientes varia de I a IV, sendo o grau I aquele paciente que requer cuidados mínimos de enfermagem e o grau IV aquele que é totalmente dependente dos cuidados de enfermagem. (MARTINS; HADDAD, 2000)

A classificação dos pacientes é realizada pelos Enfermeiros de unidades, com avaliação diária para cada paciente durante todo o período da internação.

I	II	III	IV
a) Sem desvios de comportamento. b) Deambula, toma banho e se alimenta sozinho. c) Medicação via oral e tópica. d) Controle de sinais vitais e eliminações três vezes ao dia. e) Orientação e supervisão do auto cuidado.	a) Sem desvio de comportamento. b) Deambula, toma banho e se alimenta sozinho. c) Medicação via oral e/ou intramuscular. d) Cuidados pré e pós operatórios simples e) Preparo para exames de rotina. f) Controle de sinais vitais três vezes ao dia e eliminações de 6/6 horas.	a) Com ou sem desvios de comportamento. b) Necessita de auxílio na deambulação, no banho e na alimentação. c) Medicação intramuscular, subcutânea e/ou endovenosa. d) Cuidados pré e pós operatórios complexos. e) Controle de sinais vitais e eliminações de 4/4 horas. f) Observações freqüentes das condições gerais do paciente	a) Inconsciente ou com desvios no padrão de comportamento. b) Acamado continuamente higiene no leito. c) Alimentação por sondas ou nutrição parenteral total. d) Terapia Endovenosa Intensiva. e) Controle de sinais vitais de 2/2 horas. f) Requer medidas complexas para manutenção da vida. g) Total dependência da Enfermagem (incluir crianças)

Quadro 4 – Grau de dependência de pacientes em relação a assistência de enfermagem.

Fonte: Universidade Estadual de Londrina, 2009b.

A variável foi obtida do registro da avaliação do primeiro dia de internação do paciente e foi categorizada em:

- Grau I
- Grau II
- Grau III
- Grau IV
- Não avaliados

- **Procedimentos realizados**

A categorização dos procedimentos realizados levou em conta os códigos de faturamento classificados como passíveis de atendimento em Hospital Dia, com base na lista de procedimentos regulamentados pelas Portarias n°. 44 de 10 de janeiro de 2001, e n°. 893 – SAS/MS de 07 de novembro de 2002. (BRASIL, 2002)

Os códigos têm 08 dígitos, seguidos pelo nome do procedimento, como por exemplo: 33.015.08-2 – Colectomia Videolaparoscópica. Os procedimentos passíveis de atendimento em Hospital Dia se iniciam no código

31.001.05-0 – Biópsia de Próstata e termina em 48.050.12-1 – Estudo Eletrofisiológico Terapêutico II: Ablação de taquica. (Anexo A)

Esta variável foi categorizada por procedimentos, em ordem decrescente pelo número de casos de cada procedimento ocorrido no período de janeiro a novembro de 2007.

4.6.3 Oferta de Leitos no Regime Convencional e no Regime de Hospital Dia

A oferta de leitos no regime convencional teve por base o número de casos atendidos pelo HU no período de janeiro a novembro de 2007, classificados como passíveis de atendimento em regime de HD. A oferta de leitos no regime de Hospital Dia teve por base uma projeção/estimativa de pacientes considerando-se uma disponibilidade de 20 leitos, um dia de internação para cada paciente, 22 dias úteis no mês e 11 meses no ano.

4.6.4 Custo Real das Internações em Regime Convencional

Para este cálculo procedeu-se a mesma metodologia utilizada pelo Hospital Universitário. Foram consideradas todas as despesas de custeio (fixas e variáveis) do mês, como: salários e gratificações; encargos sociais; trabalhistas e fiscais; serviços de terceiros; materiais de consumo em geral; medicamentos e despesas gerais. Não foram computadas, para efeito de comparação, as despesas de capital (Ex. instalações físicas, equipamentos e mobiliários), que são aquelas necessárias para a criação/instalação do serviço, e que não é objeto desse estudo.

As despesas de custeio do Hospital Universitário foram alocadas em 17 Centros de Custos. (Quadro 5)

Código	CENTROS DE CUSTOS	Unidade de Mensuração
B15	UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS	Por paciente dia
C01	UTI-1	Por paciente dia
C02	UTI-2	Por paciente dia
C03	UTI-PEDIÁTRICA	Por paciente dia
C04	UTI-NEONATAL	Por paciente dia
C05	UNIDADE MASCULINA	Por paciente dia
C06	UNIDADE FEMININA	Por paciente dia
C07	PEDIATRIA	Por paciente dia
C08	MATERNIDADE	Por paciente dia
C09	MOLÉSTIAS INFECCIOSAS	Por paciente dia
C10	PRONTO SOCORRO ATENDIMENTO	Por atendimento
C11	PRONTO SOCORRO INTERNAÇÃO	Por paciente dia
C12	TISIOLOGIA	Por paciente dia
C13	AMBULATÓRIO/HU	Por atendimento
C14	AMBULATÓRIO/HC	Por atendimento
C15	FISIOTERAPIA	Por atendimento
C16	UNIDADE DE QUEIMADOS	Por paciente dia

Quadro 5 – Centros de Custos do Hospital Universitário.

Fonte: Universidade Estadual de Londrina, 2009.

Dos pacientes classificados como passíveis de atendimento em HD, a Divisão de Finanças e Orçamento/HU forneceu o custo por paciente ocorrido no regime convencional, com base na metodologia de rateio de custos utilizada pelo Hospital. Neste trabalho utilizou-se como referência os Centros de Custos do Ambulatório e da Unidade Masculina, tendo em vista a Portaria nº. 44/2001 (BRASIL, 2001) que no Artigo 2º define o Regime de Hospital Dia como “a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas”.

Para o cálculo do custo real dos pacientes passíveis de atendimento em Hospital Dia foi levado em conta os seguintes dados:

- O total de pacientes atendidos pelo HU no período de janeiro a novembro de 2007;
- O total de dias de permanência (soma dos dias de internação de cada um dos pacientes);

- O custo total real despendido com os pacientes, compreendendo recursos humanos (inclusive com encargos de folha de pagamento) e demais despesas de custeio. (Anexo B). Os valores referentes a 2007 foram corrigidos para agosto de 2009 pelo índice IGP-DI FGV (FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS, 2010);
- Custo médio por dia de permanência (divisão do custo total pelo total de dias de permanência);
- Custo médio por paciente (divisão do custo total pelo total de pacientes atendidos).

4.6.5 Custo Estimado das Internações em Regime de Hospital Dia

Portaria 2.415/1998, Art. 3º: (BRASIL, 1998b)

- Dez (10) vagas para pacientes que receberão medicação ambulatorial e dez (10) vagas para pacientes cirúrgicos, pré e pós-operatórios, divididos em dez leitos e dez poltronas;
- Funcionamento semanal, inclusive finais de semana e feriados, das 07:00 às 19:00h;
- Itens de custeio: Recursos Humanos, Material médico-hospitalar, Medicamentos, Material de higiene, limpeza e apoio, Enxoval / Rouparia para a equipe de trabalho e pacientes, Refeições e demais Custos Indiretos (energia elétrica, gases medicinais, água, telefonia);

Portaria 44/2001, Art. 3º: (BRASIL, 2001)

- Possibilidade de utilização da estrutura do centro cirúrgico já disponível no Hospital Universitário;
- A eventual utilização de leitos de internação já disponível no Hospital Universitário;
- A possibilidade de utilização da estrutura do Centro de esterilização e desinfecção de materiais e instrumentos (de acordo com as normas vigentes) do Hospital Universitário.

Quanto a estimativa de recursos humanos, além das portarias supracitadas, também foi levado em conta os parâmetros demonstrados por Coelho Júnior e Maeda (2006, p.53-108), tendo por base uma projeção de 20 leitos para o HD. (Quadro 6)

Cargos	Qtde.
Enfermeiros (40 h/s)	02
Médicos (20 h/s)	03
Técnicos Administrativos (40 h/s)	02
Técnicos de Enfermagem (40 h/s)	06
Zeladores (40 h/s)	02
Total Recursos Humanos	15

Quadro 6 – Estimativa de Recursos Humanos para um serviço de Hospital Dia, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2009.

Também neste cálculo foi utilizado como referência os Centros de Custos do Ambulatório e da Unidade Masculina do Hospital Universitário, conforme definição do Artigo 2º. da Portaria nº. 44/2001 (BRASIL, 2001), e da mesma forma, não foram computadas as despesas de capital. O item depreciação não foi levado em conta visto que o HU não contabiliza este item no rol de suas despesas em razão de limitações do sistema informatizado utilizado.

No custo total das unidades de Ambulatório e Unidade Masculina, que serviu de referência para o cálculo do custo estimado de internação em regime de Hospital, já estão apropriados os custos dos serviços de apoio, como por exemplo, do centro cirúrgico e do centro de material, conforme normas e critérios utilizados pelo Hospital Universitário.

A distribuição dos custos fixos e variáveis do Ambulatório e da Unidade Masculina do HU está demonstrada na tabela 3 e nos Anexos C e D.

Tabela 3 – Distribuição (valor e %) dos custos fixos e variáveis do Ambulatório e da Unidade Masculina, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2009.

Custos	Ref.: Ambulatório/HU		Ref.: Unidade Masculina HU	
	Valor (*)	%	Valor (*)	%
Custos Fixos	57.813,66	95,0	286.156,64	59,2
Custos Variáveis	3.028,69	5,0	197.146,01	40,8
Total em Reais	60.842,34		483.302,64	

(*) Valor médio relativo aos meses de junho, julho e agosto de 2009.

Fonte: Universidade Estadual de Londrina, 2009.

Para o cálculo dos custos estimados dos pacientes passíveis de atendimento em Hospital Dia foi levado em conta os seguintes dados:

- O total de pacientes estimados para atendimento em regime de Hospital Dia, considerando-se: (A) um procedimento por paciente; (B) um dia de permanência por paciente; (C) 20 leitos estimados para o HD; (D) 22 dias úteis no mês; (E) taxa de ocupação dos leitos e, (F) período de 11 meses. Desta forma: $A / B \times C \times D \times E \times F = G$.

- As estimativas de atendimentos foram divididas em três cenários, sendo:

- Cenário I, com 100% de taxa de ocupação dos leitos;
- Cenário II, com 80% de taxa de ocupação dos leitos;
- Cenário III, com 17,13% de taxa de ocupação dos leitos,

- O total de dias de permanência estimado (soma dos dias de internação estimados de cada um dos pacientes);

- O custo total estimado, compreendendo recursos humanos (inclusive com encargos de folha de pagamento) e demais despesas de custeio. (Apêndices A, B e C). Os valores são referentes a agosto de 2009;

- Custo médio estimado por dia de permanência (divisão do custo total estimado pelo total de dias de permanência estimado);

- Custo médio estimado por paciente (divisão do custo total estimado pelo total de pacientes estimados).

Vale esclarecer que a Portaria 2.415/1998, prevê a possibilidade de funcionamento semanal do serviço de Hospital, inclusive nos finais de semana e feriados, por conta de uma eventual necessidade de assistência médico-hospitalar ao paciente nesse período. No entanto para o cálculo dos custos estimados, é levando em conta somente os dias úteis no mês, de segunda a sexta-feira.

4.6.6 Receita Real das Internações em Regime Convencional

As receitas decorrentes das internações em regime convencional daqueles pacientes passíveis de atendimento em Hospital Dia foram aquelas

efetivamente recebidas pelo HU através do SUS em 2007, com base nas Autorizações de Internações Hospitalares emitidas, proporcionais ao tempo de internação dos pacientes, conforme dados fornecidos pelo Hospital, resultante da soma dos Serviços Hospitalares - SH, Serviços Profissionais – SP, e Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia - SADT.

4.6.7 Receita Estimada das Internações em Regime de Hospital Dia

As receitas estimadas das internações em regime de Hospital Dia levam em conta os valores pagos pelo SUS, com base na tabela de procedimentos faturados pelo HU no período de janeiro a novembro/2007.

O cálculo da receita estimada para cada um dos pacientes passíveis de atendimento em regime de Hospital Dia foi obtido tomando-se o valor da remuneração de cada procedimento pago pelo SUS em 2007 e multiplicado pela projeção do número de atendimentos para os mesmos procedimentos no período, proporcional aos 829 casos atendidos no regime convencional, levando-se em conta: (A) um procedimento por paciente; (B) um dia de permanência por paciente; (C) 20 leitos estimados para o HD; (D) 22 dias úteis no mês; (E) taxa de ocupação dos leitos e, (F) período de 11 meses. Desta forma: $A / B \times C \times D \times E \times F = G$

As estimativas de atendimentos foram divididas em três cenários, sendo:

- Cenário I, com 100% de taxa de ocupação dos leitos;
- Cenário II, com 80% de taxa de ocupação dos leitos;
- Cenário III, com 17,13% de taxa de ocupação dos leitos,

4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados fornecidos pelo Hospital Universitário/UEL foram processados através da planilha eletrônica Excel 2003 for Windows XP.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina, (Anexo G) tendo em vista que as informações armazenadas nos bancos de dados do HU/UEL foram oriundas dos registros dos prontuários dos pacientes que tiveram seus procedimentos classificados como passíveis de atendimento em um serviço de Hospital Dia.

5 RESULTADOS

5.1 INTERNAÇÕES PASSÍVEIS DE ATENDIMENTO EM HOSPITAL DIA NO PERÍODO DE JANEIRO A NOVEMBRO DE 2007

No período de janeiro a novembro de 2007 o Hospital Universitário processou 9.425 procedimentos, dos quais 829 seriam executáveis em regime de Hospital Dia, representando 8,8% desse total (Gráfico 3), com base nos códigos lançados nas AIHs - Autorizações de Internações Hospitalares utilizadas para o recebimento de faturas emitidas para o SUS.

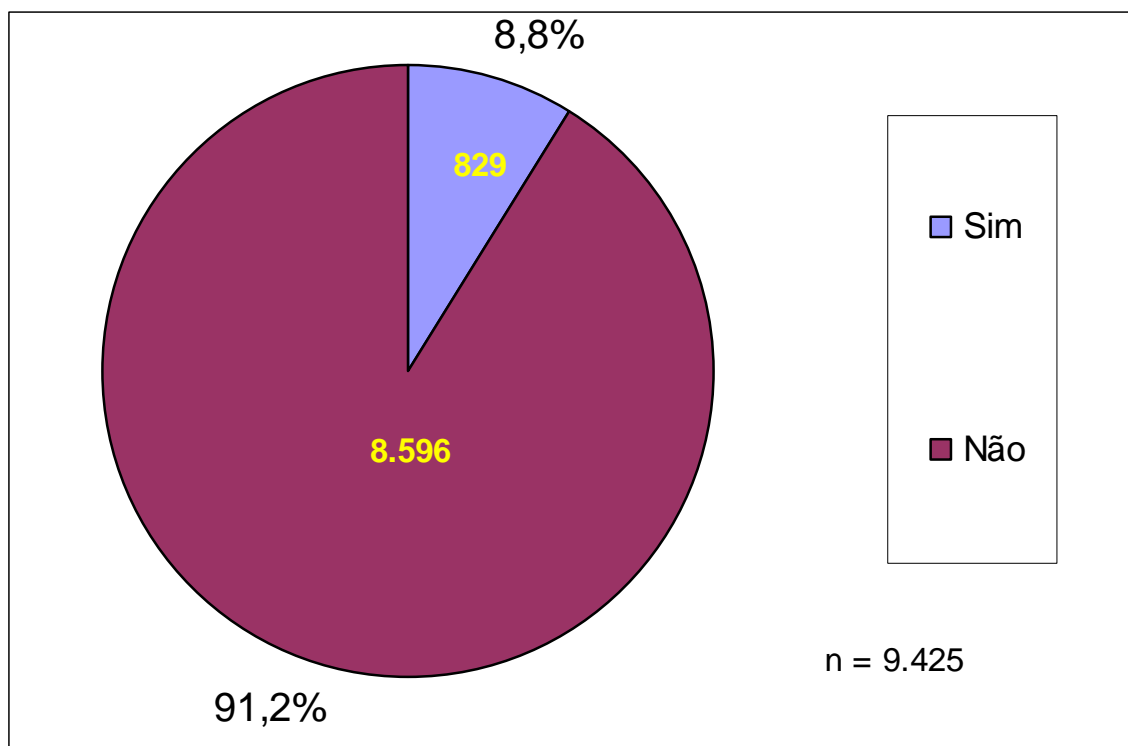


Gráfico 3 – Distribuição (nº. e %) dos pacientes passíveis de atendimento em Hospital Dia (PPAHD), Hospital Universitário, Londrina, PR. 2007.

5.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PACIENTES

Sexo

Entre os pacientes atendidos pelo Hospital Universitário em 2007, passíveis de atendimento em Hospital Dia, houve a predominância do sexo masculino, que corresponde a 63% dos casos. (Gráfico 4)

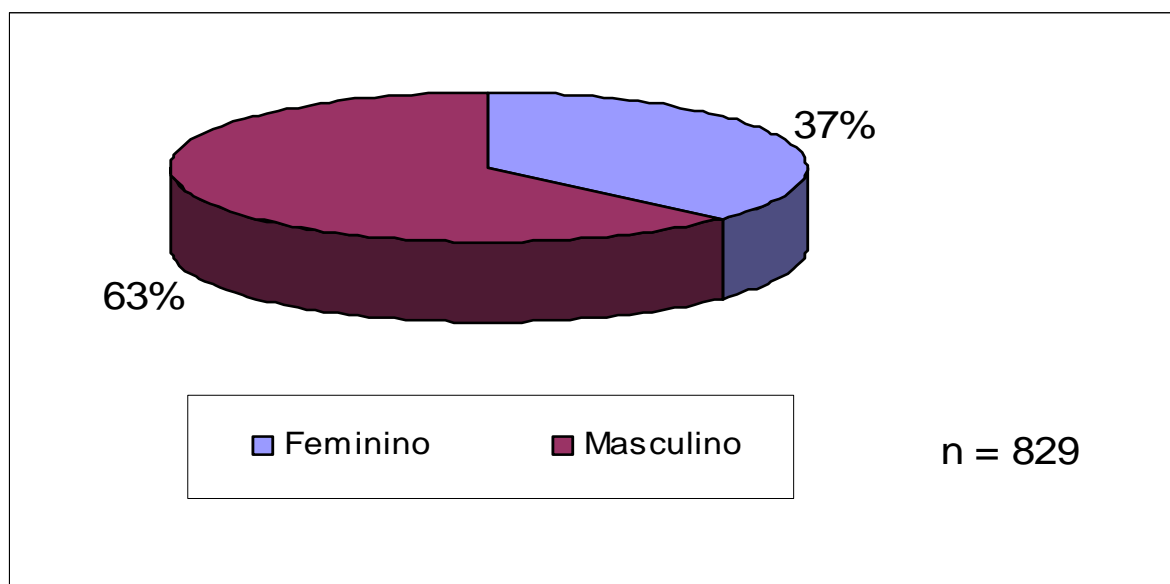


Gráfico 4 – Distribuição (%) dos PPAHD, segundo sexo, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007.

Idade

Do total de 829 pacientes atendidos pelo Hospital Universitário em 2007, com procedimentos classificados como passíveis de atendimento em Hospital Dia, mais de um terço tinha entre 20 e 39 anos de idade, e aproximadamente um quarto estava na faixa de 40 a 59 anos. Os idosos (60 anos ou mais) representaram 12,67% dos casos. Importante verificar também que a faixa de idade entre 0 e 19 anos (crianças e jovens) totalizam 25,09% dos casos. (Gráfico 5)

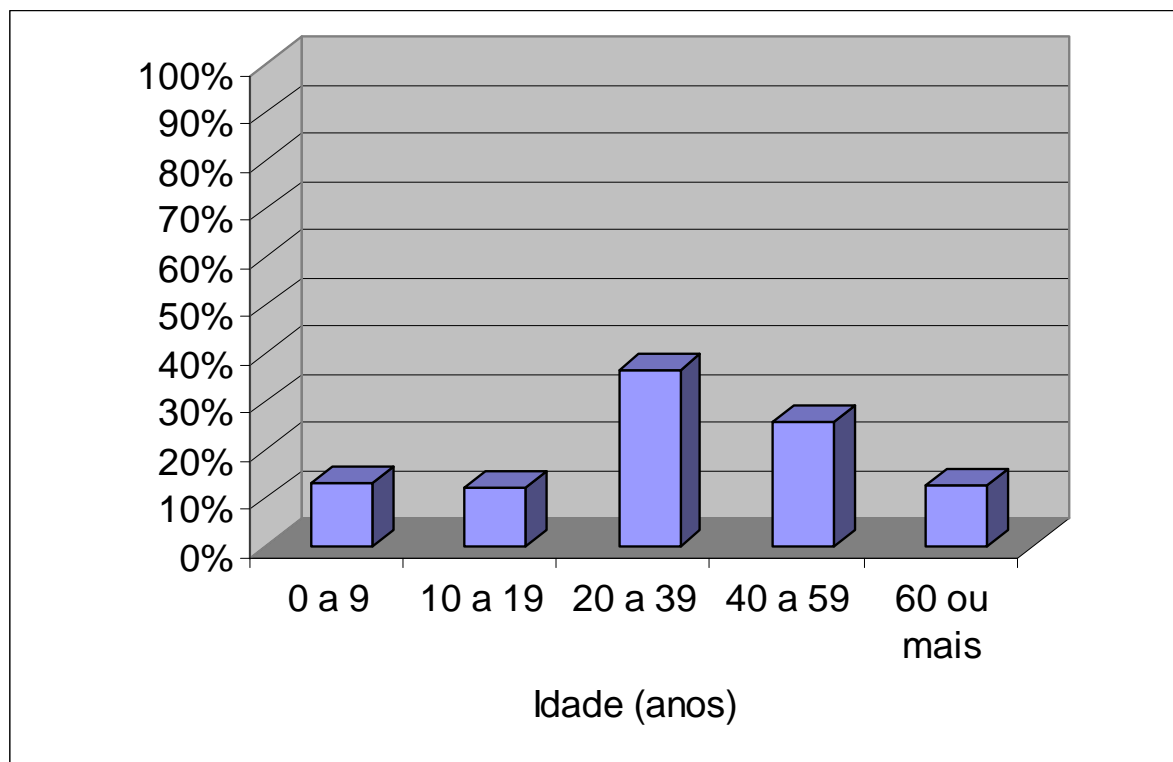


Gráfico 5 – Distribuição (%) dos PPAHD, segundo a faixa etária, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007.

Procedência

Dos 829 pacientes atendidos pelo Hospital Universitário em 2007, classificados como passíveis de atendimento em Hospital Dia, a maioria reside no município de Londrina, seguidos pelos residentes nos municípios que integram a Região Metropolitana de Londrina. (Gráfico 6)

No total foram atendidos pacientes de 58 municípios diferentes, todos eles pertencentes ao Estado do Paraná, sendo a maioria dos municípios localizados na região norte do Estado, seguida pela região oeste.

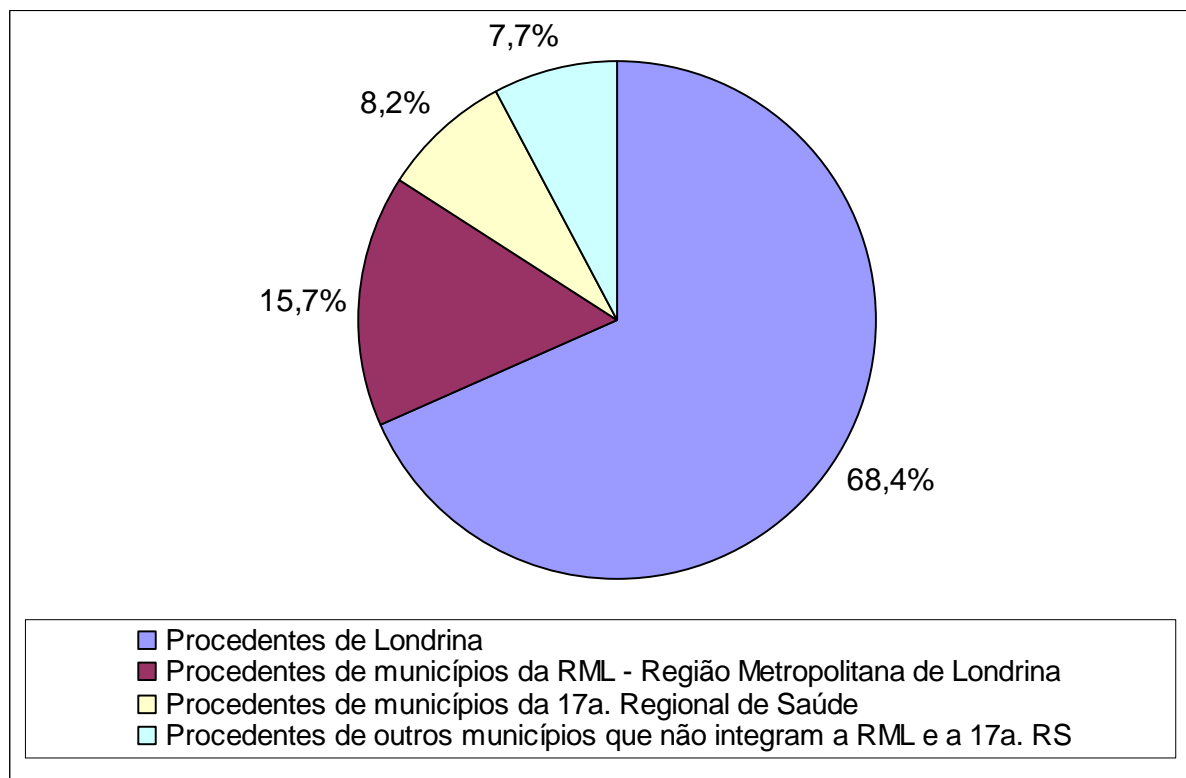


Gráfico 6 – Distribuição (%) dos PPAHD, segundo a procedência, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007.

5.3 CARACTERÍSTICAS DA INTERNAÇÃO DOS PACIENTES

Tempo de internação

Relativo ao tempo de permanência dos 829 pacientes atendidos pelo Hospital Universitário em 2007, passíveis de atendimento em Hospital Dia, quase a metade dos casos (49,7%), tiveram um tempo máximo de internação de até três dias, ou seja, de curta duração. Se for considerado o período de um a seis dias de permanência, o total foi de 585 casos, representando 70,6% do total. (Gráfico 7)

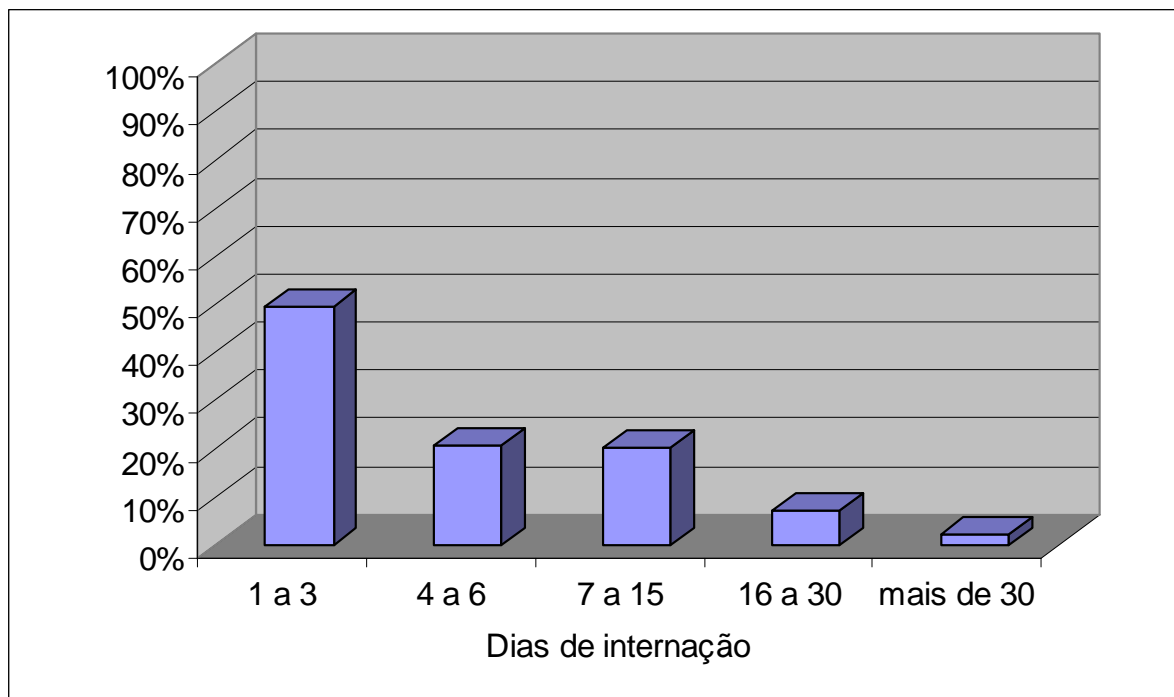


Gráfico 7 – Distribuição (%) dos PPAHD, segundo o tempo de internação, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007.

Grau de dependência de cuidados de enfermagem

Do total de 829 pacientes atendidos pelo HU em 2007, passíveis de atendimento em Hospital Dia (Gráfico 8), em 82 casos (9,9%) não foram encontrados registros de avaliação dos cuidados de enfermagem; 334 casos foram classificados em grau II (40,3%) e 278 casos em grau III (33,5%).

Os casos que requereram cuidados de enfermagem nos graus I e II (mínimos) somaram 45,2% do total. A maioria dos casos se concentrou nos graus II e III, com 73,8% do total.

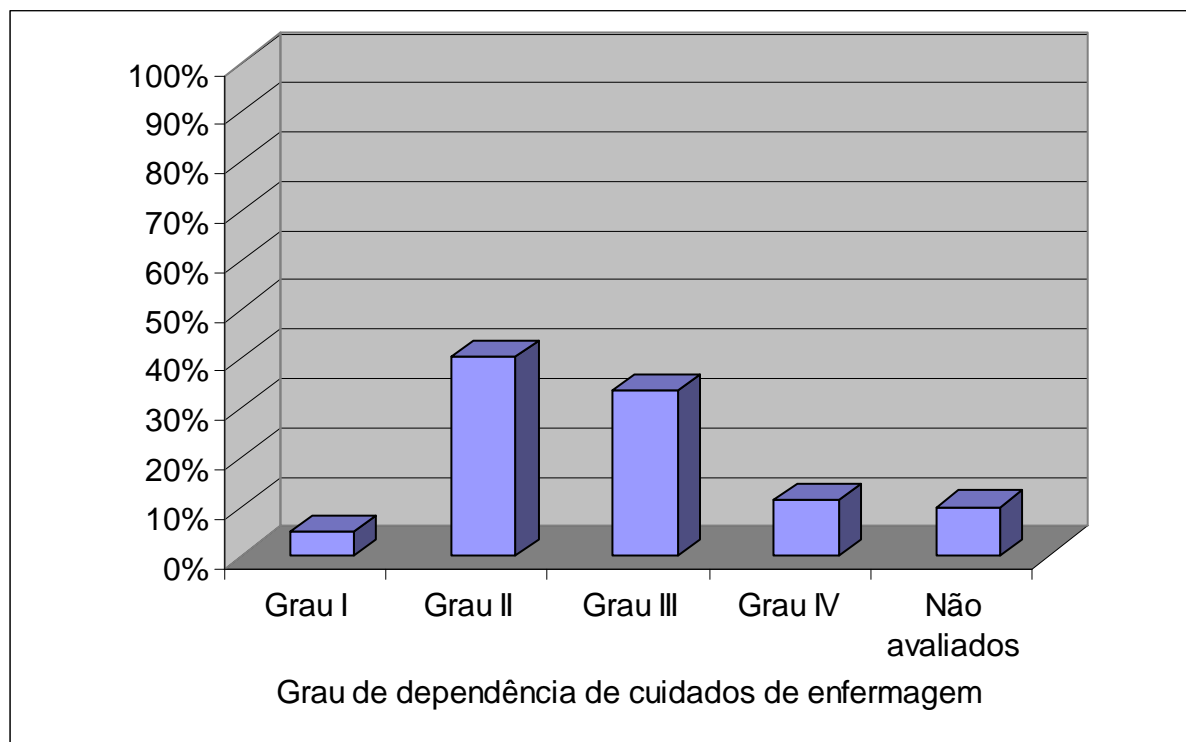


Gráfico 8 - Distribuição (%) dos PPAHD, segundo a classificação do grau de dependência de cuidados de enfermagem, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007.

Procedimentos Realizados

Quanto aos procedimentos realizados pelo HU em 2007, decorrentes de atendimento aos 829 pacientes, classificados como passíveis de atendimento em Hospital Dia, foram registrados a ocorrência de 150 procedimentos diferentes. Desses, 13 procedimentos totalizaram 427 casos, representando 51,5% do total. Outros 137 procedimentos realizados com menos de 17 casos registrados cada um, totalizaram 402 casos no total (Tabela 4). O procedimento realizado com maior frequência foi a colecistectomia videolaparoscópica com 9,7% do total.

Tabela 4 – Distribuição (nº. % e % acumulado) dos PPAHD, segundo o procedimento realizado, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007.

Procedimentos	Nº. de casos	%	% acumulado
Colecistectomia Videolaparoscópica	80	9,65	9,65
Herniorrafia Inguinal (unilateral)	49	5,91	15,56
Tenorrafia	48	5,79	21,35
Suturas e reparações de perda de substância da mão	35	4,22	25,57
Curetagem pós-aborto	31	3,74	29,31
Extirpação e supressão de lesão da pele e do tecido	31	3,74	33,05
Turbinectomia	29	3,50	36,55
Sutura de córnea	27	3,26	39,81
Retirada de placa e parafuso	23	2,77	42,58
Debridamento de Úlcera ou de tecidos desvitalizados	23	2,77	45,36
Curetagem semiótica com ou sem dilatação de colo	17	2,05	47,41
Cerclagem do colo uterino	17	2,05	49,46
Tratamento cirúrgico de fratura das falanges, com fixação	17	2,05	51,51
Sub-total	427	51,51	
Outros 137 procedimentos com menos de 17 ocorrências no período	402	48,49	
Total	829	100%	100%

5.4 NÚMERO ESTIMADO DE ATENDIMENTOS NO REGIME DE HOSPITAL DIA

A estimativa de pacientes passíveis de atendimento em Hospital Dia foi calculada levando-se em conta três cenários possíveis:

Cenário I – Total estimado de pacientes considerando-se:

- O total de 20 leitos previstos para o serviço de Hospital Dia, caso ele existisse no HU;
- Uma demanda média de 440 pacientes por mês, equivalente a uma taxa de ocupação diária de 100% dos leitos;
- A disponibilidade integral de serviços de apoio, como o Centro Cirúrgico, por exemplo. (Inciso II, Art. 3º, Portaria nº. 44/2001)

Desta forma o número estimado de pacientes seria de 4.840 por ano (Quadro 7)

Procedimento por paciente	Tempo de permanência por paciente, em dias	Leitos estimados para o HD	Dias úteis no mês (segunda a sexta-feira)	Taxa de ocupação dos leitos	Nº. de meses no período	Total de atendimentos estimados no período
01	01	20	22	100%	11	4.840
A	B	C	D	E	F	G

Cálculo: $A / B \times C \times D \times E \times F = G$

Quadro 7 – Estimativa de atendimentos para um serviço de Hospital Dia, com taxa de 100% de ocupação dos leitos, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2009.

Cenário II – Total estimado de pacientes considerando-se:

- O total de 20 leitos previstos para o serviço de Hospital Dia, caso ele existisse no HU;
- Uma demanda média de 352 pacientes por mês, equivalente a uma taxa de ocupação diária de 80% dos leitos, tendo por base a mesma taxa média de ocupação dos leitos do HU de 80%, apurada no período de março, abril e maio de 2010, segundo o SAME/HU;
- A disponibilidade integral de serviços de apoio, como o Centro Cirúrgico, por exemplo. (Inciso II, Art. 3º, Portaria nº. 44/2001)

Desta forma o número estimado de pacientes seria de 3.872 por ano.(Quadro 8)

Procedimento por paciente	Tempo de permanência por paciente, em dias	Leitos estimados para o HD	Dias úteis no mês (segunda a sexta-feira)	Taxa de ocupação dos leitos	Nº. de meses no período	Total de atendimentos estimados no período
01	01	20	22	80%	11	3.872
A	B	C	D	E	F	G

Cálculo: $A / B \times C \times D \times E \times F = G$

Quadro 8 – Estimativa de atendimentos para um serviço de Hospital Dia, com taxa de 80% de ocupação dos leitos, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2009.

Cenário III – Total estimado de pacientes considerando-se:

- O total de 20 leitos previstos para o serviço de Hospital Dia, caso ele existisse no HU;
- Uma demanda média de 75 pacientes por mês, equivalente a uma taxa de ocupação diária de 17,13% dos leitos, tendo por base o total de 829 pacientes atendidos pelo HU no período de janeiro a novembro/2007, passíveis de atendimento em regime de Hospital Dia;
- A disponibilidade integral de serviços de apoio, como o Centro Cirúrgico, por exemplo. (Inciso II, Art. 3º, Portaria nº. 44/2001)

Desta forma o número estimado de pacientes seria de 829 por ano.

(Quadro 9)

Procedimento por paciente	Tempo de permanência por paciente, em dias	Leitos estimados para o HD	Dias úteis no mês (segunda a sexta-feira)	Taxa de ocupação dos leitos	Nº. de meses no período	Total de atendimentos estimados no período
01	01	20	22	17,13%	11	829
A	B	C	D	E	F	G

Cálculo: $A / B \times C \times D \times E \times F = G$

Quadro 9 – Estimativa de atendimentos para um serviço de Hospital Dia, com taxa de 17,13% de ocupação dos leitos, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2009.

O cenário III projeta o mesmo número de atendimentos ocorridos no regime convencional, ou seja, na pior das hipóteses ocorreriam 829 atendimentos no ano. No entanto, vale salientar que até junho de 2010, segundo dados do SAME/HU, havia mais de 2.300 laudos de AIHs cirúrgicas que estavam no aguardo da liberação pela Diretoria de Auditoria, Controle e Avaliação – DACA, ligada à Secretaria de Saúde do Município de Londrina (gestão plena), responsável pela autorização das AIHs solicitadas pelos Hospitais de Londrina, muitas das quais seriam passíveis de atendimento em regime de Hospital Dia.

5.5 COMPARATIVO DO NÚMERO DE ATENDIMENTOS OCORRIDOS NO REGIME CONVENCIONAL *VERSUS* O ESTIMADO PARA O REGIME DE HOSPITAL DIA.

Tabela 5 – Comparativo de atendimentos ocorridos no regime convencional *versus* o estimado para o regime de Hospital Dia, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007.

Ocorridos no regime convencional	Estimados para o Regime de Hospital Dia								
	Cenário I			Cenário II			Cenário III		
	No.	Dif.	%	No.	Dif.	%	No.	Dif.	%
829	4.840	4.011	483,8	3.872	3.043	367,0	829	0,0	0,0

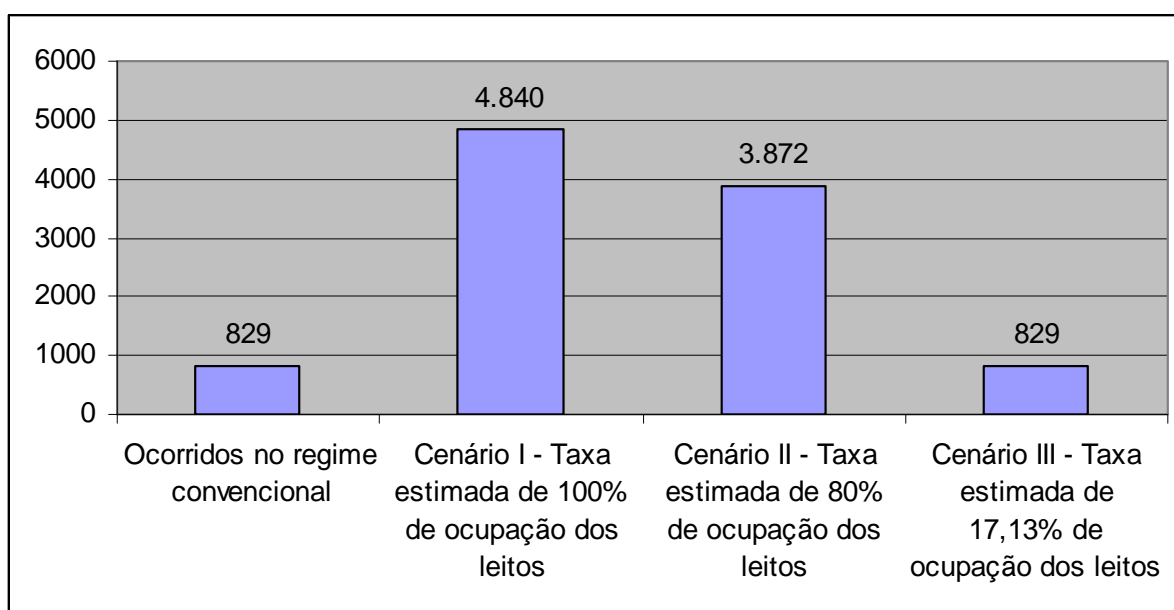


Gráfico 9 – Comparativo de atendimentos ocorridos no regime convencional *versus* o estimado para o regime de Hospital Dia, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007.

5.6 COMPARATIVO DO NÚMERO DE DIAS DE PERMANÊNCIA OCORRIDOS NO REGIME CONVENCIONAL *VERSUS* O ESTIMADO PARA O REGIME DE HOSPITAL DIA

Os 829 pacientes atendidos pelo HU, passíveis de atendimento em Hospital Dia, totalizaram 5.296 dias de permanência, ou seja, a soma de todos os dias de permanência dos pacientes que variou entre o mínimo de um dia e o máximo de 77 dias de internação. Para efeito de comparação, o regime de Hospital Dia leva em conta um dia internação

Tabela 6 – Comparativo do número de dias de permanência ocorridos no regime convencional *versus* o estimado para o regime de Hospital Dia, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007.

Ocorridos no regime convencional	Estimados para o Regime de Hospital Dia								
	Cenário I			Cenário II			Cenário III		
	No.	Dif.	%	No.	Dif.	%	No.	Dif.	%
5.296	4.840	-456	-8,6	3.872	-1.424	-26,9	829	-4.467	-84,3

5.7 CUSTO DAS INTERNAÇÕES NO REGIME CONVENCIONAL

Os 829 pacientes passíveis de atendimento em Hospital Dia, atendidos no HU, foram distribuídos em 10 Centros de Custos. (Tabela 7)

Tabela 7 – Distribuição (número, % e % acumulado) dos PPAHD, segundo o centro de custos, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007.

Seq.	Centro de Custo	Nº.	%	% acumulado
1	MASC – Unidade Masculina	395	47,6	47,6
2	FEM – Unidade Feminina	169	20,4	68,0
3	PED – Pediatria	124	15,0	83,0
4	PSI – Pronto Socorro Infantil	90	10,9	93,8
5	MAT – Maternidade	19	2,3	96,1
6	TISIO – Tisiologia	15	1,8	97,9
7	MI – Moléstias Infecciosas	10	1,2	99,2
8	UTI – Unidade de Terapia Intensiva – Adulto	4	0,5	99,6
9	UCI – Unidade de Cuidados Intensivos	2	0,2	99,9
10	UTI NEO – Unidade de Terapia Intensiva – Neonatal	1	0,1	100%
		829	100%	

O custo total das internações dos 829 pacientes passíveis de atendimento em Hospital Dia foi de R\$ 3.494.437,26. (Quadro 10) (Anexo B)

Características	Valores em Reais
Custo total dos 829 pacientes passíveis de atendimento em Hospital Dia, com encargos de folha de pagamento	3.494.437,26
Custo médio por dia de permanência (R\$ 3.494.437,26 / 5.296)	659,83
Custo médio por paciente (R\$ 3.494.437,26 / 829)	4.215,24

Valores atualizados para agosto/2009 pelo índice IGP-DI (FGV).

Quadro 10 – Custo das Internações, custo médio por dia de permanência e custo médio dos PPAHD, em regime convencional, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007.

Fonte: Universidade Estadual de Londrina, 2009.

5.8 CUSTO ESTIMADO DE INTERNAÇÃO NO REGIME DE HOSPITAL DIA

Para a obtenção deste custo foi levado em conta o número estimado de pacientes no período de 11 meses, considerando os mesmos critérios (tipos de despesas) e valores de custeio do regime convencional utilizados pelo Hospital Universitário, e com base em três cenários possíveis:

Cenário I – Total estimado de 4.840 pacientes no período, considerando uma taxa de ocupação diária de 100% dos leitos, conforme demonstrado no quadro 07.

O custo dos recursos humanos necessários para o funcionamento do Hospital Dia foi estimado em R\$ 28.946,68 por mês, no Cenário I. (Quadro 11)

Cargos	Qtde.	Custo Unitário estimado em Reais	Total Mensal estimado em Reais
Enfermeiros (40 h/s)	02	3.687,82	7.375,64
Médicos (20 h/s)	03	2.896,18	8.688,54
Técnicos Administrativos (40 h/s)	02	1.571,31	3.142,62
Técnicos de Enfermagem (40 h/s)	06	1.289,98	7.739,88
Zeladores (40 h/s)	02	1.000,00	2.000,00
Total R. H.			28.946,68

Valores referentes a agosto/2009.

Quadro 11 – Custo estimado mensal com Recursos Humanos para uma unidade de Hospital Dia.

A soma das despesas de custeio, necessárias para o funcionamento do Hospital Dia, foi estimada em R\$ 20.328,97 por mês, no Cenário I (Quadro 12), tendo como referência o Ambulatório e a Unidade Masculina do Hospital Universitário.

Item	Componentes	Custo mensal estimado em Reais
Material médico-hospitalar	Materiais médico-hospitalares de consumo, estimados para o atendimento 20 pacientes/dia (ambulatorial, cirúrgicos, pré e pós-cirúrgicos) em regime de Hospital Dia.	2.870,15
Material de Consumo em geral	Material de higiene, limpeza, copa, cozinha, impressos, informática, análises clínicas, de expediente, estimados para o suporte às instalações e atendimento de 20 pacientes/dia em regime de Hospital Dia.	568,86
Medicamentos e correlatos	Antibióticos, anti-infecciosos, de uso tópico, sintomáticos, de suporte, suplementos, sedativos, anestésicos, analgésicos, estimados para o atendimento de 20 pacientes/dia (ambulatorial, cirúrgicos, pré e pós-cirúrgicos) em regime de Hospital Dia.	14.259,27
Enxoval, rouparia	Uniforme privativo, avental, lençol, fronha, cobertor, jaleco, toalhas, pijamas, estimados para o suporte aos funcionários pacientes alocados na unidade de Hospital Dia.	1.304,47
Refeições	Almoço, jantar, lanches, dietas, sucos.	66,99
Custos indiretos	Energia elétrica, gases medicinais, água, telefonia, manutenção.	1.259,23
Total em Reais		20.328,97

Valores referentes a agosto/2009.

Quadro 12 – Custo estimado mensal para uma unidade de Hospital Dia, no cenário I.

A soma dos custos de recursos humanos com as despesas de custeio totalizou R\$ 49.275,65 por mês, no Cenário I. (Quadro 13)

Item	Itens de Despesa	Valores em Reais
01	Total de Recursos Humanos (custo mensal estimado)	28.946,68
02	Total das despesas de custeio (custo mensal estimado)	20.328,97
03	Total estimado por mês (total item 01 + total do item 02)	49.275,65
04	Total estimado para um período de 11 meses (total do item 03 x 11 meses)	542.032,17

Valores referentes a agosto/2009.

Quadro 13 – Resumo das despesas de custeio estimadas para uma unidade de Hospital Dia, no cenário I.

O total de permanência estimado para os pacientes passíveis de atendimento em Hospital Dia foi de 4.840 dias, no Cenário I. (Quadro 14)

Características	Qtde.
Total de dias de permanência estimada dos 4.840 pacientes passíveis de atendimento em Hospital Dia (20 leitos / 01 dia de permanência x 01 dia de permanência x 100% de taxa de ocupação dos leitos x 22 dias/mês x 11 meses)	4.840

Quadro 14 – Total estimado de atendimentos e de permanência (em dias), de PPAHD, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007.

O custo médio estimado por dia de permanência e por paciente para uma projeção de atendimento de 4.840 pacientes passíveis de atendimento em Hospital Dia no Cenário I foi de R\$ 111,99. (Quadro 15)

Características	Valores em Reais
Custo médio por dia de permanência (R\$ 542.032,17 / 4.840)	111,99
Custo médio por paciente (R\$ 542.032,17 / 4.840)	111,99

Valores referentes a agosto/2009.

Quadro 15 – Custos estimados das Internações, custo médio por dia de permanência e custo médio dos PPAHD, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007.

Cenário II – Total estimado de 3.872 pacientes no período, considerando uma taxa de ocupação diária de 80% dos leitos, conforme demonstrado no quadro 08.

O custo dos recursos humanos necessários para o funcionamento do Hospital Dia foi estimado em R\$ 28.946,68 por mês, no Cenário II, conforme demonstrado no quadro 11.

A soma das despesas de custeio, necessárias para o funcionamento do Hospital Dia, foi estimada em R\$ 16.263,18 por mês, no Cenário II (Quadro 16), tendo como referência o Ambulatório e a Unidade Masculina do Hospital Universitário.

Item	Componentes	Custo mensal estimado em Reais
Material médico-hospitalar	Materiais médico-hospitalares de consumo, estimados para o atendimento 20 pacientes/dia (ambulatorial, cirúrgicos, pré e pós-cirúrgicos) em regime de Hospital Dia.	2.296,12
Material de Consumo em geral	Material de higiene, limpeza, copa, cozinha, impressos, informática, análises clínicas, de expediente, estimados para o suporte às instalações e atendimento de 20 pacientes/dia em regime de Hospital Dia.	455,09
Medicamentos e correlatos	Antibióticos, anti-infecciosos, de uso tópico, sintomáticos, de suporte, suplementos, sedativos, anestésicos, analgésicos, estimados para o atendimento de 20 pacientes/dia (ambulatorial, cirúrgicos, pré e pós-cirúrgicos) em regime de Hospital Dia.	11.407,42
Enxoval, rouparia	Uniforme privativo, avental, lençol, fronha, cobertor, jaleco, toalhas, pijamas, estimados para o suporte aos funcionários pacientes alocados na unidade de Hospital Dia.	1.043,57
Refeições	Almoço, jantar, lanches, dietas, sucos.	53,60
Custos indiretos	Energia elétrica, gases medicinais, água, telefonia, manutenção.	1.007,38
Total em Reais		16.263,18

Valores referentes a agosto/2009.

Quadro 16 – Custo estimado mensal para uma unidade de Hospital Dia, no cenário II.

A soma dos custos de recursos humanos com as despesas de custeio totalizou R\$ 45.209,86 por mês, no Cenário II. (Quadro 17)

Item	Itens de Despesa	Valores em Reais
01	Total de Recursos Humanos (custo mensal estimado)	28.946,68
02	Total das despesas de custeio (custo mensal estimado)	16.263,18
03	Total estimado por mês (total item 01 + total do item 02)	45.209,86
04	Total estimado para um período de 11 meses (total do item 03 x 11 meses)	497.308,43

Valores referentes a agosto/2009.

Quadro 17 – Resumo das despesas de custeio estimadas para uma unidade de Hospital Dia, no cenário II.

O total de permanência estimado para os pacientes passíveis de atendimento em Hospital Dia foi de 3.872 dias, no Cenário II. (Quadro 18)

Características	Qtde.
Total de dias de permanência estimada dos 3.872 pacientes passíveis de atendimento em Hospital Dia (20 leitos / 01 dia de permanência x 01 dia de permanência x 80% de taxa de ocupação dos leitos x 22 dias/mês x 11 meses)	3.872

Quadro 18 – Total estimado de atendimentos e de permanência (em dias), de PPAHD, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007.

O custo médio estimado por dia de permanência e por paciente para uma projeção de atendimento de 3.872 pacientes passíveis de atendimento em Hospital Dia no Cenário II foi de R\$ 128,44. (Quadro 19)

Características	Valores em Reais
Custo médio por dia de permanência (R\$ 497.308,43 / 3.872)	128,44
Custo médio por paciente (R\$ 497.308,43 / 3.872)	128,44

Valores referentes a agosto/2009.

Quadro 19 – Custos estimados das Internações, custo médio por dia de permanência e custo médio dos PPAHD, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007.

Cenário III – Total estimado de 829 pacientes no período, considerando uma taxa de ocupação diária de 17,13% dos leitos, conforme demonstrado no quadro 09.

O custo dos recursos humanos necessários para o funcionamento do Hospital Dia foi estimado em R\$ 28.946,68 por mês, no Cenário III, conforme demonstrado no quadro 11.

A soma das despesas de custeio, necessárias para o funcionamento do Hospital Dia, foi estimada em R\$ 3.482,35 por mês, no Cenário III (Quadro 20), tendo como referência o Ambulatório e a Unidade Masculina do Hospital Universitário.

Item	Componentes	Custo mensal estimado em Reais
Material médico-hospitalar	Materiais médico-hospitalares de consumo, estimados para o atendimento 20 pacientes/dia (ambulatorial, cirúrgicos, pré e pós-cirúrgicos) em regime de Hospital Dia.	491,66
Material de Consumo em geral	Material de higiene, limpeza, copa, cozinha, impressos, informática, análises clínicas, de expediente, estimados para o suporte às instalações e atendimento de 20 pacientes/dia em regime de Hospital Dia.	97,45
Medicamentos e correlatos	Antibióticos, anti-infecciosos, de uso tópico, sintomáticos, de suporte, suplementos, sedativos, anestésicos, analgésicos, estimados para o atendimento de 20 pacientes/dia (ambulatorial, cirúrgicos, pré e pós-cirúrgicos) em regime de Hospital Dia.	2.442,61
Enxoval, rouparia	Uniforme privativo, avental, lençol, fronha, cobertor, jaleco, toalhas, pijamas, estimados para o suporte aos funcionários pacientes alocados na unidade de Hospital Dia.	223,46
Refeições	Almoço, jantar, lanches, dietas, sucos.	11,48
Custos indiretos	Energia elétrica, gases medicinais, água, telefonia, manutenção.	215,71
Total em Reais		3.482,35

Valores referentes a agosto/2009.

Quadro 20 – Custo estimado mensal para uma unidade de Hospital Dia, no cenário III.

A soma dos custos de recursos humanos com as despesas de custeio totalizou R\$ 32.429,03 por mês, no Cenário III. (Quadro 21)

Item	Itens de Despesa	Valores em Reais
01	Total de Recursos Humanos (custo mensal estimado)	28.946,68
02	Total das despesas de custeio (custo mensal estimado)	3.482,35
03	Total estimado por mês (total item 01 + total do item 02)	32.429,03
04	Total estimado para um período de 11 meses (total do item 03 x 11 meses)	356.719,36

Valores referentes a agosto/2009.

Quadro 21 – Resumo das despesas de custeio estimadas para uma unidade de Hospital Dia, no cenário III.

O total de permanência estimado para os pacientes passíveis de atendimento em Hospital Dia foi de 829 dias, no Cenário III. (Quadro 22)

Características	Qtde.
Total de dias de permanência estimada dos 829 pacientes passíveis de atendimento em Hospital Dia (20 leitos / 01 dia de permanência x 01 dia de permanência x 17,13% de taxa de ocupação dos leitos x 22 dias/mês x 11 meses)	829

Quadro 22 – Total estimado de atendimentos e de permanência (em dias), de PPAHD, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007.

O custo médio estimado por dia de permanência e por paciente para uma projeção de atendimento de 829 pacientes passíveis de atendimento em Hospital Dia no Cenário III foi de R\$ 430,25. (Quadro 23)

Características	Valores em Reais
Custo médio por dia de permanência (R\$ 356.719,36 / 829)	430,25
Custo médio por paciente (R\$ 356.719,36 / 829)	430,25

Valores referentes a agosto/2009.

Quadro 23 – Custos estimados das Internações, custo médio por dia de permanência e custo médio dos PPAHD, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007.

5.9 COMPARATIVO DO CUSTO TOTAL, CUSTO POR DIA DE PERMANÊNCIA E CUSTO POR PACIENTE ENTRE A INTERNAÇÃO CONVENCIONAL DOS PACIENTES CLASSIFICADOS, *VERSUS* O CUSTO ESTIMADO DA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DIA

O custo estimado das internações em regime de Hospital Dia se mostrou amplamente favorável nos três cenários propostos, em relação ao custo total real das internações ocorridas no regime convencional. (Tabela 8)

Tabela 8 – Comparativo entre o custo total em regime convencional e o custo estimado em regime de Hospital Dia, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007.

Custo Real ocorrido no Regime Convencional	Custo estimado para o Regime de Hospital Dia		
	Cenário I	Cenário II	Cenário III
829 pacientes	4.840 pacientes	3.872 pacientes	829 pacientes
R\$ 3.494.437,26 (*)	R\$ 542.032,17 (**)	R\$ 497.308,43 (**)	R\$ 356.719,36 (**)
Diferença em Reais	R\$ 2.952.405,09	R\$ 2.997.128,83	R\$ 3.137.717,90
Redução em %	84,5%	85,8%	89,8%

(*) Valores atualizados para agosto/2009 com base no IGP-DI (FGV).

(**) Valores referentes a agosto/2009.

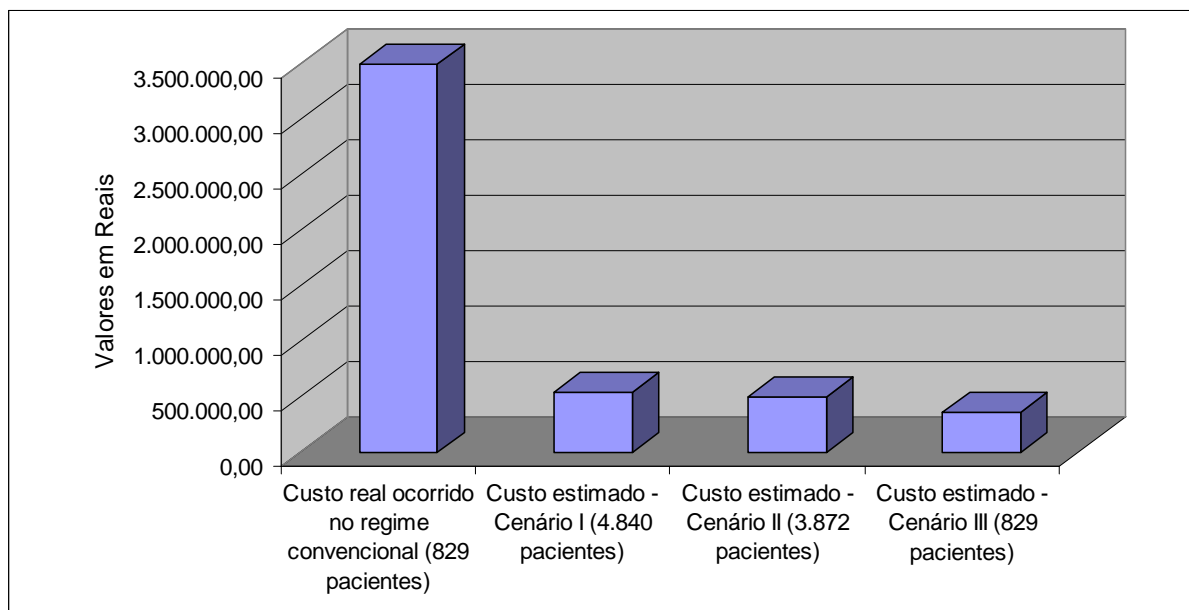


Gráfico 10 – Comparativo do custo real ocorrido no regime convencional *versus* o estimado para o regime de Hospital Dia, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007.

A diferença entre o custo médio estimado por dia de permanência ocorrido no regime convencional, para o custo médio estimado por dia de internação em regime de Hospital Dia foi de R\$ 547,84 para o Cenário I, de R\$ 531,39 para o Cenário II e de R\$ 229,58 para o Cenário III. (Tabela 9)

Tabela 9 – Comparativo do custo médio estimado por dia de permanência ocorrido no regime convencional e o estimado em regime de Hospital Dia, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007.

Custo médio Real ocorrido no Regime Convencional	Custo médio estimado para o Regime de Hospital Dia		
	Cenário I	Cenário II	Cenário III
5.296 dias de permanência	4.840 dias de permanência	3.872 dias de permanência	829 dias de permanência
R\$ 659,83 (*)	R\$ 111,99 (**)	R\$ 128,44 (**)	R\$ 430,25 (**)
Diferença em Reais	R\$ 547,84	R\$ 531,39	R\$ 229,58
Redução em %	83,0%	80,5%	34,8%

(*) Valores atualizados para agosto/2009 com base no IGP-DI (FGV).

(**) Valores referentes a agosto/2009.

A diferença entre o custo médio estimado por paciente ocorrido no regime convencional, para o custo médio estimado por paciente em regime de

Hospital Dia foi de R\$ 4.103,25 para o Cenário I, de R\$ 4.086,80 para o Cenário II e de R\$ 3.784,99 para o Cenário III. (Tabela 10)

Tabela 10 – Comparativo do custo médio estimado por paciente ocorrido no regime convencional e o estimado em regime de Hospital Dia, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007.

Custo médio Real ocorrido no Regime Convencional	Custo médio estimado para o Regime de Hospital Dia		
	Cenário I	Cenário II	Cenário III
829 pacientes R\$ 4.215,24 (*)	4.840 pacientes R\$ 111,99 (**)	3.872 pacientes R\$ 128,44 (**)	829 pacientes 430,25 (**)
Diferença em Reais	R\$ 4.103,25	R\$ 4.086,80	R\$ 3.784,99
Redução em %	97,3%	97,0%	89,8%

(*) Valores atualizados para agosto/2009 com base no IGP-DI (FGV).

(**) Valores referentes a agosto/2009.

5.10 RECEITAS DAS INTERNAÇÕES NO REGIME CONVENCIONAL.

O valor total faturado pelo Hospital Universitário, no período de janeiro a novembro de 2007, contra o SUS, relativo aos 829 pacientes atendidos, passíveis de atendimento em Hospital Dia foi de R\$ 471.897,04. (Quadro 24)

Item	Valor SH	Valor SP	Valor SADT	Total
Valor (*)	R\$ 335.999,86	R\$ 115.617,54	R\$ 20.279,64	R\$ 471.897,04
%	71,2	24,5	4,3	100,00

Valores atualizados para agosto/2009 pelo índice IGP-DI (FGV)

SH: Serviços Hospitalares; SP: Serviços Profissionais; SADT: Serviços de Apoio, Diagnósticos e Terapia.

Quadro 24 – Valor faturado para o SUS em 2007 dos pacientes atendidos pelo HU, passíveis de atendimento em Hospital Dia.

Fonte: Universidade Estadual de Londrina, 2009.

Os 829 pacientes atendidos pelo HU, passíveis de atendimento em Hospital Dia, totalizaram 5.296 dias de permanência. (Tabela 6)

A receita média por dia de permanência foi de R\$ 89,10 e por paciente foi de R\$ 569,24, decorrente das internações dos 829 pacientes passíveis de atendimento em Hospital Dia. (Quadro 25)

Características	Valores em Reais
Receita média por dia de permanência (R\$ 471.897,04 / 5.296)	89,10
Receita média por paciente (R\$ 471.897,04 / 829)	569,24

Valores atualizados para agosto/2009 pelo índice IGP-DI (FGV).

Quadro 25 – Receita das Internações, receita média por dia de permanência e receita média dos pacientes passíveis de atendimento em Hospital Dia, em regime convencional, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007.

5.11 RECEITA ESTIMADA DE INTERNAÇÃO NO REGIME DE HOSPITAL DIA.

Este cálculo levou em conta o valor de uma diária (característico do serviço de Hospital Dia); o pagamento pelo SUS de um procedimento por paciente; a média de permanência de um dia por paciente, e as estimativas de atendimento de pacientes conforme as projeções dos Cenários I, II e III. (Quadros 7, 8 e 9)

Cenário I – Total estimado de 4.840 pacientes no período, proporcional ao número de casos ocorridos no regime convencional, considerando uma taxa de ocupação diária de 100% dos leitos, conforme demonstrado no quadro 7.

A receita total estimada das internações dos 4.840 pacientes passíveis de atendimento em Hospital Dia foi de R\$ 1.608.251,58, no Cenário I. (Quadro 26)

Nº. de pacientes estimados no regime de HD no período de 11 meses	Total de receitas estimadas equivalente a 01 dia de internação, de 4.840 pacientes passíveis de atendimento em HD
4.840	R\$ 1.608.251,58 (*)

(*) Valores atualizados para agosto/2009 pelo índice IGP-DI (FGV).

Quadro 26 – Cálculo da receita estimada de 4.840 PPAHD, no período de 11 meses.

O total de permanência estimado para os pacientes passíveis de atendimento em Hospital Dia foi de 4.840 dias, no Cenário I, conforme o quadro 14.

A receita média estimada por dia de permanência e por paciente foi de R\$ 332,28, no Cenário I. (Quadro 27)

Características	Valores em Reais
Receita média estimada por dia de permanência (R\$ 1.608.261,58 / 4.840)	332,28
Receita média estimada por paciente (R\$ 1.608.261,58 / 4.840)	332,28

Valores atualizados para agosto/2009 com base no IGP-DI (FGV).

Quadro 27 – Receitas estimadas das Internações, receita média por dia de permanência e receita média dos PPAHD, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007.

Cenário II – Total estimado de 3.872 pacientes no período, proporcional ao número de casos ocorridos no regime convencional, considerando uma taxa de ocupação diária de 80% dos leitos, conforme demonstrado no quadro 8.

A receita total estimada das internações dos 4.840 pacientes passíveis de atendimento em Hospital Dia foi de R\$ 1.286.601,26, no Cenário II. (Quadro 28)

Nº. de pacientes estimados no regime de HD no período de 11 meses	Total de receitas estimadas equivalente a 01 dia de internação, de 4.840 pacientes passíveis de atendimento em HD
3.872	R\$ 1.286.601,26 (*)

(*) Valores atualizados para agosto/2009 pelo índice IGP-DI (FGV).

Quadro 28 – Cálculo da receita estimada de 3.872 PPAHD, no período de 11 meses.

O total de permanência estimado para os pacientes passíveis de atendimento em Hospital Dia foi de 3.872 dias, no Cenário II, conforme o quadro 18.

A receita média estimada por dia de permanência e por paciente foi de R\$ 332,28, no Cenário II. (Quadro 29)

Características	Valores em Reais
Receita média estimada por dia de permanência (R\$ 1.286.601,26 / 3.872)	332,28
Receita média estimada por paciente (R\$ 1.286.601,26 / 3.872)	332,28

Valores atualizados para agosto/2009 com base no IGP-DI (FGV).

Quadro 29 – Receitas estimadas das Internações, receita média por dia de permanência e receita média dos PPAHD, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007.

Cenário III – Total estimado de 829 pacientes no período, proporcional ao número de casos ocorridos no regime convencional, considerando uma taxa de ocupação diária de 17,13% dos leitos, conforme demonstrado no quadro 9.

A receita total estimada das internações dos 829 pacientes passíveis de atendimento em Hospital Dia foi de R\$ 275.462,92, no Cenário III. (Quadro 30)

Nº. de pacientes estimados no regime de HD no período de 11 meses	Total de receitas estimadas equivalente a 01 dia de internação, de 4.840 pacientes passíveis de atendimento em HD
829	R\$ 275.462,92 (*)

(*) Valores atualizados para agosto/2009 pelo índice IGP-DI (FGV).

Quadro 30 – Cálculo da receita estimada de 829 PPAHD, no período de 11 meses.

O total de permanência estimado para os pacientes passíveis de atendimento em Hospital Dia foi de 829 dias, no Cenário III, conforme quadro 22.

A receita média estimada por dia de permanência e por paciente foi de R\$ 332,28, no Cenário III. (Quadro 31)

Características	Valores em Reais
Receita média estimada por dia de permanência (R\$ 275.462,92 / 829)	332,28
Receita média estimada por paciente (R\$ 275.462,92 / 829)	332,28

Valores atualizados para agosto/2009 com base no IGP-DI (FGV).

Quadro 31 – Receitas estimadas das Internações, receita média por dia de permanência e receita média dos PPAHD, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007.

5.12 COMPARATIVO DAS RECEITAS DA INTERNAÇÃO CONVENCIONAL DOS PACIENTES CLASSIFICADOS *VERSUS* AS RECEITAS ESTIMADAS DA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DIA.

A diferença entre a receita real das internações, em regime convencional, para a receita estimada das internações, em regime de Hospital Dia, foi de R\$ 1.136.364,54 a maior para o Cenário I, de R\$ 814.704,20 a maior para o Cenário II e de R\$ 196.434,12 a menor para o Cenário III. (Tabela 11)

Tabela 11 – Comparativo entre a receita real em regime convencional e a receita estimada em regime de Hospital Dia, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007.

Receita Real ocorrida no Regime Convencional	Receita estimada para o Regime de Hospital Dia		
	Cenário I	Cenário II	Cenário III
829 pacientes	4.840 pacientes	3.872 pacientes	829 pacientes
R\$ 471.897,04 (*)	R\$ 1.608.261,58 (*)	R\$ 1.286.601,26 (*)	R\$ 275.462,92 (*)
Diferença em Reais	R\$ 1.136.364,54	R\$ 814.704,20	(R\$ 196.434,12)
Diferença em %	340,8%	272,6%	(58,4%)

(*) Valores atualizados para agosto/2009 com base no IGP-DI (FGV).

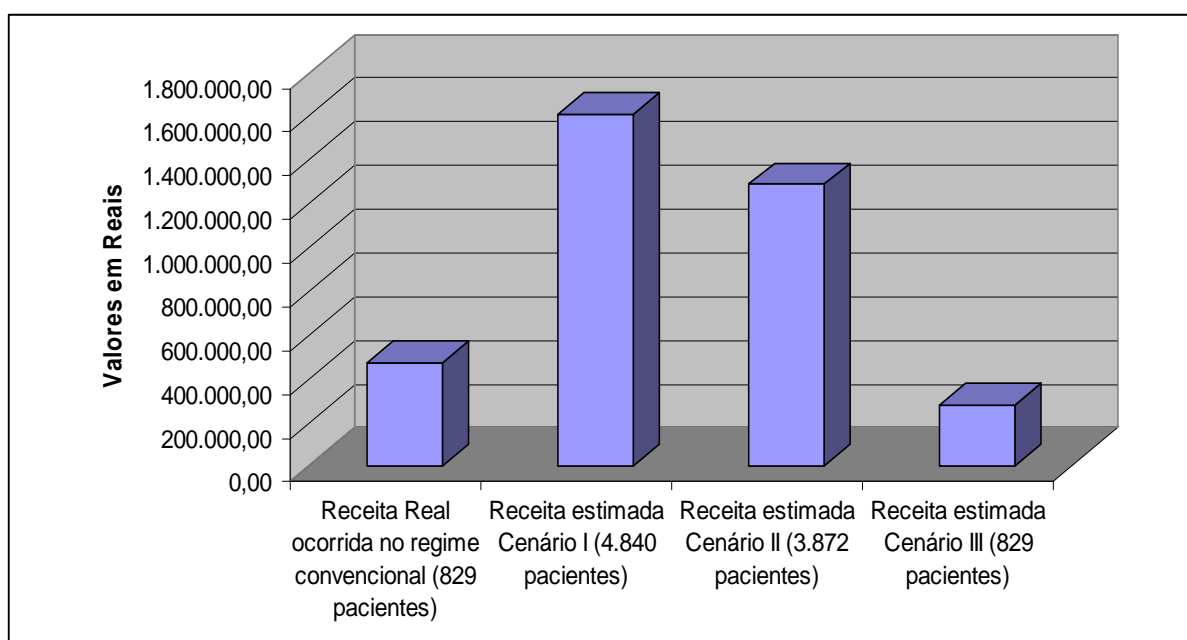


Gráfico 11 – Comparativo da receita real ocorrida no regime convencional *versus* a estimada para o regime de Hospital Dia, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007.

A diferença entre a receita média estimada por dia de permanência ocorrido no regime convencional, para a receita média estimada por dia de internação em regime de Hospital Dia foi de R\$ 243,18 a mais para os Cenários I, II e III. (Tabela 12)

Tabela 12 – Comparativo da receita média estimada por dia de permanência ocorrido no regime convencional e a estimada em regime de Hospital Dia, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007.

Receita média Real ocorrida no Regime Convencional	Receita média estimada para o Regime de Hospital Dia		
	Cenário I	Cenário II	Cenário III
5.296 dias de permanência R\$ 89,10 (*)	4.840 dias de permanência R\$ 332,28 (*)	3.872 dias de permanência R\$ 332,28 (*)	829 dias de permanência R\$ 332,28 (*)
Diferença em Reais	R\$ 243,18	R\$ 243,18	R\$ 243,18
Redução em %	372,9%	372,9%	372,9%

(*) Valores atualizados para agosto/2009 com base no IGP-DI (FGV).

A diferença entre a receita média estimada por paciente ocorrido no regime convencional, para a receita média estimada por paciente em regime de Hospital Dia foi de R\$ 236,96 a menor para os Cenários I, II e III. (Tabela 13)

Tabela 13 – Comparativo da receita média estimada por paciente ocorrido no regime convencional e a estimada em regime de Hospital Dia, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007.

Receita média Real ocorrida no Regime Convencional	Receita média estimada para o Regime de Hospital Dia		
	Cenário I	Cenário II	Cenário III
829 pacientes R\$ 569,24 (*)	4.840 pacientes R\$ 332,28 (*)	3.872 pacientes R\$ 332,28 (*)	829 pacientes R\$ 332,28 (*)
Diferença em Reais	(R\$ 236,96)	(R\$ 236,96)	(R\$ 236,96)
Redução em %	(58,4%)	(58,4%)	(58,4%)

(*) Valores atualizados para agosto/2009 com base no IGP-DI (FGV).

5.13 COMPARATIVO GERAL DOS CUSTOS E DAS RECEITAS (REGIME CONVENCIONAL *VERSUS* REGIME DE HOSPITAL DIA)

Os custos e as receitas reais da internação em regime convencional são proporcionais aos 829 pacientes atendidos pelo HU no período de 11 meses. Os custos e as receitas estimadas para internação em regime de HD são proporcionais aos casos estimados para o período de 11 meses, para os cenários I, II e III.

Os custos estimados para o regime de Hospital Dia apresentaram uma redução importante, representando um decréscimo de 84,5% para o cenário I, 85,8% para o cenário II e 89,8% para o cenário III, em relação aos custos do regime convencional.

As receitas estimadas para o regime de Hospital Dia apresentaram um acréscimo de 340,8% para o cenário I e 272,6% para o cenário II e um decréscimo de 58,4% para o cenário III, em relação às receitas do regime convencional. (Tabela 14)

Tabela 14 – Comparativo de custos e receitas entre o regime convencional e o regime de Hospital Dia, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007.

Item	Ocorridos no regime convencional	Estimados para o regime de Hospital Dia		
		Cenário I	Cenário II	Cenário III
	829 casos	4.840 casos	3.872 casos	829 casos
Total dos Custos no período de 11 meses	R\$ 3.494.437,26 (*)	R\$ 542.032,17 (**)	R\$ 497.308,43 (**)	R\$ 356.719,36 (**)
Total das Receitas no período de 11 meses	R\$ 471.897,04 (*)	R\$ 1.608.261,58 (*)	R\$ 1.286.601,26 (*)	R\$ 275.462,92 (*)
Diferença em Reais	R\$ (3.022.540,22)	R\$ 1.066.229,41	R\$ 789.292,83	R\$ (81.256,44)

(*) Valores referentes a 2007, atualizados para agosto/2009 pelo IGP-DI(FGV).

(**) Valores referentes a agosto/2009.

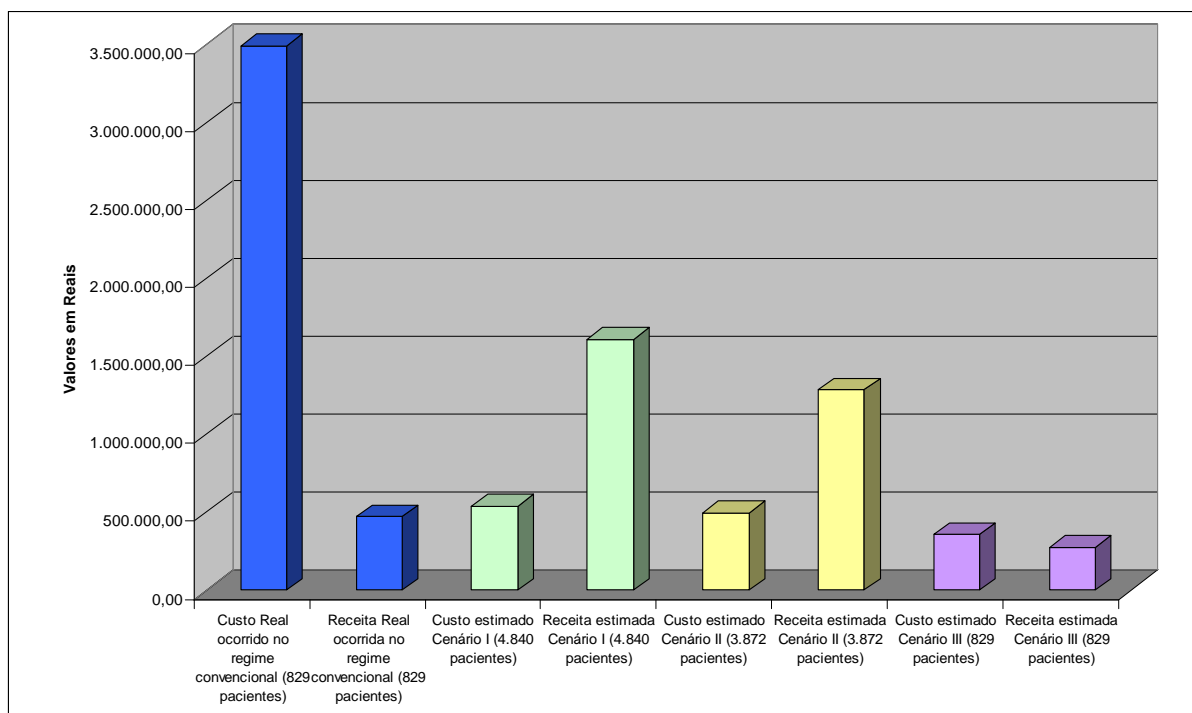


Gráfico 12 – Comparativo dos custos e receitas ocorridas no regime convencional *versus* os custos e as receitas estimadas para o regime de Hospital Dia, Hospital Universitário, Londrina, PR, 2007.

6 DISCUSSÃO

A presente pesquisa demonstrou que dos 9.425 procedimentos realizados pelo HU no período de janeiro a novembro de 2007, em regime convencional, 829 eram passíveis de atendimento em regime de Hospital Dia, representando 8,8% dos casos. Estes dados respondem afirmativamente a 1ª. Hipótese de que existe um significativo percentual de agravos de saúde que podem ser tratados em um serviço de Hospital Dia.

Fazendo uma leitura dos procedimentos realizados pelo Hospital Universitário no período de 2000 a 2006, observa-se que houve uma redução gradativa de 13.000 para 10.767 casos, representando uma queda de 17,2% no período. Também nesse período houve uma redução nos casos de procedimentos passíveis de atendimento em Hospital Dia, mas a proporção de casos passíveis de atendimento em Hospital Dia *versus* os casos totais se manteve estável, passando de 7,4% em 2000 para 7,5% em 2006. (Gráfico 2)

Apesar do percentual de 8,8%, de pacientes passíveis de atendimento em regime de Hospital Dia, encontrado no HU em 2007 (Gráfico 3) ser quase a metade daquele encontrado para o Município de Londrina (18,96%) (Tabela 2), vale lembrar que os dados para Londrina levam em conta os procedimentos faturados em todos os Hospitais do município, com diferentes características (secundário e terciário) e complexidades (média e alta). O Hospital Universitário, por sua vez, é um hospital terciário e de alta complexidade, sendo inclusive referência para o Ministério da Saúde em inúmeros procedimentos com essas características. Portanto, neste cenário, o percentual de 8,8% encontrado no HU passa a ser importante e pressupõe-se que seja ainda maior para os Hospitais secundários e de média complexidade.

Nos Estados Unidos, onde o setor da saúde enfrenta uma longa crise justamente por conta dos altos custos dos procedimentos, as cirurgias feitas em hospitais dia já representam quase 80% do total. No Brasil, o percentual, ainda que significativo, está próximo de 35%. Mas a tendência apontada por profissionais da área é de alcançar a realidade americana, em alguns anos. (CAETANO, 2010)

Vale lembrar que na pesquisa nacional desenvolvida por Forgia e Couttolenc (2009) ficou demonstrado que quase 30% das internações hospitalares

no Brasil ocorrem por condições que poderiam ser tratadas em ambulatório, o que dá uma idéia da potencial demanda de serviços de Hospital Dia. Ainda segundo os autores, “embora cirurgias ambulatoriais e outras iniciativas para a redução de custos venham ganhando mais espaço, a ineficiência e os custos resultantes da dependência excessiva do hospital permanecem altos”. (2009, p.101)

No final de 2009, em razão do aumento na demanda de pacientes passíveis de atendimento em Hospital Dia, o Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da USP – Universidade de São Paulo ampliou em 30% a oferta de leitos nesse tipo de regime, passando de 18 para 25 leitos. (HOSPITAL..., 2010a)

O montante de leitos ocupados por pacientes passíveis de atendimento em Hospital Dia observado no presente estudo nos permite visualizar vantagens adicionais no que diz respeito a ampliação de leitos. Caso o Hospital Universitário dispusesse de um serviço de Hospital Dia, exceto alguns poucos casos que evoluíram para uma internação de maior complexidade, a maioria absoluta dos leitos convencionais que foram ocupados por estes pacientes, passíveis de atendimento em regime de Hospital Dia, poderiam ter sido disponibilizados para outros pacientes que de fato teriam requerido um atendimento de média e alta complexidade. Portanto o número de atendimentos do HU em 2007 poderia ter sido de 10.254 casos, sendo: 9.425 casos efetivamente ocorridos, mais 829 pacientes passíveis de atendimento em regime de Hospital Dia que ocuparam os leitos convencionais, quando poderiam estar no regime de HD, o que representaria um aumento de 8,8% dos atendimentos no regime convencional. Tais dados permitem afirmar que a inserção do serviço de Hospital Dia possibilita um aumento na oferta do número de leitos, tanto para o regime convencional quanto para o de HD.

Além disso, é possível avaliar que, na hipótese da existência de um serviço de Hospital Dia no HU, poderia ter ocorrido um maior número de atendimentos total no período, somados o atendimento ocorrido no regime convencional mais a estimativa de atendimento no regime de HD, sendo: 4.840 a mais no cenário I; 3.872 a mais no cenário II e 829 a mais no cenário III. Ainda que a demanda total não atingisse as estimativas dos cenários I e II, qualquer outro número de atendimento em regime de Hospital Dia, que provavelmente seria maior do que os 829 casos ocorridos, propiciariam um impacto positivo no sistema de saúde pela abertura de “novas vagas” de internação, e ao mesmo tempo uma maior receita financeira ao Hospital pela captação de recursos provenientes deste serviço.

Quanto à demanda reprimida (fila de espera) até junho de 2010, segundo dados do SAME/HU, havia mais de 2.300 laudos de AIHs cirúrgicas que estavam no aguardo da liberação da Diretoria de Auditoria, Controle e Avaliação – DACA, ligada à Secretaria de Saúde do Município de Londrina (gestão plena), responsável pela autorização das AIHs solicitadas pelos Hospitais de Londrina, muitas das quais seriam passíveis de atendimento em regime de Hospital Dia.

Quanto às características sociodemográficas dos pacientes classificados como passíveis de atendimento em Hospital Dia, destaca-se no perfil da idade que o maior percentual dos casos se enquadra no perfil de adulto/jovem, sugerindo uma maior compatibilidade com as características de um serviço de Hospital Dia, que dispõe de uma estrutura operacional menos complexa que o regime convencional, portanto mais adequada a esta faixa de idade.

Relativo a procedência dos pacientes, ficou evidente que a maioria dos pacientes atendidos pelo HU em 2007, passíveis de atendimento em HD, tinha residência no município de Londrina, com 68,4% dos casos, que somados àqueles residentes em outros municípios da região metropolitana de Londrina (15,7%), totalizaram mais de 84% dos pacientes. Considerando-se as características de um serviço de Hospital Dia como sendo a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, que requer uma permanência do paciente na unidade por um período máximo de 12 horas, conforme preconiza a Portaria 44/2001/MS (BRASIL, 2001), este fator é de grande importância, pois havendo a necessidade do paciente se deslocar do Hospital até a sua residência e vice-versa, quanto maior a proximidade entre ambos, maior será o conforto e a facilidade de acesso dos pacientes, bem como da eficiência no tratamento dos mesmos, pois a frequência aos serviços, nesse caso, é de fundamental importância para o seu êxito.

Os pacientes com o tempo de internação entre um e três dias, totalizaram 49,7% dos casos. E mesmo que se considere o intervalo entre um e seis dias, o total será de 70,6% dos casos. Esse intervalo de tempo é compatível com as características de um serviço de Hospital Dia, que prevê uma permanência de curta duração do paciente na unidade de serviço. Apesar do Hospital Universitário ser terciário e de alta complexidade, a maioria absoluta dos 829 pacientes atendidos no hospital em 2007 tiveram um curto tempo de internação.

Outro aspecto importante a ser observado neste quesito é que, no regime de Hospital Dia, o risco do paciente contrair infecções hospitalares é reduzido

a níveis mínimos, com ganhos para o paciente, por sua recuperação mais rápida, e para o Hospital, pela redução de custos com materiais médico-hospitalares e medicamentos. Forgia e Couttolenc (2009, p.85) afirmam que “Permanências mais longas do que o necessário desperdiçam recursos hospitalares e pode dificultar o acesso a leitos por pacientes com condições mais graves, ou até mesmo correndo risco de morte”. Internações mais longas, quando desnecessárias, podem inflacionar a taxa de ocupação de leitos, além disso não existem evidências de que o tempo médio de permanência mais longo resultem em uma maior qualidade de atenção ou que venham a melhorar os resultados para o paciente.

O grau de dependência de cuidados de enfermagem também é um importante fator de avaliação deste estudo. Considerando que o regime de Hospital Dia, por suas características, requer um menor grau de dependência de cuidados de enfermagem, o resultados também corroboram estas características, visto que os casos classificados em grau I e II representam 45,2% do total. Caso os 829 pacientes fossem atendidos em um serviço específico de Hospital Dia, muito provavelmente a média do grau de dependência de cuidados de enfermagem ficaria mais próxima do grau I do que do grau II.

Somente com base nos dados levantados por este estudo não é possível afirmar objetivamente que o Hospital Dia possibilite um atendimento mais humanizado aos usuários. Para tanto é recomendável a realização de um estudo mais específico e aprofundado para tratar deste tema e assim poder confirmar, ou não, tal hipótese. No entanto é possível inferir essa possibilidade, visto que havendo um menor tempo de internação dos pacientes (quase metade dos casos com tempo entre um a três dias); um menor grau de dependência de cuidados de enfermagem (mais de 41% dos casos classificados entre grau I e II); a possibilidade de ser mantido o convívio familiar do paciente (retorno à residência e cuidados complementares pela família); o atendimento em um ambiente diferenciado e especialmente projetado para este fim e, uma menor possibilidade de infecção hospitalar em razão da menor interação com outros ambientes hospitalares que oferecem maior risco de contágio, com certeza os conceitos de humanização estarão mais presentes na vida não só dos pacientes, mas também de toda a equipe de trabalho envolvida.

Como lembra Salzano e Cordas (2003, p. 92) o tratamento em Hospital Dia mantém a autonomia do paciente que não vê o tratamento como algo

punitivo, havendo redução do nível de dependência das equipes profissionais e mantendo intacto o relacionamento familiar destes, o que vem ao encontro das políticas de humanização do Ministério da Saúde, que destaca a existência de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares como as de cuidados domiciliares.

De um total de 150 procedimentos diferentes ocorridos com o atendimento dos 829 pacientes em 2007 no HU, 51,5% dos casos se concentraram em 13 procedimentos principais. Esta característica epidemiológica dos pacientes atendidos pelo HU em 2007 poderá, ou não, ser igual em outros períodos ou Hospitais Universitários de outras regiões. Considerando que todos os 150 procedimentos ocorridos estão previstos nas Portarias nº. 44/2001/MS (BRASIL, 2001) e nº. 893/SAS/MS (BRASIL, 2002), os dados são significativos do ponto de vista do planejamento dos serviços, que deve levar em conta os procedimentos mais relevantes e recorrentes para o aporte de recursos físicos, materiais e humanos, visando o atendimento dos potenciais pacientes passíveis de atendimento em regime de Hospital Dia.

A demanda por novos serviços, a necessidade da incorporação de novas tecnologias e a disponibilidade de insumos de última geração, por exemplo, tem forçado uma elevação constante dos custos hospitalares. Por outro lado as fontes de receitas, principalmente dos hospitais públicos ou integrantes do Sistema Único de Saúde, na maioria das vezes, estão fora da governabilidade destas organizações. O desafio de equilibrar custos crescentes, impostos pelo mercado fornecedor, com receitas instáveis ou imprevisíveis, tem exigido dos Hospitais, cada vez mais criatividade e competência para a gestão dos seus negócios.

Segundo Carvalho (2007, p. 889) “Sem dúvida o caminho para a sustentabilidade da assistência médico-hospitalar pública passa pela busca e adoção de diretrizes, metodologias e instrumentos voltados ao aumento da receita e à redução dos custos”.

Os custos estimados para o regime de Hospital Dia se mostraram favoráveis nos cenários I (4.840 pacientes), II (3.872 pacientes) e III (829 pacientes), sendo, respectivamente, 84,5%, 85,8% e 89,8% menores do que os custos reais das internações dos 829 pacientes passíveis de atendimento em regime de Hospital Dia, atendidos no regime convencional.

Em relação ao custo médio por dia de permanência, haveria uma redução de 83% do regime de Hospital Dia para o cenário I, de 80,5% para o cenário II e de 34,8% para o cenário III, quando comparado com o regime convencional. Também o custo médio estimado por paciente no regime de Hospital Dia teria uma redução de 97,3% no cenário I, de 97,0% no cenário II e de 89,8% no cenário II, em relação ao custo médio por paciente no regime convencional.

O conjunto destes cálculos, que tiveram por base os dados fornecidos pelo Hospital Universitário, respondem positivamente a segunda hipótese levantada neste estudo de que “O custo de internação no regime de Hospital Dia é menor que o da internação em regime convencional”.

Outros cenários também confirmaram esta hipótese. Segundo o Centro Médico Rio Branco de Juiz de Fora, MG, o Hospital Dia tem um custo médio de serviços até 30% inferior a dos hospitais convencionais, na maioria dos casos. (JURGENFELD, 2010)

Nas experiências obtidas pelo Sanare Day Hospital de São Paulo/SP (SANARE..., 2009) e Fleury Hospital Dia (HOSPITAL..., 2009), como também em pesquisas/estudos de vários autores como Behle: (1997), Silveira (2001), Capomolla (2002), Tousignant (2003) e Finajelsztejn (2007), ficou demonstrado uma redução significativa nos custos do tratamento de pacientes em regime de Hospital Dia, quando comparados com o regime convencional.

Quanto às receitas financeiras estimadas para o serviço de Hospital Dia, haveria um aumento de 340,8% para o cenário I (4.840 pacientes), de 272,6% para o cenário II (3.872 pacientes) e um decréscimo de 58,4% para o cenário III (829 pacientes), em relação aquelas efetivamente ocorridas no regime convencional, considerando o pagamento pelo SUS de um procedimento por paciente e a média de permanência de um dia por paciente. Numa projeção de atendimento de 1.563 casos por ano no regime de Hospital Dia, equivalente a uma média de 142 casos por mês, o valor da receita estimada seria igual ao valor da receita real obtida pelo HU, relativo aos 829 casos atendidos no regime convencional.

Vale ressaltar que os cálculos para a receita estimada levou em conta apenas um dia de internação, enquanto a receita obtida no regime convencional levou em conta todo o período de internação dos pacientes, que variou de um a 63 dias de permanência.

Complementarmente a avaliação dos custos, também é possível verificar que as receitas estimadas para o regime de Hospital Dia nos cenários I e II, com base nos dados do Hospital Universitário, também se mostram superiores àquelas obtidas no regime convencional, respondendo, dessa forma, positivamente a hipótese de que a receita decorrente da internação no regime de Hospital Dia é maior que o da internação convencional. Nos hospitais privados este aspecto tem ainda maior relevância, visto que eles visam o lucro. Como exemplo, em 2008 o Hospital Dia e Maternidade Unimed-BH obteve um crescimento de 9% na sua receita bruta, em relação a 2007, com uma taxa de ocupação média anual de 73%. (HOSPITAL..., 2010b)

CONCLUSÃO

Da análise resultante de todos os itens suscitados na presente pesquisa, estes se mostraram favoráveis, quantitativamente e qualitativamente, ao regime de Hospital Dia, quando comparados com o regime convencional, para aqueles pacientes passíveis de atendimento em Hospital Dia, conforme critérios estabelecidos pelas Portarias nº. 44 de 10 de janeiro de 2001 (BRASIL, 2001), e nº. 893 – SAS/MS de 07 de novembro de 2002. (BRASIL, 2002)

Feita a identificação dentre as 9.425 internações ocorridas no Hospital Universitário compatíveis com os procedimentos indicados para o Hospital Dia, conforme critérios fixados pelo Ministério da Saúde, no período de janeiro a novembro de 2007, verificou-se que 829 casos eram passíveis de atendimento em Hospital Dia, o que representa 8,8% do total, número este que é significativo levando-se em conta que o Hospital Universitário é de alta complexidade.

A análise das características sociodemográficas dos pacientes internados, classificados como passíveis de atendimento em Hospital Dia, demonstrou que 63% eram do sexo masculino e apontou que a maioria dos pacientes se enquadra no perfil de adulto/jovem (20 a 39 anos). Relativo a procedência dos pacientes, a maioria absoluta dos casos (84%), eram residentes na região metropolitana de Londrina.

Quanto à análise das características das internações do pacientes, do total dos casos atendidos pelo Hospital Universitário, 49,7% tiveram um tempo de internação entre um e três dias. Referente ao grau de dependência de cuidados de enfermagem, 45,2% dos casos foram classificados em grau I e II. De um total de 150 procedimentos diferentes ocorridos com o atendimento dos 829 pacientes em 2007 no HU, 51,5% dos casos se concentraram em 13 procedimentos principais de baixa e média complexidade.

A comparação entre o custo e a receita ocorrida no regime de internação convencional *versus* o custo e a receita estimada no regime de Hospital Dia, resultou de modo favorável ao segundo regime. O custo estimado para o atendimento de potenciais pacientes passíveis de atendimento em regime de Hospital Dia foi 84,5% menor no cenário I (4.840 pacientes), 85,8% menor no cenário II (3.872 pacientes) e 89,8% menor no cenário III (829 pacientes), quando

comparado com o custo ocorrido com os 829 pacientes atendidos no regime convencional, tomando-se por base os custos fornecidos pelo Hospital Universitário para as unidades de internação masculina e do ambulatório.

Quanto às receitas financeiras estimadas para o regime de Hospital Dia, estas seriam 340,8% maiores no cenário I (4.840 pacientes), 272,6% maiores no cenário II (3.872 pacientes) e 58,4% menores no cenário III, em relação aquelas efetivamente ocorridas no regime convencional, levando-se em conta o pagamento pelo SUS de um procedimento por paciente e a média de permanência de um dia por paciente, em regime de Hospital Dia.

O Hospital Dia, portanto, mostra-se como uma alternativa viável para o atendimento de pacientes que requeiram uma assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial para a realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, com permanência na unidade hospitalar por um período máximo de 12 horas, resultando em benefícios para os três segmentos da área da saúde: Gestor, Prestador e Usuário.

O Sistema de Saúde seria beneficiado em razão da maior disponibilidade de leitos, tanto pela oferta adicional de leitos no regime de Hospital Dia quanto pelo aumento na disponibilidade de leitos no regime convencional, decorrente do redirecionamento dos pacientes passíveis de atendimento em Hospital Dia e que estão ocupando leitos convencionais.

Seria possível também proporcionar atendimentos mais ágeis e em maior número ao sistema de saúde, visto que os serviços médico-hospitalares a serem prestados no regime de Hospital Dia são de menor complexidade que aqueles ocorridos no regime convencional. E ainda, como reflexo direto desses dois benefícios, haveria uma maior eficiência da rede hospitalar disponível, pela possibilidade de um melhor arranjo físico de suas instalações e otimização dos recursos materiais, humanos e financeiros existentes de forma mais eficiente e compatível com as necessidades requeridas pela sociedade.

O Hospital por sua vez seria beneficiado pelo menor custo de internação no regime de Hospital Dia, conforme demonstra o presente estudo, quando comparado com o regime convencional, e por uma maior receita faturada em vista da possibilidade de ser realizado um maior número de procedimentos mensais, em razão de suas características de atendimento de menor complexidade.

E quanto aos pacientes, pressupõe-se que haveria um atendimento mais humanizado em favor destes por conta da disponibilidade de um ambiente mais harmonioso e adequado aos procedimentos passíveis de atendimento em Hospital Dia, pelo menor tempo de internação a que os pacientes estariam sujeitos e, complementarmente, pelo menor risco de infecção hospitalar destes, em razão dos procedimentos serem menos complexos e pela menor exposição e interação ao ambiente hospitalar.

Em vista disso, o Hospital Dia pode ser entendido como um novo arranjo organizacional nas Instituições Hospitalares tradicionais, não tanto pelo aspecto da novidade já que a idéia remonta a década de 60, mas especialmente por ser uma proposta inovadora no sentido de induzir positivamente o desempenho hospitalar na busca de melhorias na qualidade e eficiência dos serviços prestados em favor dos usuários, conforme Forgia e Couttolenc. (2009, p.179)

Por fim, é possível afirmar que a introdução do serviço de Hospital Dia, entendido como um “novo arranjo organizacional”, num Hospital Universitário ou em Instituições Hospitalares equivalentes, seria factível e justificável por suas inúmeras vantagens técnicas, operacionais e financeiras, merecendo por parte do Ministério da Saúde uma reavaliação das suas políticas de investimentos, que leve em conta o regime de Hospital Dia como uma proposta viável para o enfrentamento de parte dos problemas do Sistema Único de Saúde em resposta às inúmeras demandas de serviços de saúde requeridos pela sociedade.

REFERÊNCIAS

ARANHA, G.T. C.; VIEIRA, R. W. Estudo de um dos indicadores do custo da qualidade: o desperdício. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 6, n. 23, p. 43-55, abr./jun. 2004.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E DE ENSINO – ABRAHUE. **Carta ao presidente da república reivindica financiamento adequado da saúde**. Disponível em: <http://www.crmpr.org.br/ver_noticias>. Acesso em: 8 nov. 2008.

ASSOCIAÇÃO DOS DOCENTES DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - ADUnB. **Dívidas e problemas de infraestrutura ameaçam hospitais universitários**. Disponível em: <<http://www.adunb.org.br/index.php:dividas-e-problemas-de-infraestrutura-ameacam-hospitais-universitarios>>. Acesso em: 03 abr. 2010.

AZOUBEL NETO, D.; BORGES, I. R. Organização e funcionamento de um hospital diurno em uma clínica particular. **Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina**, Buenos Aires, v. 17, p. 33-38, 1971.

BEHLE, I. O sistema hospital-dia na assistência às gestantes com intolerância aos hidratos de carbono e diabetes mellitus. **Revista Ginecologia & Obstetria**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 120-132, jul./ago./set. 1997.

BLAYA, M. O primeiro hospital-dia psiquiátrico no Brasil: análise do seu funcionamento e de seus problemas. **Arquivos da Clínica Pinel**, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 28-33, 1962.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de informação da saúde suplementar**: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **A prática do controle social**: conselhos de saúde e financiamento do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

_____. Constituição. (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulga a Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/leg>>. Acesso em: 15 fev. 2009.

_____. **DATASUS**: indicadores e dados básicos. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov>>. Acesso em: 7 maio 2009a.

_____. **Emenda Constitucional nº. 29 de 13 de setembro de 2000**. 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>. Acesso em: 18 maio 2009.

_____. **Financiamento da saúde**: novos desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Fundo Nacional de Saúde. **Gestão financeira do Sistema Único de Saúde**: manual básico. 3. ed. Brasília, 2003b. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Manual>>. Acesso em: 2. nov. 2008.

_____. **Lei n. 8.080/1990, 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. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br>>. Acesso em: 18 jul. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Informações de Saúde** : demográficas e socioeconômicas. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acesso em: 07 maio 2009b

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de DST/AIDS** : princípios, diretrizes e estratégias. Brasília : Ministério da Saúde, 1999. 90p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf Acesso em: 18 jul. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.414, de 23 de março de 1998a**. Estabelece critérios para credenciamento de unidade para atendimento em regime de Hospital-Dia geriátrico. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br>>. Acesso em: 17 jul. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 893, de 12 de novembro de 2002**. Estabelece a nova composição dos grupos de procedimentos na especialidade de Ortopedia, constante na Tabela do SIH/SUS. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br>>. Acesso em: 17 jul. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 224, de 29 de janeiro de 1992**. Estabelece diretrizes, aperfeiçoa a regulamentação dos CAPS e NAPS e tipifica as unidades fundamentais da rede. Disponível em:

<http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-mental/PORTARIA_224.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 93, de 31 de maio de 1994. Dispõe sobre hospital dia para tratamento de AIDS. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 104, de 3 de junho de 1994. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br>>. Acesso em: 17 jul. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 7 maio 2009.

_____. Ministério da Saúde. **O que é alta complexidade**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id_area=835 Acesso em 07 maio 2009c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **HumanizaSUS** : Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília : Ministério da Saúde, 2004. 20p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Mais saúde** : direito de todos : 2008-2011. 2.ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2008a. 100p.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria n. 119, de 12 de julho de 1996**. Altera a forma de cobrança do quantitativo de diárias dos Grupos de Procedimentos no Hospital - Dia AIDS e Hospital - Dia Psiquiatria. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/aids/SAS_P93_94aids.doc> Acesso em: 22 fev. 2010.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria n. 2.415, de 23 de março de 1998b**. Estabelece requisitos para credenciamento de Unidades Hospitalares e critérios para realização de internação em regime de hospital-dia. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br>>. Acesso em: 17 jul. 2008.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria n. 44, de 10 de janeiro de 2001.** Define como Regime de Hospital-Dia a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para a realização de procedimentos clínicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram o paciente na unidade por um período de no máximo de 12 horas. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 17 jul. 2008

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro nacional de estabelecimentos da saúde.** Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 17 jul. 2008b.

CAETANO, R. Hospitais buscam melhorar o atendimento ao paciente. Disponível em: <<http://www.decisionreport.com.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm>>. Acesso em: 15 mar. 2010.

CAMAROTTI, H. Inserção no trabalho: avaliação dos resultados de sete anos de hospital-dia do Instituto de Saúde Mental do DF. **Revista de Saúde do Distrito Federal**, Brasília, v. 6, n. 3, p. 27-34, 1995.

CAMPOS, M. A. **O hospital-dia como alternativa assistencial em psiquiatria: opinião de pacientes e seus familiares.** 1986. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

CAPOMOLLA, S. et al. Cost/utility ratio in chronic heart failure: comparison between heart failure management program delivered by Day-Hospital and usual care. **Journal of the American College of Cardiology**, New York, v. 40, n. 7, p. 1259-1266, 2002.

CARVALHO, D. M. T. de. Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 879-892, 2007.

CECILIO, L. C. de O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set. 1997.

_____. Mudar modelos de gestão para mudar o hospital: cadeia de apostas e engenharia de consensos. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 1, n. 2, p. 4-26, jun. 2000.

CENTRO médico hospitalar sanatório. **Revista em foco**, n. 21, 2005. Disponível em: <http://gw3-al.com.br/site/index.php?option=com_content&task=view&id=187&Itemid=28> Acesso em: 10 jan. 2009.

CENTRO HOSPITALAR DO PORTO. **Hospital Dia**. Disponível em: <<http://www.hgsa.pt/ver.php?cod=0G0E>>. Acesso em: 10 jan. 2009.

CELHO JUNIOR, C.; MAEDA, S. T. **Parâmetros para o planejamento e dimensionamento da força de trabalho em hospitais gerais**. São Paulo : Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Normatiza em âmbito Nacional a obrigatoriedade de haver Enfermeiro em todas as unidades de serviço onde são desenvolvidas ações de Enfermagem durante todo o período de funcionamento da instituição de saúde **Resolução n. 189 de 25 de março de 1996**. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp?ArticleID=7037§ionID=34>>. Acesso em: 18 maio 2009.

COSTA, M. **Hospitais de Londrina voltam a ficar superlotados**. Disponível em: <<http://www.bonde.com.br>>. Acesso em: 4 nov. 2009.

CRISTO, L. **Faltam leitos do Sistema Único de Saúde em Londrina**. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/noticias>. postado em 05.03.2009>. Acesso em: 3 nov. 2009.

_____. **Hospital Universitário de Londrina apresenta superlotação**. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/noticias>>. Acesso em: 3 nov. 2009.

DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl., p. 1851-1864, 2007.

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

DUARTE, I. G. Leitos hospitalares: algumas considerações. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 2, n. 5, p. 5-9, dez, 1999.

FALK, J. A. **Gestão de custos para hospitais**. São Paulo: Atlas, 2001.

FALK, M. L. R. et al. Contextualizando a política nacional de humanização: a experiência de um hospital universitário. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 135-144, 2006.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECILIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 965-971, 2007.

FEUERWERKER, L. Modelos tecno-assistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005.

FINKELSZTEJN, A. **Tratamento do surto de esclerose múltipla em Hospital-dia: estudo de custo-minimização**. 2007. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/pg>>. Acesso em: 3 nov. 2009.

FORGIA, G. M. La; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. São Paulo: Singular, 2009.

FRANÇA, A. M. **Número de leitos hospitalares cai 5,9% entre 2002 e 2005**. Disponível em : <<http://www.ilheusamado.com.br> > Acesso em: 3 nov. 2009.

FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASAROLI, A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Ciência, Cuidados e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 5-75, jan./mar. 2008.

FUGULIN, M. F. T. et al. Implantação do sistema de classificação de pacientes na unidade de Clínica Médica do Hospital Universitário de S. Paulo . *Rev. Med. HU-USP*, v. 4, n. 1/2, p. 63-8, 1994.

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS. **Índice geral de preços : IGP-DI : disponibilidade interna**. Disponível em: < <http://www.portalbrasil.net/igp.htm>> Acesso em: 15 março 2010.

GIACOMELLO, K. J. et al. **Classificação de pacientes segundo complexidade de cuidados de enfermagem em uma enfermaria geral de adultos: resultados preliminares**. Disponível em: <<http://www.prp.unicamp.br/pibic/congressos/xvcongresso>>. Acesso em: 10 out. 2008.

HOSPITAL Dia do HC tem aumento de 30% nos leitos com inauguração de novas instalações. Disponível em: <<http://hctv.com.br/hospital-dia-do-hc-tem-aumento-de-30-nos-leitos-com-inauguracao-de-novas-instalacoes>>. Acesso em: 15 mar. 2010a.

HOSPITAL Dia e Maternidade Unimed-BH obtém 9% de crescimento da receita. Disponível em: <<http://www.saudebusinessweb.com.br/noticias/index.asp>>. Acesso em: 15 mar. 2010b.

HOSPITAL do Futuro. **Revista saúde em dia**. Edição n. 12. Disponível em: <<http://www.fleury.com.br>>. Acesso em: 10 jan. 2009.

INDICADORES básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 298p

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Orçamento e gestão** : 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/series_estatisticas/exibedados.php>. Acesso em: 10 nov. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Estatísticas da Saúde**: assistência médico-sanitária 2005. Brasília: IBGE, 2006. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/ams/2005/ams2005.pdf>> Acesso em: 10 nov. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Estimativas das Populações Residentes, em 1º. de Julho de 2009, segundo os Municípios**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP_2009_TCU.pdf> Acesso em: 10 jan. 2010.

JOSUÉ, M. S. et al. **As informações de custos como instrumento de controle gerencial nos hospitais públicos**. In: FÓRUM ESTADUAL DE AUDITORIA, 3., ; SEMINÁRIO REGIONAL DE AUDITORIA E CONTROLADORIA, 1., 2003, Fortaleza. Disponível em: <www.classecontabil.com.br/trabalhos/ISRAC>. Acesso em: 28 abr. 2009.

JURGENFELD, V. Centro Médico Rio Branco. **Hospital dia**. Disponível em: <<http://www.cmrbjf.com.br/hospitaldia.htm>>. Acesso em: 14 mar.,2010

KLAR, H.; FANCES, A.; CLARKIN, J. Selection criteria for partial hospitalization. **Hospital & Community Psychiatry**, Washington, n. 33, p. 929-33, 1982.

LAUS, A. M.; ANSELMINI, M. L. Caracterização dos pacientes internados nas unidades médicas e cirúrgicas do hcfmrp-usp, segundo grau de dependência em relação ao cuidado de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 643-649, jul./ago. 2004.

LIMA, M. C. P.; BOTEGA, N. J. Hospital-dia: para quem e para quê? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 195-199, 2001.

LISBOA, T. C. Breve história dos hospitais. **Notícias Hospitalares**, São Paulo, v. 4, n. 37, jun./ jul. 2002. Disponível em: <<http://www.prosaude.org.br/noticias/jun2002/pgs/encarte.htm>>. Acesso em: 9 out. 2008.

LUPORINI, F. **Qualidade de vida**. Disponível em: <<http://www.fiepr.org.br/redeempresarial/nucleo/londrina>>. Acesso em: 3 nov. 2009.
MARQUES, D. **Fleury Hospital-Dia**: um novo modelo para a saúde. Disponível em: <http://www.fleury.com.br/Clientes/SaudeDia/RevistaSaudeEmDia/pages/7Hospital-Diaumnovomodeloparaasa%C3%BAde.aspx>. Acesso em 10 jan. 2009.

MARRACINI, P.; PAGNANI, E. M. **Gestão em hospital de alta complexidade inserido no sistema brasileiro de saúde (SUS)**: estratégia e custos na área de oncologia. Disponível em: <<http://www.intercostos.org/documentos/236.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2009.

_____. **Gestão em hospital de alta complexidade inserido no sistema brasileiro de saúde (SUS)**: estratégia e custos na área de oncologia. Disponível em: <<http://www.intercostos.org/documentos/236.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2009.

MARTINS, E. A. P.; HADDAD, M. do C. L. Validação de um instrumento que classifica os pacientes em quatro graus de dependência do cuidado de enfermagem. **Revista latino americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 74-82, abril 2000.

MARTINS, P. A. S. F.; FORCELLA, H. T. Sistema de classificação de pacientes na especialidade enfermagem psiquiátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 62-9, 2006.

MENDES, E. V. As políticas de Saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (org.) **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo : HICITEC. 1993. p. 19-91.

MENDES, P. de A. **SIMERS propõe medidas para ampliar estrutura hospitalar e número de médicos**. Sindicato Médico do Rio Grande do Sul. Disponível em: <<http://ptl.fenam2.org.br/portal/showData/386101>>. Acesso em: 4 nov. 2009.

MENDES, Á. N. **Financiamento, gasto e gestão do sistema único de saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995-2001)**. 2005. Tese (Doutorado em Ciências Econômicas) – Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

MENDES, P. de A. **SIMERS propõe medidas para ampliar estrutura hospitalar e número de médicos**. Disponível em: <<http://ptl.fenam2.org.br/portal>>. Acesso em: 4 nov. 2009.

MESQUITA, A. C. S. **Comportamento da despesa com investimento no gasto público em saúde realizado por estados e municípios**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude>>. Acesso em: 5 nov. 2009.

NASCIMENTO, A. F. **Hospitalização parcial em psiquiatria no Brasil: estudo descritivo de um hospital-dia universitário**. 1999. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

NOTÍCIAS: Orçamento da saúde para 2010 é crítico, avaliam CONASS/CONASEMS. Disponível em: <<http://www.observasaude.sp.gov.br/Lists/noticias/DispForm.aspx?ID=294>> Acesso em: 04 dez. 2009.

ORÇAMENTO da saúde para 2010 é crítico. **Boletim informativo da Comissão de Seguridade Social e Família**, v. 3, n.64, 2009. Disponível em: <http://www.eleusespaiva.com.br/impressos/28102009_jornal_plenario7_64.pdf> Acesso em: 04 dez. 2009.

PARANÁ. Coordenação da Região Metropolitana de Londrina. **Municípios oficiais da COMEL**. Disponível em: <<http://www.comel.pr.gov.br>> Acesso em: 22 fev. 2010.

PETTA, H. L. **A importância dos hospitais de ensino no Sistema Único de Saúde**. In: CONGRESSO PAULISTA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 6., 2008, Ribeirão Preto. Disponível em: <http://www.6cpem.com.br/arquivos_download/tenda18-05/participa_escolas_med/helena.ppt>. Acesso em: 20 out. 2009.

PISTELLI, A. C.; SILVA, C. G. da; VIEIRA, R. **Informação e comunicação na construção de políticas públicas** : o exemplo da Política Nacional de Humanização. Disponível em: <<http://www.icml9.org/program/track4/public/documents/Rejane%20Vieira-095732.doc>>. Acesso em: 15 fev. 2009.

PORTER, M. E. **Vantagem competitiva**. 18. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

PORTO, S. M. Comentário: avanços e problemas no financiamento da saúde pública no Brasil (1967-2006). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 576-8, 2006.

QUADROS, N. Um modelo de sucesso. **Revista Hospitalar**, v. 6, n. 34, p. 84- 86, nov. /dez. 2008.

RECURSOS previstos para a saúde em 2010 são ainda menores que em 2009 e deixam o SUS em risco. Disponível em: <<http://www.revistahospitaisbrasil.com.br/noticias>>. Acesso em: 5 nov. 2009.

SALZANO, F. T.; CORDAS, T. A. Hospital-dia (HD) para transtornos alimentares: revisão da literatura e primeiras impressões do HD do ambulatório de bulimia e transtornos alimentares do IPqHCFMUSP (AMBULIM). **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 30, n. 3 p. 86-94, 2003.

SANARE Day Hospital: conceito. Disponível em: <<http://www.sanaredayhospital.com.br/>>. Acesso em 10 jan. 2009.

SANT'ANNA, D. B. Pacientes e passageiros. **Interface**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 6, n. 6, fev. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v4n6/02.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2009.

SANTOS, L. **Saúde**: conceito e as atribuições do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://www.buscalegis.ufsc.br/revistas>>. Acesso em: 10 out. 2009a.

SANTOS, N. R. A reforma sanitária e o SUS: tendências e desafios após 20 anos. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 13-26, jan./abr. 2009b.

_____. Nivelamento por baixo. **RADIS Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n. 72, 2008a. Disponível em: < <http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/72/capa-06.html>>. Acesso em: 06 nov 2009.

_____. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2009-2018, dez. 2008b.

SCHENE, A. H.; LIESHOUT, P. A. H. V.; MASTBOOM, J. C. M. Different types of partial hospitalization programs: results of a nationwide survey in the Netherlands. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Copenhagen, n. 78, p. 515-22, 1988.

SCHETTINO, G. Tendências na assistência hospitalar. **Debates GV Saúde**, n. 2 , p. 31-33, 2006.

SILVA FILHO, J. C.; COSTA, M. A. E. **Alternativa de redução de custos hospitalares através da redução da média de permanência em um hospital público de urgência e emergência na área do trauma**. Disponível em: <<http://eco.unne.edu.ar/contabilidad/costos/VIIIcongreso/146>>. Acesso em: 3 nov. 2009.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A. **Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas**. Disponível em: <<http://assistenciafarmaceutica.fepese.ufsc.br>>. Acesso em: 5 nov. 2009.

SILVEIRA, L. M. **A dinâmica do hospital-dia no atendimento aos portadores do HIV/aids: a experiência do centro de pesquisa Hospital Evandro Chagas/Fiocruz**. 2001. Dissertação (Mestrado em.Saúde Pública - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/silveiralmbm.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2009

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS. **20 anos do SUS**. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/Eventos/sus20anos.htm>>. Acesso em: 2 fev. 2009.

SOARES, A. L.; BARBOSA, R. M. A humanização em cheque. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA, 13., 2007, Recife. **Anais...** Recife: UFPE, 2007. p.1-10

TEMPORÃO, J. M. **Saúde é subfinanciada**. Disponível em: <<http://sus20anos.saude.gov.br/sus20anos>>. Acesso em: 24 jan. 2009.

TOUSIGNANT, M. Economic evaluation of a geriatric day hospital: cost-benefit analysis based on functional autonomy changes. **Age and Ageing**, London, n. 32, p. 53-59, 2003.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Hospital Universitário. **Dados hospital dia HU 2007**. Londrina, 8 out. 2009. 1 arquivo (187kb). Eletrônico. Excel for Windows XP.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Hospital Universitário. **Grau de dependência dos pacientes com faturamento de procedimentos realizados no HU em 2007, passíveis de HD**. Londrina, 8 out. 2009b. 1 arquivo (187kb). Eletrônico. Excel for Windows XP.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 825-839, 2007.

WESTIN, R. **Hospitais privados reduzem leitos do SUS**. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/informe/anexos/leito_hospitalar>. Acesso em: 4 nov. 2009.

WRONISKI, E. **Londrina pede mais recursos para saúde**. Disponível em: <<http://www.parana-online.com.br/editoria/cidades>>. Acesso em: 4 nov. 2009.

ZUSMAN, J. A. Hospital-dia: uma perspectiva histórico-crítica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 8, p. 393-394, set. 1992.

_____. Hospitalização parcial no Brasil: em busca de uma identidade. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 2, p. 63-66, 1995.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Planilha de Custos Estimados para um serviço de Hospital Dia

**Cenário I – Taxa de ocupação de 100% dos leitos
440 casos estimados/mês = 4.840 casos em 11 meses**

Referência: Custo médio informado pelo HU, relativo ao AMBULATÓRIO HU e UNIDADE MASCULINA, ref. ao período de junho a agosto/2009;

Justificativa:

1. A proposta do HD seria disponibilizar 20 leitos, sendo 10 para atendimento ambulatorial e 10 para pacientes cirúrgicos, pré e pós-cirúrgicos;
2. A pesquisa mostrou que 68% das internações ocorridas com os 829 pacientes passíveis de internação em HD em 2007 foram nas unidades masculinas e femininas, semelhantes entre si;
3. O Hospital Universitário já apropria os custos dos serviços de apoio (ex. centro cirúrgico, centro de material) nas unidades de atendimento/internação do Hospital;
4. Em razão disso, e por cona do disposto no Artigo 2º. Da Portaria 44/2001/MS, os Centros de Custos da UNIDADE MASCULINA e do AMBULATÓRIO DO HU foram referência para o cálculo dos custos de atendimento e internação no serviço de Hospital Dia.

Número de pacientes estimados por mês para o HD em atendimento ambulatorial: 220

Considerando-se 10 leitos, a saber: 10 pacientes dia x 22 dias úteis no mês / 1 dia (média de internação estimada) = 220 pacientes por mês x 100% taxa de ocupação = 220 pacientes por mês

Número de pacientes estimados por mês para o HD para pacientes cirúrgicos: 220

Considerando-se 10 leitos, a saber: 10 pacientes dia x 22 dias úteis no mês / 1 dia (média de internação estimada) = 220 pacientes por mês x 100% taxa de ocupação = 220 pacientes por mês

Despesas estimadas de Custeio

Item	Componentes	Custo mensal estimado em Reais		
		Ref. Ambulatório	Ref. Unidade Masculina	Total
Material Médico Hospitalar	Materiais médico-hospitalares estimados para o atendimento de 20 pacientes/dia (ambulatorial, cirúrgico, pré e pós-cirúrgico) em regime de Hospital Dia	130,15	2.740,00	2.870,15
Material de Consumo em Geral	Material de higiene, limpeza, copa, cozinha, impressos, informática, análises clínicas, de expediente, estimados para o suporte às instalações e atendimento de 20 pacientes/dia em regime de Hospital Dia.	59,06	509,80	568,86

Item	Componentes	Custo mensal estimado em Reais		
		Ref. Ambulatório	Ref. Unidade Masculina	Total
Medicamentos e Correlatos	Antibióticos, anti-infecciosos, de uso tópico, sintomáticos, de suporte, suplementos, sedativos, anestésicos, analgésicos, estimados para o atendimento de 20 pacientes/dia (ambulatorial, cirúrgicos, pré e pós-cirúrgicos) em regime de Hospital Dia.	84,35	14.174,92	14.259,27
Enxoval rouparias	Uniforme privativo, avental, lençol, fronha, cobertor, jaleco, toalhas, pijamas, estimados para o suporte aos funcionários alocados na unidade e pacientes atendidos em regime de Hospital Dia.	561,22	743,24	1.304,47
Refeições	Almoço, jantar, lanches, dietas, sucos	6,90	60,09	66,99
Custos Indiretos	Energia elétrica, gases medicinais, água, telefonia, manutenção.	685,76	573,47	1.259,23
Total		1.527,45	18.801,52	20.328,97

Despesas estimadas de Recursos Humanos

Qtde (1)	Ref. (2)	Cargo	Carga H./s	Remuneração Mensal	Gratificação de Saúde	Total mensal
02	I-B	Enfermeiro	40	3.167,82	520,00	7.375,64
03	I-B	Médico	20	2.376,18	520,00	8.688,54
02	II-C	Técnico Administrativo	40	1.321,31	250,00	3.142,62
06	II-B	Técnico Enfermagem	40	1.039,98	250,00	7.739,88
02	III-C	Zelador	40	800,00	200,00	2.000,00
Total						28.946,68

(1) considerando cobertura de férias, folgas, licenças e absenteísmo previsto

(2) considerando a Lei n. 15.050 que regulamenta o Plano de Cargos e Salários da UEL

APÊNDICE B

Planilha de Custos Estimados para um serviço de Hospital Dia**Cenário II – Taxa de ocupação de 80% dos leitos
352 casos estimados/mês = 3.872 casos em 11 meses**

Referência: Custo médio informado pelo HU, relativo ao AMBULATÓRIO HU e UNIDADE MASCULINA, ref. ao período de junho a agosto/2009;

Justificativa:

5. A proposta do HD seria disponibilizar 20 leitos, sendo 10 para atendimento ambulatorial e 10 para pacientes cirúrgicos, pré e pós-cirúrgicos;
6. A pesquisa mostrou que 68% das internações ocorridas com os 829 pacientes passíveis de internação em HD em 2007 foram nas unidades masculinas e femininas, semelhantes entre si;
7. O Hospital Universitário já apropria os custos dos serviços de apoio (ex. centro cirúrgico, centro de material) nas unidades de atendimento/internação do Hospital;
8. Em razão disso, e por cona do disposto no Artigo 2º. Da Portaria 44/2001/MS, os Centros de Custos da UNIDADE MASCULINA e do AMBULATÓRIO DO HU foram referência para o cálculo dos custos de atendimento e internação no serviço de Hospital Dia.

Número de pacientes estimados por mês para o HD em atendimento ambulatorial: 176

Considerando-se 10 leitos, a saber: 10 pacientes dia x 22 dias úteis no mês / 1 dia (média de internação estimada) = 220 pacientes por mês x 80% taxa de ocupação = 176 pacientes por mês

Número de pacientes estimados por mês para o HD para pacientes cirúrgicos: 176

Considerando-se 10 leitos, a saber: 10 pacientes dia x 22 dias úteis no mês / 1 dia (média de internação estimada) = 220 pacientes por mês x 80% taxa de ocupação = 176 pacientes por mês

Despesas estimadas de Custeio

Item	Componentes	Custo mensal estimado em Reais		
		Ref. Ambulatório	Ref. Unidade Masculina	Total
Material Médico Hospitalar	Materiais médico-hospitalares estimados para o atendimento de 20 pacientes/dia (ambulatorial, cirúrgico, pré e pós-cirúrgico) em regime de Hospital Dia	104,12	2.192,00	2.296,12
Material de Consumo em Geral	Material de higiene, limpeza, copa, cozinha, impressos, informática, análises clínicas, de expediente, estimados para o suporte às instalações e atendimento de 20 pacientes/dia em regime de Hospital Dia.	47,25	407,84	455,09

Item	Componentes	Custo mensal estimado em Reais		
		Ref. Ambulatório	Ref. Unidade Masculina	Total
Medicamentos e Correlatos	Antibióticos, anti-infecciosos, de uso tópico, sintomáticos, de suporte, suplementos, sedativos, anestésicos, analgésicos, estimados para o atendimento de 20 pacientes/dia (ambulatorial, cirúrgicos, pré e pós-cirúrgicos) em regime de Hospital Dia.	67,48	11.339,94	11.407,42
Enxoval rouparias	Uniforme privativo, avental, lençol, fronha, cobertor, jaleco, toalhas, pijamas, estimados para o suporte aos funcionários alocados na unidade e pacientes atendidos em regime de Hospital Dia.	448,98	594,59	1.043,57
Refeições	Almoço, jantar, lanches, dietas, sucos	5,52	48,07	53,60
Custos Indiretos	Energia elétrica, gases medicinais, água, telefonia, manutenção.	548,61	458,77	1.007,38
Total		1.221,96	15.041,22	16.263,18

Despesas estimadas de Recursos Humanos

Qtde (1)	Ref. (2)	Cargo	Carga H./s	Remuneração Mensal	Gratificação de Saúde	Total mensal
02	I-B	Enfermeiro	40	3.167,82	520,00	7.375,64
03	I-B	Médico	20	2.376,18	520,00	8.688,54
02	II-C	Técnico Administrativo	40	1.321,31	250,00	3.142,62
06	II-B	Técnico Enfermagem	40	1.039,98	250,00	7.739,88
02	III-C	Zelador	40	800,00	200,00	2.000,00
Total						28.946,68

(1) considerando cobertura de férias, folgas, licenças e absenteísmo previsto

(2) considerando a Lei n. 15.050 que regulamenta o Plano de Cargos e Salários da UEL

APÊNDICE C

Planilha de Custos Estimados para um serviço de Hospital Dia

**Cenário III – Taxa de ocupação de 17,13% dos leitos
75,4 casos estimados/mês = 829 casos em 11 meses**

Referência: Custo médio informado pelo HU, relativo ao AMBULATÓRIO HU e UNIDADE MASCULINA, ref. ao período de junho a agosto/2009;

Justificativa:

9. A proposta do HD seria disponibilizar 20 leitos, sendo 10 para atendimento ambulatorial e 10 para pacientes cirúrgicos, pré e pós-cirúrgicos;
10. A pesquisa mostrou que 68% das internações ocorridas com os 829 pacientes passíveis de internação em HD em 2007 foram nas unidades masculinas e femininas, semelhantes entre si;
11. O Hospital Universitário já apropria os custos dos serviços de apoio (ex. centro cirúrgico, centro de material) nas unidades de atendimento/internação do Hospital;
12. Em razão disso, e por cona do disposto no Artigo 2º. Da Portaria 44/2001/MS, os Centros de Custos da UNIDADE MASCULINA e do AMBULATÓRIO DO HU foram referência para o cálculo dos custos de atendimento e internação no serviço de Hospital Dia.

Número de pacientes estimados por mês para o HD em atendimento ambulatorial: 176

Considerando-se 10 leitos, a saber: 10 pacientes dia x 22 dias úteis no mês / 1 dia (média de internação estimada) = 220 pacientes por mês x 17,13% taxa de ocupação = 37,7 pacientes por mês

Número de pacientes estimados por mês para o HD para pacientes cirúrgicos: 176

Considerando-se 10 leitos, a saber: 10 pacientes dia x 22 dias úteis no mês / 1 dia (média de internação estimada) = 220 pacientes por mês x 17,13% taxa de ocupação = 37,7 pacientes por mês

Despesas estimadas de Custeio

Item	Componentes	Custo mensal estimado em Reais		
		Ref. Ambulatório	Ref. Unidade Masculina	Total
Material Médico Hospitalar	Materiais médico-hospitalares estimados para o atendimento de 20 pacientes/dia (ambulatorial, cirúrgico, pré e pós-cirúrgico) em regime de Hospital Dia	22,29	469,36	491,66
Material de Consumo em Geral	Material de higiene, limpeza, copa, cozinha, impressos, informática, análises clínicas, de expediente, estimados para o suporte às instalações e atendimento de 20 pacientes/dia em regime de Hospital Dia.	10,12	87,33	97,45

Item	Componentes	Custo mensal estimado em Reais		
		Ref. Ambulatório	Ref. Unidade Masculina	Total
Medicamentos e Correlatos	Antibióticos, anti-infecciosos, de uso tópico, sintomáticos, de suporte, suplementos, sedativos, anestésicos, analgésicos, estimados para o atendimento de 20 pacientes/dia (ambulatorial, cirúrgicos, pré e pós-cirúrgicos) em regime de Hospital Dia.	14,45	2.428,16	2.442,61
Enxoval rouparias	Uniforme privativo, avental, lençol, fronha, cobertor, jaleco, toalhas, pijamas, estimados para o suporte aos funcionários alocados na unidade e pacientes atendidos em regime de Hospital Dia.	96,14	127,32	223,46
Refeições	Almoço, jantar, lanches, dietas, sucos	1,18	10,29	11,48
Custos Indiretos	Energia elétrica, gases medicinais, água, telefonia, manutenção.	117,47	98,23	215,71
Total		261,65	3.220,70	3.482,35

Despesas estimadas de Recursos Humanos

Qtde (1)	Ref. (2)	Cargo	Carga H./s	Remuneração Mensal	Gratificação de Saúde	Total mensal
02	I-B	Enfermeiro	40	3.167,82	520,00	7.375,64
03	I-B	Médico	20	2.376,18	520,00	8.688,54
02	II-C	Técnico Administrativo	40	1.321,31	250,00	3.142,62
06	II-B	Técnico Enfermagem	40	1.039,98	250,00	7.739,88
02	III-C	Zelador	40	800,00	200,00	2.000,00
Total						28.946,68

(1) considerando cobertura de férias, folgas, licenças e absenteísmo previsto

(2) considerando a Lei n. 15.050 que regulamenta o Plano de Cargos e Salários da UEL

ANEXOS

ANEXO A

**Procedimentos previstos na tabela SIH/SUS para a realização em
Hospital Dia Geral**

Código	Descrição
31.001.05-0	Biopsia de próstata
31.001.08-4	Epididimo-deferente neostomia
31.001.09-2	Espermatoclectomia
31.002.04-8	Extirpacao de glandula de cowper
31.002.05-6	Incisao e drenagem de abscesso prostatico
31.002.06-4	Exploracao cirurgica da bolsa escrotal
31.002.07-2	Correcao cirurgica de hidrocele
31.002.08-0	Epididimectomia
31.002.09-9	Exerese de cisto do cordão espermatico
31.003.06-0	Incisao e drenagem de abscesso da bolsa escrotal
31.003.07-9	Tratamento cirurgico da varicocele
31.003.09-5	Exerese de tumor do cordão espermatico
31.004.06-7	Plastica da bolsa escrotal
31.004.07-5	Orquiectomia unilateral
31.004.08-3	Epididimectomia com esvaziamento ganglionar
31.005.04-7	Incisao e drenagem de abscesso periuretral
31.005.06-3	Resseccao parcial da bolsa escrotal
31.005.07-1	Orquiectomia com esvaziamento ganglionar
31.005.08-0	Exerese de cisto do epididimo
31.005.09-8	Vasectomia parcial ou completa
31.007.04-0	Resseccao de caruncula uretral
31.008.04-6	Resseccao de prolapso de mucosa da uretra
31.009.07-7	Reparacao e operacao plastica do testiculo
31.013.03-1	Correcao cirurgica de cistocele
31.014.04-6	Uretroplastia (resseccao de corda)
31.018.04-1	Meatotomia
32.001.01-0	Biopsia do miocárdio
32.002.03-3	Biopsia de conduto linfático
32.003.03-0	Exerese de ganglio linfático
32.004.03-6	Incisao e drenagem de ganglio linfatico
32.005.01-6	Marca passo temporário
32.013.01-9	Troca de gerador de marca-passo
32.013.03-5	Biopsia pre-escalénica
32.014.01-5	Implante de marca-passo cardiaco epicardico definitivo
32.015.01-1	Impl. Mp cardiaco intracav. Unica camera (gerad/ 1 eletrodo)
32.023.01-4	Angioplastia coronariana
32.024.01-0	Valvuloplastia
32.030.01-0	Estudo eletrofisiologico diagnostico
32.031.01-7	Estudo eletrofisiologico diagnostico e terapeutico
32.033.01-0	Troca de gerador e/ou eletrodos do cardioversor-desfibrilado
32.035.01-2	Angiopl. Coronar.p/ impl. Duplo de protese intraluminal arte
32.042.04-3	Safenectomia externa radical (um membro)
32.043.04-0	Safenectomia externa radical (dois membros)
32.044.04-6	Safenectomia interna radical (um membro)
32.045.04-2	Safenectomia interna radical (dois membros)
32.046.04-9	Safenectomia externa e interna radical(um membro)

32.047.04-5	Safenectomia externa e interna radical(dois membro
32.056.04-4	Colocacao de cateter totalmente implantavel
32.057.04-0	Colocacao de cateter p/ plasmaferese
33.001.05-7	Biopsia do estomago com laparotomia
33.002.02-9	Excisao de glandura sub-lingual
33.002.07-0	Esfincteroplastia anal
33.003.02-5	Excisao de glandula sub-maxilar
33.003.07-6	Esfincterotomia interna e tratamento de fissura an
33.004.02-1	Excisao de ranula
33.004.07-2	Exerese de malformacoes anais
33.005.02-8	Excisao de tumor de glandula parotida
33.005.07-9	Fistulectomia anal
33.005.11-7	Herniorrafia crural (unilateral)
33.006.01-6	Ressecao de lesao maligna da boca
33.006.02-4	Excisao de tumor de glandula sub-lingual
33.006.03-2	Ressecção de lesão benigna da boca
33.006.07-5	Esfincterotomia anal
33.006.11-3	Herniorrafia crural (bilateral)
33.007.02-0	Excisao de glandula salivar
33.007.07-1	Fistulectomia ou fistulotomia anal
33.008.07-8	Incisao e drenagem de abscesso anal
33.009.08-2	Biopsia do figado com laparotomia
33.009.11-2	Herniorrafia epigástrica
33.010.02-1	Incisao e drenagem de abscesso da parotida
33.010.07-2	Plastica anal externa
33.010.11-0	Herniorrafia incisional
33.011.11-7	Herniorrafia inguinal (unilateral)
33.012.11-3	Herniorrafia inguinal (bilateral)
33.013.07-1	Tratamento cir.de imperfuracao membranosa do anus
33.014.02-7	Extirpacao da glandula salivar
33.014.07-8	Tratamento cirurgico de prolapso anal mucoso
33.014.11-6	Herniorrafia recidivante
33.015.08-2	Colecistectomia videolaparoscopica
33.015.11-2	Herniorrafia umbilical
33.016.07-0	Excisão de lesao anal
33.017.07-7	Criptectomia uni ou múltipla
33.018.07-3	Excisao de papila hemorroidaria
33.023.07-7	Incisao e drenagem de abscesso isquiorretal
33.023.11-5	Reparacao outras hernias (inclui herniorrafia musc
33.024.07-3	Fissurectomia com ou sem esfincterectomia
33.025.11-8	Herniorrafia inguinal videolaparoscopica
33.026.11-4	Herniorrafia umbelical videolaparoscopica
33.027.07-2	Tratamento cirurgico trombose hemorroidaria extern
33.027.11-0	Herniorrafia epigastrica videolaparoscopica
33.028.11-7	Laparotomia videolaparoscopica para drenagem e/ou biop
33.030.07-3	Hemorroidectomia
33.044.07-4	Trat. Cirurgico da atresia congenita ano retal
33.045.06-2	Enterorrafia videolaparoscopica
33.045.07-0	Trat. Cirurgico de outras anomalias congenitas ano retal
34.001.01-8	Bartolinectomia
34.003.04-5	Salpingectomia videolaparoscopica
34.004.02-5	Colpoperineocleise
34.004.04-1	Salpingoplastia videolaparoscopica

34.005.01-3	Marsupializacao de glândula de bartholin
34.005.02-1	Colpoperineorrafia nao obstetrica
34.005.03-0	Curetagem semiotica com ou sem dilatacao de colo
34.007.01-6	Vulvectomia simples
34.008.01-2	Correcao cirurgica de coadaptacao de ninfas
34.008.03-9	Extirpacao de polipo uterino
34.009.01-9	Alargamento da entrada vaginal
34.010.01-7	Exerese de glandula de skene
34.011.01-3	Episioperineorrafia (nao obstetrica)
34.018.02-6	Correcao de vagina septada ou atresica
34.020.02-0	Exerese de cisto vaginal
34.020.03-9	Curetagem uterina por mola hidatiforme
35.014.01-6	Curetagem pos-aborto
35.016.01-9	Reducao manual inversao uterina aguda pos/parto
35.018.01-1	Cerclagem do colo uterino
35.019.01-8	Sutura de laceracoes do trajeto pelvico
36.001.01-5	Cirurgia do pterrigio
36.001.02-3	Cauterizacao de córnea
36.001.04-0	Capsulectomia cirúrgica
36.001.05-8	Retirada de cisticerco intra-ocular
36.001.06-6	Sutura de esclera
36.001.07-4	Enucleacao de globo ocular
36.001.08-2	Ciclodialise
36.001.10-4	Retinopexia primaria
36.001.11-2	Correcao cirurgica do estrabismo
36.001.12-0	Dacriocistorrinostomia
36.002.01-1	Exerese de tumor de conjuntiva
36.002.02-0	Cerectomia superficial
36.002.03-8	Retirada de corpo estranho camara anterior
36.002.05-4	Retirada de corpo estranho intra-vitreo
36.002.07-0	Evisceraca do globo ocular
36.002.08-9	Ciclodiatermia
36.002.09-7	Execerese de calázio
36.002.10-0	Endofotocoagulacao a laser
36.002.11-9	Exenteracao de orbita
36.002.12-7	Extripacao de glandula lacrimal
36.003.01-8	Sutura de conjuntiva
36.003.03-4	Reconstrucao de caxara anterior pos trauma
36.003.05-0	Vitrectomia posterior
36.003.06-9	Biopsia de esclera
36.003.09-3	Simblefaroplastia
36.003.11-5	Exerese de tumor maligno intra-ocular
36.003.12-3	Extirpacao do saco lacrimal
36.004.01-4	Reconstituicao de cavidade
36.004.02-2	Retirada de corpo estranho da cornea
36.004.04-9	Facectomia sem implante de lente intra ocular
36.004.05-7	Vicrectomia anterior
36.004.06-5	Correcao de deiscencia de sutura da esclera
36.004.07-3	Criotrapia de tumores intra-oculares
36.004.10-3	Crio-retinopexia
36.004.11-1	Orbitotomia
36.005.01-0	Biopsia de conjuntiva
36.005.02-9	Recobrimento conjutival

36.005.06-1	Transplante de esclera
36.005.08-8	Iridectomia cirúrgica
36.005.09-6	Tratamento cirurgico do entropio e ectropio
36.005.10-0	Reoperacao e retinopexia com vitreo-intervencao
36.005.12-6	Drenagem de abscesso lacrimal
36.006.01-7	Reconstituicao de fornix conjuntivo
36.006.02-5	Sutura de córnea
36.006.06-8	Introflexao escleral
36.006.11-4	Reconstituicao da parede da orbita
36.006.12-2	Canaliculotomia
36.007.02-1	Implante inter-lamelar de cornea
36.007.04-8	Explantacao e/ou subst. De lente intra-ocular
36.007.06-4	Transplante de periosteo em escleromalacia
36.007.09-9	Ptose e coloboma de palpebra
36.007.11-0	Biopsia de tumor extra-ocular
36.007.12-9	Oclusao de ponto lacrimal
36.008.06-0	Cirurgia fistulizante anti-glaucomatosa
36.008.08-7	Correcao cirurgica de hernia de iris
36.008.09-5	Cirurgia da triquiase
36.008.11-7	Injecao retrobular ou peribular
36.008.12-5	Sondagem das vias lacrimais
36.009.02-4	Biopsia de cornea
36.009.06-7	Implantacao de protese anti-glaucomatosa
36.009.08-3	Sinequiectomia cirurgica
36.009.11-3	Desnervacao quimica
36.009.12-1	Reconstituicao do canal lacrimal
36.010.02-2	Transplante de cornea
36.010.06-5	Aplicacao de placa radioativa episcleral
36.010.08-1	Biopsia de iris e corpo ciliar
36.010.09-0	Drenagem de abscesso palpebral
36.010.11-1	Correcao cir. De hipertropias
36.011.02-9	Correcao cir. Do astigmatismo secundario
36.011.06-1	Cirurgia do glaucoma congenito
36.011.09-6	Miase palpebral
36.011.11-8	Descompressao da orbita
36.012.02-5	Correcao da deiscencia de sutura de cornea
36.012.08-4	Trabeculotomia
36.012.09-2	Epilacao de cilios
36.013.02-1	Ceratoprotese
36.013.09-9	Sutura de palpebra
36.014.08-7	Iridociclectomia
36.014.09-5	Cirurgia do xantelasma
36.015.02-4	Transplante de cornea em reoperacoes
36.015.09-1	Blefarocalase
36.016.02-0	Transplante de cornea em cirurgias combinadas
36.016.09-8	Reconstituicao parcial da palpebra
36.017.02-7	Epiceratofacia
36.017.09-4	Cirurgia de coloboma palpebral congenito
36.018.02-3	Topoplastia do transplante
36.020.05-2	Facetomia para implante de lente intraocular
36.701.03-3	Parecentese de camera anterior
37.001.01-9	Antrotomia de mastoide(drenagem de otite no lacten
37.001.03-5	Incisao e drenagem de abscesso periamigdaliano

37.001.05-1	Osteostomia do maxilar inferior
37.002.03-1	Adenoidectomia
37.003.02-0	Tratamento cirurgico do rinofima
37.003.03-8	Amigdalectomia com adenoidectomia
37.003.05-4	Retirada de corpo estranho na intimidade dos ossos
37.004.02-6	Correcao cirurgica da imperfuracao coanal-unilater
37.006.02-9	Cirurgia de ozena
37.007.04-1	Laringoscopia direta com retirada corpo estranho
37.009.04-4	Laringoscopia com exereses de papiloma
37.011.03-0	Amigdalectomia
37.011.05-7	Reducao cirurgica de fratura dos ossos proprios do
37.012.05-3	Reducao cirurg.de luxac.temporo-mandibul.(recidiva
37.020.02-1	Turbinectomia
37.021.02-8	Septoplastia (desvio do septo)
37.023.01-2	Timpanoplastia (tipo i - unilateral)
38.001.08-0	Alongamento de columela
38.001.10-1	Correcao cirurgica nao estetica da orelha
38.002.07-8	Tratamento cirurgico de gigantismo ao nivel da mao
38.002.08-6	Correcao cirurgica de perfuracao de septo nasal
38.002.12-4	Exereses de cisto tireoglosso
38.002.13-2	Exereses e plastica de cisto sacro-coccigeo
38.003.07-4	Tratamento cirurgico da polidactilia articulada
38.003.08-2	Rinoplastia para defeitos pos-traumaticos
38.003.09-0	Correcao cirurgica do epicanto
38.003.10-4	Reconstrucao de helix da orelha
38.004.04-6	Correcao cirurgica de hipertrofia dos pequenos lab
38.004.05-4	Excisao e reconstrucao total de labio
38.004.06-2	Cura cirurgica da retracao cicatricial do cotovelo
38.004.08-9	Rinoplastia reparadora nao estetica
38.004.09-7	Correcao cirurgica do lagoftalmo
38.004.10-0	Reconstrucao de lobulo da orelha
38.004.13-5	Plastica mamaria masculina (ginecomastia)
38.005.05-0	Reconstrucao de sulco gengivo labial
38.005.07-7	Suturas e reparacoes de perda de substancia da mao
38.005.10-7	Reconstrucao do polo superior da orelha
38.005.12-3	Retracao cicatricial-correcao em um estagio
38.006.05-7	Reconstrucao parcial de labio
38.006.07-3	Retracao cicatricial dos dedos s/ comprom.tendinos
38.006.10-3	Reconstrucao total da orelha (multiplos estagios)
38.006.11-1	Tratamento cirurgico da sindactilia (dois intra-di
38.007.01-0	Excisao e sutura com plastica em z
38.007.07-0	Tratamento cirurgico da sindactilia (dois digitos)
38.008.11-4	Retrac.cicatricial dos dedos s/comprom.cicatricial
38.010.09-7	Reconstrucao total de palpebra
38.015.01-3	Exereses de cisto dermoide
38.023.01-6	Extirpacao e supress.de lesao da pele e do tecido
38.703.05-0	Excisao em cunha de labio e sutura
39.001.04-0	Biopsia do omoplata ou da clavícula
39.001.10-5	Amputacao ao nivel de raio da mão
39.001.19-9	Ressecao cisto sinovial
39.001.20-2	Retirada de corpo estranho intra-articular
39.001.21-0	Retirada de fio ou pino intra-osseo (necessit. Corticotomia
39.001.21-0	Retirada de fio ou pino intra-ossea (necessitando corticotomia óssea)

39.001.23-7	Curetagem de tumor osseo com enxertia
39.002.10-1	Revisao de coto amputado da mao
39.002.11-0	Biopsia essea ao nivel da pelve
39.002.16-0	Revisao de coto de amputado do tornozelo
39.002.17-9	Revisao de coto amputado do pe
39.002.18-7	Desinsercao muscular
39.002.19-5	Abertura de bainha tendinosa
39.002.20-9	Retirada de corpo estranho intramuscular / em bainha tendinosa
39.002.21-7	Retirada de fio ou pino trans-osseo
39.003.08-6	Biopsia (óssea ou osteo-periostal) do(s) osso(s) do antebraço
39.003.10-8	Amputacao de dedo (cada)
39.003.11-6	Biopsia da articulacao sacro iliaca
39.003.13-2	Biopsia de femur
39.003.20-5	Retirada de corpo estranho intra-osseo
39.003.21-3	Retirada de parafuso
39.004.02-3	Biopsia cirurgica do corpo vertebral
39.004.05-8	Biopsia da articulacao escapulo-umeral
39.004.06-6	Biopsia do umero
39.004.09-0	Biopsia (óssea ou osteo-periostal ou sinovial) ao nível do punho
39.004.18-0	Miotomia
39.004.19-8	Biopsia de bainha tendinosa
39.004.21-0	Retirada de placa e parafuso
39.005.10-0	Artrodese inter-falangeana
39.005.12-7	Biopsia da articulacao coxo femoral
39.005.14-3	Biopsia do joelho
39.005.15-1	Biopsia do (s) osso (s) da perna
39.005.15-1	Biopsia do(s) osso(s) da perna
39.005.18-6	Resseccao muscular
39.005.19-4	Biopsia de tendao
39.005.21-6	Retirada de pino de steinnan
39.005.23-2	Resseccao simples de tumor osseo
39.006.02-6	Biopsia de vertebra aberta
39.006.06-9	Revisao de coto amputado do umero
39.006.07-7	Biopsia do cotovelo
39.006.08-5	Resseccao da apofise estiloide do radio
39.006.10-7	Artrodese metacarpo-falangeana
39.006.21-2	Retirada de haste intramedular
39.006.23-9	Resseccao de exostose
39.007.02-2	Biopsia de pediculo vertebral
39.007.16-2	Biopsia do tornozelo
39.007.19-7	Exploracao cirurgica de tendao
39.008.17-7	Osteotomia de ossos do pe
39.008.19-3	Tenodese
39.009.05-0	Red. Inc. De luxação ou fratura luxação escapulo-umeral, agu
39.009.05-0	Reducao incruenta de luxação ou fratura-luxação escapulo-umeral, aguda
39.009.14-9	Excisão de bursa pre-patelar ou anserina ou outra ao nível do joelho
39.009.19-0	Tenolise
39.010.07-4	Resseccao de bolsa sinovial do cotovelo (olecranio)
39.010.09-0	Tratamento cirurgico da sindrome compressiva em túnel ósteo-fibroso ao
39.010.14-7	Exploração ou toalete articular com ou sem sinovectomia do joelho
39.010.18-0	Reinsercao muscular
39.010.19-8	Tenoplastia ou enxerto de tendao ao nivel da mao

39.011.09-7	Reducao incruenta da(s) fratura(s) do (s) osso(s) do punho
39.011.10-0	Capsulectomia das articulacoes da mao
39.011.18-6	Fasciotomias
39.011.19-4	Tenoplastia ou enxerto de tendao
39.012.09-3	Reducao incruenta da da luxacao ou fratura-luxação ao nível do punho
39.012.11-5	Red. Inc.de frat.,luxação, frat-luxação ou disjunção do anel
39.012.12-3	Red.incruenta de luxacao da coxo-femural (central)
39.012.17-4	Tratamento cirurgico do dedo em martelo ou em garra
39.012.18-2	Miorrafia
39.012.19-0	Tenorrafia
39.012.21-2	Retirada de fixador externo
39.013.11-1	Reducao incruenta de fratura ao nivel da pelve
39.013.19-7	Teno-miotomia única
39.013.21-9	Retirada de outros materiais usados como sintese cirurgica, espaçadores
39.014.12-6	Reducao incruenta da luxacao coxo femoral traumatica ou pós-artroplastia)
39.014.17-7	Tratamento cirúrgico da fratura do(s) metatarsiano(s)
39.014.19-3	Transposicao de tendao ou transf. Miotendinosa única
39.015.07-6	Reducao incruenta de luxacao e fratura-luxação do cotovelo
39.015.16-5	Redução incruenta da fratura, luxação ou fratura-luxação do tornozelo
39.017.11-7	Tratamento conservador de fraturas interessando os aneis pélvicos
39.017.16-8	Reducao incruenta de luxacao do tornozelo
39.017.17-6	Tratamento cirúrgico da fratura do(s) pododactilo(s),
39.017.19-2	Resseccao de bursa –bursectomia
39.018.06-7	Reducao incruenta de fratura do extremo proximal do umero
39.018.10-5	Trat. Cir. De fratura das falanges, com fixação
39.018.14-8	Reducao incruenta de fratura do joelho
39.019.06-3	Reducao incruenta de fratura da diafise do umero
39.019.13-6	Reducao incruenta de fratura de diafise do fêmur
39.019.14-4	Redução incruenta de luxação ou fratura-luxação de joelho
39.019.15-2	Reducao incruenta da fratura da tibia
39.019.17-9	Trat. Cir. Da lux. Ou frat-lux. Tarso-metatarsica
39.020.02-9	Tratamento conservador da fratura da coluna, com aparelho
39.020.06-1	Reducao incruenta da fratura supracondiliana do umero
39.021.02-5	Tratamento conservador da fratura da coluna, sem aparelho
39.021.10-6	Abertura de polia sinovial de bainha tendinosa
39.022.05-6	Reducao incruenta do deslocamento epifisário proximal do umero
39.022.08-0	Reducao incruenta das fraturas do cubito
39.023.08-7	Reducao incruenta da fratura do radio
39.024.08-3	Reducao incruenta da fratura dos ossos do antebraço
39.024.14-8	Excisão de cisto sinovial no espaço popliteo (cisto de baker
39.025.08-0	Reducao incruenta da fratura-luxacao de monteggia
39.025.17-9	Reducao incruenta da fratura do(s) metatarsiano(s)
39.026.10-8	Reducao incruenta da luxação ou fratura-luxação carpo-metacarpiana
39.026.17-5	Reducao incruenta de fratura do(s) osso(s) do tarso
39.027.09-0	Fasciotomia descompressiva ao nivel do punho
39.027.10-4	Reducao incruenta de fratura do(s) metacarpiano(s)
39.028.09-7	Tenossinovectomia ou tenolise ao nivel do punho
39.028.10-0	Reducao incruenta da luxacao e fratura-luxação inter-falangiana
39.028.17-8	Redução incruenta da luxação ou fratura-luxação tarso-metatarsica
39.029.09-3	Tenorrafia em tunel osteo-fibroso ao nivel do punho
39.029.17-4	Redução incruenta da luxação ou fratura-luxação ubtalar e intra-társica

39.030.09-1	Tratamento cirurgico de cisto sinovial ao nível do punho
39.031.09-8	Redução incruenta do descolamento epifisario distal dos ossos do antebraço e da(s) fratura(s) metáfiso-epifisária distais do rádio e ulna
39.031.11-0	Reducao incruenta de luxacao do coccix
39.033.07-4	Redução incruenta de fratura ou deslocamento epifisário dos côndilo e tróclea umerais ou da cabeça do rádio
39.034.10-0	Reducao incruenta da fratura da(s) falange(s)
39.040.12-7	Manipulacao do quadril sob anestesia geral
39.041.12-3	Redução incruenta de luxação espontânea ou progressiva do quadril por dispositivos de contenção com manipulação, necessitando anestesia
39.045.14-5	Sutura primária de tendão patelar ou tendão quadricipital
39.046.10-9	Tratamento cirurgico de cisto sinovial
39.046.14-1	Redução incruenta de fratura ou deslocamento epifisário ao nível do joelho
39.047.10-5	Artrotomia interfalangaica ou metacarpo-falangeana
39.048.10-1	Tenólise flexora ou extensora ao nível da mão e dedos; por tendão
39.049.10-8	Tenotomia de flexores ou extensores
39.050.10-6	Tenorrafia em tunel osteo-fibroso por dedo
39.050.14-9	Manipulação do joelho sob anestesia geral
39.051.10-2	Tenodese de flexores ou extensores
39.052.10-9	Transposicao ou transferencia de tendao por dedo
39.053.10-5	Tenoplastia ou enxerto de tendao por dedo
39.054.10-1	Tratamento cirúrgico da rotura ou arrancamento cápsulo-tendíneo-ligamentar na mão(com ou sem fragmento ósseo)
39.055.10-8	Reducao incruenta luxacao e fratura-luxação metacarpo-falangiana
39.057.10-0	Drenagem abscesso da mão (dorso, bainhas, espaços palmares e comissurais)
39.058.10-7	Drenagem abscesso de dedo da mao
39.061.10-8	Biópsia óssea ao nível da mão;
39.072.17-7	Biopsia ossea ao nivel do PE
39.100.02-2	Reducao incruenta de fraturas e luxacoes ii
39.100.03-0	Reducao incruenta de fraturas e luxacoes iii
39.100.04-9	Reducao incruenta de fraturas e luxacoes iv
39.107.03-5	Tratamento cirúrgico no cotovelo iii
39.109.03-8	Tratamento cirurgico no punho - iii
39.109.04-6	Tratamento cirurgico no punho - iv
39.110.03-6	Tratamento cirurgico na mao - iii
39.110.04-4	Tratamento cirurgico na mao - iv
39.114.03-1	Tratamento cirurgico na articulacao do joelho - iii
39.114.04-0	Tratamento cirurgico na articulacao do joelho - iv
39.117.03-0	Tratamento cirurgico no pe – iii
39.117.04-9	Tratamento cirurgico no pe – iv
39.118.03-7	Tratamento cirurgico nos musculos - iii
39.118.04-5	Tratamento cirurgico nos musculos - iv
39.119.03-3	Tratamento cirurgico nos tendoes, bainhas e cavidades sinoviais - iii
39.119.04-1	Tratamento cirurgico nos tendoes, bainhas e cavidades sinoviais - iv
39.120.03-1	Retirada de corpo estranho - iii
39.121.03-8	Retirada de protese e materiais de síntese - iii
39.121.04-6	Retirada de proteses e materiais de síntese - iv
39.127.03-6	Revisao de coto amputado iii
41.002.04-0	Biopsia de tireóide
42.001.02-1	Biopsia de pleura ou pleuroscopia

42.001.03-0	Traqueoscopia e exereses de papilomas
42.001.07-2	Biopsia de mama
42.002.03-6	Traqueoscopia e retirada de corpo estranho
42.002.07-9	Extirpação de tumor ou adenoma
42.003.07-5	Incisão de drenagem de abscesso da mama
42.004.04-7	Broncoscopia e exereses de papilomas
42.006.07-4	Extirpação de mama supranumerária
43.100.01-5	Biópsias cirúrgicas - i
43.100.03-1	Biopsias cirúrgicas - iii
43.100.04-0	Biopsias cirúrgicas - iv
44.001.05-3	Fratura de mandíbula, unilateral, redução incruent
44.006.05-5	Fratura do maxilar superior (le fort i ou fratura de gu)
45.100.02-0	Punções: biópsias, esvaziamento
45.100.03-9	Tratamento conservador de fraturas i
45.100.06-3	Tratamento conservador de fraturas iii
48.020.08-7	Cirurgia de varizes unilateral
48.020.09-5	Cirurgia de varizes bilateral
48.020.11-7	Debridamento de úlcera ou de tecidos desvitalizados
48.030.01-5	Retirada de corpo estranho em sistema cardiovascular por tec
48.030.02-3	Biópsia endomiocárdica
48.030.06-6	Angioplastia coronariana
48.040.14-2	Tratamento da hematuria ou sangramento genital por embolização
48.040.15-0	Tratamento de epistaxe por embolização, incluindo estudo ang
48.040.16-9	Tratamento de hemoptise por embolização percutânea, incluindo
48.050.01-6	Estudo eletrofisiológico diagnóstico
48.050.02-4	Estudo eletrofisiológico terapêutico
48.050.03-2	Estudo eletrofisiológico terapêutico i : ablação do nó av
48.050.04-0	Estudo eletrofisiológico terapêutico i : ablação de flutter
48.050.05-9	Estudo eletrofisiológico terapêutico i : ablação de taquicardia
48.050.06-7	Estudo eletrofisiológico terapêutico ii : ablação das vias a
48.050.07-5	Estudo eletrofisiológico terapêutico ii : ablação de vias na
48.050.08-3	Estudo eletrofisiológico terapêutico ii : ablação de taquicardia
48.050.09-1	Estudo eletrofisiológico terapêutico ii : ablação de taquicardia
48.050.10-5	Estudo eletrofisiológico terapêutico ii : ablação de fibrila
48.050.11-3	Estudo eletrofisiológico terapêutico ii : ablação de taquicardia
48.050.12-1	Estudo eletrofisiológico terapêutico ii : ablação de taquicardia

Fonte: Portarias nº. 44 de 10 de janeiro de 2001 (BRASIL, 2001), e nº. 893 – SAS/MS de 07 de novembro de 2002. (BRASIL, 2002).

ANEXO B

**Universidade Estadual de Londrina
Hospital Universitário**

**Custo total despendido com os pacientes passíveis de atendimento em Hospital Dia
em 2007**

Total de pacientes atendidos	CUSTO TOTAL
829	R\$ 3.174.456,78 (*)

(*) Valor referente a 2007

Fonte: Universidade Estadual de Londrina, 2009.

Valor atualizado para agosto/2009 (IGP-DI FGV) (*) (índice de 10,07985%) (**)	R\$ 3.494.437,26
--	-------------------------

(*) Fonte 1: <http://www.portalbrasil.net/igp.htm>. Disponível em: 15 de março de 2010.

(**) Fonte 2:

<https://www3.bcb.gov.br/CALCIDADAOPUBLICO/corrigirPorIndice.do?method=corrigirPorIndice>. Disponível em: 15 de março de 2010.

Distribuição dos casos e valores de custeio

Centro de Custo	Qtde. Casos	% dos casos	Custo Total	% dos custos
UCI	2	0,2%	26.022,84	0,8%
UTI	4	0,5%	164.647,45	5,2%
UTI NEO	1	0,1%	3.448,89	0,1%
UNIDADE MASCULINA	395	47,6%	1.366.608,62	43,1%
UNIDADE FEMININA	169	20,4%	874.305,66	27,5%
PEDIATRIA	124	15,0%	397.713,43	12,5%
MATERNIDADE	19	2,3%	69.718,34	2,2%
MI	10	1,2%	134.279,75	4,2%
PSI	90	10,9%	96.114,85	3,0%
TISIOLOGIA	15	1,8%	41.596,93	1,3%
	829	100,0%	3.174.456,78	100,0%

Valor atualizado para agosto/2009 (IGP-DI FGV)

3.494.437,26

ANEXO C

Planilha de Custos
Centro de Custos: C-13 - Ambulatório do Hospital Universitário
Período: junho a agosto de 2009

Universidade Estadual de Londrina – Hospital Universitário
Divisão de Finanças e Orçamento – Seção de Custo Hospitalar

CENTRO DE CUSTOS: C13 - AMBULATÓRIO DO HU
--

EVOLUÇÃO DO CUSTO MENSAL		pacientes atendidos			
		1194	1258	1076	1176
DESCRIÇÃO DOS CUSTOS		jun/09	jul/09	ago/09	MÉDIA
A – PESSOAL		56.928,25	52.762,20	53.761,83	54.484,09
SALÁRIOS GRATIFICAÇÕES		52.432,84	48.685,11	49.626,30	50.248,09
1 - Classe I	CF	38.330,64	36.581,11	37.148,24	37.353,33
2 - Classe II	CF	10.594,81	8.659,25	9.125,75	9.459,94
3 - Classe III	CF	3.507,39	3.444,76	3.352,31	3.434,82
4 - Docente Atuando no HU	CF	-	-	-	-
5 - Cargo Comissionado	CF	-	-	-	-
6 – Residentes	CF	-	-	-	-
PROVISÕES - 13. SALÁRIO	CF	4.369,40	4.057,09	4.135,53	4.187,34
ENCARGOS ASSISTENCIAIS		126,00	20,00	-	48,67
1 - Vale Transporte	CF	126,00	20,00	-	48,67
2 – Uniformes	CF	-	-	-	-
		-	-	-	-
B - SERVIÇOS DE TERCEIROS		1.100,00	1.350,00	1.130,00	1.193,33
1 - Remuneração de Serviços Pessoais	CV	-	-	-	-
2 - Exames Contratados em Geral	CV	680,00	1.350,00	1.130,00	1.053,33
3 - Acordos e Convênios	CF	-	-	-	-
4 - Manut.e Conserv. de Bens e Utens.	CF	420,00	-	-	140,00
5 - Outros Serviços e Encargos	CF	-	-	-	-
		-	-	-	-
C - MATERIAIS E MEDICAMENTOS		1.752,81	1.542,86	2.630,39	1.975,35
1 - Combustíveis e Liquefeitos	CV	-	-	-	-
2 - Diversos a Classificar	CV	-	-	-	-
3 – Fios	CV	-	-	-	-
4 - Gases Medicinais	CV	-	-	-	-
5 - Higiene e Uso Pessoal	CV	164,94	163,89	80,78	136,54
6 – Impressos	CV	0,58	1,25	0,77	0,87
7 – Informática	CV	-	-	-	-
8 - Materiais de Limpeza	CV	80,14	231,88	97,42	136,48
9 - Materiais de Análises Clínicas	CV	-	-	-	-
10 – Manutenção	CV	94,97	220,88	1.112,62	476,15
11 – Medicamentos	CV	605,98	273,22	473,49	450,89

12 - Materiais de Expediente	CV	13,42	10,39	101,65	41,82
13 - Materiais Médicos-Hospitalares	CV	749,23	597,81	740,06	695,70
14 - Nutrição	CV	-	-	-	-
15 - Órteses e Próteses	CV	-	-	-	-
16 - Tecidos e Aviamentos	CV	-	-	-	-
17 - Utensílios de Copa e Cozinha	CV	43,55	43,55	23,60	36,90
		-	-	-	-
D - GERAIS		3.226,88	3.056,05	3.285,77	3.189,57
1 - Impostos, Taxas e Contribuições	CF	-	-	-	-
2 - Aluguéis	CF	-	-	-	-
3 - Energia Elétrica	CF	2.473,91	2.315,59	2.458,53	2.416,01
4 - Água	CF	611,21	626,97	679,28	639,15
5 - Telefone e Fax	CF	141,76	113,49	147,96	134,40
6 - Seguros	CF	-	-	-	-
7 - Assinatura de Periódicos Diversos	CF	-	-	-	-
8 - Viagem e Ajuda de Custo	CF	-	-	-	-
9 - Fretes e Carretos	CF	-	-	-	-
10 - Correios e Telégrafos	CF	-	-	-	-
11 - Depreciação	CF	-	-	-	-

(+) TOTAL CUSTO FIXO	CF	60.575,12	55.818,26	57.047,60	57.813,66
(+) TOTAL CUSTO VARIÁVEL	CV	2.432,81	2.892,86	3.760,39	3.028,69
(=) E - TOTAL CUSTO DIRETO		63.007,93	58.711,12	60.807,98	60.842,34

ANEXO D

Planilha de Custos
Centro de Custos: C05 - Unidade Masculina do Hospital Universitário
Período: junho a agosto de 2009

Universidade Estadual de Londrina – Hospital Universitário
Divisão de Finanças e Orçamento – Seção de Custo Hospitalar

CENTRO DE CUSTOS: C05 – UNIDADE MASCULINA DO HU
--

Quantidade de Servidores Lotados	Qtde.de leitos disponíveis**	% Ocupação Média**	Média de Permanência (Dias)**
72,43	62	88,70%	8,40
EVOLUÇÃO DO CUSTO MENSAL		pacientes atendidos	
	1639	1985	1704
		1776	

DESCRIÇÃO DOS CUSTOS		jun/09	jul/09	ago/09	MÉDIA
A – PESSOAL		280.411,55	278.987,82	286.805,70	282.068,36
SALÁRIOS GRATIFICAÇÕES		260.931,72	259.596,55	266.802,80	262.443,69
1 - Classe I	CF	65.793,41	67.600,95	76.143,20	69.845,85
2 - Classe II	CF	160.698,18	158.868,69	157.951,64	159.172,84
3 - Classe III	CF	7.266,43	6.225,54	5.939,97	6.477,31
4 - Docente Atuando no HU	CF	-	-	-	-
5 - Cargo Comissionado	CF	-	-	-	-
6 – Residentes	CF	27.173,70	26.901,37	26.767,99	26.947,69
PROVISÕES - 13. SALÁRIO	CF	19.479,83	19.391,26	20.002,90	19.624,67
ENCARGOS ASSISTENCIAIS		-	-	-	-
1 - Vale Transporte	CF	-	-	-	-
2 – Uniformes	CF	-	-	-	-
		-	-	-	-
B – SERVIÇOS DE TERCEIROS		178,00	-	-	59,33
1 - Remuneração Serviços Pessoais	CV	-	-	-	-
2 – Exames Contratados em Geral	CV	-	-	-	-
3 – Acordos e Convênios	CF	-	-	-	-
4 – Manut. e Cons. de Bens e Utens.	CF	178,00	-	-	59,33
5 - Outros Serviços e Encargos	CF	-	-	-	-
		-	-	-	-
C - MATERIAIS E MEDICAMENTOS		164.462,48	213.521,87	213.453,66	197.146,01
1 - Combustíveis e Liquefeitos	CV	-	-	-	-
2 – Diversos a Classificar	CV	-	-	-	-
3 – Fios	CV	97,02	104,34	128,48	109,95
4 - Gases Medicinais	CV	294,75	187,47	202,59	228,27
5 - Higiene e Uso Pessoal	CV	2.458,31	3.208,81	2.987,94	2.885,02
6 – Impressos	CV	25,28	15,00	32,93	24,40
7 – Informática	CV	193,27	146,62	290,37	210,09

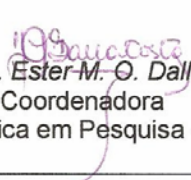
8 - Materiais de Limpeza	CV	503,70	357,85	439,26	433,60
9 - Materiais de Análises Clínicas	CV	111,29	129,39	198,87	146,51
10 – Manutenção	CV	524,13	227,71	1.097,93	616,59
11 – Medicamentos	CV	86.193,85	147.952,86	109.144,06	114.430,26
12 - Materiais de Expediente	CV	315,19	316,07	286,55	305,93
13 - Materiais Médico-Hospitalares	CV	19.482,33	22.807,14	24.068,27	22.119,25
14 – Nutrição	CV	53,50	76,07	83,93	71,17
15 – Órteses e Próteses	CV	53.798,09	37.529,32	74.125,67	55.151,03
16 – Tecidos e Aviamentos	CV	-	-	-	-
17 - Utensílios de Copa e Cozinha	CV	411,77	463,23	366,81	413,94
		-	-	-	-
D – GERAIS		4.040,66	3.900,55	4.145,63	4.028,94
1 - Impostos, Taxas e Contrib.	CF	-	-	-	-
2 – Aluguéis	CF	178,33	253,47	165,15	198,98
3 – Energia Elétrica	CF	2.976,42	2.785,95	2.957,92	2.906,76
4 – Água	CF	229,36	235,28	254,90	239,85
5 - Telefone e Fax	CF	656,55	625,86	631,48	637,96
6 – Seguros	CF	-	-	-	-
7 - Assinatura Periódicos	CF	-	-	-	-
8 – Viagem e Ajuda de Custo	CF	-	-	136,17	45,39
9 - Fretes e Carretos	CF	-	-	-	-
10 - Correios e Telégrafos	CF	-	-	-	-
11 – Depreciação	CF	-	-	-	-
(+) TOTAL CUSTO FIXO	CF	284.630,22	282.888,37	290.951,33	286.156,64
(+) TOTAL CUSTO VARIÁVEL	CV	164.462,48	213.521,87	213.453,66	197.146,01
(=) E – TOTAL CUSTO DIRETO		449.092,69	496.410,24	504.404,99	483.302,64

ANEXO E

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
 Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná
Registro CONEP 268

Parecer Nº 137/09 CAAE Nº 0110.0.268.000-09 FOLHA DE ROSTO Nº 262732	Londrina, 14 de setembro de 2009. 2ª VIA EMITIDA EM 10/03/2010.
PESQUISADOR: CARLOS JOSE ESTEVAM LIOTI (Processo 15788/09)	
Prezado(a) Senhor(a) <p align="center">○ “Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná” de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:</p> <p align="center">“HOSPITAL DIA: AVALIAÇÃO DA VIABILIDADE ECONÔMICA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE LONDRINA”</p> <p align="center">Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.</p>	
Situação do Projeto: APROVADO	
<p align="center">Atenciosamente,</p> <p align="center">  Profª. Dra. Ester M. O. Dalla Costa Coordenadora Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UEL </p>	